UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"
FACULDADE DE MEDICINA

Karen Mendes Graner

Transtornos Mentais Comuns e uso de risco de álcool em estudantes de graduação em odontologia

Tese apresentada à Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Câmpus de Botucatu, para obtenção do título de Doutora em Saúde Coletiva.

Orientadora: Profa. Dra. Ana Teresa de Abreu Ramos Cerqueira
Coorientador: Prof. Dr. Antonio Bento Alves de Moraes

Botucatu
2017

Karen Mendes Graner

Transtornos Mentais Comuns e uso de risco de álcool em estudantes do curso de graduação em odontologia

Tese apresentada à Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Câmpus de Botucatu, para obtenção do título de Doutora em Saúde Coletiva.

Orientadora: Profa. Dra. Ana Teresa de Abreu Ramos Cerqueira – FMB/UNESP
Co-orientador: Prof Dr. Antonio Bento Alves de Moraes – FOP/UNICAMP

Botucatu
2017

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

Graner, Karen Mendes.
Transtornos mentais comuns e uso de risco de álcool em estudantes de graduação em odontologia / Karen Mendes Graner. - Botucatu, 2017

Tese (doutorado) - Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de Botucatu
Orientador: Ana Teresa de Abreu Ramos Cerqueira
Coorientador: Antonio Bento Alves de Moraes
Capes: 40602001

1. Doenças mentais. 2. Fatores de risco. 3. Trauma psíquico. 4. Estudantes - Uso de álcool. 5. Álcool.

Palavras-chave: Álcool; Estudantes; Fatores de risco; Sofrimento psíquico; Transtornos mentais.

Apoio:

No. 2014/09323-0

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Profa. Dra. Ana Teresa de Abreu Ramos Cerqueira, pela oportunidade oferecida (essa e outras), confiança, incentivo e apoio que possibilitaram a realização deste trabalho. Em especial, agradeço pelo carinho, cuidado e ensinamentos ao longo desses anos que tanto contribuíram para o meu crescimento pessoal e profissional. Um laço para a vida toda. Palavras não bastam.

Ao meu co-orientador, Prof. Dr. Antonio Bento Alves de Moraes, pelo acolhimento desde o princípio, pelas oportunidades e apoio que tanto beneficiaram esse meu caminho. Pela agradável convivência e carinho ao longo desses anos. Igualmente, um laço para a vida toda.

Ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Faculdade de Medicina, *Campus* de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, UNESP, pela oportunidade de realizar este estudo. Em especial, ao Prof Dr Adriano Dias, Profa Dra Cristina Murta R. Nascimento, Ana Paula L. V. Garbuio, Luciene Miranda V. Michelin, Wagner Barbosa, e aos demais docentes do Programa, pelo apoio e incentivo ao longo desses anos.

À Faculdade de Odontologia de Piracicaba – FOP/UNICAMP, em especial, aos docentes Profa Dra Fernanda Klein Marcondes, Prof Dr Flavio Henrique Baggio Aguiar, Prof Dr. Ricardo Della Coletta, Profa Dra Renata de Oliveita M. Graner, Profa Dra Rosana Possobon, e outros, por tornarem possível a execução deste estudo. À Paula A. Paes, por mostrar-me o valor da relação ensino-aprendizagem. Ao Prof. Jorge Valerio pela ajuda na revisão do inglês da tese.

À FAPESP, pela concessão da bolsa de doutorado e auxílio financeiro que favoreceram a realização e divulgação deste estudo.

À Profa Dra Maria Cristina Pereira Lima, pela oportunidade de desenvolver estudos em parceria. À Profa Dra. Albina Rodrigues Torres e ao Prof Dr Paulo R. Meneses pelas valiosas contribuições, principalmente, na ocasião do Exame Geral de Qualificação. Ao Prof Dr. Carlos Roberto Padovani, pelas orientações sobre análises estatísticas. À Profa Dra Gimol B. Perosa, Profa Dra Flávia Padovani e Profa Dra Elenice B. Cosonni pelo apoio.

Ao Prof. Dr. Gustavo Sáttolo Rolim, pela parceria em todos os sentidos, pelas valiosas discussões e aprendizado diário. Em especial, pela parceria e apoio incondicionais que me fortalecem dia a dia.

À minha mãe, Elisabete T. Mendes, ao meu pai, Murilo Graner (*in memorian*), ao meu irmão, Edgard Graner e à Renata de O. M. Graner, à minha irmã, Erika M. Graner, e aos meus queridos sobrinhos Matheus, Arthur e Lucas, por todo suporte despendido para o alcance deste meu objetivo de vida. Meu amor pela pesquisa nasceu com vocês.

À minha família de coração, José Carlos Rolim, Ruth Maria S. Rolim, Vanessa R. Storolli e Flávio Storolli, Flávia S. Rolim e queridos sobrinhos Frederico, Lara e Enrico, pelo apoio, alegria e tanto carinho.

À minha família "Botucatuense", que tanto me acolheu, queridos Ana Teresa, Francisco e Cidinha, Patrícia e Thadeu, João, Dina, Alessandra Luisa, Juliana e Renata; e à família de amigos Piracicabana, Fernanda, Juliana, Maylu, Alessandra e Jorge, Letícia, entre outros, pela amizade e carinho.

"Ensinar é um exercício de imortalidade. De alguma forma continuamos a viver naqueles cujos olhos aprenderam a ver o mundo pela magia da nossa palavra. O professor, assim, não morre jamais..."

Rubem Alves

RESUMO

Transtornos Mentais Comuns (TMC) e uso de risco de álcool entre estudantes universitários vêm sendo foco de pesquisas, sendo ainda raros os estudos com alunos de graduação em odontologia. O objetivo desta pesquisa foi investigar a prevalência de TMC e do uso de risco de álcool e suas associações com as características sociodemográficas, de saúde, relacionais, do ambiente acadêmico, de estratégias de enfrentamento e resiliência entre estudantes do curso de Odontologia da Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP. Neste manuscrito, estão apresentados três estudos que representam os resultados obtidos: uma revisão integrativa sobre o tema e dois estudos empíricos que focalizaram dois diferentes desfechos: TMC e uso de risco de álcool em estudantes de odontologia. A revisão investigou, em pesquisas publicadas entre 2006 e 2016, fatores de risco e proteção para sofrimento psíquico de estudantes universitários. Os estudos empíricos utilizaram delineamentos transversais, descritivos e analíticos. A amostra nesses estudos foi composta por 230 alunos, 71,8% dos estudantes matriculados nos quatro anos do curso de odontologia. Foram aplicados formulário padronizado para caracterização da amostra e seis instrumentos que investigaram: Transtorno Mental Comum (*Self Repporting Questionnarie-20 – SRQ-20*), uso de risco de álcool (*Alcohol Use Disorder Identification Test-AUDIT)*, apoio social (Escala de Apoio Social, do *Medical Outcomes Study-EAS*), percepção do ambiente educacional (*Dundee Ready Education Environment Measure-DREEM*), estratégias de enfrentamento (Inventário de Estratégias de Enfrentamento-IEC) e resiliência (Escala de Resiliência-ER). Foram realizadas análises descritiva e bivariada, e regressão logística (RL) para modelos sucessivos. Do total da amostra, 30,0% cursavam a primeira série, 21,7% a segunda, 31,2% a terceira e 17,0% na quarta, sendo 75,2% mulheres. A média de idade foi de 20,6 (DP±1,99), maioria referiu não ter companheiro (98,7%), morar com amigos (59,6%), ter pai e mãe (66,1%; 63,5%) com ensino superior completo, renda familiar elevada (65,9%) e ter gasto mensal de até dois salários mínimos (87,6%). A maioria não recebia mesada ou a considerava insuficiente (61,6%), não tinha trabalhado nos últimos seis meses (91,3%), seguia alguma religião (84,3%) e considerava-a muito importante (54,8%). Análise descritiva dos escores obtidos nos instrumentos indicou, em geral, médias elevadas para percepção geral positiva do apoio social (EAS total: 72,7, DP:15,9), ambiente

educacional (DREEM total: 119,9; DP:22,9), resiliência (ER: 124,1; DP:16,4). Identificou-se também maior uso de Reavaliação Positiva como estratégia de enfrentamento (13,6; DP:4,7; 1-27) e menor uso de estratégias de Fuga/Esquiva (1,7, DP:1,8) pelos estudantes. A prevalência de TMC foi de 45.2% (95% CI: 38.7-51.6) e de uso de risco de álcool 29,6% (95%IC: 23,7%-35,9%) com prevalência significativamente maior entre os homens (p<0,01). A análise multivariada permitiu identificar como fatores de risco para TMC: não desempenhar atividades extracurriculares como gostaria (OR:4,5;IC:1,9-10,7), avaliar negativamente sua saúde (OR:4,24;IC:1,9-9,8), e seu desempenho escolar (OR:3,8;IC:1,3-10,5), ter recebido tratamento psicológico/psiquiátrico após o ingresso na universidade (OR:2,65;IC:1,1-6,1), e utilizar *coping* confronto (OR:1,20;IC:1.0-1.4). Resiliência (OR:0,93;IC:0,9-1,0) foi identificada como fator de proteção para TMC. Em relação aos fatores de risco para uso problemático do álcool, permaneceram no modelo final da RL: cursar a terceira série (OR:3,72;IC:1,55-8,90), ter recebido trote (OR:3,29;IC:1,54-7,03), sexo masculino (OR:3,19; IC:1,57-6,49), renda mais alta (OR:2,87;IC:1,31-6,28). As prevalências de TMC e de uso de risco de álcool foram mais elevadas que as descritas para a população geral. Características individuais (sexo, renda), de saúde (autoavaliação da saúde, histórico de tratamento psicológico/psiquiátrico), comportamentais (*coping* e resiliência) e, principalmente, as relativas à vida acadêmica (série, atividades extracurriculares, desempenho acadêmico, trote abusivo) desempenharam importante função nos desfechos investigados. Embora tenha sido realizado com população universitária específica, os achados sugerem a relevância de ações de prevenção e cuidado nas instituições de ensino superior de forma a favorecer o bem estar dos estudantes. Estudos longitudinais poderão favorecer o aprofundamento dos dados identificados.

Palavra Chave: Transtornos Mentais Comuns, sofrimento psíquico, álcool, uso de risco de álcool, estudantes, fatores de risco.

ABSTRACT

Common Mental Disorders and hazardous alcohol consumption in university students have been the focus of researchers; however, studies that focus on mental health and risk behaviors of dental students are less frequent. This study aimed to identify the prevalence of CMD and hazardous alcohol consumption, and its associations with sociodemographic characteristics, health conditions, relational aspects, academic life' perceptions, coping and resilience of dental students in the State of University of Campinas - UNICAMP. Three scientific papers are presented: an integrative review and two empirical studies about CMD and hazardous alcohol consumption of dental students. The review investigated, in publications between 2006 and 2016, risk and protective factors for psychological distress in university students. The empirical studies had cross-sectional, descriptive and analytical design. The sample in these studies was composed by 230 students, 71.8% enrolled in the four years of the dentistry course. Students answered to a standardized questionnaire and six instruments: Self-Repporting Questionnarie-20 (SRQ-20; CMD), Alcohol Use Disorder Identification Test (hazardous alcohol consumption), Social Support Scale of the Medical Outcomes Study (MOS; social support), Dundee Ready Education Environment (DREEM; educational environment' perception), Ways of Coping (WC; coping strategies) and Resilience Scale (RS; resilience). We conducted a descriptive and bivariate analyzes, and a logistic regression (LR) performed for successive models. Of the total sample, 30.0% were in the first grade, 21.7% in the second grade, 31.2% in the third grade and 17.0% in the fourth grade, 75.2% of which were women. The mean age was 20.6 (SD ± 1.99), the majority reported having no partner (98.7%), living with friends (59.6%), having father and mother with complete higher education (66.1%, 63.5%), high family income (65.9%) and monthly cost more than two minimum wages (87.6%). Most of students did not receive allowance or it was insufficient (61.6%), had not worked in the last six months (91.3%), were religious (84.3%) and considered it very important (54.8%). Descriptive analysis indicated high averages for overall positive perception of social support (total MOS: 72.7, SD: 15.9), educational environment'perception (total DREEM: 119.9; 9), and resilience (RS: 124.1, SD: 16.4). Positive reappraisal was the coping strategy most reported (13.6, SD: 4.7, 1-27) and escape/avoidance the less use strategy (1.7, SD: 1.8). The prevalence of CMD was 45.2% (95% CI: 38.7-51.6), and

29.6% (95% CI: 23.7% -35.9%) of the students presented hazardous alcohol consumption, which was significantly higher among men (p<0.01). Multivariate analysis showed that the risk factors for CMD were having unsatisfactory extracurricular activities (OR: 4.5, CI: 1.9-10.7), having negative perception of their health (OR: 4.24;9-9,8) and of their academic performance (OR: 3.8; CI: 1.3-10.5), having psychological/psychiatric treatment during the course (OR: 2.65; CI: 1,1-6,1), and using confrontive coping (OR: 1.20; CI: 1.0-1.4). Resilience (OR: 0.93; CI: 0.9-1.0) was identified as a protective factor for CMD. Regarding risk factors for hazardous alcohol consumption identified in LR were being in the third grade (OR: 3.72, CI: 1.55-8.90), having received hazing (OR: 3.29 , CI: 1.54-7.03), being male (OR: 3.19, CI: 1.57-6.49) and having higher family income (OR: 2.87; CI: 1.31-6, 28). In this study, the prevalence of CMD and hazardous alcohol consumption was higher than identified in general population. Individuals characteristics (sex, income), health aspects (self-assessment of health, history of psychological / psychiatric treatment), behavioral (coping and resilience) and especially those characteristics related to academic life (series, extracurricular activities, academic performance) influenced the outcomes. Longitudinal studies may contribute to clarify the findings. Although this study carried out with a specific university population (dental students of one university), the findings suggest the relevance of preventive and care actions in university students contributing to their well-being.

Keywords: Common Mental Healh, psychological distress, alcohol, hazardous alcohol consumption, students, risk factors.

LISTA DE FIGURAS E TABELAS

DADOS GERAIS DA TESE

Figura 1 Amostra 48

Figura 2 Modelo conceitual para TMC 54

Figura 3 Modelo conceitual para uso de risco de álcool 54

Tabela 1 Características sociodemográficas dos estudantes 59

Tabela 2 Média, desvio padrão, mediana e valores mínimos e máximos dos escores obtidos pelos instrumentos SRQ-20, AUDIT, EAS, DREEM, Escala de Resiliência e Inventário de Estratégias de *Coping*..... 60

CAPÍTULO 1: REVISÃO INTEGRATIVA: SOFRIMENTO PSÍQUICO EM ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS E FATORES ASSOCIADOS

Figura 1 Fluxograma referente às etapas da seleção dos estudos pelos revisores 69

Tabela 1 Frequência absoluta e porcentagens das características dos estudos incluídos (n=37) 70

Tabela 2 Características dos estudos selecionados sobre sofrimento psíquico em estudantes universitários, prevalências, fatores de risco e de proteção 72

Tabela 3 Frequência de categorias e variáveis de risco associadas ao sofrimento psíquico dos estudantes universitários identificadas nos artigos (n=37) 77

Tabela 4 Frequência de categorias e variáveis de risco associadas a sofrimento psíquico por artigo (n=37) 79

CAPÍTULO 2: *COMMON MENTAL DISORDERS AMONG DENTAL STUDENTS: PREVALENCE AND CORRELATES*

Figure 1 *Conceptual hierarquical framework for Common Mental Disorders* 104

Table 1 *Prevalence of Common Mental Disorder (CMD) according to sociodemographic characteristics, health, relational and academic aspects (n=230)*..... 106

Table 2 *Prevalence of Common Mental Disorders (CMD) according to social support perception (Social Support Scale) and academic life perceptions (DREEM) of the students (n=230)*..... 108

Table 3 *Median and range scores of Resilience Scale (RS) and Ways of Coping Inventory (WCI) for CMD (SRQ-20)* 109

Table 4 *Logistic Regression Models: association between CMD prevalences and sociodemographuc characteristics, health, relacional, academic life and psychological aspects of students*..... 110

CAPÍTULO 3: USO DE RISCO DE ÁLCOOL E FATORES ASSOCIADOS ENTRE ESTUDANTES DE ODONTOLOGIA: ANÁLISE DE MODELOS SUCESSIVOS

Tabela 1 Características sociodemográficas dos estudantes de odontologia, segundo sexo (n=230)..... 131

Tabela 2 Prevalência de Uso de Risco de Álcool (casos), segundo características sociodemográficas, da saúde, relacionais e vida acadêmica dos estudantes (n=230) 133

Tabela 3 Prevalência de Uso de Risco de Álcool (casos), segundo instrumentos de apoio social (EAS) e percepção do ambiente educacional (DREEM) pelos estudantes (n=230)..... 134

Tabela 4 Mediana e valores mínimo e máximo dos escores obtidos com a Escala de Resiliência e Inventário Estratégias de Enfrentamento, segundo uso de risco de álcool (AUDIT) 135

Tabela 5 Regressão Logística: associação entre prevalência de uso de risco de álcool e as variáveis sociodemográficas, saúde, relacionais, vida acadêmica, e aspectos psicológicos dos estudantes 136

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

FMB	Faculdade de Medicina de Botucatu
UNESP	Universidade Estadual Paulista
FOP	Faculdade de Odontologia de Piracicaba
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas
TMC	Transtornos Mentais Comuns
AUDIT	*Alcohol Use Disoder Identiication Test*
SRQ-20	*Self Reporting Questionnaire*
EAS	Escala de Apoio Social
MOS	*Medical Outcome Study*
DREEM	*Dundee Ready Educational Test*
DSM-5	Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais
CID-10	Classificação Internacional de Doenças
YLD	*Years Living with Disabilities*
LENAD	Levantamento Nacional sobre o Uso de Álcool, Tabaco e outras Drogas entre Universitários
AE	Ambiente Educacional
VE	Variáveis de Exposição
VIF	*Variance Inflaction Factor*
RL	Regressão Logística
DP	Desvio Padrão
Min	Valor Mínimo
Max	Valor Máximo
SM	Salário Mínimo
MW	*Minimum Wage*
IC	Intervalo de Confiança
CI	*Confidence Interval*
AOR	*Adjusted Odds Ratio*
OR	*Odds Ratio*
ORBr	*Odds Ratio Bruto*

LISTA DE APÊNDICES

APÊNDICE 1 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido 179

APÊNDICE 2 Formulário: Características sociodemográficas, da saúde, relacionais e da vida acadêmica 182

LISTA DE ANEXOS

ANEXO 1 Protocolo de aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da FMB/UNESP 195

ANEXO 2 Protocolo de aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da FOP/UNICAMP 197

ANEXO 3 Comprovante de submissão da revisão integrativa (Capítulo 1) na Revista Ciência e Saúde Coletiva 200

SUMÁRIO

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO 18

2. JUSTIFICATIVA 40

3. OBJETIVOS 42
3.1 Objetivo Geral 42
3.2 Objetivos Específicos 42

4. HIPÓTESES 44

5. MÉTODO 46
5.1 Contexto da pesquisa 46
5.2 Considerações Éticas 46
5.3 Participantes da pesquisa 47
5.3.1 População alvo 47
5.3.2 Critérios de Inclusão 47
5.3.3 Amostra 47
5.4 Desenho do estudo 48
5.5 Procedimento e instrumentos de avaliação 48

6. ANÁLISE DOS DADOS 54

7. RESULTADOS 58

CAPÍTULO I 63
CAPÍTULO II 97
CAPÍTULO III 121

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS 149

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 153

APÊNDICES 179

ANEXOS 195

1. INTRODUÇÃO

1. INTRODUÇÃO

Transtornos mentais e uso de substâncias psicoativas são considerados um importante problema de saúde pública por acarretarem sofrimento e incapacidades aos indivíduos, gerarem sobrecarga para a família e para toda a sociedade (VOS ET AL., 2012; WENCESLAU; ORTEGA, 2015). Sofrimento psíquico representa metade do adoecimento presente em jovens adultos americanos (HUNT; EISENBERGER, 2010). No Brasil, calcula-se que mais de 30 milhões de pessoas apresentem algum tipo de transtorno mental e estima-se que cerca de 9,0% a 11,2% apresentem uso de risco de álcool (SCHMIDT et al., 2011; GONÇALVES et al, 2014).

Artigos publicados pela revista britânica The Lancet, em 2007 (JACOB et al., 2007; PATEL ET AL., 2007; PRINCE ET AL., 2007; SARACENO ET AL. 2007; SAXENA ET AL, 2007) indicam a Saúde Mental Global (*Global Mental Health*) como campo de investigação e propõem a redução das iniquidades no acesso a cuidados com a saúde mental das populações. De 1990 a 2010, os transtornos mentais, neurológicos e relacionados ao uso de substâncias aumentaram 41% (PATEL et al., 2016), representando 7,4% da carga mundial total de problemas de saúde (WENCESLAU; ORTEGA, 2015). Transtornos mentais e do comportamento são também responsáveis por um quarto dos anos vividos com alguma incapacidade *YLD - Years Living with Disabilities* – (VOS ET AL., 2012).

Estudos publicados entre 1997 e 2009, revistos por Santos e Siqueira (2010), indicaram que resultados da prevalência geral de transtornos mentais leves, como os Transtornos Mentais Comuns – TMC, em adultos brasileiros variaram de 20 a 56%. Dos 24 estudos selecionados, 15 utilizaram para medida desses transtornos o *Self-Reporting Questionarie* (SRQ-20) (SANTOS; SIQUEIRA, 2010). Os TMC ou Transtornos Psiquiátricos Menores, definidos por Goldberg e Huxley (1992), caracterizam-se pela presença de sintomas como fadiga, insônia, esquecimento, dificuldade de concentração, irritabilidade, tristeza e queixas somáticas, podendo causar limitações funcionais significativas para os indivíduos ao longo dos anos. São sintomas que não atingem os critérios para se enquadrarem em uma categoria diagnóstica, segundo o Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais,

DSM-5 (2014) e a Classificação Internacional de Doenças da Organização Mundial da Saúde (CID-10)[1], mas são indicativos de sofrimento psíquico podendo interferir na vida das pessoas (GOLDBERG; HUXLEY, 1992).

Estudantes universitários, em especial os da área da saúde, vêm sendo foco de pesquisas em diversos países, constatando-se nessas investigações elevada prevalência de sofrimento psíquico e de uso abusivo de substâncias (WEXLER, 1978; RIBEIRO et al., 1997; ANDRADE et al., 1997; KERR-CORREA et aL, 1999; HIDALGO et al., 2001; SANTOS et al., 2003; VOLCAN et al., 2003; MYERS E MYERS, 2004; FAGUNDES; LUDEMIR, 2005; SOUZA; MENEZES, 2005; STEMPLIUK et al, 2005; CAVESTRO; ROCHA, 2006; DYEBYE et al., 2006; LIMA et al., 2006; NEVES; DALGALARRONDO, 2007; AMARAL et al., 2008; LI et al., 2008; KAY E LOWE, 2008; REZENDE et al., 2008; AGUIAR et al., 2009; CRANFORD; EISENBERG; SERRAS, 2009; KUMAR et al., 2009; ZIVIN et al., 2009; BALDASSIN, 2010; COSTA et al., 2010; FIOROTTI ET AL., 2010; JOHNSON et al., 2010; HUNT; EISENBERG, 2010; BRASIL, 2010, TOVAR et al., 2010; VALLILO et al., 2011; WOLFF; CROCKETT, 2011; ANDRADE et al., 2012; BUCHANAN, 2012; CAMPOS et al., 2012; CLEARY et al., 2012; IBRAHIM et al., 2012; LIMA, 2012; MADHAN; RAJPUROHIT; GAYATHRI, 2012; NEVEU et al., 2012; SCHIEKIRKA et al., 2012; TOVAR et al., 2012; ALZAHEM; VAN DER MOLEN; DE BOER, 2013; DIVARIS et al., 2013; EISENBERG; HUNT; SPEER, 2013; FONSECA et al., 2013; COSTA et al., 2014; ELANI et al., 2014; SILVA; RAMOS-CERQUEIRA; SILVA ET al., 2014; LIMA, 2014; TORRES et al., 2016; ROTENSTEIN et al., 2016).

Uma das mais antigas indicações de sofrimento psíquico em estudantes encontra-se em editorial do *The Journal of American Medical Association,* em 1903 (JAMA, 2003). Esse editorial divulgou o elevado índice de suicídio entre médicos norte-americanos. Após esse editorial, foram realizadas conferências em diversos países no sentido de se discutir e reconhecer a importância desse assunto (MILAN; ROSSI; DE MARCO, 1999). Pesquisa publicada recentemente sobre suicídio em médicos do Estado de São Paulo (PALHARES-ALVES et al., 2015) e uma meta-análise que investigou a prevalência de depressão, sintomas depressivos e ideação suicida entre estudantes de medicina (ROTENSTEIN et al., 2016) reforçam que esta preocupação é ainda atual.

[1] Disponível em: http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/cid10.htm

Pesquisas brasileiras têm mostrado que a prevalência de TMC entre universitários, avaliada pelo SRQ-20, tem variado de 20 a 45% (HIDALGO et al., 2001; VOLCAN et al., 2003; FAGUNDES; LUDERMIR, 2005; SOUZA; MENEZES, 2005; LIMA et al., 2006; COSTA et al., 2010; FIOROTTI et al., 2010; LIMA, 2012; COSTA et al., 2014; SILVA; RAMOS-CERQUEIRA; LIMA, 2014; SILVA et al., 2014).

Em relação à população brasileira, estudo de coorte, realizado em Pelotas, RS, identificou prevalência de 28% de TMC (ANSELMI et al., 2008), semelhante ao encontrado em 3.597 residentes nas áreas urbanas do interior da Bahia (29,9%) (ROCHA et al., 2010) e em adolescentes de 124 municípios (30%) (LOPES et al, 2016). Prevalências mais elevadas, identificadas pelo instrumento *General Health Questionnarie,* foram obtidas em pessoas atendidas em serviços de atenção básica de quatro cidades brasileiras: Rio de Janeiro (51,9%), São Paulo (53,3%), Fortaleza (64,3%), e Porto Alegre (57,7%) (GONÇALVES et al., 2014). Esses resultados claramente sustentam a necessidade de planejamento e implantação de políticas públicas baseadas em pesquisas para rastreamento, promoção, prevenção e tratamento dessa demanda por saúde mental, como apontou Slavin (SLAVIN, 2016) em editorial publicado no JAMA.

Além de TMC, aspectos mais específicos têm sido pesquisados na população de jovens universitários. Estudo de meta-análise identificou prevalência de 28,8% de sintomas depressivos em médicos residentes (MATA et al., 2015), semelhante ao encontrado em graduandos de medicina (ROTENSTEIN et al., 2016). No Brasil, Amaral et al. (2008) identificaram prevalência de 26,8% entre alunos do curso de medicina de Goiás e Santos et al (2003) 41,4% entre estudantes de enfermagem de uma universidade pública do interior de São Paulo. Outro estudo brasileiro, conduzido por Neves e Dalgalarrondo (2007), avaliou a saúde mental de 1.290 estudantes matriculados nos cursos de graduação das áreas de artes, ciências humanas, da saúde, ciências básicas, exatas e tecnológicas nos *campi* de Campinas e Limeira, da Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP, por meio do *Mini International Neuropsychiatric Interview,* tendo sido identificando que 58% dos alunos (69% mulheres e 45% homens) apresentaram “algum transtorno mental”, sendo significativa a diferença da prevalência entre os sexos (p<0,01). Chama-se atenção para o fato que os estudantes do *campus* de Piracicaba, da Faculdade de Odontologia, não participaram desta pesquisa.

Em relação aos graduandos de cursos de odontologia, já em 1978, Wexler observou que o processo educacional e o ambiente institucional foram variáveis relevantes para a presença de sintomas de ansiedade e de episódios de pânico entre esses universitários. Comparativamente à população geral, graduandos de odontologia apresentaram níveis elevados de ansiedade e de depressão, aproximando-se daqueles identificados em estudantes de medicina (MADHAN; RAJPUROHIT; GAYATHRI, 2012). Sintomas de estresse foram identificados também em estudantes do primeiro ano de odontologia em pesquisa multicêntrica realizada em sete universidades na Europa (HUMPHRIS et al., 2002). Humphris et al. (2002) identificaram que aproximadamente um terço da população estudada (36%) referiu sofrimento psicológico e 22% apresentaram Síndrome de *Burnout*, estresse crônico ocupacional. Estudo americano, em 2017, identificou que 40% dos alunos de odontologia e 38% dos técnicos em higiene bucal apresentaram *burnout*; sintomas depressivos (9% e 9%) e ideação suicida (6% e 9%) (DEEB et al., 2017), dados semelhantes ao já identificado na Espanha por Galan et al. (2014). Embora com limitações metodológicas decorrentes do tamanho amostral (graduandos, 119 e técnicos, 32), o estudo aponta para uma crescente preocupação com a saúde mental dessa população.

Os níveis de estresse variaram significativamente entre as universidades ($p<0,001$). No Brasil, Campos et al (2012) identificaram que 17% dos estudantes de Odontologia apresentaram *burnout* e afirmaram sentirem-se emocionalmente esgotados pelos estudos (47,2%), que estudar exigia um grande esforço (57,9%), que perderam o interesse pelo estudo (75,3%) e estavam descrentes em relação à utilidade de frequentarem as aulas (68,9%), sentindo-se também consumidos por essa atividade (45,5%). Além disso, o medo de falhar, a pressão das atividades acadêmicas, os períodos de transição (por exemplo, do período de estudos básicos para a clínica, em geral, no terceiro ano) e a dificuldade de relacionamento com seus superiores foram considerados potenciais estressores na vida desses jovens (DAHAN; BEDOS, 2010; PEREIRA; BARBOSA, 2013).

Outro frequente problema já identificado entre universitários é o consumo abusivo de substâncias psicoativas, lícitas e ilícitas, sendo um dos comportamentos de risco à saúde mais observado na sociedade ocidental, em especial, entre homens, adolescentes e jovens adultos (KERR-CORREA et al., 1999; PEUKER; FOGAÇA; BIZARRO, 2006; SILVA et al., 2006; KERR-CORREA et al., 2008;

BRASIL, 2010; JOHNSON et al., 2010; WOLFF; CROCKETT, 2011 ANDRADE et al., 2012; MURRAY et. al, 2012; COELHO; BASTOS; CELESTE, 2015; NUNES et al., 2012; FACHINI; FURTADO, 2013; SILVA; TUCCI, 2014; SILVA; TUCCI, 2016). O uso de risco ou uso problemático de álcool são termos utilizados na literatura para descrever um padrão de consumo que pode gerar dano físico ou mental, se este persistir (BABOR ET AL., 2001; BRASIL, 2010; JOHNSTON et al., 2010; GONZALEZ; HEWELL, 2012).

O I Levantamento Nacional sobre o Uso de Álcool, Tabaco e outras Drogas entre Universitários, conduzido em 27 capitais brasileiras, identificou que aproximadamente 90% dos estudantes referiram consumo de álcool na vida, grande parte (72%) relatando consumo no último ano e 60,5% no mês anterior. A prevalência do *binge drinking* ou "beber pesado episódico" foi de 43,7% entre os homens e 29,0% entre as mulheres, nos últimos 12 meses. Este levantamento também verificou aumento de 14% do consumo de álcool entre 2006 e 2012 entre os jovens universitários (LENAD, 2012). Segundo Johnston et al (2010), o consumo de álcool no último mês entre estudantes americanos foi de 42% para os estudantes de odontologia norte-americanos, prevalência semelhante à identificada no Brasil entre estudantes universitários (TOVAR et al, 2010; ANDRADE et al., 2012).

Revisão sistemática, que avaliou estudos com universitários na Irlanda e Inglaterra, entre 2002 e 2014, identificou que o *Alcohol Use Disorder Identification Test* (AUDIT) foi o instrumento mais utilizado em pesquisas para investigar padrões de consumo do álcool (DAVOREN et al., 2016). Com esse instrumento, que permite identificar a prevalência de uso de risco/problemático de álcool constatou-se, segundo a revisão citada, aumento considerável nas prevalências de uso de risco de álcool de 2003 (63%) para 2014 (84%) (DAVOREN et al., 2016). Outra pesquisa, realizada em estudantes de uma universidade na Colômbia, identificou que 88,6% dos estudantes referiram uso de álcool na vida e que, destes, 20,5% apresentavam consumo de risco e 14,9% risco para dependência (CASTAÑO-PEREZ; CALDERON-VALLEJO, 2014). No Brasil, 44,2% dos estudantes de uma universidade pública do Rio Grande do Sul apresentaram consumo de risco (PEUKER; FOGAÇA; BIZARRO, 2006), prevalência maior que a encontrada em outros estados, como os estados de São Paulo (11,3% a 20,7%) (PILLON; CORRAD-WEBSTER, 2006; SILVA; TUCCI, 2014; SILVA; TUCCI, 2016) e de Minas Gerais (20,7%) (ROCHA et al., 2011).

Identificar e analisar fatores associados ao desenvolvimento de problemas na saúde, como transtornos mentais e uso de substâncias, implica compreender que a relação saúde-doença insere-se em contextos amplos e complexos (ROUQUAYROL; GOLDBAUM; SANTANA, 2013). Fatores associados à determinada condição de saúde podem ser fatores de risco ou de proteção à saúde. Entende-se como fatores de risco condições com maior probabilidade de causar consequências negativas ou indesejáveis, doenças ou incapacidades, aos indivíduos e fatores de proteção, ao contrário, como comportamentos ou condições que diminuem a probabilidade de consequências negativas na saúde (MAIA; WILLIANS, 2005; SAPIENZA; PEDROMONICO, 2005; BUSS; PELLEGRINI-FILHO, 2007; ALMEIDA-FILHO; COUTINHO, 2007). Segundo Poletto e Koller (2008), fatores de proteção referem-se à forma como os indivíduos lidam com as transições e mudanças na vida, ao sentido que atribuem às suas experiências diante de uma situação adversa e a algumas características, como renda, escolaridade e acesso a serviços de saúde. Em uma análise epidemiológica, variáveis relacionadas a problemas na saúde dos indivíduos devem ser então consideradas: sexo e gênero, idade, etnia e cor, fatores genéticos, estado civil e arranjo familiar, trabalho e renda, migração e procedência, organização social e situação de classe (SAMPAIO; GUIMARÃES; SAMPAIO, 2014).

Variáveis como sexo, idade, renda, apoio social, arranjo familiar, escolha da profissão e satisfação com a mesma, situação financeira, traços de personalidade, estágio do curso, história de escolha do curso de graduação, modos de enfrentamento têm sido indicados como relevantes para a compreensão do sofrimento psíquico vivenciado pelos estudantes universitários em vários estudos (LIMA, 2012; MADHAN; RAJPUROHIT; GAYATHRI, 2012; FONSECA et al., 2013; ALZAHEM; VAN DER MOLEN; DE BOER, 2013; COSTA et al., 2014; DIVARIS et al., 2014; ELANI et al., 2014; SILVA; RAMOS-CERQUEIRA; LIMA, 2014; BYRD et al,. 2014).

Estudo realizado por Lima et al (2006), indicou que a presença de TMC em estudantes de medicina associou-se a situações pessoais e ligadas ao curso, como falta de apoio emocional, dificuldade para fazer amigos, auto-avaliar seu desempenho escolar como “ruim” e pensar em abandonar o curso; resultados semelhantes aos encontrados em outros estudos com a mesma população (AMARAL et al., 2008; REZENDE et al., 2008; LIMA, 2012; SILVA; RAMOS-

CERQUEIRA; LIMA, 2014). De acordo com Costa et al (2014), estudantes que referiram pensar em desistir do curso ou referiram desconforto ao realizar as atividades acadêmicas apresentaram maior probabilidade de desenvolver sofrimento psíquico. Em relação aos aspectos pessoais, também foi maior a probabilidade de TMC entre estudantes que se autoavaliaram como estressados, que referiram reagir aos conflitos de forma retraída ou agressiva e que apresentaram diagnóstico prévio de transtorno mental. Maior frequência de TMC ocorreu entre aqueles que afirmaram receber pouco apoio emocional, que se sentiam infelizes e não tinham expectativas positivas de seu futuro. Os mesmos autores discutiram que os fatores de risco para sofrimento psíquico poderiam estar relacionados, em especial, à escassez de apoio psicossocial aos alunos (COSTA et al., 2014).

Recente revisão sistemática, realizada por Elani et al. (2014), identificou níveis significativos de estresse em estudantes de odontologia, mostrando que os aspectos acadêmicos foram os estressores mais referidos (excesso de atividades e avaliações). As regras e normas das instituições, críticas recebidas e inconsistências nos *feedbacks* fornecidos pelos professores, preocupação com o atendimento de pacientes “difíceis”, e a dificuldade no aprendizado de alguns procedimentos clínicos apresentaram-se como fontes de estresse (ELANI et al., 2014). Outra revisão realizada com estudantes de odontologia (DIVARIS et al., 2013) encontrou níveis de sofrimento psicológico mais elevados nos períodos de transição das disciplinas relacionadas à ciência básica (1º e 2º ano) para o momento pré-clínico (3º) e entre os que efetivamente já atendem pacientes (4º e 5º), principalmente, entre as mulheres, como também identificado em outros estudos (KUMAR et al., 2009; ALZAHEM; VAN DER MOLEN; DE BOER, 2013).

A literatura mostra que, entre jovens universitários de diferentes cursos, a presença de sofrimento psíquico e o uso abusivo de álcool tem se associado às características sociodemográficas, aos aspectos relacionais, à percepção de saúde e da vida acadêmica. No entanto, pouco se conhece sobre as características psicológicas e comportamentais dos estudantes como, por exemplo, a forma com que tendem a lidar e se adaptar às adversidades às quais podem ser expostos. Diante desse panorama, fica evidente que estudantes universitários requerem atenção dos pesquisadores e profissionais da saúde por constituirem uma população que apresenta importantes demandas e clara necessidade de ações de cuidado e promoção de melhor qualidade de vida (NOGUEIRA-MARTINS, 2010;

NEVEU et al., 2012; SCHIEKIRKA et al., 2012; ARAYA et al., 2013; FONSECA et al., 2013; FEODRIPPE; BRANDÃO; VALENTE, 2013; SOARES et al., 2014; SLAVIN, 2016).

Alguns aspectos relativos às características de jovens universitários, da vida acadêmica e de aspectos teóricos de estratégias de enfrentamento e resiliência serão aqui apresentados visando esclarecer a escolha das variáveis de exposição utilizadas neste estudo.

A formação de identidade dos estudantes e a vida universitária

A maioria dos estudantes nas universidades encontra-se na transição da adolescência para a fase adulta. Neste período, ocorrem mudanças físicas e sociais: podem passar a residir fora da casa de seus familiares, assumem novas responsabilidades pessoais, escolares, e expõem-se a diferentes grupos étnicos e culturais (UNICEF, 2011). Segundo a Organização Mundial da Saúde, essa fase compreende toda a segunda década da vida de um indivíduo e é reconhecida como um momento que separa a primeira infância da vida adulta, momento que requer atenção e proteção especiais (UNICEF, 2011). No Brasil, de acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente, a adolescência corresponde o período entre 10 e 19 anos e a população jovem dos 15 aos 24 anos (Brasil, 1990).

Segundo o censo demográfico de 2010, 51,3 milhões de jovens brasileiros tinham entre 15 e 29 anos de idade, e apenas 16,2% de todos os jovens do país chegaram ao ensino superior (IBGE, 2010[2]). Resultados do Censo de Educação Superior (BRASIL, MEC/INEP, 2014) também apontam que, de 2003 a 2014, houve um crescimento de 96,5% no número de matrículas em cursos universitários, com mais de 7,8 milhões de alunos matriculados, com 74,9% das matrículas realizadas em Instituições privadas de Ensino Superior e 25,1% públicas (BRASIL, MEC/INEP, 2014).

É nessa fase do desenvolvimento que os contextos social e familiar passam a exigir do indivíduo maior responsabilidade em relação a sua própria vida. Esses jovens também sofrem influência dos veículos de comunicação e dos sistemas legal e político sobre o modo como pensam e se comportam (BRASIL, 2010). Acentua-se, então, o processo da formação de identidade resultante da

[2] Disponível em: http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv88941.pdf

relação do sujeito, que se encontra em constante mudança, com a sociedade (ZIMMERMAN, 1992), entendendo-se identidade como o resultado provisório da intersecção entre a história da pessoa com seu contexto e seus projetos (CIAMPA, 1984). Já a identidade vocacional é formada no momento em que o sujeito reúne suas experiências e desejos e principia a seleção de seu campo de interesse para atuação futura (ARRUDA; MILAN, 1999).

Em 1990, Milan et al. apontaram que as relações dos jovens com seu meio social e familiar poderiam interferir em sua escolha profissional. Especificamente entre estudantes da área da saúde, segundo esses autores, essa escolha muitas vezes poderia ser influenciada pelo desejo de curar e de tratar de si mesmo através da pessoa do outro. Os mesmos autores destacam que a opção por ingressar em um curso de medicina ou odontologia, por exemplo, exigiria que o jovem lidasse com muitas situações de competição desde o vestibular, renunciando precocemente a alguns prazeres. Estas renúncias poderiam decorrer, também, de crenças sobre o profissional da saúde, entre essas a exigência de sempre ter de se sacrificar e vencer desafios para exercer plenamente sua profissão (MILAN et al., 1990). Como referido por Ramos-Cerqueira e Lima (2002), "(...) embora saúde mental e identidade sejam questões distintas, no campo profissional estas podem se imbricar. O enfrentamento de conflitos que surgem para o aluno, ao longo de sua formação, deixam marcas em sua identidade profissional e, não raro, produzem sintomas, produzem adoecimento" (RAMOS-CERQUEIRA; LIMA, 2002, pp.113).

Nesse sentido, além dos aspectos relativos ao desenvolvimento desses jovens, momentos críticos inerentes ao contexto acadêmico podem também ser desencadeadores de estresse: a adaptação a novos métodos de estudo, o volume de matérias, o início da prática na clínica, o contato com sofrimento e com a possibilidade de morte dos pacientes e a vivência do processo de escolha de uma especialidade (HERRERA et al., 2010; RIOS; SCHRAIBER, 2012). Fatores de natureza mais pessoal também têm sido descritos como associados ao sofrimento psicológico dos estudantes: residir longe da família, muitas vezes tendo que se adaptar a uma nova cidade, morar só ou com colegas, com necessidade de estabelecer novos vínculos de amizade e buscar novas formas de apoio social e afetivo. Para alguns, essas mudanças podem ser vivenciadas de forma positiva, social e intelectualmente, porém para outros podem causar demasiada sobrecarga emocional (THURBER; WALTON, 2012).

Como apontaram Costa e Pereira (2005), na vivência acadêmica podem-se observar estressores como os relacionados à escola (conteúdo; pressão de provas e avaliações; nos cursos da área da saúde, participação em atividades como dissecção de cadáveres e o contato com pessoas doentes e com a morte); a ruptura ou diminuição das oportunidades de relacionamento social devido à exigência de dedicação aos estudos; as mudanças psicopedagógicas e da estrutura da instituição de ensino (aspectos físicos e organizacionais do ambiente de ensino); e a possibilidade de ocorrência de abuso verbal, institucional e acadêmico no novo ambiente.

Ao longo do curso, os alunos podem apresentar diferentes expectativas e passar por diferentes vivências. Guimarães (2007) descreve que pode ocorrer entre os primeiranistas uma fase de euforia**,** em que se sentem socialmente valorizados e orgulhosos de seu desempenho e conquistas. Em outra fase, os estudantes podem decepcionar-se ao ter contato prioritariamente disciplinas de cunho teórico e distantes de suas expectativas iniciais, desencanto com o curso que pode aumentar quando as notas não refletirem seus esforços, sendo nessa fase essencial o apoio oferecido pela família (GUIMARÃES, 2007). Soares et al. (2014) investigaram o impacto das expectativas dos estudantes de primeiro ano, de diversas áreas, na sua adaptação à universidade. Embora com importantes limitações metodológicas (tamanho da amostra e falta de homogeneidade da mesma), esta pesquisa identificou que expectativas acadêmicas mais elevadas em relação ao envolvimento social, vocacional e curricular associaram-se a melhores índices de adaptação.

Soma-se às questões pessoais e acadêmicas descritas, que podem desencadear ou acentuar o sofrimento em estudantes, a vivência (frequente) de uma prática comum no ambiente acadêmico brasileiro, ainda que proibida por leis específicas em alguns estados do País: o trote. Este é definido como ritual de iniciação a um novo grupo ao qual o calouro pretende se integrar. Apesar do declarado objetivo de integração nos últimos anos, são muitos os relatos de trote como abuso físico e psicológico praticados pelos colegas (LIMA, 2012). Como consequência desses abusos, não têm sido raros os processos judiciais e acadêmicos envolvendo estudantes que praticaram humilhação e violência a seus colegas (LIMA, 2012). Os trotes têm se caracterizado claramente como abuso e, ao invés de serem atividades integradoras e educativas, têm trazido sofrimento e alienação (LIMA, 2012).

Pesquisa realizada em uma universidade pública de Minas Gerais investigou a opinião dos estudantes dos cursos de Enfermagem, Odontologia, Medicina, Educação Física e Biologia, no ano de 2012, acerca da participação no trote e das situações de constrangimento por ele impostas (COSTA et al., 2013). A participação no trote foi referida pela maioria dos estudantes (67,8%); no entanto, grande parte (77,5%) afirmou que o trote não se caracterizava como situação de constrangimento ou de violência. Como motivos para continuar com essa prática, referiram ser uma oportunidade de repetir com os novatos o mesmo tratamento que receberam ao ingressar na universidade, um "troco", a maioria (82,9%) considerou o trote uma diversão ou uma atividade de interação; ressalta-se, no entanto, que 30% dos alunos considereram a participação no trote como situação de constrangimento, e 14% referiram que não participar também poderia ser constrangedor (COSTA et al., 2013). Denúncias sobre trote têm sido observadas, mas ainda poucas as providências que têm sido tomadas tanto no meio acadêmico, como na sociedade em geral (Ackerman et al., 2012).

O ambiente educacional

Para que o processo de ensino-aprendizagem de fato favoreça o crescimento do aluno e do professor, considera-se como muito importante o Ambiente Educacional (AE) (RAMOS-CERQUEIRA, 1997; TRONCON, 2014). O AE pode ser definido como "(...) o conjunto de elementos, de ordem material ou afetiva, que circunda o educando, que nele deve necessariamente se inserir e que o inclui, quando vivencia os processos de ensino e aprendizado, e que exerce influência definida sobre a qualidade do ensino e a eficácia do aprendizado" (TRONCON, 2014, p.265). Um aspecto importante desse conceito é incluir o educando como elemento ativo/participante do ambiente, possuindo atribuições para a manutenção e aperfeiçoamento do ambiente que integra. Independentemente do termo utilizado, o ambiente deve favorecer o aprendizado do aluno, na medida em que influencia em seu rendimento acadêmico e sua satisfação com o processo educativo (TRONCON, 2014).

Com esse sentido, AE pode englobar a relação entre professor e o aluno, dentro e fora da sala de aula, a relação entre os alunos e com o contexto em que está inserido (estrutura, recursos didáticos, disciplinas, atividades extracurriculares, possibilidade de apoio e orientação, entre outros). Para muitos estudantes, o espaço

da sala de aula é visto como um dos poucos em que professor e aluno se reúnem, onde a aprendizagem é vivenciada e a integração acadêmica e a integração social podem ocorrer (Soares, Almeida e Guisande, 2010). Esses são espaços em que o professor deve assumir a postura de mediador e facilitador desse complexo processo de criação e construção de conhecimento abandonando qualquer comportamento que implique em submissão/alienação do aluno (RAMOS-CERQUEIRA, 1997).

Para avaliação do AE, Herrera et al. (2010) investigaram a percepção do AE entre 1.092 estudantes de medicina de seis Universidades do Chile. O *Dundee Ready Education Enviroment Measure* (DREEM) permite avaliar a percepção geral sobre o AE e, também, sobre domínios específicos da "Percepção dos Docentes", "Percepção da Aprendizagem", "Percepção Acadêmica", "Percepção da Atmosfera", e "Percepção da Vida Social (na universidade)". Os autores identificaram que os domínios referentes à "Percepção da Aprendizagem" e "Percepção da Vida Social" obtiveram os menores escores. Os autores concluíram, em geral, que os estudantes das universidades incluídas tiveram uma avaliação mais positiva do que negativa do AE, porém aspectos como exigência acadêmica, apoio e oportunidade para atividades extracurriculares foram identificados como problemáticos, mostrando necessidade de políticas participativas e planos de ação específicos para cada universidade (Herrera et al., 2010).

Nos últimos anos, pesquisas realizadas em diversos países têm investigado a percepção de estudantes universitários de diversas áreas sobre o AE, também utilizando escalas padronizadas (HERRERA et al., 2010; PIERRE, 2010; SHEHNAZ; SREEDHARAN, 2011; LIMA, 2012; HAMMOND et al., 2012; MILES; SWIFT; LEINSTE, 2012; ROTTROFF et al., 2012; YUSOFF, 2012; DÍAZ-VÉLIZ; MORA; ESCANERO-MARCÉN, 2013; MOHAIMEED, 2013; AL-NAGAR et al., 2014; DOSHI et al., 2014; PALMGREN et al., 2014; PAI et al., 2014; BAKHSHIALIABAD et al.,2015; RAHMAN et al., 2015; KARIM et al., 2015). A identificação da percepção dos estudantes sobre o AE pode oferecer direções para que se aprimorem as competências profissionais desejadas e reduzam elementos estressores inerentes ao treinamento dos estudantes.

Estresse e estratégias de enfrentamento

Segundo Selye (1965*)*, estresse é o grau de desgaste do corpo. Desgaste que não implica necessariamente em alteração mórbida, mas pode produzir modificações na estrutura e composição química do organismo. A essas modificações, Selye (1965) denominou de síndrome de adaptação geral, desenvolvida em três fases: reações de alarme, reações de resistência, e de exaustão. Segundo Weinman (1987), três abordagens do estresse podem ser consideradas:

(1) estresse como estímulo, abordagem que se refere a aspectos do ambiente que geram efeitos adversos no indivíduo e a situações estressoras que acarretam efeitos negativos em processos fisiológicos e psicológicos;

(2) estresse como resposta, abordagem semelhante à proposta por Selye (1965), que focaliza as respostas emitidas a um ambiente adverso ou situação estressora. Essa concepção considera estresse como um mecanismo para lidar com as demandas impostas ao organismo, sendo uma reação de defesa com função protetora e de adaptação; e

(3) estresse como ameaça percebida, um processo que combina as concepções de estresse como estímulo e como resposta. Nessa abordagem considera-se que o estresse ocorre diante de demandas com as quais os indivíduos não conseguem lidar ou às quais não conseguem se adaptar (Lazarus, 1976). Esta visão não associa o estresse exclusivamente a uma resposta ou a um estímulo específico, mas focaliza também os processos cognitivos envolvidos na avaliação que o indivíduo faz das situações que enfrenta, considerando-as ou não como adversas (Weinman, 1987).

Sob o ponto de vista acima descrito, estresse e enfrentamento estão intrinsicamente associados. Segundo Ramos-Cerqueira (2000), novos estudos buscam não apenas descrever as reações do estresse ou os eventos estressantes aos quais os indivíduos estão expostos, mas buscam identificar como os indivíduos lidam com ou enfrentam as situações estressantes. Esta visão trouxe significativa mudança em pesquisas trazendo o foco também para as estratégias de enfrentamento (ou *coping*). Assim, considera-se que a avaliação das estratégias utilizadas deve focalizar o que o indivíduo pensa ou faz em contextos (adversos) específicos e também as mudanças ocorridas em cada situação *(*RAMOS-CERQUEIRA, 2000, p.281).

Estratégias de enfrentamento ou c*oping,* segundo Folkman e Lazarus (1984), referem-se às mudanças cognitivas e comportamentais que visam administrar demandas específicas, internas e/ou externas, avaliadas pelo sujeito como excedendo ou sobrecarregando seus recursos pessoais. De acordo com Savoia (1999), são respostas que têm o objetivo de aumentar, criar ou manter a percepção de controle pessoal. Assim, o conceito de enfrentamento envolve variáveis comportamentais e cognitivas, que variam de indivíduo para indivíduo, segundo o contexto em que estão inseridos e segundo sua história de aprendizagem (FOLKMAN et al.,1986).

A avaliação da situação a ser enfrentada foi descrita, por Lazarus e Folkman (1984), como um processo cognitivo que avalia as situações como ameaçadoras (avaliação primária) e analisa, posteriormente, os recursos disponíveis para enfrentá-las (avaliação secundária). As estratégias de enfrentamento têm sido categorizadas de duas maneiras, dependendo de sua função: enfrentamento *focalizado no problema* envolve esforços para identificar o problema e atuar na situação que deu origem ao estresse. Esse tipo de estratégia possui como função alterar o problema existente na relação entre o indivíduo e o ambiente, que está causando a tensão, incluindo reestruturação cognitiva como, por exemplo, a redefinição do estressor. Já as estratégias *focalizadas na emoção* envolvem esforços para regular o estado emocional associado ao estresse; são comportamentos dirigidos a um nível somático e/ou aos sentimentos visando alterar o estado emocional do sujeito, por exemplo: fumar cigarro, tomar psicotrópicos, fazer exercício físico para reduzir a tensão causada pelo stressor (ANTONIAZZI; DELL'AGLIO; BANDEIRA, 1998; RAMOS-CERQUEIRA, 2000).

Apesar de a definição de enfrentamento ou *coping* de Lazarus e Folkman (1984) ser uma referência e ter permitido o avanço das pesquisas na área apresenta limitações: é uma referência mais geral do que teórica, e não especifica outras variáveis que podem interferir na resposta de enfrentamento (metas e compromissos, recursos pessoais e sociais disponíveis). O questionário *Ways of Coping Check-List,* proposto pelos autores, investiga estratégias de enfrentamento por meio de questões que compõe oito fatores que visam obter melhor descrição do processo cognitivo-comportamental envolvido: (1) confronto, (2) afastamento, (3) auto-controle, (4) suporte social, (5) aceitação da responsabilidade, (6) fuga-esquiva, (7) resolução de problemas, (8) reavaliação positiva. Os fatores 1 e 7 correspondem

ao enfrentamento focalizado no problema e os seis outros ao enfrentamento focalizado na emoção (LAZARUS; FOLKMAN, 1984). Este instrumento apresenta problemas metodológicos, como fracas propriedades psicométricas como baixa consistência interna, ausência de dados sobre teste e re-teste, falta de estrutura fatorial estável; no entanto, é o mais reconhecido e utilizado pelos pesquisadores na área (RAMOS-CERQUEIRA, 2000).

De acordo com Lazarus (2000), há uma tendência a se contrapor, erroneamente, estratégias de enfrentamento focalizadas no problema e enfrentamento focalizado na emoção, no entanto, destaca que ambas são estratégias interdependentes e complementares, apesar de conceitualmente distintas.

Tem-se observado crescente interesse na investigação de estratégias de enfrentamento utilizadas por estudantes universitários (CAMPBELL-SILLS; COHAN; STEIN, 2006), buscando-se identificar fatores de proteção à saúde (POLLETO; KOLLER, 2008) por meio de diferentes métodos de avaliação: instrumentos padronizados (CAMPBELL-SILLS; COHAN; STEIN, 2006, ARAÚJO et al., 2009; HASEGAWA-OHIRA; TOD; MORIMOTO, 2011; CHUNG; RUDD; WALL, 2012; ZHANG et al., 2012; GOMATHI; AHMED; SREEDHARAN, 2013; YASUFF et al., 2013; DELFINO et al., 2015; IMRAN et al., 2016), entrevistas (ZONTA; ROBLES; GROSSEMAN, 2006) e grupos focais (PEREIRA; BARBOSA, 2013).

Na França, Neveu et al. (2012) investigaram níveis de ansiedade, estresse e enfrentamento em alunos do curso de medicina, odontologia, psicologia e ciências do esporte (N=144). Os autores encontraram que, em geral, estudantes da ciência dos esportes apresentavam menor percepção de risco de estresse e que família, interação entre pares, vida amorosa, isolamento social, dificuldades financeiras, problemas de saúde, dependência, ansiedade com o futuro foram identificados como fatores desencadeadores. Já entre estudantes de odontologia, constatou-se menor frequência de comportamentos, que poderiam ser vistos como estratégias voltadas para resolução de problemas e níveis mais elevados de ansiedade-traço em comparação com estudantes das ciências do esporte (NEVEU et al., 2012).

Outro estudo sobre esse tema, realizado por Pereira e Barbosa (2013), descreve algumas estratégias para enfrentar o estresse, referidas por estudantes de medicina: realizar atividades prazerosas, sendo a prática de esporte a mais citada,

seguida de alimentar-se adequadamente, relacionar-se com professores que valorizavam a qualidade de vida dos estudantes, respeitar o próprio limite físico, entre outras. No entanto, apesar do progressivo aumento de pesquisas sobre saúde mental de universitários, constata-se que ainda são raras em nosso meio pesquisas que investigam as a função exercida pelas estratégias de enfrentamento em relação à saúde mental de estudantes.

Resiliência[3]

O estudo da resiliência vem sendo foco de pesquisadores, em especial da Psicologia, há mais de vinte anos (ABURN; GOTT; HOARE, 2015). Assim como apresentar algumas estratégias de enfrentamento, resiliência é uma característica individual considerada como protetora à saúde (CAMPBELL-SILLS; COHAN; STEIN, 2006; POLETTO; KOLLER, 2008), e tem sido pesquisada em diferentes populações (ABURN; GOTT; HOARE, 2015) e em contextos com elevada carga de estresse (TUSAIE; DYER, 2004). A presença de eventos estressores é considerada ambiente de risco para o desenvolvimento de problemas psicossociais e físicos. No entanto, aqueles que vivenciam estresse e utilizam recursos próprios para enfrentá-lo, conseguindo manterem-se saudáveis, podem ser considerados resilientes (TUSAIE; DYER, 2004). Tem sido descrita prevalência de resiliência em torno de 15% a 50%, dependendo da população estudada. Esta variabilidade sugere a falta de uniformidade de medidas e influência das mudanças que ocorrem de acordo com as variáveis contextuais em que os indivíduos se encontram (TUSAIE; DYER, 2004) e, acrescenta-se, provavelmente ocorre também devido a diferenças metodológicas entre as pesquisas sobre o tema.

Resiliência possui diferentes conotações. Do latim *resilire,* resiliência significa recuar ou dar um passo atrás, retrair-se. No campo da física, resiliência foi definida como mobilidade/elasticidade de materiais; ou seja, entendida como a capacidade de um corpo suportar estresse ou tensão sem se romper, ou a capacidade de recobrar sua forma original, como no caso de uma mola ou de um elástico (MASTEN; BEST; GARMEZY, 1990). Agregado à área da saúde, o conceito de resiliência foi ampliado referindo-se, em geral, à adaptação positiva diante de

[3] Parte deste tópico integrará capítulo de um livro, em fase final de edição, elaborado por componentes do Grupo de Trabalho "Psicologia da Saúde das Instituições e na Comunidade" da Associação Nacional de Pesquisas e Pós-Graduação em Psicologia-ANPEPP.

uma ameaça (MASTEN; GEWIRTZ; SAPIENZA, 2013).

Historicamente, na década de 70, estudos sobre resiliência emergiram no contexto da psicopatologia e do comportamento em saúde a partir da perspectiva do desenvolvimento humano (WRITE; MASTEN; NARAYAN, 2013). A psicopatologia do desenvolvimento buscou estabelecer ligações entre experiência prévia dos indivíduos com situações adversas, como abuso de substâncias e o sofrimento, e suas consequências, (SANTROCK, 2014; MASTEN et al., 2010). Pesquisas visavam identificar fatores que podem predispor um indivíduo a desenvolver problemas em saúde ou a protegê-los dos mesmos (SANTROCK, 2014).

Resiliência pode permear dois outros temas: os aspectos psicológicos presentes nas estratégias de enfrentamento e os fisiológicos do estresse, os quais configuram simultaneamente os elementos da experiência dos indivíduos (TUSAIE; DYER, 2004). Além disso, em uma revisão realizada por Tusaie e Dyer (2004), identificou-se ênfase nos aspectos intrapessoais e ambientais presentes no processo de resiliência, sendo o primeiro relacionado às características cognitivas (otimismo, inteligência, criatividade, humor, sistema de crenças) e a algumas competências (habilidades sociais e educacionais, estratégias de enfrentamento e memória). Em relação aos aspectos ambientais que interferem na resiliência, os autores destacam o apoio social percebido como o principal fator de proteção identificado pela literatura (TUSAIE; DYER, 2004).

Pode-se afirmar que o campo da resiliência foi marcado por quatro ondas ou correntes de pesquisa (WRITE; MASTEN; NARAYAN, 2013). De acordo com Masten e Obradovic (2006), essas correntes tinham diferentes focos no estudo da resiliência. A primeira onda refere-se ao período em que pesquisadores tinham como objetivo a descrição de resiliência e das metodologias para sua investigação; a segunda incluiu abordagens mais dinâmicas dos sistemas de desenvolvimento, focalizando a adaptação positiva nos contextos de risco ou adversidade. Na terceira onda, estudos já visavam promover resiliência por meio de intervenções diretas nos comportamentos. Foi em 2006, que a *Conference of Resilience in Children* possibilitou a publicação de dados que deram início à quarta onda e que tinham como foco a integração de pesquisas com diferentes níveis de análises, atribuindo crescente atenção aos processos epigenéticos e neurobiológicos, ao desenvolvimento do cérebro, e à interação dos sistemas e sua influência no

desenvolvimento *(*MASTEN; OBRADOVIC, 2006; WRITE; MASTEN; NARAYAN, 2013).

Estudos sobre resiliência pretendem identificar grupos em situação de risco, caracterizando os indivíduos que apresentam resultados positivos e negativos (Luthar, 2006). Segundo Garmezy (1993), a presença acumulada de estressores em um mesmo contexto pode explicar até 33% dos transtornos psiquiátricos em crianças expostas a múltiplos riscos. Apesar disto, destaca ser possível que algumas crianças encontrem condições que lhes possibilitem delinear uma trajetória de vida positiva, mesmo diante das adversidades (GARMEZY, 1993).

Outras pesquisas sobre resiliência têm procurado utilizar medidas objetivas: marcadores biológicos/fisiológicos como o cortisol (hormônio do estresse) e o ritmo cardíaco para identificar a modulação de emoções dos indivíduos diante de situações estressantes (CURTIS; CICCHETTI, 2003); estudar a interação entre genes e o ambiente buscando marcadores genéticos específicos que poderiam contribuir para respostas de proteção ou de vulnerabilidade diante de adversidades (MOFFITT; CASPI; RUTTER, 2005; LUTHAR; SAWYER; BROWN, 2006; KIM-COHEN; TURKEWITZ, 2012; LUTHAR, 2012). No entanto, alerta-se que resultados de pesquisas na área, como acentuam Pesce et al. (2005) e Luthar et al. (2006), devem ser interpretados de maneira a respeitar a natureza dinâmica e multidimensional da resiliência.

De acordo com Luthar, Cicchetti e Becker (2000), observam-se duas condições críticas que envolvem a resiliência: a (1) exposição ao evento ameaçador ou a situação adversa; e a (2) aquisição de respostas de adaptação positiva apesar das dificuldades no processo do desenvolvimento. Segundo esse ponto de vista, resiliência é um processo ou um fenômeno que resulta em adaptação positiva, apesar da vivência de experiências de significativo risco ou de trauma (LUTHAR; CICCHETTI; BECKER, 2000; RUTHER, 2006; TABOADA et al., 2006; POLETTO; KOLLER, 2008; REPPOLD et al., 2012). Essencialmente, refere-se a padrões positivos de adaptação ou de desenvolvimento manifestados no contexto de experiências adversas (MASTEN; GERWITZ, 2011).

Além de ser vista como um processo, Greenberg (2006) aponta resiliência como um processo que pode reduzir as dificuldades de adaptação às condições de risco. Embora, geralmente, seja considerada uma adaptação bem-sucedida a eventos extremos, pode também manifestar-se em respostas a desafios cotidianos

(sociais, físicos e intelectuais), ou seja, estar presente em praticamente todas as situações adversas (SAMEROFF, 2011).

Estudo de revisão (ABURN; GOTT; HOARE, 2015), em que foram incluídos 100 artigos empíricos publicados entre 2000 e 2015, investigou definições de resiliência. Destaca-se que entre esses estudos apenas cinco haviam incluído estudantes universitários. Foram identificadas por esta revisão várias categorias de definição: (a) “superando adversidades” – inclui definições que descrevem resiliência como o processo de superação das adversidades, que permite ir além dos desafios dos momentos da crise ou trauma; b) “adaptação e ajustamento” – definições que descrevem relisiência como processo de adaptação diante de uma adversidade; (c) “mágica comum” – definições que indicam resiliência como fenômeno comum a todas as pessoas, o que implica em ser um conceito de difícil mensuração ou quantificação; (d) “presença de saúde mental como indicador de resiliência” – definições que consideram resiliência como fator de proteção em relação à doença mental; e (e) “habilidade de voltar para trás, de ser flexível” – descrição que utiliza a origem da palavra no latim *resiliere* como chave para compreender o fenômeno (ABURN; GOTT; HOARE, 2015).

Segundo Ruther (2006), a complexidade do conceito pode ser ilustrada pelos seguintes aspectos:

(a) É possível que a exposição a riscos tenha, paradoxalmente, efeitos positivos, ou seja, o enfrentamento de condições adversas pode, em determinadas circunstâncias, aumentar a resiliência do indivíduo em experiências futuras;

(b) Alguns elementos podem ser neutros na ausência de riscos contextuais, por exemplo, a adoção, para uma criança vítima de negligência parental, pode ter um efeito protetor significativo, enquanto a adoção de criança oriunda de ambiente de baixo risco e de cuidado parental adequado pode não apresentar qualquer vantagem em relação ao seu desenvolvimento e a sua saúde mental;

(c) Os padrões de adaptação podem variar de acordo com as adversidades, isto é, um mesmo indivíduo pode demonstrar resiliência em relação a determinados tipos de risco, mas não em relação a outros; e

(d) A resiliência não é uma condição estável e constante ao longo do tempo, podendo um indivíduo demonstrar diferentes padrões de resiliência em períodos distintos da vida.

Na atualidade, há um amplo uso do termo resiliência difundido no senso comum e suscitando, muitas vezes, imprecisão e ambiguidade em seu significado. É comum pessoas e coisas serem descritas como resilientes. No entanto, utilizar resiliência para denominar característica, traço ou qualificação implica em desconsiderar resiliência como um processo. (LUTHAR, 2000; LUTHAR, 2011). Resiliência pode ser descrita como metáfora ou estado cuja natureza interativa não garante que um indivíduo será novamente resiliente em situações distintas, dependendo sempre de recursos externos e internos para o enfrentamento de situações de risco (REPPOLD et al., 2012). Seu conceito em si emergiu da necessidade de se compreenderem aspectos dos indivíduos, por exemplo, no processo saúde-doença, aspectos que podem ser mediadores de comportamentos mais adaptativos diante de um evento estressor (Pesce et al, 2005).

Os indivíduos que apresentam elevada resiliência não estão imunes ao sofrimento, mas podem exibir um funcionamento mais saudável ao longo dos anos (BANNANO, 2004). Campbell-Sills, Cohan e Stein (2006) destacam que resiliência engloba aspectos como temperamento e personalidade como habilidades específicas que permitem ao sujeito lidar positivamente com eventos traumáticos. Pesquisadores buscam entender sua influência na promoção e na manutenção da saúde mental dos indivíduos; no entanto, poucos estudos utilizam instrumentos validados e padronizados, em especial para a população adulta, para avaliá-la.

Campbell-Sills, Cohan e Stein (2006) investigaram a relação entre resiliência e traços de personalidade, estilos de enfrentamento e transtornos mentais em 132 estudantes universitários. Identificaram que algumas estratégias de enfrentamento foram preditivas para a variação da resiliência. Enfrentamento focalizado no problema associou-se positivamente com resiliência, e esta foi mediadora entre maus tratos na infância (negligência emocional) e sintomas psiquiátricos atuais.

Estudos sobre resiliência e vulnerabilidade têm pretendido identificar características individuais que poderiam moderar o impacto do estresse sobre a saúde (Breton et al, 2015). Pesquisas nesta área, com animais e humanos, sugerem que níveis elevados de estresse podem elevar à vulnerabilidade e níveis moderados podem estimular a resiliência (RUTHER, 2012). Assim, certo nível de estresse pode ser aceitável na vida, podendo mesmo estimular comportamentos protetores à saúde dos indivíduos.

Como mencionado, termo bastante frequente nos estudos sobre resiliência é competência, entendida como o histórico de desempenho de um indivíduo ao longo de seu desenvolvimento, em determinada idade, sociedade ou contexto, e que pode possibilitar a identificação de padrões mais ou menos adaptativos (MASTEN; POWEL, 2003). De acordo com Sammeroff (2011), resiliência e competência são caracteríticas que podem ser consideradas semelhantes, ou articuladas, uma levando à outra.

Em suma, há clara ausência de uma definição universal de resiliência (ABURN; GOTT; HOARE, 2015). Talvez, a dificuldade em esclarecê-la esteja no fato de que muitos conceitos articulados, integrando fatores de proteção e de risco, vulnerabilidade, competência, estresse e *coping*, fazendo-os parecer ora semelhantes e parte de um *continuum*, ora bastante distintos. Trata-se de um conceito complexo e multidimensional (PESCE et al., 2005; RUTHER, 2006, 2007), em que variáveis pessoais e ambientais interagem determinando os níveis de resiliência, mutáveis ao longo do tempo e das circunstâncias (ABURN; GOTT; HOARE, 2015).

2. JUSTIFICATIVA

2. JUSTIFICATIVA

A identificação de sofrimento psíquico e comportamentos de risco entre estudantes universitários vêm sendo foco de pesquisas no Brasil há pelo menos 40 anos. Predominam nessas pesquisas a avaliação de estudantes da área da saúde, com o objetivo de identificar a prevalência de sofrimento psíquico, de uso de risco de álcool e outras substâncias, sendo mais frequentes pesquisas com estudantes do curso de medicina. Em menor número, observam-se pesquisas com estudantes de odontologia, tendo a maioria delas investigado sintomas de estresse e *burnout* como desfecho, pouco analisando fatores de risco e proteção à saúde mental de estudantes de odontologia.

Poucas foram as pesquisas identificadas, em periódicos nacionais e internacionais, com alunos de odontologia que investigassem a prevalência de TMC e uso de álcool como desfechos; mais raros ainda foram os estudos que analisaram sua associação com as características sociodemográficas, aspectos da saúde, relacionais, percepção do ambiente educacional, as estratégias de *coping* e resiliência desses estudantes, sendo este o primeiro com estudantes de odontologia, visando identificar fatores de risco e de proteção para os desfechos. Destaca-se que este estudo se diferencia ainda por investigar características psicológicas *coping* e resiliência, que podem ser consideradas mediadoras no processo saúde-doença interferindo mais diretamente no sofrimento psíquico.

Além de ser esse o primeiro estudo brasileiro com este enfoque, foi realizado com estudantes de um curso de odontologia (FOP/UNICAMP) dos mais bem conceituadas do país. A FOP/UNICAMP obteve o quinto lugar no *ranking* das dos cursos mais bem avaliados, segundo o *Center for World University Rankings (CWUR Rankings by Subject),* na área de odontologia, cirurgia oral e medicina[4], o que tem feito desse curso um dos mais procurados no mundo. A projeção do curso de Odontologia da UNICAMP tem trazido grande competitividade entre os estudantes desde o vestibular, havendo ainda grande pressão para o cumprimento das exigências da grade curricular que inclui, além das disciplinas obrigatórias e optativas, estágios, atividades de extensão e de pesquisa durante todo o curso.

[4] http://cwur.org/2017/subjects.php#Dentistry,%20Oral%20Surgery%20&%20Medicine

3. OBJETIVOS

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Investigar a prevalência de Transtorno Mental Comum (TMC) e do uso de risco de álcool e sua associação com características sociodemográficas, de saúde, relacionais, do ambiente acadêmico, de estratégias de enfrentamento e resiliência dos estudantes do curso de Odontologia da Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP.

3.2 Objetivos Específicos

- Estimar a prevalência de transtorno mental comum (TMC).
- Estimar a prevalência de uso de risco de álcool.
- Caracterizar o perfil sociodemográfico, de saúde, relacional, da vida acadêmica, estratégias de enfrentamento e resiliência dos estudantes.
- Estudar a associação das características sociodemográficas, de saúde, relacionais, da vida acadêmica, estratégias de enfrentamento e resiliência dos estudantes com as prevalências de TMC e uso de risco de álcool.
- Identificar fatores de risco e de proteção para TMC e uso de risco de álcool entre os estudantes.

4. HIPÓTESES

4. HIPÓTESES

Espera-se obter:

- Prevalências de TMC entre 30 e 40% e em torno de 20% de uso de risco de álcool;
- Prevalência de TMC significativamente mais elevada entre as mulheres e de uso de risco de álcool significativamente mais elevada entre os homens;
- Prevalência de TMC significativamente mais elevada entre estudantes que moram com amigos ou sozinhos, com baixa renda familiar, não tem religião, apresentam baixo apoio social e percepção negativa do ambiente educacional;
- Prevalência de uso de risco de álcool significativamente mais elevada entre estudantes com renda familiar elevada, mais jovens, que não praticam atividade física, não possuem religião, receberam trote considerado abusivo;
- Resiliência como um fator de proteção para TMC e uso de risco de álcool.

5. MÉTODO

5. MÉTODO

5.1 Contexto da pesquisa

A UNICAMP é uma universidade pública de grande porte e compõe-se de 24 unidades de ensino e pesquisa, divididas em 10 institutos e 14 faculdades, sendo a cidade de Campinas (SP) a sede de sua reitoria. Nesta cidade, encontram-se 9 de seus institutos e faculdades, estando os demais *campi* situados em outros municípios do estado de São Paulo, próximos à cidade de Campinas: Piracicaba - Faculdade de Odontologia de Piracicaba, FOP, Limeira - Faculdade de Ciências Aplicadas, a Faculdade de Tecnologia e o Colégio Técnico de Limeira; e Paulínia - Centro Pluridisciplinar de Pesquisas Químicas, Biológicas e Agrícolas.

Dados consultados no site da UNICAMP em 31 de maio de 2017[5] apontam que essa universidade conta com cerca de 34 mil alunos matriculados em 66 cursos de graduação e 153 programas de pós-graduação. Anualmente, aproximadamente 800 doutores são formados. Em cinco décadas, formou mais de 65 mil jovens profissionais em seus cursos de graduação e é a universidade brasileira com maior índice de alunos na pós-graduação (48% de seu corpo discente), respondendo por 12% da totalidade de teses de mestrado e doutorado em desenvolvimento no País.

O curso de odontologia da FOP/UNICAMP, após reforma da grade curricular em 2015, consta de cinco anos e oferece 80 vagas anuais, extensa grade curricular e o curso em período integral. Na época em que a pesquisa foi realizada, o curso contava com quatro anos de graduação, sendo disciplinas com prática clínica a partir do terceiro ano, com excessão de estágios supervisionados optativos.

5.2 Considerações Éticas

O projeto desta pesquisa foi aprovado pelos Comitês de Ética e Pesquisa (CEP) da Faculdade de Medicina de Botucatu (FMB/UNESP, Anexo 1) e da Faculdade de Odontologia de Piracicaba (FOP/UNICAMP, Anexo 2).

[5] http://www.unicamp.br/unicamp/faculdades-e-institutos

Todos os estudantes convidados a participar receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice 1), sendo-lhes assegurados os direitos de sigilo de dados pessoais. Todos os itens do TCLE foram explicados e discutidos com os estudantes. O TCLE e o protocolo de pesquisa foram recolhidos em momentos distintos e guardados em caixas separadas, para garantir o anonimato das informações prestadas. Em caso de demanda para atendimento psicológico, que pudesse surgir após a aplicação do protocolo, foi assegurado aos estudantes que a pesquisadora faria o acolhimento e encaminhamento do aluno ao Serviço de Assistência Psicológica e Psiquiátrica ao Estudante da UNICAMP – SAPPE, quando necessário.

5.3 Participantes da pesquisa

5.3.1 População alvo

A população alvo deste estudo foram os 314 estudantes regularmente matriculados em 2014 no curso de Odontologia, da FOP/UNICAMP, 80 alunos na primeira série, 80 na segunda, 83 na terceira e 71 na quarta série.

5.3.2 Critérios de Inclusão

Estar regularmente matriculado no primeiro até o quarto ano do curso de Odontologia da FOP/UNICAMP.

5.3.3 Amostra

Conforme mostra a figura 1, do total de alunos matriculados (314), constituíram a amostra do estudo 230 alunos, 69 (86,3%) da primeira série, 50 (62,5%) da segunda, 72 (86,8%) da terceira e 39 (54,9%) da quarta série do curso. Estavam presentes no momento da coleta de dados 260 (82,8%) estudantes, 26 (10,4%) recusaram-se a participar e 234 (74,5%) aceitaram e responderam ao protocolo de pesquisa. No processo da sistematização dos dados em Planilha Excel, quatro foram excluídos por não terem respondido ao protocolo na íntegra.

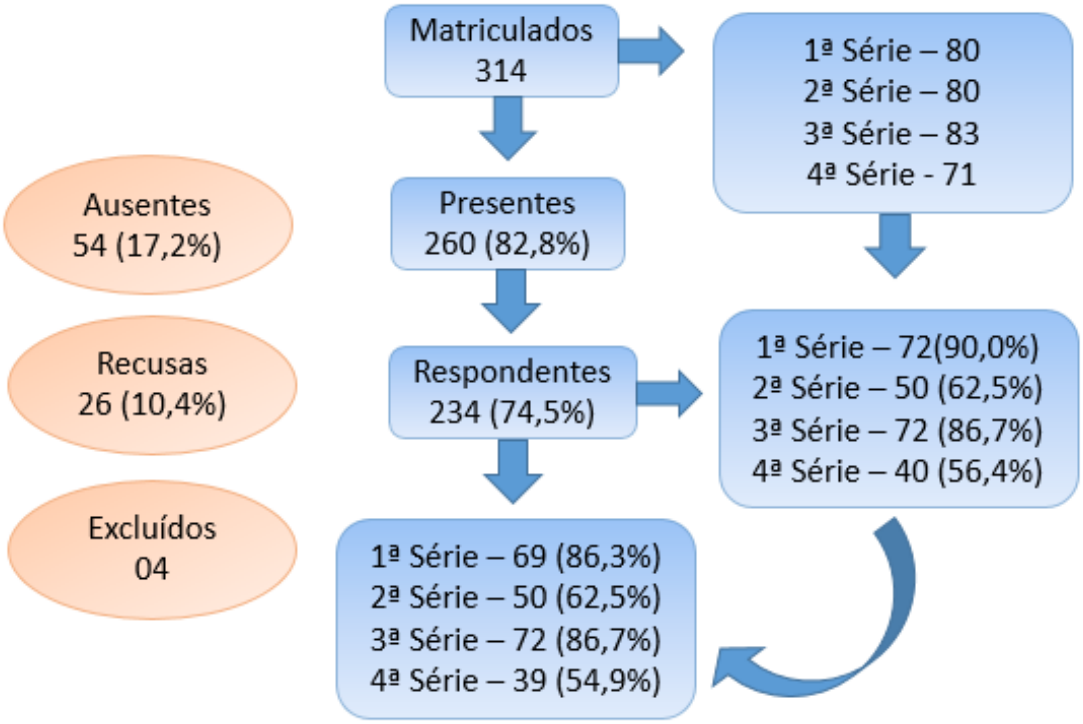


Figura 1. Número e porcentagem dos alunos matriculados, dos presentes em sala de aula no dia da coleta de dados, dos respondentes, dos ausentes, das recusas e dos excluídos.

5.4 Desenho do estudo

Estudo de corte transversal, descritivo e analítico.

5.5 Procedimento e instrumentos de avaliação

A obtenção dos dados ocorreu setembro de 2014, após aprovação do projeto pelos CEP das universidades, em salas de aula. O protocolo de pesquisa (Apêndice 2) foi entregue aos alunos em horário previamente agendado com o docente responsável pela Disciplina e recolhido pela própria pesquisadora. Em média, os alunos utilizaram até 60 minutos para responderem ao mesmo.

Para investigação dos *desfechos*, foram utilizados os seguintes instrumentos:

***SELF REPORTING QUESTIONNAIRE* (SRQ-20)**

O *Self Reporting Questionnaire* (SRQ-20) é um questionário de rastreamento de Transtorno Mental Comum (TMC), também descrito como

sofrimento psíquico, desenvolvido por Harding et al. (1980) e validado no Brasil por Mari e Williams (1986). É composto por 20 questões com respostas do tipo binário (sim/não, com pontuação de 1 e 0, respectivamente). O ponto de corte é de 7/8, com o qual Mari e Willians (1986) obtiveram especificidade de 80% e sensibilidade de 83%. Neste estudo serão utilizados pontos de corte diferenciados para homens (5/6) e mulheres (7/8), Também conforme sugestão de Mari e Willians (1986), que encontraram um valor preditivo menor para homens quando se empregava para ambos o ponto de corte 7/8 (66 e 83% respectivamente). Na análise bivariada, utilizaram-se os pontos de corte mencionados para identificar "caso" e "não caso" para TMC.

***ALCOHOL USE DISORDER IDENTIFICATION TEST* (AUDIT)**

O AUDIT permite obter informações fidedignas e padronizadas sobre o consumo de risco de álcool. Esse instrumento foi desenvolvido por Barbor et al, (1992), possui 10 questões que investigam, no último ano, o uso de álcool em relação à quantidade e frequência, a dependência e as consequências do consumo de álcool, com pontuação máxima de 40 pontos. Traduzido e validado por Lima et al. (2005) para o contexto brasileiro, destinou-se à avaliação inicial ou rastreio sobre o consumo excessivo do álcool, apresentando sensibilidade de 100% e especificidade de 76%. Em 2003, Barbor *et al.* propuseram seu uso em serviços de atenção primária à saúde, em que a pontuação de até sete pontos como consumo de baixo risco ou abstinência; consumo de risco de oito a 15 pontos; uso nocivo ou consumo de alto risco para pontuação de 16 a 19; e provável dependência 20 pontos ou mais. Mendonza-Sassi *et al* (2003) referem que os pontos de corte podem variar de acordo com o contexto e a proposta do estudo, sugerindo que se considere "caso" de uso de risco a pontuação a partir de 8 pontos, o que foi utilizado na presente pesquisa (≥8 "caso"; <8 "não caso"). Segundo testes estatísticos realizados por Formiga et al (2015), o AUDIT apresentou-se sensível na avaliação do uso do álcool em estudantes universitários, independente do contextos social e educacional dos respondentes.

Para investigação das *variáveis de exposição*, foram utilizados:

Formulário adaptado de Lima et al (2006), com 36 perguntas sobre características sociodemográficas (sexo, idade, estado civil, situação de moradia,

trabalho nos últimos seis meses, escolaridade dos pais, renda familiar e religião;, aspectos da vida acadêmica (série, bolsa, autoavaliação do desempenho acadêmico, satisfação com o curso e com a escolha profissional, ter ou não pensado em abandonar o curso, informações sobre reprovação, realização de atividades extracurriculares, e questões sobre ter aplicado ou recebido trote considerado abusivo). O formuário continha ainda questões sobre aspectos da saúde e relacionais (autoavaliação da saúde, prática de atividade física, realização de tratamento psicológico e/ou psiquiátrico antes e após o ingresso no curso dificuldade para fazer amigos, sentimento de rejeição pelos amigos, visitas à família, adaptação à cidade). Após análise descritiva, as categorias com baixa frequência foram reagrupadas a outras com sentido semelhante e dicotomizadas para a realização da regressão logística.

Foram também aplicados seis instrumentos padronizados e validados para a população brasileira:

ESCALA DE APOIO SOCIAL (EAS)

A escala de Apoio Social, originalmente elaborada para o *Medical Outcome Study – MOS,* está traduzida e adaptada para uso em português (GRIEP et al., 2003). Consta de 19 itens que abrangem cinco dimensões funcionais de apoio social: *material* (provisão de recursos práticos e ajuda material); *afetivo* (demonstrações físicas de amor e afeto); *emocional* (expressões de afeto positivo, compreensão e sentimentos de confiança); *interação social positiva* (disponibilidade de pessoas para se divertirem ou relaxarem) e *informação* (disponibilidade de pessoas para obtenção de conselhos ou orientações), desenvolvido por Griep et al (2005). Como essa escala não possui pontos de corte pré-estabelecidos, foram criadas duas categorias, para cada um dos domínios da escala, denominando-os apoio “suficiente” e “insuficiente”. Para isto, foram utilizados a mediana e os intervalos interquartílicos. Foram categorizados como tendo apoio “insuficiente” os estudantes com escores até o primeiro quartil e apoio “suficiente” aqueles cujos escores situaram-se acima do primeiro quartil.

DUNDEE READY EDUCATION ENVIRONMENT MEASURE (DREEM)

Para avaliar a percepção dos estudantes sobre o ambiente educacional,x foi utilizada esta escala, desenvolvida por Roff et al (1997), que avalia variáveis do ambiente educacional através de 50 afirmações cujas respostas possíveis estão apresentadas em escala tipo Likert (de 0 - discordo totalmente a 4 – concordo totalmente), podendo a pontuação geral variar de 0 a 200. Nove itens possuem escores invertidos (4, 8, 9, 17, 25, 35, 39, 48 e 50). Esta escala possui cinco dimensões: aprendizado, professores, vida acadêmica, ambiente e vida social. Foi validada para o contexto brasileiro (OLIVEIRA FILHO; VIEIRA; SCHONHORST, 2005); e utilizada com alunos de Medicina em diferentes momentos do curso (VIEIRA et al, 2003; DAUD-GALLOTTI et al, 2006; LIMA, 2012). Revisão realizada por Miles, Swift e Leinster (2012) identificou pouco consenso acerca da melhor forma de análise dos dados obtidos pela DREEM, se como variável contínua (testes paramétricos) ou com categórica (testes não paramétricos). Neste estudo, optou-se pelo corte dos escores pela mediana, dividindo-os em duas categorias: percepção “positiva” e “negativa” do ambiente educacional para análise bivariada. No entanto, para a regressão logística optou-se pela utilização da pontuação como variável contínua.

ESCALA DE RESILIÊNCIA (ER)

Essa escala, desenvolvida por Wagnild e Young, em 1993, foi adaptada no Brasil por Pesce e colaboradores (2005). É um dos instrumentos utilizados para medir o nível de adaptação psicossocial positiva dos indivíduos. É composta por 25 itens com possibilidade de respostas em escala tipo *Likert* variando de 1 (discordo totalmente) a 7 (concordo totalmente). Os escores da escala possuem uma amplitude teórica entre 25 a 175 pontos, com valores altos indicando elevada resiliência (Pesce et al., 2005). Quanto à equivalência de mensuração, a consistência interna medida pelo *alpha* de Cronbach para a amostra de 203 participantes foi de 0,85 e para a amostra total de 997, de 0,80 (em comparação a 0,91 da versão original). Para a avaliação da confiabilidade intra-observador, fez-se um estudo de teste e reteste com intervalo de dez dias entre eles. O valor do *Kappa* obtido variou entre discreto (0,00 a 0,20) e moderado (0,40 a 0,60) com um intervalo de confiança de 95%. O valor do coeficiente de correlação intraclasse da escala foi

de 0,746 (p < 0,01). Para análise bivariada e multivariada, optou-se pelo uso da pontuação obtida na escala tomada como variável contínua.

INVENTÁRIO DE ESTRATÉGIAS DE *COPING* (IEC) *(WAYS OF COPING CHECKLIST)*

Este instrumento foi elaborado por Lazarus e Folkman (1984) para avaliar como os indivíduos lidam com as demandas internas ou externas de um evento estressante. É composto por 66 itens que incluem pensamentos e ações, e cuja intensidade é medida por meio de uma escala que pode variar de 0 (não utiliza) a 3 pontos (utiliza muito). Os itens que compõem o inventário são divididos em oito fatores, que foram reorganizados e mantidos por Savóia, Santana e Mejias (1996): confronto (itens 7, 17, 28, 34, 40, 47), afastamento (itens 6, 10, 13, 16, 21, 41, 44), autocontrole (itens 14, 15, 35, 43, 54), suporte social (itens 8, 18, 22, 31, 42, 45), aceitação de responsabilidade (itens 9, 25, 29, 48, 51, 52, 62), fuga e esquiva (itens 58, 59), resolução de problemas (itens 1, 26, 46, 49) e reavaliação positiva (itens 20, 23, 30, 36, 38, 39, 56, 60, 63). O coeficiente de correlação obtido entre os escores totais do teste e reteste do instrumento foi de 0,70. Os resultados apontaram que foram coerentes as respostas obtidas e no reteste mantiveram-se estáveis em relação ao teste (Savóia, Santana e Mejias, 1996). Nas análises bivariada e multivariada realizadas nesta pesquisa a pontuação obtida foi utilizada como variável contínua.

6. ANÁLISE DOS DADOS

6. ANÁLISE DOS DADOS

Foram *desfechos* deste estudo: *prevalência de TMC* e *uso de risco de álcool*, cujos escores obtidos foram categorizados em “caso” e “não caso”, segundo os pontos de corte estabelecidos (MARI; WILLIAMS, 1986). Como *variáveis explanatórias ou de exposição* (VE), investigaram-se: características sociodemográficas e da saúde, aspectos relacionais e da vida acadêmica, estratégias de *coping* e resiliência. O modelo conceitual que norteou o estudo dos desfechos constou de cinco blocos de VE, que foram analisados sucessivamente: (1) características sociodemográficas; (2) aspectos da saúde e (3) relacionais (4) características da vida acadêmica; e (5) características psicológicas (Figuras 2 e 3).

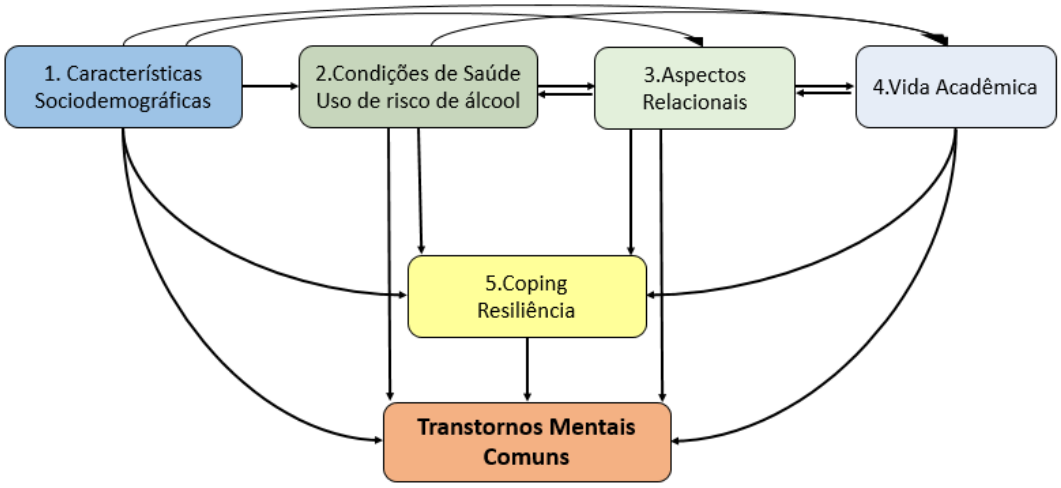


Figura 2. Modelo conceitual para Transtornos Mentais Comuns

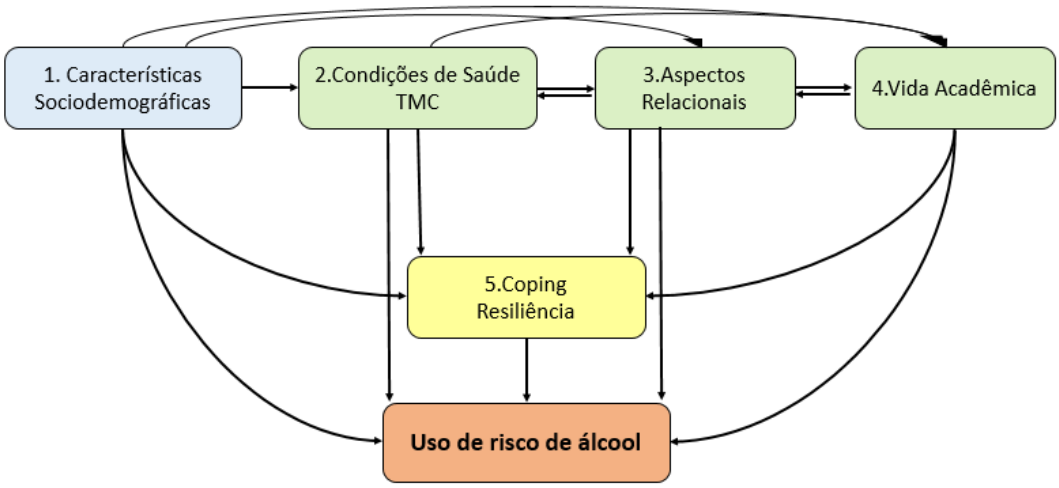


Figura 3. Modelo conceitual para uso de risco de álcool

De acordo com a literatura, os modelos apresentados foram compostos por blocos que indicam possíveis direções de associação entre as variáveis de exposição e os desfechos deste estudo, TMC e uso de risco de álcool. A análise dos dados foi realizada visando identificar fatores de risco e de proteção para ambos os desfechos.

O primeiro conjunto de variáveis inserido nos modelos foi composto por *Características Sociodemográficas* (Bloco 1 - renda familiar, mesada, situação conjugal, com quem mora, religião, e outros selecionados segundo critério estatístico), considerando-se que poderiam influenciar cada bloco de VE e diretamente os desfechos.

O segundo bloco de variáveis foi composto pelas variáveis que investigam *Condições de Saúde* dos estudantes (Bloco 2 - autoavaliação da saúde, tabagismo, prática de exercícios físicos, história de tratamento psicológico e/ou psiquiátrico antes e após o ingresso na universidade; uso de psicotrópicos na vida), supondo-se que essas variáveis poderiam interferir diretamente nos desfechos e nas VE analisadas na sequência (Bloco 3 – Relacionais; Bloco 4 – Vida Acadêmica; Bloco 5 - Psicológicas). Segundo o diagrama apresentado, poderiam também receber influência das variáveis Relacionais e da Vida Acadêmica. Destaca-se que no modelo para TMC, no Bloco 2, o uso de risco de álcool foi incluído como VE; no segundo modelo conceitual (uso de risco de álcool como desfecho), a presença ou não de TMC também ingressou no Bloco 2 como exposição.

O terceiro conjunto de VE foi composto por variáveis relativas aos *Aspectos Relacionais* (Bloco 3 – ter dificuldade em fazer amigos, sentir-se rejeitado pelos amigos, sentir-se adaptado, percepção de apoio social), os quais poderiam sofrer interferência das variáveis anteriores (Bloco 1 - Características Sociodemográficas e Bloco 2 - Condições de Saúde) e influenciar as características da *Vida Acadêmica* dos estudantes (Bloco 4) e os desfechos. Considerou-se, ainda, que as variáveis relacionais (Bloco 3) poderiam também receber influência das que compuseram o Bloco 4.

Em relação às variáveis da *Vida Acadêmica* (Bloco 4 - autoavaliação do desempenho acadêmico, odontologia como primeira opção no vestibular, pensar em abandonar o curso, realizar atividade extracurricular como gostaria, receber bolsa, repetência/DP ou exame, ter recebido ou aplicado trote abusivo, percepção do ambiente acadêmico), considerou-se que poderiam interferir nas características

Psicológicas (Bloco 5 - C*oping* e *Resiliência*) e, também, receber interferência das variáveis que a antecediam, segundo os diagramas apresentados.

O quinto bloco de VE foi composto pelos resultados obtidos com os instrumentos utilizados para medir estratégias de enfrentamento e resiliência (Bloco 5 - C*oping* e *Resiliência)*. Considerou-se que estas variáveis poderiam ser influenciadas pelas anteriores e alterar os desfechos, TMC e o uso de risco de álcool.

Os dados obtidos foram digitados em planilha do Excel e transferidos para o programa STATA 12.0 (STATA CORP, 2007), onde foram analisados após a conferência de inconsistências. Nesta primeira etapa, obtiveram-se as frequências absolutas e as porcentagens das variáveis categóricas, médias e respectivos desvios padrão das variáveis quantitativas.

Na análise bivariada, a associação entre os desfechos e as VE foi estudada por meio dos testes Qui-quadrado de Pearson (variáveis qualitativas) e o teste Mann-Whitney (variáveis quantitativas). Posteriormente, procedeu-se a análise multivariada por meio da regressão logística (RL), utilizando-se blocos/modelos sucessivos pelo procedimento *backward-stepwise*, segundo critério estatístico (Victora, 1997). Integraram a RL as variáveis cujas associações com os desfechos apresentaram $p<0,20$ na análise bivariada. Nesta etapa (RL), as VE que apresentassem $p>0,05$ eram excluídas, bloco a bloco, até que no modelo final permanecessem todas as associadas a um nível de significância de 5%. Na RL, para verificar-se possível colinearidade entre as VE, calculou-se a média do *Variance Inflaction Factor (*VIF) para cada bloco e para as variáveis que permaneceram no modelo final. Também, foram calculados os valores de *odds ratio* bruta e seus respectivos intervalos de confiança.

Os blocos/modelos foram ajustados para sexo e série*,* por serem variáveis apontadas na literatura como associando-se a sofrimento psicológico e uso de risco de álcool. Optou-se por não incluir no ajuste dos modelos a variável idade por ter-se observado idades muito próximas e por ter-se verificada elevada colinearidade desta variável com as demais (VIF>10). O ajuste por séries visou identificar variações ao longo do curso.

7. RESULTADOS

7. RESULTADOS

Serão apresentadas, primeiramente, as características da população estudada e, em seguida, os demais resultados organizados em três capítulos no formato de artigos formatados para publicação: (I) Revisão integrativa: sofrimento psíquico em estudantes universitários e fatores Associados; (II) *Common Mental Disorders among dental students: prevalence and correlates*, (III) Uso de risco de álcool e fatores associados entre estudantes de odontologia: análise de modelos hierárquicos.

A tabela 1 apresenta a caracterização dos 230 participantes do estudo. Observa-se que 69 (30,0%) estavam na primeira série do curso, 50 (21,7%) na segunda, 72 (31,3) na terceira e 39 (17,0%) na quarta, com claro predomínio de mulheres entre os estudantes (75,2%).

Tabela 1. Características sociodemográficas dos estudantes (n=230)

Variáveis		**n**	**%**
Série	1a série	69	30,0
	2a série	50	21,7
	3a série	72	31,3
	4a série	39	17,0
Sexo	Masculino	57	24,8
	Feminino	173	75,2
Idade	18 a 20 anos	123	53,9
(Média 20,6, DP±1,99; 18-34; Md 20)	> 21 anos	107	46,1
Situação Conjugal	Com companheiro	3	1,3
	Sem companheiro	227	98,7
Arranjo Familiar	Mora com os pais /companheiro/outro familiar	57	24,8
	Mora com amigos	137	59,6
	Moro sozinho	36	15,6
Escolaridade Pai	Até 1o. Grau	23	10,0
	Até 2o. Grau	55	23,9
	Superior completo ou mais	152	66,1
Escolaridade Mãe	Até 1o. Grau	21	9,1
	Até 2o. Grau	63	27,4
	Superior completo ou mais	146	63,5
Renda familiar *	1 a 5 SM	74	34,1
	6 ou mais SM	143	65,9
Gasto mensal por mês **	0 a 2 SM	191	87,6
	3 ou mais SM	27	12,4
Recebe mesada	Recebe mesada	88	38,4
	Não recebe ou é insuficiente	142	61,6
Recebe bolsa	Não	135	58,7
	Sim	95	41,3
Trabalho (últimos 6 meses)	Sim	20	8,7
	Não	210	91,3
Possui religião	Não	36	15,7
	Sim	194	84,3
Importância da religião	Muito importante	126	54,8
	Pouco Importante	104	45,2

SM-Salário Mínimo; *13 estudantes não responderam a essa questão; *12 não responderam a essa questão.

A média de idade dos estudantes foi de 20,6 anos (DP±1,99), tendo a maioria entre 18 e 20 anos (53,9%) (Tabela 1). Referiram não ter companheiro 98,7% dos estudantes. Do total, quase 60% residiam com amigos. Segundo o relato dos estudantes, 59,6% moravam com os amigos, 66,1% dos pais tinham ensino superior completo ou pós-graduação, assim como 63,5% das mães. Referiram renda familiar de seis ou mais salários mínimos (SM) (65,9%) e o gasto mensal foi de até dois SM por estudante (87,6%). Recebiam mesada e afirmaram que esta era suficiente 38,4% e 61,6% não recebiam ou referiram ser insuficiente. Maioria afirmou não possuir bolsa de estudo (58,7%), mas 95 estudantes afirmaram ser bolsistas (41,3%). Também, 91,3% afirmaram não ter trabalhado nos últimos seis meses, seguiam alguma religião (84,3%) e a consideravam como muito importante (54,8%) (Tabela 1).

Tabela 2. Média, desvio padrão, mediana, valores mínimos e máximos dos escores obtidos pelos instrumentos SRQ-20, AUDIT, EAS, DREEM, ER e IEC.

Variáveis	Média	DP	Mediana	Min-Max
Percepção de Apoio Social - EAS				
Apoio Material	14,8	4,25	15	4 a 20
Apoio Afetivo	12,4	3,15	13	3 a 15
Apoio Emocional	16,5	4,11	18	4 a 20
Apoio Informação	16,1	4,02	17	4 a 18
Apoio Interação Social	13,0	2,56	15	3 a 18
Apoio Social Total	72,7	15,89	77	19 a 90
Percepção do Ambiente Educacional - DREEM				
Percepção AEG	119,9	22,9	123	39 a 195
Percepção Aprendizado	28,6	5,96	30	6 a 45
Percepção Docentes	26,4	6,2	27	4 a 44
Percepção Vida Acadêmica	20,4	3,94	21	8 a 32
Percepção Ambiente	27,7	6,92	29	8 a 47
Percepção Vida Social	16,6	4,08	17	5 a 27
Resiliência - ER	124,1	16,42	123	70 a 166
Estratégias de *Coping* - IEC				
Confronto	6,1	3,12	6	0 a 16
Afastamento	8,5	3,43	8	0 a 18
Autocontrole	7,6	2,73	8	1 a 15
Suporte Social	9,5	3,34	10	2 a 18
Aceitação Responsabilidade	11,8	3,69	12	3 a 21
Fuga/Esquiva	3,9	1,77	4	0 a 6
Resolução de problema	6,8	2,47	7	1 a 12
Reavaliação Positiva	13,6	4,69	9	1 a 27

DP-Desvio-Padrão; Mín-Mínimo; Máx - Máximo; SRQ-20 - *Self Repporting Questionnarie*; AUDIT- *Alcohol Use Disorder Identification Test;* EAS - Escala de Apoio Social; DREEM- *Dundy Ready Educational Enviroment Measure*

A tabela 2 apresenta as médias e medianas e seus respectivos Desvios Padrão e valores mínimos e máximos obtidos pelos instrumentos. Em relação à percepção de apoio social geral pelos estudantes, segundo instrumento EAS, a média do grupo foi de 72,7 (DP:15,9), tendo estudantes que pontuaram no mínimo 19 e aqueles que atingiram o valor máximo do instrumento (90). Em relação aos domínios da EAS, Apoio Emocional foi o que obteve maior média (16,5; DP: 4,1; 4-20), seguido do Apoio Informação (16,1; DP:4,0; 4-18), Material (14,8; DP:4,3; 4-20), Interação Social (13,0; DP:2,6; 3-18), e Apoio Afetivo que obteve a menor média do grupo (12,4; DP:3,2; 3-15).

A média da pontuação da percepção geral do ambiente educacional (DREEM) foi 119,9 (DP:22,9: 39-195) indicando presença de mais aspectos positivos do que negativos pelos estudantes. O maior valor médio dos domínios da DREEM ocorreu em relação à percepção do Aprendizado (28,6; DP:6,0; 6-45), seguido da percepção do Ambiente (27,7; DP:6,9; 8-47), dos Docentes (26,4; DP:6,2; 4-44), da Vida Acadêmica (20,4; DP: 3,9; 8-32) e da Vida Social (16,6; DP:4,1; 5-27) (Tabela 2).

Em relação aos aspectos psicológicos dos estudantes, a pontuação média para a Escala de Resiliência foi de 124,1 (DP:16,4), variando de 70 a 166 pontos. O domínio do instrumento Inventário de Estratégias de Enfrentamento que apresentou maior escore médio foi Reavaliação Positiva (13,6; DP:4,7; 1-27), seguido, em ordem decrescente, de Aceitação das Responsabilidades (11,8; DP:3,7; 3-21), Suporte Social (9,5; DP:3,3; 2-18), Afastamento (8,5; DP:3,4; 0-18), Autocontrole (7,6; DP:2,7; 1-15), Resolução de problemas (6,8; DP:2,5; 1-12), Confronto (6,1, DP:3,1; 0-16) e Fuga/Esquiva (1,7, DP:1,8; 0-6) (Tabela 2).

CAPÍTULO I

CAPÍTULO I

REVISÃO INTEGRATIVA: SOFRIMENTO PSÍQUICO EM ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS E FATORES ASSOCIADOS

INTEGRATIVE REVIEW: PSYCHOLOGICAL DISTRESS AMONG UNIVERSITY STUDENTS AND CORRELATES

SOFRIMENTO PSÍQUICO ENTRE UNIVERSITÁRIOS

Artigo submetido na Revista Ciência e Saúde Coletiva, em 05/05/2017 (Anexo 3)

RESUMO

Esta revisão propôs-se a identificar fatores de risco e proteção para sofrimento psíquico em estudantes universitários. Analisaram-se estudos empíricos nas bases de dados: *Web of Science, Medline* e *Scopus.* Foram localizados 1375 artigos e, aplicados os critérios de exclusão, 37 artigos compuseram a amostra final, tendo sido a maioria estudos transversais, publicados nos últimos cinco anos, em países desenvolvidos, com estudantes da área da saúde. Os instrumentos mais utilizados para o rastreamento de sofrimento psíquico foram o *General Health Questionnaire* e o *Self Reporting Questionnarie*, que identificaram prevalências de 18,5% a 49,1% e, como fatores de risco, condições relativas à vida acadêmica (24) e à saúde (22). Foram identificadas como fatores de proteção, em doze estudos, apresentar determinadas estratégias de *coping,* senso de coerência, auto-eficácia, vigor, auto-estima, resiliência, entre outras condições psicológicas. Essa revisão aponta direções para possíveis intervenções que poderiam contribuir para o bem estar dos estudantes e para estimular vivências mais positivas no ambiente educacional.

Palavras-chave: sofrimento psíquico, transtornos mentais comuns, estudantes, fatores associados, revisão.

ABSTRACT

This review aimed to identify risk factors and protection for psychological distress in university students. Empirical studies were analyzed in the databases: Web of Science, Medline and Scopus. A total of 1375 articles were observed, and after applied the exclusion criteria, 37 articles composed the final sample, most of which were cross-sectional studies published in the last five years, in developed countries and with health students. The most frequent used instruments for psychological distress screening were the General Health Questionnaire and the Self Reporting Questionnarie, which identified prevalences from 18.5% to 49.1% and, as risk factors, conditions related to academic life (24) and health (22). Twelve studies identified protective factors: coping strategies, sense of coherence, self-efficacy, vigor, self-esteem, resilience, and other psychological conditions. This review points out directions for possible interventions that could contribute to the well-being of students and to stimulate more positive experiences in the educational environment.

Key-words: psychological distress, common mental disorders, students, associated factors, review.

INTRODUÇÃO

Sofrimento psíquico entre estudantes universitários tem sido foco da literatura em saúde. Aproximadamente, 30% dos adultos brasileiros apresentaram transtornos mentais comuns (TMC),[1] semelhante ao encontrado em pesquisa com adolescentes.[2] Porém, a prevalência de sofrimento psíquico varia segundo a população estudada e os métodos de investigação utilizados nas pesquisas.[3] Estudos realizados com universitários brasileiros, especialmente os da área da saúde, indicam que TMC variam de 18,5% a 44,9%[4-11]. TMC são estados mistos de depressão e ansiedade, caracterizados pela presença de sintomas como insônia, fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração e queixas somáticas[12] e podem ser investigados por instrumentos de *screening* (rastreamento) Apesar desses sintomas não atingirem as exigências para serem considerados como transtornos psiquiátricos (DSM-V[13] e CID-10[14]) afetam negativamente a vida dos indivíduos.[12]

O estudante universitário vivencia importantes mudanças biológicas, psicológicas e sociais[15] e se deparam com aspectos estressores na vida acadêmica. Nos cursos de saúde, o início da prática clínica e a proximidade com sofrimento e a morte são potenciais estressores.[15-18] Destaca-se que o sofrimento psíquico entre estudantes pode associar-se à percepção negativa do ambiente acadêmico e à queda na qualidade de vida.[19,20]

A investigação das características associadas a TMC em universitários possibilita que fatores de risco e proteção sejam identificados, o que propicia ações de prevenção e promoção da saúde para essa população.[21-24] Estudos mostram associação de sofrimento psíquico com características, como sexo feminino, ser mais jovem, ter baixa renda, baixo apoio social, dificuldade para fazer amigos, avaliar seu desempenho acadêmico como ruim e pensar em abandonar o curso.[16,25,26,27] A percepção dos estudantes sobre o ambiente educacional e sua associação com sofrimento psíquico também vem sendo investigado através de instrumentos padronizados.[28-33] Além disso, a inclusão de aspectos psicológicos, como *coping* e resiliência, mais recentemente, visam identificar possíveis fatores de proteção.[32,34,35] No entanto, ainda não estão sistematizados os resultados dessas pesquisas.

Este estudo propõe-se a identificar, por meio de revisão integrativa, os fatores de risco e de proteção para sofrimento psíquico entre estudantes universitários em produções disponíveis na literatura científica nacional e internacional.

MÉTODO

Utilizou-se para essa investigação a revisão integrativa[36], desenvolvido a partir de proposta de Ganong (1987)[37] e que se caracteriza por cinco passos: (1) seleção do tema e pergunta de pesquisa; (2) estabelecimento de critérios de inclusão de estudos da literatura; (3) definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados; (4) avaliação dos estudos; (5) interpretação dos resultados; (6) apresentação da revisão.[36,37] Para atender esses passos, identificou-se o tema e elaborou-se a pergunta central da presente pesquisa: Quais fatores (de risco e proteção) encontram-se associados ao sofrimento psíquico entre universitários, segundo literatura nacional e internacional?

A busca dos dados foi realizada em novembro de 2016, visando obter artigos publicados sobre esse tema em bases de dados entre janeiro de 2006 e novembro de 2016. Foram utilizadas três bases de dados: *Web of Science*, *Medline* e *Scopus*. Para garantir o controle de vocabulário e identificação de palavras correspondentes, utilizou-se o *Medical Subject Heading Terms (Mesh Terms*). Foram elaborados três grupos de palavras-chaves, combinadas pelo método boleano OR e AND: ("common mental disorder" or "psychological distress" or "psychological symptoms") and (students or "college students" or "undergraduate students" or "university students") and ("socioeconomic factors" or "socioeconomic factor" or "sociodemographic characteristics" or sociodemographic or "social support" or “psychosocial aspects” or "educational achievements" or "educational achievement" or "educational environment" or "coping behaviors" or "coping behavior" or "coping skills" or "coping skill" or coping or "psychological resilience" or resilience or "psychological factors” or "psychological factor" or "psychological determinants" or "psychological aspects").

A partir desse conjunto de palavras-chave e para a busca dos artigos que integrariam esta revisão, através dos filtros das próprias bases de dados, estabeleceu-se os seguintes critérios de inclusão: ano de publicação (2006-2016) e língua (português, inglês ou espanhol). Cada referência obtida foi importada para o *Software EndNote,* onde foram armazenadas e excluídas as repetições entre as

bases de dados. Após isto, as referências foram transferidas para o Programa Excel, do Windows 10, para verificar novamente as duplicações.

A primeira etapa da avaliação das referências incluídas constou da leitura dos títulos dos artigos, a segunda da leitura dos resumos, e a terceira e última etapa da leitura e avaliação na íntegra dos estudos selecionados. Em todas as etapas da revisão, a leitura e análise dos artigos foram realizadas por dois pesquisadores independentes visando evitar vieses de seleção, obtendo-se 90% de concordância entre revisores. Eventuais discordâncias foram discutidas e avaliadas conjuntamente para se estabelecer um consenso.

Na primeira e segunda etapas, excluíram-se os estudos cuja população alvo não era de universitários, em que o desfecho não era sintomas psicológicos, não eram estudos observacionais e não estavam disponíveis para acesso. Na terceira etapa, os artigos foram lidos na íntegra e, para se verificar a pertinência de sua inclusão, foram utilizadas as seguintes informações: curso acadêmico, total da amostra, país da pesquisa, instrumentos utilizados para medida do desfecho, prevalência de sofrimento psíquico e associações estatisticamente significativas entre as variáveis independentes e o desfecho. Com essas informações, observou-se ampla variabilidade de desfechos investigados (TMC, sintomas ansiosos, depressivos, estresse, e outros transtornos mentais específicos) e de instrumentos utilizados. Optou-se, então, pela inclusão dos estudos que apresentavam como desfecho sofrimento psíquico, em geral, ou TMC[12] e que tivessem sido avaliados por instrumentos de *screening* padronizados. Considerou-se que esses critérios favoreceriam a obtenção da resposta à pergunta da presente revisão. Ambos (restrição do desfecho e uso de instrumentos) foram estabelecidos considerando-se os resultados obtidos por Patel et al. (2016)[38] que mostraram alta sensibilidade de alguns instrumentos de *screening* de TMC, em especial, o GHQ-12 e o SRQ-20.

RESULTADOS

Identificaram-se 1375 publicações, 568 no *Web of Science*, 180 no *Medline*, e 627 na base de dados *Scopus*. Após a aplicação do critério de ano de publicação e idioma, permaneceram 401estudos na *Web of Science*, 122 na *Medline* e 390 na *Scopus*. Destes, foram encontradas 281 duplicações, permanecendo 632 estudos. Na primeira etapa, leitura dos títulos, foram excluídos 453 estudos, permanecendo

179. Na segunda etapa, leitura dos resumos, foram selecionados 89 estudos, dos quais 18 não estavam disponíveis para livre acesso nas bases de dados, dois foram excluídos por não apresentarem como desfecho sofrimento psíquico e dois por não terem universitários como população alvo. Após leitura na íntegra dos artigos (terceira etapa), permaneceram 67 estudos; porém, optou-se por excluir 29 que apresentavam como desfecho sintomas específicos e mais um por não ter sido utilizado instrumento padronizado para avaliação de sofrimento psíquico compondo, assim, amostra final de 37 artigos (Figura 1).

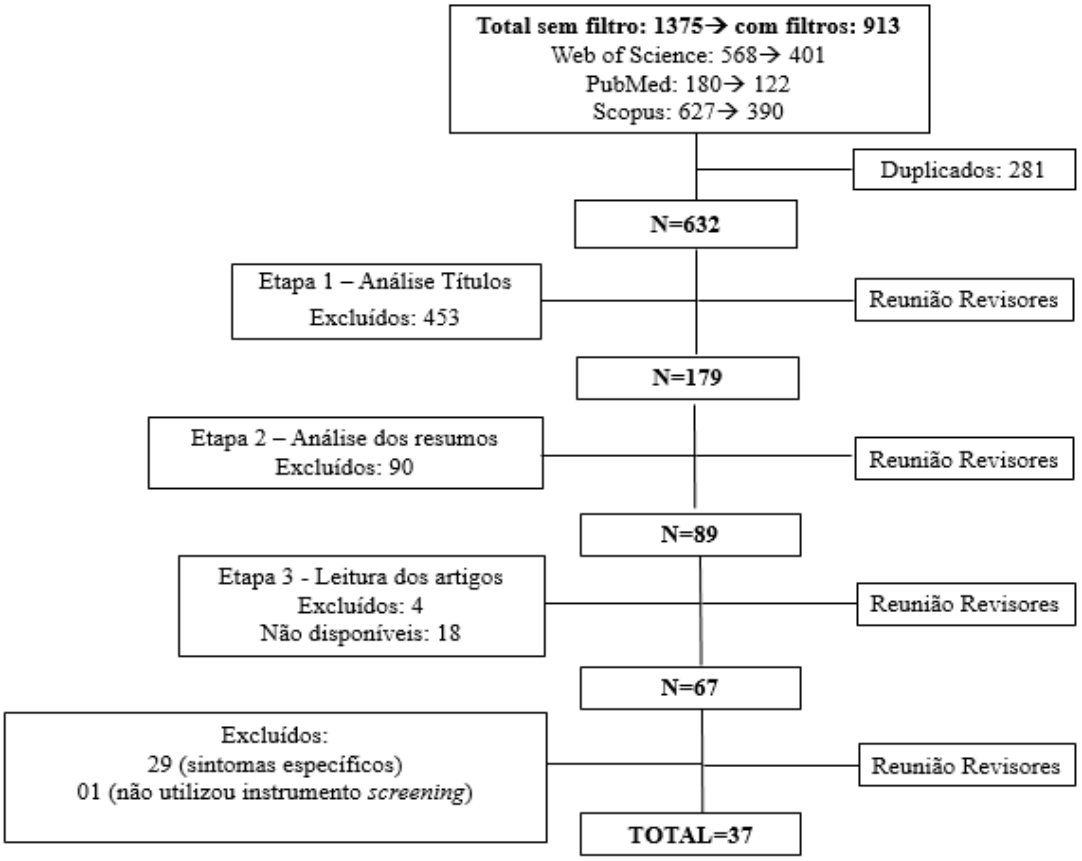


Figura 1. Fluxograma referente às etapas da seleção dos estudos pelos revisores

Conforme tabela 1, dos 37 estudos selecionados, 59% foram publicados nos últimos cinco anos, sendo 25% em 2014. Predominaram estudos transversais (97,3%), realizados em países desenvolvidos (59,5%). Do total, 69,4% investigaram fatores associados à TMC e 35,1% investigaram sofrimento psíquico em geral. Os instrumentos mais utilizados para investigação de sofrimento psíquico foram: *General Health Questionaire* – GHQ-20, *Self repporting Questionaire* – SRQ-20 e

Kessler Psychological Distress Scale – K-10. Predominaram pesquisas com estudantes da saúde (medicina, odontologia, enfermagem e outros). Em 14 artigos não foi possível observar essa informação.

Tabela 1. Frequência absoluta e porcentagens das características dos estudos incluídos (n=37)

Variáveis	Categorias	n	%
Ano	2006	2	5,4
	2007	3	8,1
	2008	4	10,8
	2009	2	5,4
	2010	4	10,8
	2011	3	8,1
	2012	3	8,1
	2013	-	-
	2014	10	27,0
	2015	3	8,1
	2016	3	8,1
Delineamento	Transversal	36	97,3
	Coorte	1	2,7
Países IDH Muito Alto	Desenvolvidos	22	59,5
Países IDH Alto e Médio	Em desenvolvimento	13	35,1
Países IDH muito Muito Baixo	Subdesenvolvidos	2	5,4
Desfecho	Sofrimento psíquico	13	35,1
	TMC	24	64,9
Instrumentos	*General Health Questionaire-12* (GHQ-12)	16	43,2
	Self Reporting Questinaire-20 (SRQ-20)	8	21,6
	Kessler Psychological Distress Scale-10 (K-10)	5	13,5
	Mental Health -5 (MH-5)	2	5,4
	Brief Symptom Checklist-53 (SC-53)	2	5,4
	Overall Mental Health Index (MHI)	1	2,7
	Symptom Checklist-90 (SC-90)	1	2,7
	Outcome Questionnaire-45 (OQ-45)	1	2,7
	Hopkins Symptom Checklist (HSCL)	1	2,7
Curso	Medicina	10	27,0
	Medicina e outros cursos da saúde	2	5,4
	Enfermagem	6	16,2
	Enfermagem e outros cursos da saúde	2	5,4
	Enfermagem; Obstetrícia; Educação	1	2,7
	Educação	1	2,7
	Odontologia	1	2,7
	Não identificado	14	37,8

*Índice de Desenvolvimento Humano, segundo o relatório do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, 2014.

Na tabela 2, as prevalências de TMC obtidas pelo GHQ-12 variaram de 18,5% a 48,7%, sendo inferiores a 20% em dois estudos realizados com alunos do curso de medicina[39,40], na Hungria. Prevalências entre 20 e 40% foram identificadas em cinco estudos, sendo três realizados em países desenvolvidos (alunos de enfermagem)[41-43] e dois em países em desenvolvimento (alunos de enfermagem e fisioterapia; e outro não foi possível identificar a população-alvo).[44,45] Outros cinco estudos, realizados em países desenvolvidos, encontraram prevalências superiores a 40%.[46-50] Dados obtidos pelo SRQ-20, indicaram variação nas prevalências de sofrimento psíquico (33,7 a 49,1%), sendo em seis estudos brasileiros[7-11,51] de 33,7 a 44,9% e em dois na Etiópia[52,53] de 40,9 a 49,1%. O instrumento K-10 foi utilizado em cinco pesquisas,[54-59] tendo prevalências acima de 50% de sofrimento psíquico em dois estudos com alunos de medicina na Arábia Saudita (57% e 63%)[54,55] e abaixo de 30% em estudo realizado nos EUA[56] e na Austrália.[57] (Tabela 2).

Tabela 2. Características dos estudos selecionados sobre sofrimento psíquico em estudantes universitários, prevalências, fatores de risco e de proteção.

ANO	AUTOR	PERIÓDICO	DELINEAMENTO	CURSO	N	PAÍS	DESFECHO	INSTRUMENTO	PREVALÊNCIA	ASSOCIAÇÕES
2006	Frey et al.[69]	Psychology of Women Quarterly	transversal	não identificado	245	EUA	sofrimento psíquico	Outcome Questionnaire-45	não menciona	FR: ter dificuldade no relacionamento com amigos, professores e com a comunidade. FP: Receber apoio dos pais; apresentar traço de personalidade autenticidade; apresentar empoderamento; ter bom relacionamento com a comunidade.
2006	Lima et al.[7]	Revista de Saúde Pública	transversal	medicina	551	Brasil-São Paulo	TMC	SRQ-20	44,7%	FR: ter dificuldade para fazer amigos; avaliação "ruim" sobre desempenho escolar; pensar em abandonar o curso; não receber apoio emocional de que necessita.
2007	Pryjmachuk et al.[65]	InternationalJournal of Mental Health Nursing	transversal	enfermagem	1362	Inglaterra	TMC	GHQ12	não menciona	FR: atuar no atendimento a adultos e a pessoas com necessidades especiais.
2007	Pryjmachuk et al.[41]	British Journal of Health Psychology	transversal	enfermagem	1362	Inglaterra	TMC	GHQ12	33,7%	FR: sentir-se pressionado; ter pelo menos um filho em idade escolar; apresentar estratégia de *coping* focado na emoção; pensar em abandonar o curso. FP: preocupação com problemas clínicos; sentir-se pouco pressionado; apresentar estratégia de *coping* focado no problema.
2007	Warbah et al.[43]	Nurse Educ Today	transversal	enfermagem	145	India	TMC	GHQ12	20,7%	FR:apresentar característica de personalidade "neurotiscismo"; ter problemas de ajustamento/adaptação na saúde, em casa, na vida social e emocional. FP:apresentar característica de personalidade "extroversão".
2008	Abdulghani, et al.[55]	Pakistan Journal of Medical Sciences	transversal	medicina	775	Arabia Saudita	sofrimento psíquico	K10	57% total e 19,6% severo	FR: estar no 1º ano; ter problemas de saúde; excesso de atividades de trabalho/estudo; dias perdidos de trabalho
2008	Gorter et al.[46]	Eur J Dent Educ	coorte	odontologia	132	Europa (5 universidades)	TMC	GHQ12	44,0%	FR: estar no 5º ano; apresentar sintomas de estresse e Síndrome de *Burnout.*
2008	Pryjmachuk et al.[37]	Midwifery	transversal	enfermagem	120	Inglaterra	TMC	GHQ12	superior a 40%	FR: referir estresse; tabagismo. FP: apresentar estratégias de *coping* focado no problema.

2008	Stallman[57]	Australian Family Physician	transversal	não identificado	384	Austrália	sofrimento psíquico	K10	não menciona	FR: maior idade; percepção de ter limitações no trabalho e atividades reduzidas por incapacidades.
2009	Tesfaye et al.[53]	East Afr J Public Health	transversal	não identificado	1198	Etiópia	TMC	SRQ-20	49,1%	FR: ter dificuldade em fazer amigos; ter vida sexual ativa; referir conflitos nos dormitórios com colegas; renda baixa; falta de acesso a materiais acadêmicos solicitados na universidade; não ter acesso a instalações sanitárias adequadas e instalações recreativas; referir preocupação com a segurança pessoal.
2009	Verger et al.[59]	Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology	transversal	medicina	1743	França	sofrimento psíquico	MH-5	25,7%	FR: sexo feminino; estar pouco adaptado; quantidade excessiva de horas de estudo; sentir-se pouco adaptada. FP: apresentar domínio próprio ("*mastery*"); ter apoio social.
2010	Biro et al.[39]	Soc Psychiat Epidemiol	transversal	medicina	100	Hungria	TMC	GHQ12	18,5%	FP: senso de coerência. Elevado.
2010	Costa et al.[51]	Revista Brasileira de Psiquiatria	transversal	medicina	473	Brasil - Sergipe	TMC	SRQ-20	40%. Quando excluídos os calouros, a prevalência geral aumentou para 42,5%.	FR: não acreditar nas próprias habilidades para se tornar um bom médico; sentir-se menos confortáveis com as atividades do curso; sentir-se emocionalmente estressados; crença de que o curso não correspondia às expectativas; ter recebido diagnóstico prévio de transtorno mental.
2010	Fiorotti et al.[8]	Jornal Brasileiro de Psiquiatria	transversal	medicina	229	Brasil-Espírito Santo	TMC	SRQ-20	37,1%	FR: ter dificuldade para fazer amigos; sentir-se rejeitado pelos amigos; não receber apoio emocional necessário; ter recebido tratamento psiquiátrico; ter feito tratamento psicoterapêutico; sentir dificuldade para conciliar os estudos e lazer; sentir desconforto físico no período das avaliações.
2010	Park et al.[73]	Personality and Individual Differences	transversal	não idntificado	522	Korea	sofrimento psíquico	BSI	não menciona	FR: apresentar estratégia de *coping* não adaptativo; traço de personalidade perfeccionismo; apresentar baixa auto-estima.
2011	Abdulghan, et al.[54]	Journal of Health, Population and Nutrition	transversal	medicina	775	Arabia Saudita	sofrimento psíquico	K10	63% total e 25% severo	FR: sexo feminino; estar no 1º ano; ter problemas de saúde.

2011	Biro et al.[40]	Bmc Public Health	transversal	saúde pública	194	Hungria	TMC	GHQ12	19,0%	FR: estar nos últimos anos do curso. FP: ter apoio social.
2011	Gibbons et al.[71]	Journal of Advanced Nursing	transversal	enfermagem	171	UK	TMC	GHQ12	não menciona	FR: ter preocupações com aprendizado e ensino; apresentar estratégia de *coping* fuga/esquiva. FP: Apresentar auto-eficácia, Apoio e Controle disposicional.
2012	Byrd et al.[62]	Journal of American College Health	transversal	não identificado	2203	EUA	sofrimento psíquico	OMHI	Média: 66,4 (DP±15,3)	FR: apresnetar tendências suicidas; ter percepções negativas sobre o clima no *campus* (discriminação). FP: referir habilidades de *coping; ter* confiança nas habilidades de comunicação; ter identidade espiritual; ter autoconfiança; ter engajamento social; ter satisfação com a instituição.
2012	Vazquez,et al.[66]	Psychological Distress and Related Factors in Female College Students	transversal	mão identificado	1043	Espanha	sofrimento psíquico	Symptom Checklist-90	não menciona	FR entre os mais jovens: apresentar hostilidade e pouca sensibilidade interpessoal. FR entre os que referiram não ter companheiro(a): pouca sensibilidade interpessoal; sintomas depressivos; ideação paranoide; sintomas psicóticos. FR entre os que referiram independência financeira: apresentar somatização; ideação paranoide; sintomas psicóticos. FR entre os que cursavam do 1º ao 3º ano do curso: FP: apresentar maior sensibilidade interpessoal.
2012	Wei et al.[76]	Journal of Counseling Psychology	transversal	não identificado	188	China	sofrimento psíquico	Hopkins Symptom Checklist; The Aculturative Scale for International Students	não menciona	FR: ter baixa adaptação cultural; apresentar estratégia de *coping forbearance* (tendência a não compartilhar seus problemas com as pessoas mais próximas para não sobrecarrega-los).
2014	Bastos et al.[80]	Cadernos de Saúde Publica	transversal	não identificado	424	Brasil-Rio de Janeiro	TMC	GHQ12	não menciona	FR: ter sofrido discriminação.

2014	Carnicer et al.[75]	Electronic Journal of Research in Educational Psychology	transversal	estudantes da educação	90	Espanha	sofrimento psíquico	BSI	não menciona	FR: apresentar estratégias de *coping* fuga/esquiva, aceitação/resignação, busca por soluções alternativas; referir estresse; referir descarga emocional. FP: apresentar *coping* resolução de problemas.
2014	Concepcion, et al.[42]	Journal of American College Health	transversal	não identificado	963	Chile	TMC	GHQ12	24,3%	FR: maior idade; ter sonolência diurna excessiva; ter qualidade do sono ruim; referir tabagismo.
2014	Costa. et al.[9]	Rev. Assoc. Med. Bras.	transversal	medicina; odontologia; enfermagem	172	Brasil-Nordeste	TMC	SRQ-20	33,7%	FR: sexo feminino; referir expectativa ruim com o futuro; crença de que o curso é uma fonte de tensão; sentir-se tenso.
2014	Silva et al.[11]	Motricidade	transversal	medicina; educação física; odontologia; enfermagem; farmácia; nutrição; ciências biológicas	220	Brasil-Alagoas	TMC	SRQ-20	43,2%	FR: praticar menos atividade física.
2014	Deasy et al.[48]	Health Promotion International	transversal	enfermagem; obsterícia; estudantes da educação	1557	Irlanda	TMC	GHQ12	41,9%	FR: sexo feminino; dieta alimentar “ruim”, aumento do consumo de alimentos "convenientes", inatividade física e tabagismo.
2014	Liebana-Presa et al.[45]	Revista Da Escola De Enfermagem Da Usp	transversal	enfermagem; fisioterapia	1840	Espanha	TMC	GHQ12	32,2%	FR: sexo feminino. FP: ter engajamento acadêmico; apresentar vigor.
2014	Liu et al.[72]	Personality and Individual Differences	transversal	não identificado	412	China	TMC	GHQ12	não menciona	FP: resiliência; apresentar afeto positivo e auto-estima.
2014	Saias et al.[60]	BMC Public Health	transversal	não identificado	946	França	sofrimento psíquico	MH-5	13,8%	FR: baixa renda, história de ter sofrido assalto sem abuso sexual nos últimos 12 meses, baixa participação social.
2014	Silva et al.[10]	Revista Brasileira de Epidemiologia	transversal	medicina	434	Brasil-São Paulo	TMC	SRQ-20	44,9%	FR: sentimento de rejeição pelos amigos no ano passado; pensar em abandonar o curso; e baixa "interação" social na escala MOS.

2015	Dachew et al.[52]	Plos One	transversal	não identificado	836	Etiópia	TMC	SRQ-20	40,9%	FR: Sexo feminino; ter pouco interesse pelo campo de estudo; não ter amigos íntimos; não ter prática religiosa; ter conflito com amigos; referir problemas financeiros; história familiar de doença mental; fazer uso de substâncias psicoativas; ter pouco período de férias ou descanso; ter "caído de turma"; baixo apoio social.
2015	Harris et al.[49]	N Z Dent J	transversal	medicina; odontologia	100	Nova Zelândia	TMC	GHQ12	não menciona	FR:referir estratégias de *coping* negativo/"destrutivo" (comer, gastar dinheiro). FP: referir estratégias de *coping* positivo (conversar com amigos, ter hobbies, etc).
2015	Rose et al.[44]	Psychology, Health and Medicine	transversal	não identificado	2538	Peru	TMC	GHQ12	32,9%	FR: sexo feminino; referir má qualidade do sono; sonolência diurna excessiva.
2016	Budescu, et al.[56]	Journal of Child and Family Studies	transversal	não identificado	530	EUA	sofrimento psíquico	K10	23% sofrimento leve; 18% moderado e 7% severo	FR: estar 1º ano e com maior idade. FP: ter apoio dos pais/parentes.
2016	Deasy et al.[50]	Nurse Education Today	transversal	enfermagem; obsterícia	406	Irlanda	TMC	GHQ12	48,7%	FR: sexo feminino; estar no 2º e 3º anos do curso (últimos anos do curso); referir tabagismo; apresentar estratégia de *coping* passiva; crença de que a vida na universidade é estressante.
2016	Wang et al.[58]	Journal of Religion & Health	trasnversal	medicina	1812	China	sofrimento psíquico	K10	não menciona	FP: ter apoio social; ter religiosidade.

Os fatores associados a sofrimento psíquico/TMC entre estudantes foram agrupados em seis categorias: *Sociodemográficas*-idade, sexo, arranjo de moradia, dados familiares, renda e religiosidade; *Saúde*-condições e percepções sobre a sua saúde, estilo de vida e histórico de tratamentos psicológico /ou psiquiátrico; *Relacionais*-percepção sobre relacionamentos sociais/apoio social; *Acadêmicas*-características do curso, percepções sobre o curso, ambiente educacional e desempenho acadêmico; *Psicológicas*-traços de personalidade, estratégias de *coping* e resiliência; e *Sociais/Violência*- discriminação e violência social.

Tabela 3. Frequência de categorias e variáveis de risco associadas ao sofrimento psíquico dos estudantes universitários identificadas nos artigos (n=37).

	FATORES DE RISCO	
Categorias	**Variáveis**	**n**
Socioemográficas (n=18)	Sexo (feminino)	8
	Idade (Maior)	3
	Renda (baixa)	3
	Religião (Não)	1
	Residência sem saneamento básico	1
	Ter filho em idade escolar (Sim)	1
	Ter companheiro (a) (Sim)	1
Saúde (n=22)	Tabagismo (Sim)	4
	Problemas de saúde (Sim)	2
	Atividade física (Não)	2
	Referir estresse (Sim)	2
	Dieta alimentar (Ruim)	1
	Sonolência diurna excessiva (Sim)	1
	Percepção de limitações/incapacidades (Sim)	1
	Qualidade do sono ruim (Sim)	1
	Sentir-se tenso (Sim)	1
	Dias perdidos de trabalho por saúde (Sim)	1
	Ter recebido diagnóstico de TM (Sim)	1
	Uso de substância (*Khat chewing*) (Sim)	1
	Ter recebido tratamento psicológico (Sim)	1
	Histórico familiar de Transtorno Mental (Sim)	1
	Tendência suicida (Sim)	1
	Vida sexual ativa (Sim)	1
Relacionais (n=15)	Dificuldades no relacionamento com amigos (Sim)	5
	Adaptação à vida acadêmica ou outros aspectos da vida (Não)	3
	Sentir-se rejeitado pelos amigos (Sim)	2
	Apoio social (Não)	2
	Receber apoio emocional necessário (Não)	2
	Dificuldade em relacionar-se com as pessoas (Sim)	1
Acadêmicas (n=24)	Série do curso (Primeiras séries)	3
	Série do curso (Últimas séries)	2
	Excesso de horas de estudo/Dificuldade conciliar estudo x lazer (Sim)	3
	Ter pensado em abandonar o curso (Sim)	3
	Curso como fonte de tensão ou estresse (Sim)	2
	Expectativa com o futuro profissional (Ruim)	2
	Satisfação com o curso ou interesse pelo curso (Não)	2
	Desconforto com as atividades do curso ou durante as avaliações (Sim)	2
	Preocupações com aprendizado e ensino (Sim)	1
	Disponibilidade de materiais para o curso (Pouca)	1

	Auto avaliação do desempenho acadêmico (Ruim)	1
	Ter "caído de turma" (Sim)	1
	Atuação: adultos e necessidades especiais	1
Psicológicas (n=9)	*Coping* fuga/esquiva, aceitação/resignação, busca por soluções alternativas, descarga emocional (Escores elevados)	1
	Coping fuga-esquiva (Escores elevados)	1
	Coping forbearance (Escores elevados)	1
	Coping passivo (Escores elevados)	1
	Coping focado na emoção (Escores elevados)	1
	Referir *Coping* negativo ou destrutivo (comer, gastar dinheiro) (Sim)	1
	Coping não adaptativo (Escores elevados)	1
	Neuroticismo (Escores elevados)	1
	Perfeccionismo e baixa auto-estima (Escores elevados)	1
Social/Violência (n=4)	Percepção de discriminação (raça, idade, e classe) (Sim)	1
	Percepção de clima ruim na universidade em relação à discriminação	1
	Preocupação com a segurança pessoal (Sim)	1
	Ter sofrido agressão (Sim)	1

Na tabela 3, observa-se que as variáveis mais frequentemente identificadas como *fatores de risco* para sofrimento psíquico em universitários foram as classificadas na categoria *Acadêmicas* (24 estudos), chamando-se a atenção para a subcategoria série do curso (três referindo-se às primeiras e dois às últimas séries), ter pensado em abandonar o curso, excesso de horas de estudo ou dificuldade para conciliar estudo, lazer/descanso em dois estudos, assim como apontar o curso como fonte de estresse/tensão, ter expectativas ruins em relação ao futuro profissional, insatisfação com o curso/ter pouco interesse pelo mesmo e sentir desconforto com as atividades acadêmicas/durante as avaliações. Em relação aos fatores inseridos na categoria *Saúde* (22), destaca-se maior sofrimento psíquico entre os que afirmaram ser tabagista, ter problemas de saúde, não realizar atividade física e vivenciar estresse. Em relação aos fatores identificados na categoria *Sociodemográficas* (18), a terceira mais frequente como risco para sofrimento psíquico, chama-se atenção para sexo feminino, ter maior idade e baixa renda. Além dessas, associaram-se significativamente: não ter religião, residir em área sem saneamento básico, ter filho em idade escolar, e não ter companheiro(a). Entre as características inseridas na categoria *Relacionais* (15), destaca-se: ter dificuldade no relacionamento com os amigos, não se sentir adaptado à vida acadêmica/outros aspectos da vida, baixo apoio social (medido ou referido), sentir-se rejeitado pelos amigos e não receber apoio emocional. Na categoria *Psicológicas* também foram identificadas como risco (9): apresentar estratégias de *coping* focalizadas na emoção, descarga emocional (expressão dos sentimentos negativos), *coping forbearance* (não compartilhar problemas), *coping* negativo/destrutivo (comer

muito/gastar dinheiro), neuroticismo, perfeccionismo e baixa autoestima. Por fim, na categoria *Social/Violência*, como ter sofrido discriminação (racial, idade, classe), perceber o clima da universidade como tenso em relação à discriminação (gênero, raça, orientação sexual), ter tido preocupação com a segurança pessoal e ter sofrido agressão estiveram associados à sofrimento psíquico.

Tabela 4. Frequência de categorias e variáveis de risco associadas a sofrimento psíquico por artigo (n=37).

FATORES DE PROTEÇÃO		
Categorias	**Variáveis**	**n**
Demográficas (n=2)	Ter religião (Sim)	2
Relacionais (n=6)	Apoio social (Alto)	3
	Receber apoio dos pais (Sim)	1
	Ter habilidades de comunicação (Sim)	1
	Apresentar engajamento social (Sim)	1
Acadêmicas (n=2)	Apresentar engajamento acadêmico (Sim)	1
	Sentir-se pressionado (Pouco)	1
Psicológicas (n=12)	*Coping* focado no problema (Escores elevados)	2
	Apresentar autenticidade e empoderamento (Escores elevados)	1
	Coping resolução de problemas (Escores elevados)	1
	Referir habilidades de *coping*, em geral; e ter auto-confiança (Escores elevados)	1
	Coping positivo (falar com amigos/hobbies) (Sim)	1
	Apresentar senso de coerência (Escores elevados)	1
	Apresentar auto-eficácia e controle disposicional (Escores elevados)	1
	Apresentar vigor (Escores elevados)	1
	Apresentar afeto positivo; auto-estima; e resiliência (Escores elevados)	1
	Apresentar extroversão (Escores elevados)	1
	Apresentar domínio próprio "*mastery*" (Escores elevados)	1

Na tabela 4, entre as características identificadas como *fatores de proteção* para sofrimento psíquico dos universitários destaca-se as *Psicológicas* (12), como: estratégias de *coping* focalizadas no problema, ter referido *coping* positivo (conversar com os amigos, ter atividades de lazer), senso de coerência, auto-eficácia, afeto positivo, auto-estima, resiliência, extroversão, domínio "*mastery*" (estar sob o controle dos acontecimentos da vida e não permitir ser dominado por uma concepção de vida mais fatalista). Os fatores inseridos na categoria *Relacionais* (6), identificadas como proteção, foram apoio social elevado, ter recebido apoio dos pais, ter habilidades de comunicação e apresentar engajamento social. Ter religião foi o único fator da categoria *Sociodemográfica* identificado em dois estudos como proteção para sofrimento psíquico; o mesmo foi observado na categoria

Acadêmicas: apresentar engajamento acadêmico e sentir-se pouco pressionado no curso.

DISCUSSÃO

Nesta revisão, identificou-se prevalências e fatores de risco e proteção para sofrimento psíquico entre universitários, especialmente nos últimos dez anos. Dez artigos foram identificados em 2014, sendo seis[7-11,51] eram brasileiros que investigaram a prevalência de TMC utilizando o SRQ-20 e o GHQ-12, instrumentos de alta sensibilidade[38]. Destaca-se, também, a constância mantida no número de publicações ao longo desses anos, com exceção ao ano de 2013. Observou-se, também, grande variabilidade dos desfechos investigados, bem como dos instrumentos utilizados, fato já identificado em revisão sistemática que incluiu publicações entre 1980 e 2005 sobre sofrimento psíquico em estudantes do curso de medicina.[61]

Dos 37 estudos incluídos nesta revisão apenas um não apresentou delineamento transversal, provavelmente devido à dificuldade de se realizarem estudos longitudinais com essa população, em especial, pela exigência de seguimento dos estudantes ao longo das séries do curso. [59,60] Os estudos transversais analisados utilizaram medidas de força que evidenciaram associações entre as características e aspectos individuais, inter-relacionais e ambientais/institucionais[62] dos estudantes ao sofrimento psíquico; no entanto, características próprias do desenho transversal não permitem a identificação de causalidade e o aprofundamento dos dados, como possível em delineamentos longitudinais.

Do total da amostra, 16 investigaram TMC com o GHQ-12[39-50,65,71,72,80]e oito com o SRQ-20[7-11,51-53]. Observou-se maior variação das prevalências obtidas pelo GHQ-12, comparativamente às obtidas pelo SRQ-20, aplicado predominantemente em alunos de universidades brasileiras, chamando atenção para a diferença na amplitude de variação das prevalências desses instrumentos (Tabela 2). Apesar de ambos apresentarem melhores propriedades psicométricas, comparativamente ao K-10, K-6 (*short-form*) e ao *Patient Health Questionnaire* (PHQ), segundo Patel et al.,[38] o GHQ-20 apresentou melhores índices do *likelihood ratio* refletindo maior sensibilidade e especificidade do teste. Além disso, sugere-se que a amplitude

obtida pelo GHQ-12 nas prevalências ocorreu por ter sido aplicado em vários países, com diferenças culturais, e o SRQ-20 ter sido predominantemente utilizado em estudos brasileiros.

Especificamente em relação ao Brasil, as prevalências de TMC em universitários foram superiores ao identificado na população geral[1] e entre adolescentes brasileiros[2], mas inferiores às obtidas em usuários da Estratégia da Saúde da Família.[3] Destaca-se, ainda, que a maior prevalência de casos de TMC (49,1%)[53] foi encontrada em estudantes (n=1198) de uma universidade na Etiópia, superior às identificadas também entre alunos da área da saúde de países desenvolvidos e em desenvolvimento.[53] A Etiópia é um país onde grande parte da população vive em condições precárias e com preocupação constante em relação à segurança pessoal.[53]

Elevadas prevalências de sofrimento psíquico, avaliado pelo K-10, foram identificadas em estudantes na Arábia Saudita.[54,55] Fatores econômicos conjunturais podem predispor os indivíduos a maior sofrimento[1]. TMC tem sido apontado como mais prevalente em pessoas com baixa renda, com baixos níveis de educação e residentes em países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento[1,65]. Neste estudo, as menores prevalências identificadas (13,8%, 18,5% e 19,0%) foram em pesquisas realizadas na França[55,59] e na Hungria,[39,40] países com elevado IDH. Ambos os estudos realizados na Hungria tiveram uma amostra menor que as de outros estudos aqui descritos e a pesquisa desenvolvida na França obteve os dados por meio de entrevistas telefônicas, diferenças metodológicas que devem ser consideradas.

Dado que elevadas prevalências de sofrimento psíquico tem sido obtidas entre universitários, em diversos países, investigar características desses jovens e aspectos associados pode favorecer o planejamento de estratégias de prevenção e de cuidado com essa população e a diminuição da evasão escolar.[62]

Características sociodemográficas

Identificou-se que sexo feminino,[9,44,45,48,50-52] maior idade[42,56,57] e baixa renda[52,53,60] foram as características sociodemográficas mais associadas à sofrimento psíquico entre universitários, características também obtidas em revisão sistemática.[61] Esses dados reforçam que condições socioeconômicas desfavoráveis, acentuadas pela ainda vigente discriminação de gênero em muitas culturas, podem

contribuir para sofrimento psíquico. Fatores genéticos e fisiológicos podem influenciar padrões de morbidade e mortalidade de homens e mulheres, porém sabe-se que distintos valores, processos de socialização e *coping* são observados e podem determinar o adoecimento. Além disso, possivelmente mulheres tenham maior facilidade de identificar e relatar sintomas, buscando ajuda ou apoio social, enquanto homens busquem alívio para o sofrimento através do uso de substâncias, como o álcool.[63]

Nesta revisão, os dois estudos realizados na Etiópia identificaram como fatores de risco para sofrimento psíquico não ter religião[52] e residir em local sem saneamento básico[53]. Duas pesquisas, uma nos EUA (n=2203)[62] e outra com estudantes de uma universidade chinesa (n=1812)[58], encontraram que religiosidade/identidade espiritual foi fator de proteção, supondo que aspectos culturais exercem influência no desenvolvimento de TMC.[64] Ter filhos em idade escolar[65] e não possuir companheiro(a)[66] foram indicados como risco para sofrimento psíquico na nesta revisão, sugerindo que estudantes com dificuldades financeiras e dependentes possuem maior chance de apresentar sofrimento.[52,60]

Condições de saúde

Mais da metade dos estudos apresentou associação entre sofrimento psíquico e aspectos da saúde de graduandos. Esses podem comportar-se como modificadoras e/ou mediadoras, acentuando ou atenuando o sofrimento psíquico.[54,55] Identificou-se que tabagismo foi fator de risco para TMC em quatro pesquisas.[42,47,40,50] Na Etiópia[52], alunos que utilizavam substância psicoativa *Khat Chewing*, com ação estimulante, apresentaram maior prevalência de sofrimento psíquico. Considera-se que provavelmente o uso de substâncias (tabaco, álcool, *cannabis*, outra) ocorra para atenuar o estresse,[48] sendo uma estratégia de *coping*, do tipo fuga/esquiva que, dependendo da intensidade e frequência, pode acarretar prejuízos aos indivíduos[47,52]. Além disso, foram identificados como fatores de risco para TMC não praticar atividades físicas e apresentar dieta alimentar inadequada, mais frequentes em estudantes dos últimos semestres.[11] A prática de atividades físicas regulares e alimentação saudável podem exercer função de proteção à saúde dos indivíduos reduzindo os níveis de estresse.[48]Sonolência diurna, má qualidade do sono,[42,44] estresse[46,47] e tensão[9] também associaram-se significativamente à sofrimento psíquico entre universitários. Essas condições são frequentes

considerando-se a rotina de estudos imposta para atingir as exigências acadêmicas e da grade curricular dos cursos.[9,15-18,28,31,61]

Nesta revisão, identificou-se que estresse e Síndrome de *Burnout* (SB-estresse ocupacional) associaram-se a TMC em alunos de odontologia de universidades na Europa. Em análise de fatores de mediação, observou-se efeito direto do estresse na saúde física dos estudantes e indireto na saúde mental, tendo sido este mediado por SB[46]. Investigar e analisar os "caminhos" que levam ao sofrimento psíquico podem contribuir com o planejamento de estratégias para minimizar os problemas de saúde e suas consequências.[55,57] O estresse pode "passar despercebido" pelos indivíduos ou ser considerado algo "normal" da vida; porém, quando seu nível eleva-se causando exaustão, despersonalização e diminuição da realização pessoal, características da SB, pode-se observar o sofrimento psíquico. [46] Revisão de publicações anteriores a 2010 sobre estresse em universitários do curso de odontologia corrobora os dados aqui obtidos.[67]

Identificou-se, também, que indivíduos que receberam tratamento psicológico ou psiquiátrico,[8] com histórico familiar[52,57] e pessoal[55] de transtornos mentais apresentaram maior prevalência de TMC. Essa associação pode ser entendida tanto pela presença de fatores hereditários/genéticos como pela sobrecarga emocional decorrente dos cuidados despendidos para o familiar doente.[52] Umas pesquisa identificou que sofrimento psíquico associou-se à tendência suicida entre estudantes[62], avaliada por questões extraídas de instrumento específico (MHI) para saúde mental. Suicidalidade (ideação, planejamento, tentativas de suicídio), em especial entre alunos de medicina, é uma preocupação crescente estando associada a maiores prevalências de transtornos mentais, como a depressão[68].

Características relacionais

Constatou-se que características das relações estabelecidas pelos estudantes podem ter papel de risco ou proteção à saúde mental. As características associadas à sofrimento psíquico, entre os artigos avaliados, foram: ter dificuldade em fazer amigos,[7,8,53,69,] ter relações conflitivas,[52] sentir-se rejeitado,[8,10] não receber apoio emocional necessário,[7,8] ter dificuldade de adaptação ou ajustamento.[43,59] Percepção de pouco apoio social associou-se em dois estudos à prevalência mais elevada de TMC.[10,52] Silva et al.[10] identificaram que o domínio "interação social positiva" insuficiente (habilidade dos indivíduos de se divertirem/relaxarem), avaliada

pela Escala de Apoio Social, apresentou-se como fator de risco para TMC entre estudantes de medicina. Segundo os autores, possivelmente, alunos que não dispunham de amigos para compartilhar momentos de descanso ou tenderam a apresentar maior isolamento social e maior sofrimento. Nesse sentido, ter apoio social, possuir habilidades no relacionamento com colegas e engajar-se em atividades sociais são apontadas como variáveis de proteção para a saúde mental dos universitários.

Percepção da vida acadêmica

Aspectos da vida acadêmica são potenciais fatores de risco para sofrimento psíquico dos estudantes, em especial, da área da saúde.[16,17,18,20,70]. Nesta revisão, essas variáveis foram as mais frequentemente investigadas (Tabelas 3 e 4). Verificou-se que alunos das primeiras e últimas séries foram os que mais apresentaram sofrimento. Estudos realizados com universitários na Arábia Saudita[54,55] mostraram maior chance (*odds ratio*) de sofrimento psíquico entre alunos do primeiro ano do curso de medicina, e um estudo realizado na Hungria[40] identificou que estar nos últimos anos foi um fator de risco para TMC, como também encontrado por Gorter et al..[46] Diferentemente, pesquisa com alunos de enfermagem e formação de obstetrizes observou aumento progressivo da prevalência de TMC ao longo das séries[54].

Pode-se considerar que, no início dos cursos, os jovens deparam-se com mudanças tanto na vida pessoal/social (mudança de cidade, morarem sozinhos, longe da família) como universitária (novos métodos de estudo, extensa grade curricular). Nos últimos anos, especialmente os da saúde (medicina, odontologia, enfermagem), o contato com pacientes, proximidade com o sofrimento e a morte, preocupação com o aprendizado de procedimentos clínicos tendem a desencadear ou acentuar o estresse entre os estudantes[4,15,59,61] Ao contrário, indivíduos que possuem apoio de familiares e amigos tendem a apresentar melhor percepção do desempenho acadêmico, independentemente da série, favorecendo menor sofrimento.[56]

Identificou-se, também, que alunos mais engajados nas atividades do curso[45] e que se sentiam pouco pressionados[43] tiveram melhores resultados em sua saúde mental. A percepção dos alunos sobre sua vivência na universidade pode influenciar a sensação de bem estar. Estudantes que haviam pensado em abandonar o

curso,[7,41] percebiam-no como fonte de tensão/estresse,[9,50] referiram desconforto[51], em especial, durante as avaliações[8], insatisfação com o curso[51] e baixas expectativas com o futuro profissional[9] apresentaram elevado sofrimento psíquico. Revisão sistemática[67] também identificou que fatores acadêmicos foram os mais referidos como estressores entre alunos de odontologia, tanto na fase pré-clínica como na clínica do curso.

Características psicológicas

Revisão realizada por Dyrbye et al.[61] mostrou que autoconhecimento e sensação de cumprimento dos deveres foram características indicativas de proteção à saúde mental dos estudantes, enquanto perfeccionismo e supressão da raiva associaram-se a maiores escores de sofrimento. Nesta revisão, características psicológicas foram as mais frequentemente identificadas como proteção para sofrimento psíquico, como senso de coerência (orientação que expressa sentimento de confiança penetrante, duradouro e dinâmico),[39] autenticidade e empoderamento (capacidade de agir, força pessoal que emerge da relação com o outro),[69] auto-eficácia (julgamento, crença sobre as próprias capacidades para executar ações que atinjam certo grau de desempenho) e controle disposicional (senso de controle e avaliação cognitiva em uma dada situação),[71] auto-estima elevada e afeto positivo (sentimento de engajamento prazeroso com o ambiente, entusiasmo, energia, alerta mental, interesse, alegria e determinação),[72] maior vigor (energia durante o processo de aprendizado do indivíduo),[45] elevada resiliência,[72] extroversão (comportamento extrovertido, falante, cheio de energia, bem relacionado, com sentimento de bem estar)[43] e escores elevados para o domínio *mastery* (estar sob controle dos eventos da vida), do *Eisenck Personality Questionnaire.* [59]Ao contrário, alunos que apresentaram elevados escores para neuroticismo (sintomas como ansiedade, medo, mal-humor, preocupação, inveja, frustração, ciúme, solidão, e propensão para interpretar situações comuns como ameaçadoras e responderem pior a estressores),[43] perfeccionismo e baixa auto-estima[73] tiveram maior risco de apresentar sofrimento psíquico. Assim, salienta-se que esses resultados indicam que algumas características individuais podem exercer influência nas estratégias de *coping*, reduzindo a possibilidade de sofrimento nos indivíduos[74].

Algumas estratégias de *coping* também foram identificadas como risco para sofrimento psíquico em universitários, como: c*oping* focalizado na emoção,[41]

fuga/esquiva,[71,75] *coping* passivo,[50] referir estratégias de *coping* negativas/destrutivas (comer muito ou gastar dinheiro),[49] *coping* não adaptativo,[73] e *coping forbearance* (não compartilhar problemas com pessoas próximas, contenção, omissão).[76] Estratégias de *coping* ativas como as focalizadas no problema,[41,47] resolução de problemas[75] (inserido nesta categoria), *coping* positivo[49] (falar com amigos, buscar atividades de lazer), ou referir ter habilidades de enfrentamento[62] associaram-se a menor sofrimento.

Estratégias de *coping* podem ser definidas em duas categorias funcionais, também complementares, como as focalizadas no problema (reagir construtivamente, modificar as condições externas buscando recursos para lidar com a situação adversa), que incluem distanciamento, auto-controle, busca por apoio social, fuga/esquiva, e reavaliação positiva[74,77], e as focalizadas na emoção (estratégias mais passivas, tentativas de controlar a situação emocional de estresse na busca por alívio de tensão), como negação e evitação.[74,77] Estratégias de *coping,* que segundo seus autores[74] incluem respostas mais adaptativas, podem acarretar em resultados benéficos aos sujeitos.[74]

Recente revisão indicou que resiliência também é uma característica que pode ser considerada como protetora à saúde dos indivíduos[78], e tem sido incluída em estudos com diferentes populações e em contextos com elevada carga de estresse.[78] Investigando resiliência em estudos empíricos, identificou que apenas cinco tiveram como foco universitários.[78] No presente estudo, apenas um investigou a associação de resiliência e TMC entre estudantes,[51] mostrando que resiliência influenciou positivamente a satisfação com a vida, relação mediada pela percepção de autoestima. Em outro estudo, constatou-se que diferentes estratégias de *coping* foram preditivas para a variação da resiliência, e *coping* focalizado no problema associou-se positivamente à resiliência.[79] Os dados mencionados sugerem que características psicológicas podem influenciar positivamente os padrões de resiliência dos indivíduos, favorecendo ou impedindo a ocorrência de sofrimento psíquico.

Variáveis sociais/violência

Apesar do crescente número de estudos que avaliam saúde mental e discriminação, esta revisão identificou quatro publicações sobre o tema, tendo como foco universitários. Nessas pesquisas, com amplo tamanho amostral, identificou-se

como fatores de risco para sofrimento psíquico: ter sofrido discriminação (racial, idade, classe),[80] ter percebido como tenso o clima da universidade (discriminação de gênero, raça, orientação sexual),[62] ter preocupação com a segurança pessoal, e ter sofrido agressão.[60]

Saías et al.[60] identificaram associação entre ter sofrido violência nos últimos anos e sofrimento psíquico entre estudantes; não tendo o mesmo sido observado na com a variável "ter sofrido violência sexual no último ano". Isto pode ter ocorrido devido o número restrito de variáveis investigadas sobre violência sexual no estudo mencionado[60]. Destaca-se que os autores avaliaram sofrimento psíquico através de cinco questões sobre saúde mental, provenientes do *Self Outcomes Study*-SF-36, que avalia domínios da qualidade de vida dos indivíduos.[60]Outro estudo[80], para investigação da associação entre experiências de discriminação e TMC, os autores utilizaram um questionário desenvolvido, testado e adaptado para a população brasileira. Resultados apontaram que 23% dos alunos referiram ter sofrido algum tipo de discriminação, tendo sido mais frequente entre as mulheres, "quotistas", com baixa renda e entre negros/pardos. Todos os tipos de discriminação associaram-se significativamente à TMC; além disso, os estudantes que referiram discriminação foram 14 vezes mais propensos a apresentar sofrimento psicológico[80]. Discriminação racial/cor da pele e de classe social entre universitários reflete a realidade do contexto sociocultural brasileiro, em que aspectos relativos às desigualdades sociais e iniquidades em saúde encontram-se atrelados à essa questão[59]. Byrd et al.[62] também identificaram que percepção de discriminação (racial, sexo e orientação sexual) e insatisfação com a instituição estiveram associadas à sofrimento psíquico.

Embora não identificado nesta revisão, o trote, prática comum nas universidades brasileiras, principalmente em escolas médicas,[81] é uma violência escolar que requer atenção por envolver agressões, humilhações e o uso problemático de substâncias, como o álcool.[82]A literatura aponta que situações de violência, viver sob a preocupação com a segurança pessoal, são preditores importantes para sofrimento e piores índices de saúde entre os indivíduos.[83,84]

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta revisão integrativa possibilitou traçar um panorama sobre o estado da investigação de sofrimento psíquico/transtornos mentais comuns (TMC) entre estudantes universitários, focalizando-se especialmente os fatores de risco e proteção a eles associados nos últimos dez anos. Os diferentes instrumentos de *screening,* com boas qualidades psicométricas[38], que têm sido utilizados nos estudos sobre o tema possibilitam análise comparativa de resultados entre estudantes de diferentes países e regiões. Constatou-se que pesquisas com este objetivo têm sido realizadas em diversos países, com maior frequência em países desenvolvidos, analisaram predominantemente universitários de cursos da área da saúde. Os resultados, em geral, demonstraram, ainda que com certa faixa de variação, semelhanças em relação às prevalências de TMC, sendo essas mais elevadas que as identificadas na população geral, porém, no Brasil, inferiores às obtidas em estudo com usuários da Atenção Primária à Saúde. As diferenças culturais e econômicas identificadas entre as populações estudadas favoreceram a compreensão desses dados.

A análise das características que mais associaram-se ao sofrimento psíquico entre universitários evidenciou que os aspectos da vida acadêmica predominaram como fatores de risco, como séries do curso e percepção negativa do ambiente acadêmico. Verificou-se, também, que alguns aspectos da saúde (hábitos prejudiciais à saúde e problemas de saúde) associaram-se à presença de TMC em universitários. Observou-se que indivíduos com boas relações interpessoais e com apoio de familiares, amigos e da comunidade apresentaram menor sofrimento psíquico. Ressalta-se, ainda, que quase todos os estudos identificados nesta revisão apresentaram delineamento transversal, investigando os desfechos em um único momento, o que torna mais difícil indicar a existência de relação causal entre as variáveis investigadas sem a inclusão do tempo. Nesse sentido, estudos prospectivos devem ser desenvolvidos acompanhando os estudantes ao longo das séries dos cursos.

Pode-se concluir que as características da vida acadêmica e relacionais foram as características que mais frequentemente associaram-se à presença de sofrimento psíquico entre universitários. Estas são passíveis de modificação mostrando a importância do planejamento de intervenções que as transformem favorecendo o

bem estar dos alunos e vivências mais positivas no ambiente educacional. Violência escolar, trote, *bullying*, discriminação social entre universitários, estruturas pedagógicas e curriculares dos cursos são aspectos que devem ser mais profundamente pesquisados buscando-se compreender sua influência sobre os jovens e seus efeitos negativos na saúde dos indivíduos.

REFERÊNCIAS

1. Schimidt MI, Duncan BB, Silva GA, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. The Lancet 2011; DOI:10.1016/S0140-6736(11)60135-9.

2. Lopes CS, Abreu GA, Santos DF, Menezes PR, Carvalho KMB, Cunha CF et al. ERICA: prevalência de transtornos mentais comuns em adolescentes brasileiros. Rev Saude Publica 2016;50(supl 1):14s.

3. Santos E, Siqueira MM Prevalência dos transtornos mentais na população adulta brasileira: uma revisão sistemática de 1997 a 2009. Jornal brasileiro de psiquiatria 2010; 59(3),238-246.

4. Fagundes VLD, Ludermir AB Common mental disorders among health care students. Revista Brasileira de Psiquiatria 2005; 27(3):194-200.

5. Hidalgo MPL, Ponte TS, Carvalho CG, Pedrotti MR, Nunes PV, Souza CM. et al. Association between mental health screening by self-report questionnaire and insomnia in medical students Archive of Neuropsiquiatry. 2001; 59:180-5.

6. Volcan SMA, Sousa PLR, Mari JJ, Horta BL Relação entre bem-estar espiritual e transtornos psiquiátricos menores: estudo transversal. Revista de Saúde Pública 2003; 37: 440-5.

7. Lima MCP, Domingues MS, Ramos-Cerqueira ATA. Prevalência e fatores de risco para transtornos mentais comuns entre estudantes de Medicina. Revista de Saúde Pública, 2006, 40:1035-41.

8. Fiorotti KP, Rossoni RR, Borges, LH, Miranda, AE Transtornos mentais comuns entre os estudantes do curso de medicina: prevalência e fatores associados. Jornal Brasileiro de Psiquiatria. 2010; 59(1): 17-23.

9. Costa EFO, Rocha MMV, Santos ATRA, Melo EV, Martins LAN, Andrade TM. Common mental disorders and associated factors among final-year healthcare students. Revista de Associação Medica Brasileira. 2014; 60(6):525-530.

10.Silva AG, Ramos-Cerqueira ATA, Lima MCP Social support and common mental disorder among medical students. Revista Brasileira de Epidemiologia 2014; 17(1):229-242.

11. Silva PO, Cavalcante-Neto JP Associação entre níveis de atividade física e transtorno mental comum em estudantes universitários. Revista Motricidade 2014; 10(1): 49-59.

12. Goldberg, D.; Huxley, P. Common Mental Disorders – A bio-social model. Tavistock/Routledge, 193p. 1993.

13. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. DSM-V:manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. 992p.

14. Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10:Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas – Coord. Organização Mundial da Saúde; Trad. Dorgival Caetano – Artes Médicas, 1997.

15. Nogueira-Martins LS Saúde Mental dos profissionais da saúde Revista Brasileira de Medicina do Trabalho 2003; 1(1), 56-68.

16. Herrera C, Pacheco J, Rosso F,6 Cisterna C, Aichele D, Becker S et al. Evaluación del ambiente educacional pre-clínico en seis Escuelas de Medicina . Revista Medica de Chile 2010; 138: 677-684.

17. Thurber CA, Walton EA Homesickness and adjustment in university students. The Journal of American College Health 2012; 60(5):415-9.

18. Alzahem AM, Van der Molen HT, Boer BJ Effect of year of study on stress levels in male undergraduate dental students Advances in Medical Educational Practice 2013; 4:217-222.

19. Divaris K, Mafla AC, Villa-Torres L, Sánchez-Molina M, Gallego-Gómez CL et al. Psychological distress and its correlates among dental students: a survey of 17 Colombian dental schools. BMC Medical Education 2013; 13:91 doi: 10.1186/1472-6920-13-91

20. Feodrippe IALO, Brandão MCF, Valentel TCO Qualidade de Vida de Estudantes de Medicina: uma Revisão 2013; 37(3):418-428.

21. Maia J, Willians LCA Fatores de risco e fatores de proteção ao desenvolvimento infantil: uma revisão da área. Temas em Psicologia 2005; 13(2):91-103.

22. Sapienza G, Pedromônico MRM Risco, proteção e resiliência no desenvolvimento da criança e do adolescente. Psicologia em estudo 2005; 10(2):209-216.

23. Buss PM, Pellegrini-Filho A A saúde e seus determinantes sociais. PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva 2007; Rio de Janeiro, 17(1):77-93.

24. Almeida-Filho N, Coutinho D Causalidade, contingência, complexidade: o futuro do conceito de risco. PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva 2007; 17(1):95-137.

25. Souza FGM, Menezes MGC Estresse nos estudantes de Medicina da Universidade Federal do Ceará. Revista Brasileira de Educação Médica 2005; 29(2): 91-6.

26. Madhan B, Rajpurohit AS, Gayathri H Mental Health of Postgraduate Orthodontic Students in India: A Multi-Institution Survey. Journal of Dental Education 2012; 76(2):200-9.

27. Amaral GA, Gomide NMP, Batista MPB, Píccolo PP, Teles TBG, Oliveira PM et al. Sintomas depressivos em acadêmicos de Medicina da Universidade Federal de Goiás: um estudo de prevalência. Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul 2008; 30(2):124-130.

28. Alzahem AM, Van der Molen HT, Boer BJ Effect of year of study on stress levels in male undergraduate dental students Advances in Medical Educational Practice 2013; 4:217-222.

29. Miles S, Swift L, Leinster SJ. The Dundee Ready Education Environment Measure (DREEM): a review of its adoption and use. Med Teach 2012;34:e620-e634.

30. Bakhshialiabad H, Bakhshi M, Hassanshahi G Students' perceptions of the academic learning environment in seven medical sciences courses based on DREEM. Advances in Medical Education and Practice 2015; 6:195–203.

31. Guimaraes AGC, FalboI GH, Menezes T, FalboI A Percepção do Estudante de medicina acerca do ambiente Educacional utilizando o DREEM. Revista Brasileira de Educação Médica 2015; 39(4):517 – 526.

32. Tempski, P.; Santos, I. S.; Mayer, F. B.; Enns, S. C.; Perotta, B. P.; Paro, H. M. S. et al. Relationship among Medical Student Resilience, Educational Environment and quality of life. PLOSONE 2015. DOI:10.1371/journal.pone.0131535.

33. Myint K, See-Ziau H, Husain R, Ismail R Dental Students' Educational Environment and Perceived Stress: The University of Malaya Experience Malays Journal of Medical Sciences 2016; 23(3): 49–56.

34. Poletto M, Koller SH Contextos ecológicos: promotores de resiliência, fatores de risco e de proteção. Estudos de Psicologia 2008; 25(3):405-416.

35. Bacchi S, Licinio J. Resilience and Psychological Distress in Psychology and Medical Students. Acad Psychiatry. 2016 DOI 10.1007/s40596-016-0488-0

36. Mendes K D S, Silveira RCCP, Galvão CM Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto contexto – enferm., Florianópolis, v. 17, n. 4, Dec. 2008. Disponível em http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018. Acesso em 25 Nov. 2011.

37. Ganong LH Integrative Reviews of Nursing Research. Research in Nursing & Health 1987; 10(1):1-11.

38. Patel V, Araya R, Chowdhary N, King M, Kirkwood B, Nayak S, et al. Detecting common mental disorders in primary care in India: a comparison of five screening questionnaires. Psychological Medicine 2008; 38(2), 221–228.

39. Bıro E, Balajti I, Adany R, Kosa K Determinants of mental well-being in medical students. Soc Psychiat Epidemiol 2010; 45:253–258.

40. Bıro E, Balajti I, Adany R, Kosa K Mental health and behaviour of students of public health and their correlation with social support: a cross-sectional study. BMC Public Health 2011; 11:871.

41. Pryjmachuk S, Richards DA Predicting stress in pre-registration nursing students. British Journal of Health Psychology 2007;12, 125–144.

42. Concepcion T, Barbosa C, Vélez JC, Pepper M, Andrade A, Gelaye B et al. Daytime Sleepiness, Poor Sleep Quality, Eveningness Chronotype and Common Mental Disorders Among Chilean College Students. Journal of American College Health 2014; 62(7): 441–448.

43. Warbah L, Sathiyaseelan M, Vijayakumar C, Vasantharaj B, Russell S., Jacob KS Psychological distress, personality, and adjustment among nursing students. Nurse Education Today 2007; 27(6):597-601.

44. Rose D, Gelaye B, Sanchez S, Castañeda B, Sanchez E, Yanez ND, Williams MA Morningness/eveningness chronotype, poor sleep quality, and daytime sleepiness in relation to common mental disorders among Peruvian college students. Psychology, Health and Medicine 2015; 20(3):345-52.

45. Liébana-Presa C, Fernández-Martí5nez E, Gándara AR, Muñoz-Villanueva MC, Vázquez-Casares AM, Rodríguez-Borrego MA Psychological distress in health sciences college students and its relationship with academic engagement Revista Escola de Enfermagem da USP 2014; 48(4):715-22.

46. Gorter R, Freeman R, Hammen S, Murtomaa H, Blinkhorn A, Humphris G Psychological stress and health in undergradate dental students: fifth year outcomes compared with first year baseline results from five European dental schools. European Journal of Dental Education 2008; 12:61-68.

47. Pryjmachuk S, Richards DA Predicting stress in pre-registration midwifery students attending a university in Northern England. Midwifery, 24(1):108-22, 2008. doi:10.1016/j.midw.2006.07.006

48. Deasy C, Coughlan B, Pironom J, Jourdan D, Mannix-McNamara P Psychological Distress and Coping amongst Higher Education Students: A Mixed Method Enquiry. PLoS ONE 2014;9(12): e115193.

49. Harris RC, Millichamp CJ, Thomson WMNZ Stress and coping in fourth-year medical and dental students. Dent J. 2015;111(3):102-8.

50. Deasy C, Coughlan B, Pironom J, Jourdan D, Mannix-McNamara P Predictors of health of pre-registration nursing and midwifery students: Findings from a cross-sectional survey. Nurse Education Today. 2016;36:427-33.

51. Costa EFO, Andrade TM, Silvany Neto AM, Melo EV, Rosa ACA et al. Commom mental disorders among medical students ate Universidade Federal de Sergipe: a cross-sectional study. Revista Brasileira de Psiquiatria 2010; 32(1):11-19.

52. Dachew BA, Azale Bisetegn T, Berhe Gebremariam R. Prevalence of Mental Distress and Associated Factors among Undergraduate Students of University of Gondar, Northwest Ethiopia: A Cross-Sectional Institutional Based Study. Reddy H, ed. PLoS ONE. 2015;10(3):e0119464.

53. Tesfaye, A. Prevalence and correlates of mental distress among regular undergraduate students of Hawassa University: a cross sectional survey. East African Journal of Public Health 2009; 6(1):85-94.

54. Abdulghani HM, AlKanhal AA, Mahmoud ES, Ponnamperuma GG, Alfaris EA. Stress and Its Effects on Medical Students: A Cross-sectional Study at a College of Medicine in Saudi Arabia. *Journal of Health, Population, and Nutrition*. 2011;29(5):516-522.

55. Abdulghani HM Stress and depression among medical students: a cross sectional study ate a medical college in Saudi Arabia. Pak J Med Sci 2008;24(1):12-17.

56. Budescu M, Silverman LRKinship Support and Academic Efficacy Among College Students: A Cross-Sectional Examination. Journal of Child and Family Studies 2016; 25(6):1789–1801.

57. Stallman HM Prevalence of psychological distress in university students--implications for service delivery. Aust Fam Physician. 2008;37(8):673-7.

58. Wang Z, Koenig HG, Ma H, Shohaib SA Religion, Purpose in Life, Social Support, and Psychological Distress in Chinese University Students. J Relig Health 2016; 55:1055. doi:10.1007/s10943-016-0184-0

59. Verger P, Combes J, Kovess-Masf1y V, Choquet C.; Guagliardo, V.; Rouillon, F. et al. Psychological distress in first year university students: socioeconomic and academic stressors, mastery and social support in young men and women. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2009; 44:643–65.

60. Saïas T, du Roscoät E, Véron L, Guignard R, Richard JB, Legleye S et al. Psychological distress in French college students: demographic, economic and social stressors. Results from the 2010 National Health Barometer. BMC Public Health 2014; 17;14:256.

61. Dyrbye LN, Thomas MR, Shanafelt TD Systematic Review of Depression, Anxiety, and Other Indicators of Psychological Distress Among U.S. and Canadian Medical Students. Academic Medicine 2006; 81(4):354-373.

62. Byrd DR, McKinney KJ Individual, Interpersonal, and Institutional Level Factors Associated With the Mental Health of College Students. Journal of American College Health 2012; 60(3):185-93.

63. Carlotto MS, Amazarray MR, Chinazzo I, Taborda L Transtornos mentais comuns e fatores associados em trabalhadores: uma análise na perspectiva de gênero. Cadernos de Saúde Coletiva. 2011, 19(2), 172-178.

64. El Ansari W, Oskrochi R, Haghgoo G Are students' symptoms and health complaints associated with perceived stress at university? Perspectives from the United Kingdom and Egypt. Int J Environ Res Public Health. 2014;11(10):9981-10002.

65. Pryjmachuk S, Richards DA Mental health nursing students differ from other nursing students: Some observations from a study on stress and coping. International Journal of Mental health Nursing 2007; 16:390-402.

66. Vázquez FL, Otero P, Díaz O. Psychological distress and related factors in female college students. J Am Coll Health 2012;60(3):219-25.

67. Elani HW, Allisson PJ, Kumar RA, Mancini L, Lambrou A, Bedos C A sistematic review of estresse in dental students. Journal of Dental Education. 78(2):226-42, 2014.

68. Rotenstein LS, Ramos MA, Torre M, Sega JB, Peluso MJ, Guille CM et al. Prevalence of Depression, Depressive Symptoms, and Suicidal Ideation Among Medical Students: A Systematic Review and Meta-Analysis JAMA; 2016; 6;316(21):2214-2236.

69. Frey LL, Beesley D, Miller MR Relational health, attachment, and psychological distress in college woman and men. Psychology of Woman Quarterly 2006; 30:303-311.

70. Dyrbye LN, Massie FSJr, Eacker A, Harper W, Power D, Durning SJ et al Relationship between burnout and professional conduct and attitudes among US medical students. 2010; 304:1173–1180.

71. Gibbons C Stress, coping and burn-out in nursing students. International Journal of Nursing Studies 2011; 47(10): 1299 – 1309.

72. Liu T, Wang Z, Zhou C, Li T Affect and Self-Esteem as Mediators between Trait Resilience and Psychological Adjustment. Personality and Individual Differences. 2014; 66:92-97.

73. Park H, Heppner PP, Lee D Maladaptive coping and self-steem as mediators between perfectionism and pshycological distress. Personality and Individuals Differences 2010; 48:469-474.

74. Folkman, S.; Lazarus, R. S.; Gruen, R. J.; DeLongis, A. Appraisal, coping, health status, and psychological symptoms. Journal of Personality and Social Psychology 1986; 50(3):571-579.

75. Carnicer J G, Calderón C Empathy and Coping Strategies as Predictors of Well-Being in Spanish University Students Electronic Journal of Research in Educational Psychology 2014; 12(1): 129-146.

76. Wei, M.; Liao, K. Y.; Heppner, P. P.; Chao, R. C.; Ku, T. Y. Forbearance coping, identification with heritage culture, acculturative stress, and psychological distress among Chinese international students J Couns Psychol 2012; 59(1):97-106.

77. Lazarus RS, Folkman S Stress, appraisal and coping, New York, Springer, 1984.

78.Aburn G, Gott M, Hoare K What is resilience? An Integrative Review of the empirical literature. Journal of Advanced Nursing 2016; 72(5):980-1000.

79. Campbell-Sills L, Cohan SL, Stein MB Relationship of resilience to personality, coping, and psychiatric symptoms in young adults. Behaviour Research and Therapy 2005; 44(4):585-99.

80. Bastos JL, Barros AJD, Celeste RK, Paradies Y, Faerstein E Age, class and race discrimination: their interactions and associations with mental health among Brazilian university students. Caderno de Saúde Pública 2014; 30(1):175-186.

81. Lima MCP Sobre trote, vampiros e relacionamento humano nas escolas médicas. Rev. bras. educ. med. 2012; 36(3):407-413.

82. Costa SM, Dias OV, Dias ACA, Souza TR, Canela JR Trote universitário: diversão ou constrangimento entre acadêmicos da saúde? Rev. Bioét. 2013; 21(2):350-358.

83. Paradies Y A systematic Review of empirical research on self-reported racism and health. Int J Epidemiol 2006; 35:888-901.

84. Pascoe EA, Smart-Richman L Perceived discrimination and health: a meta-analytic review. Psychol Bull 2009; 135:531-54.

CAPÍTULO II

CAPÍTULO II

COMMON MENTAL DISORDERS AMONG DENTAL STUDENTS: PREVALENCE AND CORRELATES

COMMON MENTAL DISORDERS AMONG DENTAL STUDENTS

Artigo a ser submetido na revista: Cadernos de Saúde Pública
http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=93&Itemid=28&lang=pt

SUMMARY

This study aims to estimate prevalence of Common Mental Disorders (CMD) and associated factors among dental students. This is a cross sectional study, in which 230 students answered a questionnaire and instruments to asses CMD (Self Reporting Questionnaire), alcohol hazardous consumption (Alcohol Use identification Test), social support (Social Support Scale), academic life perceptions (Dundy Ready Educational Environment Measure), coping (Ways of Coping Inventory) and resilience (Resilience Scale). Bivariate analysis was conduct using Chi-Square test, and Mann-Whitney Test. Logistic regression included EV with $p<0.20$ in the bivariated analysis, adjusted by sex and grade. The EV were analyzed in five successive blocks (backward-stepwise) until all variables presented statistical significance in the final model ($p<0.05$). The prevalence of CMD was 45.2% (95% CI: 38.7-51.6), with no significant gender differences. Students with no extracurricular activities, who had negatively self-evaluated their health, as well as their school performance, were about four times more likely to present CMD, followed by receiving psychological or psychiatric treatment after university (AOR:2.65;IC:1.1-6.1) and those with high scores of confrontive coping (AOR:1.20;IC:1.0-1.4). Resilience was a protective factor for CMD among dental students (AOR: 0.93; IC:0.9-1.0). Academic and health aspects and confrontive coping strategy were risk factors to students' mental health. Individuals with high levels of resilience showed lower prevalence of CMD. Further prospective studies may contribute to understand the role of resilience among this population.

Key-words: Common Mental Disorders, dental students, risk factors, resilience

INTRODUCTION

Global Health (GH) is an area of study in public health aimed at improving and achieving equity towards people's health. Global Mental Health is an application of GH to the domains of mental health.[1,2] In 2007, The Lancet published several articles based on empirical research showing the importance of mental disorders in different populations[3-6]. Between 1990 and 2010, the prevalence of mental and behavior disorders increased by 41%[7] - representing 7.4% of all global health problems - and accounted for one fourth of years living with disabilities.[2,8]

Mental disorders have been frequently observed among college students, especially those in medical areas.[9-18] Common Mental Disorders (CMD) have been the main focus of research among Brazilian college students, with prevalence rates ranging from 20% to 48%, usually higher than those identified in the general population (22-25%).[10,17,19-24] According to Goldberg and Huxley (1992),[25] CMD are characterized by psychological distress that causes important and long lasting functional impairment; however, they are not always associated with a psychiatric diagnosis according to standard criteria, such as those described by the International Classification of Diseases of the World Health Organization (ICD-10).

Several factors have been associated with CMD among university students, including demographic (e.g. gender, family arrangement, income, religion) and social characteristics (e.g. social support, difficulties making friends), and academic life aspects (school performance, thoughts of abandoning the course).[10,11,15-17,24] In college, students face important life changes[26,27] some of which are potentially stressful.[14,28,29]

Some studies involving dental students identified symptoms of anxiety, depression, and stress.[13,14,30,31] A multicenter study[30] developed in seven European dental schools found that psychiatric disorders (36%), Burnout Syndrome (22%), and other stress-related symptoms (34%) were associated with negative educational environment. Identifying psychological problems and related factors can benefit college students in various ways.[32]

Coping strategies and high resilience are protective factors for mental health.[33-36] Coping is a cognitive and behavioral personal effort to manage internal and external demands perceived as taxing or exceeding individuals' resources interfering with the adaptation process.[37] Resilience refers to positive adaptation;[34,38-

[40] experiencing trauma or stressful events might help people face future adversities and psychological distress.[36,41] However, few studies investigated the association between mental disorders and these two psychological characteristics in university students, especially among dental students using standardized instruments. Previous studies with dental students investigated specific psychological symptoms (stress, anxiety and depression). To our knowledge, this is the first study that aims to investigate the prevalence of CMD among dental students and the association with demographic characteristics, health conditions, relational aspects, academic life perceptions and psychological characteristics (ways of coping and resilience) in order to identify potential risk and protective factors.

We expected to identify (a) prevalence of CMD between 30 and 40%;[10,17,21,24] (b) higher prevalence of CMD among women;[10,11,15-17,24] and (c) resilience as a protective factor.[33,34,36]

METHOD

This cross-sectional study included 230 dental students, who agreed to participate and were present at the institution on the day the research protocol was applied. Since each of the classes at Piracicaba Dental School (University of Campinas) comprises 80 students, the target population was 314 students and the response rate was 74.5%.

Measurements

The research protocol (available on request) included six standardized and validated instruments for use in Brazil and a standardized questionnaire to obtain data on sociodemographic characteristics, health conditions, relational aspects, and academic life perceptions of the students (232 questions).

Outcome Variable

Common Mental Disorders (CMD)

CMD was assessed trough the Self Reporting Questionnaire (SRQ-20), developed by Harding et al. (1980).[42] CMD does not provide a psychiatric diagnosis, but enables the evaluation of general mental health conditions, such as anxiety,

insomnia, and other symptoms of mental distress, called common mental disorders.[43] There are 20 yes/no questions related to the month prior to the use of the instrument. In the study by Mari and Williams (1986),[44] 80% specificity and 83% sensitivity were obtained, with the cutoff point of 7/8. In this study, different cutoff points were used for men (5/6) and women (7/8), as suggested by Mari and Williams (1986), since a lower positive predictive value was found for men in comparison to women when the cutoff point 7/8 was used for both genders (66 and 83%, respectively).

Exposure Variables

Sociodemographic characteristics

To identify sociodemographic characteristics (gender, age, grade, marital status, with whom lives, family visit, religious practice, scholarship, parent's education level, family income, receive allowance), health conditions (self-evaluation of health, practice of physical activity, smoking habit, psychological/psyquiatric treatment before and after university), relational aspects (having difficulty to make friends, feeling of rejection, adaptation to city) and academic life perceptions (self-evaluation of academic performance, satisfaction with course, thoughts of abandoning the course, having extracurricular activities) of the students a standardized questionnaire (36 questions) was applied and the answers were categorized to data analysis.

Social Support

The Social Support Scale (SSS) was used to assess social support. It was originally elaborated for the Medical Outcomes Study, and then translated and adapted to Portuguese.[44] The SSS was chosen because it showed adequate psychometric properties in a previous study.[45] The scale has 19 items involving five functional dimensions of social support: material (provision of practical resources and material help); affective (physical expressions of love and affection); emotional (positive affection expressions, comprehension and feelings of confidence); positive social interaction (availability of people to have fun or relax), and information (availability of people to obtain advice or guidance).[45] Since the SSS does not have a previously established cutoff point, two categories were created ("sufficient" and "insufficient") to define the scores in each of the scale domains. Therefore, median and interquartile intervals were used. Scores up to the first quartile were classified as

"insufficient" support, and scores above the first quartile were classified as "sufficient" support. The continuous scores in the multivariate analysis were also used.

Educational Environment' Perception

The Dundee Ready Education Environment Measure Inventory (DREEM), developed by Roff et al. (1997),[46] is a 50-item self-report questionnaire designed to assess students' perspectives of the educational environment within health courses in general and and medical schools. The DREEM is a validated and reliable inventory[46,47] and has been used in many studies on health care education throughout the world[48]. High internal consistency has been reported independently by Cronbach alpha levels of 0.92 and 0.93, respectively. Items in the form of statements relating to the respondent's course environment (e.g., "I am encouraged to participate in class") are rated in a 5-point Likert scale, where 4 = strongly agree and 0 = strongly disagree. Nine items are worded negatively (e.g., "Cheating is a problem in this school") and are reversed scored by the researcher before tallying. Item scores count towards an overall environment score as well as one of five subscales or domains (abbreviations and maximum subscale scores are in parenthesis): Students' Perceptions of Learning (SPL, 48), Students' Perceptions of Teaching (SPT, 44), Students' Academic Self-perception (SAP, 32), Students' Perception of Atmosphere (SPA, 48), and Students' Social Self-perception (SSP, 28). The overall DREEM score is out of 200. The Inventory was translated into Portuguese and used with medical students. In this study, the median was used as a cut-off for categorize the scores as "negative" or "positive" aspects in bivariate analysis and the continuous scores in the multivariate analysis.

Alcohol use

The Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT) was developed by Barbor et al. (1992),[49] and validated for the Brazilian population by Lima (2005).[50] This instrument aims to obtain reliable information about alcohol abuse in the past 12 months, especially in relation to quantity and frequency of alcohol consumption. There are 10 questions, with scores ranging from 0 to 40. Mendonza-Sassi *et al.* (2003)[51] showed that the cutoff-point can vary according to the context and the aim of the study. In the present study, we adopted ≥8 points for "case" of alcohol abuse.

Resilience

The Resilience Scale (RS), developed by Wagnild and Young (1993)[52] and adapted to the Brazilian population (Pesce et al., 2005), aims to assess the level of positive psychosocial adaptation of subjects through 25 questions, with answers varying from 1 (strongly disagree) to 7 (strongly agree). The scores range from 25 to 175, with high values indicating higher levels of resilience.[53] Wagnild and Young (1993)[52] reported a reliability co-efficient of 0.91 for the scale. In this study, the continuous scores were used for the bivariate and multivariate analyses.

Ways of Coping

The Ways of Coping Inventory (WCI) was developed by Lazarus and Folkman (1984)[55] to assess how individuals deal with internal and external demands when facing a stressful event. The Brazilian version, adapted and validated by Savoia, Santana and Mejias (2008),[56] assesses 66 coping strategies for a specific situation. In this study, the situation chosen was “CMD”. In this scenery, the student had to choose one out of the following answers to rate each specific coping strategy: 0 - I do not know this strategy; 1 - I used this strategy a few times; 2 - I often used this strategy; and 3 - I used this strategy very often. The following coping strategies were grouped into the following dimensions: confrontation (Factor 1); avoidance (Factor 2); self-control (Factor 3); social support (Factor 4); accepting responsibility (Factor 5); escape and avoidance (Factor 6); problem solving (Factor 7); and positive reappraisal (Factor 8). In the present study, the continuous scores were used for both bivariate and multivariate analysis.

Data Collection

The application was previously scheduled with the professors and conducted during regular classes in September 2014. All students enrolled in the dental course were invited to participate. The informed consent was explained and distributed with the research protocol to the students in the class. The signed consent and protocol were then inserted in separate boxes to ensure anonymity towards data. The Botucatu Medical School Research Ethics Committee approved the project in April 2014 (protocol: 29203514.2.0000.5411).

Data Analysis

The data were analyzed using the Stata 12.0 software (STATA CORP, 2012). Initially, descriptive analyses were conducted. The prevalence of CMD was analyzed as a categorical variable ("case" and "no case"). The chi-squared test was used in the bivariate analyses of the categorical variables, and the Mann-Whitney test for quantitative variables. The odds ratios and confidence intervals were also calculated.

Next, a logistic regression for successive models[57] was done including the variables with a p value <0.20[57] that did not show multicollinearity, according to the Variance Inflation Factor (VIF value <10). The explanatory variables (EV) weredistributed in *five Blocks,* considering the conceptual framework for CMD (Fig 1):

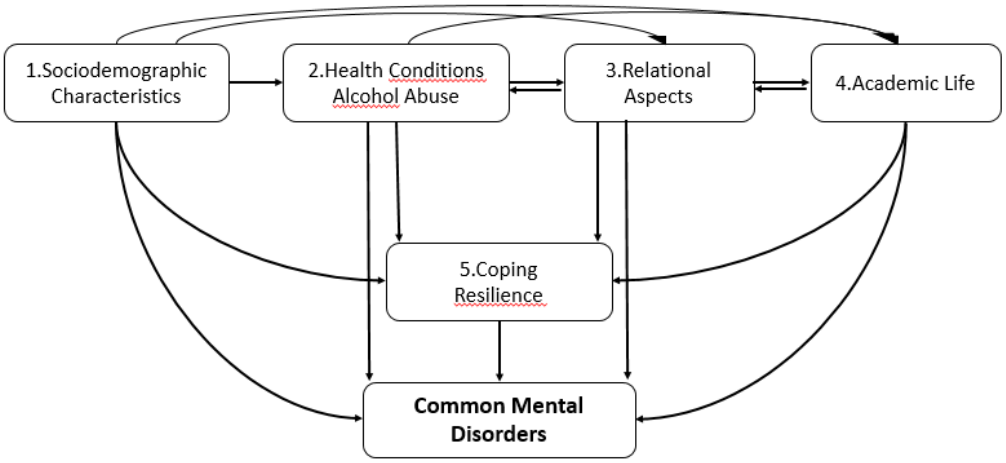


Figure 1. Conceptual framework for Common Mental Disorders

Block 1: *socio-demographic variables* (gender, age, marital status, family arrangement, religion, parents' educational level, family income, scholarship, allowance, working experience in the past six months).

Block 2: *health conditions* (physical activity, self-evaluation to health, smoking habit, alcohol abuse - AUDIT, history of psychological/psychiatric therapy before and after enrolling in the university, and use of psychotropic drugs).

Block 3: *relational aspects* (difficulties in make friends, feeling rejected by friends, adaptation to city, frequency of family visits, and social support - SSS).

Block 4: *academic life* (dentistry as first choice, thoughts about quitting the course, self-evaluation of school performance, satisfaction with the course and the professional choice, being under final exam rewrite or retake/repeat, extracurricular activities, history of college hazing, and academic life perceptions – DREEM).

Block 5: ways of coping (WCI) and resilience (RS).

According to the diagram above, we considered that the five blocks of EV would interferer on the outcome (CMD), and that sociodemographic characteristics (Block 1) could influence the other variables in sequence (health conditions, relational aspects, academic life' perception, coping and resilience). We also considered that characteristic of health conditions (Block 2), relational aspects (Block 3) and academic life (Block 4), would influence coping and resilience (Block 5). According to the literature, the last block (Block 5 - coping and resilience) included in multivariate analysis was composed by individual's characteristics considered as a protective factor for illness development. We considered that those variables could change the results of all antecedent variables.

The models were adjusted by gender and grade (serie) of the course. Given the exploratory nature of the study, in all regression models, the explanatory variables that showed p value >0.05 were excluded block-by-block (backward-stepwise type), until all variables maintained statistical significance ($p<0.05$). After all, the VIF was calculated for the final model to identify possible multicollinearity.

RESULTS

Participants were 173 (75.2%) females and 57 (24.8%) males. The mean age was 21 years (standard deviation ±1.99), ranging from 18 to 34 years. Regarding marital status, 98.7% were single, 59.6% lived with friends, 24.8% with parents, and 15.6% alone. Most students reported having high family income (≥six minimum wage – MW; 65.9%), monthly expenses up to two MW (87.6%), did not receive allowance or it was insufficient (61.6%), did not work in the last six months (91.3%), and had no scholarship (58.7%). Most participants (70.9%) reported visiting their family every week or every two weeks, having parents (66.1% of the fathers and 63.6% of the mothers) with high educational level, and having (84.4%) some a religious practice (data not shown in Table).

The prevalence of CMD was 45.2% (95% CI: 38.7-51.6%), with no significant gender differences (data not shown in Table). Table 1 shows the associations between CMD and explanatory variables with *p* values lower than 0.20, which were selected for regression analysis.

Table 1. Prevalence of Common Mental Disorder (CMD) according to sociodemographic characteristics, health, relational and academic aspects (n=230)

VARIABLES		Total		CMD		ORCr	CI (95%)	*P*>|*t*|
		N	%	n (104)	% (45.2)			
SOCIODEMOGRAPHIC CHARACTERISTICS								
Religion	Yes	194	84.4	84	43.3	1	-	0.17
	No	36	15.6	20	55.6	1,6	0.80-3.36	
Family income	6 or more MW	143	65.9	60	42.0	1	-	0.19
	1 - 5 MW	74	34.1	38	51.4	1,5	0.83-2.57	
Allowance	Yes	88	38.4	33	37.5	1	-	0.06
	No/Insuficient	141	61.6	71	50.3	1,7	0.98-2.93	
CHARACTERISTICS OF HEALTH								
Practice of physical activities	Yes	143	62.7	55	38.5	1	-	*0.01*
	No	85	37.3	47	55.3	2	1.14-3.44	
Self-evaluation of health	Good	157	68.9	52	33.1	1	-	*0.00*
	Bad	71	31.1	50	70.4	4,8	2.50-9.21	
Psychological/Psychiatric treatment before University	No	135	58.7	49	36.3	1	-	*0.00*
	Yes	95	41.3	55	57.9	2,4	1.39-4.19	
Psychological/Psychiatric treatment after University	No	106	46.1	30	28.3	1	-	*0.00*
	Yes	124	53.9	74	59.7	3,8	2.10-6.73	
Use of psychotropic drugs	No	212	92.2	90	42.5	1	-	*0.00*
	Yes	18	7.8	14	77.8	4,7	1.47-15.26	
RELATIONAL ASPECTS								
Difficulty making friends	No	194	84.4	75	38.7	1	-	*0.00*
	Yes	36	15.6	29	80.6	6,6	2.62-16.50	
Feelings of rejection	No	189	82.2	74	39.2	1	-	*0.00*
	Yes	41	17.8	30	73.2	4,2	1.95-9.23	
Adapted to the city	Yes	78	34.2	26	33.3	1	-	*0.01*
	No	150	65.8	76	50.7	2,1	1.15-3.66	
ACADEMIC LIFE								
Thoughts of abandoning the course	No, never	142	61.7	50	35.2	1	-	*0.00*
	Yes,	88	38.3	54	61.4	2,9	1.65-5.17	
Self-evaluation of school performance	Good	177	77.0	66	37.3	1	-	*0.00*
	Bad	53	23.0	38	71.7	4,3	2.11-8.60	
Satisfaction with the course	Satisfied	182	79.1	70	38.5	1	-	*0.00*
	Not satisfied	48	20.9	34	70.8	3,9	1.90-7.96	
Extracurricular activity	Yes	74	37.2	19	25.7	1	-	*0.00*
	No	125	62.8	69	55.2	3,6	1.84-6.89	
Hazing parctices	No	218	94.8	95	43.6	1	-	*0.03*
	Yes	12	5.2	9	75.0	3.9	1.0-14.98	

Chi-Square Test, p<0,20; MW- Minimun Wage; ORCr-Crude Odds Ratio; CI-Confidence Interval

Regarding sociodemographic characteristics, no associations showed statistical significance (p<0.05) in the bivariate analysis, and the only variables

selected to multivariate analysis, according to the statistical criteria ($p<0.20$), were *Religion*, *Family income,* and *Allowance*. In relation to health conditions, the prevalence of CMD was significantly higher for the students who reported no physical activities, self-evaluated their health as “bad”, reported psychological/psychiatric treatment before and after entering university, and use of psychotropic drugs. The prevalence of CMD was also higher among participants that reported having difficulties in making friends, felling rejected by friends, and being less or not adapted to the city. CMD was also more frequent among those who had thoughts of abandoning the course, self-evaluated school performance as “bad”, were not satisfied with the course, did not participate in extracurricular activities, and applied hazing (Table 1).

As shown in Table 2, the prevalence of CMD was higher among those who reported “insufficient” social support for all domains of SSS ($p<0.01$) and among students who evaluated the Global Educational Environment as having more “negative” than “positive” aspects (DREEM; $p<0.01$). Students with CMD also reported more “negative” than “positive” aspects about learning, teachers, atmosphere and social life’ perceptions in university. Only academic perception showed no association with CMD (Table 2). Global social support (SSS) and Global Educational Environment’ perception (DREEM) were selected for regression analysis ($p<0.20$).

Table 2. Prevalence of Common Mental Disorders (CMD) according to social support perception (Social Support Scale) and academic life perceptions (DREEM) of the students (n=230)

VARIABLES		CMD n (104)	CMD % (45.2%)	ORCr	95% CI	P>|t|
SOCIAL SUPPORT SCALE						
Material Support	Sufficient	68	37.2	1	-	*0.00*
Median:15; 4-20	Insufficient	36	76.6	5.5	2.53-12.09	
Affective Support	Sufficient	73	41.5	1	-	*0.04*
Median: 13; 3-15	Insufficient	31	57.4	1.9	1.02-3.55	
Emotional Support	Sufficient	73	41.0	1	-	*0.02*
Median: 18; 4-20	Insufficient	31	59.6	2.1	1.12-4.02	
Informative Support	Sufficient	70	39.5	1	-	*0.00*
Median: 17; 4-20	Insufficient	34	64.2	2.7	1.42-5.25	
Social Interaction Support	Sufficient	74	40.4	1	-	*0.00*
Median: 15; 3-18	Insufficient	30	63.8	2.6	1.31-5.12	
Global Social Support	Sufficient	67	38.7	1	-	*0.00*
Median: 77; 19-90	Insufficient	37	64.9	2.9	1.53-5.56	
DUNDEE READY EDUCATIONAL ENVIRONMENT MEASURE						
EE Global Perception	Positive	76	39.6	1	-	*0.00*
Median: 123; 39-195	Negative	28	73.7	4.3	1.91-9.57	
Learning Perception	Positive	69	39.0	1	-	*0.00*
Median: 30; 6-45	Negative	35	66.0	2.5	1.34-4.68	
Teachers Perception	Positive	68	39.5	1	-	*0.00*
Median: 27; 4-44	Negative	36	62.1	2.5	1.57-5.90	
Academic Perception	Positive	86	43.2	1	-	0.12
Median 21; 4-44	Negative	18	58.1	1.8	0.84-3.94	
Atmosphere Perception	Positive	59	35.3	1	-	*0.00*
Median 29; 6-47	Negative	45	71.4	4.6	2.34-8.93	
Social Life Perception	Positive	56	33.5	1	-	*0.00*
Median 17; 5-27	Negative	48	76.2	6.3	3.09-13.02	

Chi-square Test, p<0.20; EE-Educational Environment; OR-Crude Odds Ratio; CI-Confidence Interval

In relation to the association between CMD and psychological characteristics of students, the median of RS scores was lower among students with CMD (no case: 131 *v* case: 115; p<0.01) compared to those without. Only resilience and confrontational coping variables were included in the LR (p<0.20) (Table 3).

Table 3. Median and range scores of Resilience Scale (RS) and Ways of Coping Inventory (WCI) for CMD (SRQ-20)

VARIABLES	Median		P>ltl
	Case (Min-Max)	No Case (Min-Max)	
RESILIENCE	115 (70-161)	131 (94-166)	*0.00*
COPING			
Confrontive Coping	6 (0-15)	5 (0-16)	*0.05*
Avoidance	8.5 (1-18)	8 (0-16)	0.20
Self-controlling	8 (2-15)	7 (1-15)	0.46
Seeking Social Support	10 (2-18)	9 (2-17)	0.29
Accepting responsibility	12 (13-21)	12 (3-20)	0.64
Scape/Avoidance	4 (0-6)	4 (0-6)	0.83
Planful Problem Solving	7 (1-12)	7 (1-12)	0.49
Positive Reappraisal	14 (4-27)	13 (1-24)	0.78

Mann-Whitney Test, p<0,20; Min-Minimum score; Max-Maximum score

After bivariate analysis, the blocks of selected variables were included in the logistic regression (LR) models, which also adjusted by gender and year of study, considering 5% of significance (Table 4). As shown in Table 4, no variables remained associated with CMD in Model 1, (sociodemographics characteristics) and Model 3 (relational aspects). In Model 2 (health conditions) self-evaluation of health and psychological/psychiatric treatment before university remained associated with CMD. Self-evaluation of school performance, extracurricular activities and Global Educational Environment' perception (DREEM) were associated with CMD in Model 4 (academic life perceptions). Resilience, confrontive coping, self-evaluation of health, psychological/psychiatric treatment before university, self-evaluation of school performance and extracurricular activities remained associated with CMD ($p<0.05$) in Model 5 (coping strategies and resilience). These variables accounted for 37.4% of CMD occurrence (Adjusted $R^2 = 0.3749$; $p<0.01$).

Regarding the Final Model (Table 4), no multicollinearity was observed (VIF: 3.30). Extracurricular activities *(No)* (OR: 4.5; 95%CI:1.9-10.7), self-evaluation of health (*Bad*) (OR: 4.24; 95% CI:1.9-9.8), self-evaluation of school performance (*Bad*) (OR: 3.8; 95%CI:1.3-10.5), psychological/psychiatric treatment before entering university (*Yes*) (OR: 2.6; 95% CI:1.1-6.1) and confrontive coping (*High*-WCI) (OR: 1.2; 95% CI :1.0-1.4) were risk factors for CMD, whereas resilience (*High*) was a protective factor (OR: 0.9; 95% CI :0.90-0.96).

Table 4. Logistic Regression Models: association between CMD prevalences and sociodemographuc characteristics, health, relacional, academic life and psychological aspects of students

Explanatory Variables	Model 1			Model 2			Model 3			Model 4			Model 5			Final model		
	OR	CI (95%)	P>|t|	OR	CI (95%)	P>|t|	OR	CI (95%)	P>|t|	OR	CI (95%)	P>|t|	OR	CI (95%)	P>|t|	OR	CI (95%)	P>|t|
Soociodemographics characteristics																		
Gender (Female)	1.25	0.65-2.39	0.49	0.82	0.40-1.67	0.59	0.81	0.38-1.72	0.59	1.39	0.56-3.42	0.46	0.87	0.35-2.17	0.78	0.83	0.33-2.04	0.68
2 º year	1.55	0.71-3.39	0.26	0.78	0.32-1.89	0.59	0.85	0.34-2.14	0.74	0.53	0.17-1.61	0.26	0.6	0.19-1.89	0.38	0.61	0.19-1.88	0.39
3º year	1.18	0.71-3.39	0.64	0.6	0.26-1.38	0.23	0.7	0.30-1.62	0.41	0.42	0.15-1.13	0.08	0.57	0.19-1.67	0.31	0.67	0.23-1.91	0.45
4º year	2.33	0.99-5.46	0.05	1.04	0.39-2.78	0.92	11.14	0.41-3.19	0.78	0.34	0.09-1.26	0.1	0.81	0.20-3.31	0.77	1.35	0.40-4.59	0.62
Family Income (Low)	1.3	0.69-2.42	0.4															
Allowance (No)	1.38	0.76-2.50	0.28															
Religion (No)	1.61	0.75-3.45	0.21															
Health Aspects																		
Self-evaluation of health (Bad)				**3.75**	**1.92-7.32**	**<0.01**	**4.08**	**2.07-8.03**	**<0.01**	**4.3**	**1.95-9.44**	**<0.01**	**4.13**	**1.80-9.47**	**<0.01**	**4.24**	**1.87-9.76**	**<0.01**
Physical Activities (No)				1.64	0.85-3.15	0.13												
Treatment before entering University (Yes)				1.37	0.71-2.65	0.34												
Treatment after entering University (Yes)				**3.41**	**0.72-6.86**	**<0.01**	**3.26**	**1.63-6.54**	**<0.01**	**2.89**	**1.27-6.59**	**<0.05**	**2.5**	**1.07-5.84**	**<0.05**	**2.65**	**1.14-6.13**	**<0.05**
Psychotropic Drugs (Yes)				2.64	0.72-9.72	0.14												
Relational Aspects																		
Difficulty to make friends (Yes)							2.22	0.72-6.86	0.16									
Feeling Rejected (Yes)							2.55	0.95-6.81	0.06									
Adapted to the city (No)							1.38	0.69-2.76	0.35									
Global Social Support Scale (High)							0.98	0.96-1.01	0.27									
Academic Life Perception																		
Satisfied with course (No)										1.21	0.46-3.13	0.69						
Thoughts about abandoning the couse (Yes)										1.28	0.56-2.92	0.54						
Self-evaluation of school performance (Bad)										**3.8**	**1.48-9.72**	**<0.01**	**3.66**	**1.30-10.29**	**<0.05**	**3.78**	**1.35-10.55**	**<0.05**
Applied hazing (Yes)										4.11	0.69-24.33	0.11						
Having Extracurricular Activities (No)										**3.11**	**1.41-6.85**	**<0.01**	**4.34**	**1.83-10.27**	**<0.01**	**4.54**	**1.92-10.72**	**<0.01**
Global Environment Perceptions (DREEM) (High)										0.96	0.94-0.98	<0.01	0.98	0.95-1.00	0.13			
Psychological characteristics																		
Resilience (High)													**0.94**	**0.91-0.97**	**<0.01**	**0.93**	**0.90-0.96**	**<0.01**
Confrontive Coping (High)													**1.19**	**1.05-1.66**	**<0.01**	**1.2**	**1.05-1.36**	**<0.01**

VIF:3,30; CI-Confiance Interval; OR-Adjusted Odds Ratio; DREEM-Dundy Ready Educational Environment Measure

DISCUSSION

This cross-setional study is the first to investigate the prevalence of common mental disorders (CMD) in dental students considering sociodemographic, health, and relational psychological aspects combined.

The SRQ-20 identified that 45.2% of students reported significant psychological distress. This prevalence of CMD was higher than among general Brazilian population [59-61] and lower than that identified in primary-care settings. [62] The prevalence identified in this study was similar to those reported in previous national [10,17,23,63] and international studies aimed at undergraduate students. [64-66] Only one study, including 1,198 university students in Ethiopia, reported a slightly greater prevalence (49.1%), [67] which can be explained by cultural and socioeconomic differences. The high prevalence of CMD identified among students was an important finding considering that psychological distress is one of the leading causes of disabilities [68] and that mental and behavioral disorders represent 7.4% of all health problems. [2,8]

The prevalence of psychological distress is higher among women; [14,24,63,64,69,70] however, our multivariate analysis showed no significant variation of CMD between genders, even with women outnumbering men (75.2%). [31,63,71,72] Among all variables included in the logistic regression (LR) analysis, five characteristics were risk factors for CMD.

Students with negative self-evaluation of their health showed a higher prevalence of CMD (SRQ-20). In LR, those who had negative health self-perception were four times at risk for CMD. Most students with CMD reported undergoing psychological and/or psychiatric treatment before and during college, a condition similar to that reported by Fiorotti et al. [23] Our multivariate analysis showed that those students who underwent psychological or/and psychiatric treatment during college were almost three times at risk for CMD. This might be due to some limitations of the study design, involving a short assessment period (30 days) and its one-way application. Negative academic experiences might lead to psychological distress, [9,12,16] a condition that might explain why students seek professional help.

University students are expected to go through changing experiences, such as living alone and far from home, making friends and adapting to new study approaches. We detected high prevalence of CMD in the students who reported

difficulties adapting to the city, having relationship problems with school friends, little social support, negative perception of educational settings, thoughts of quitting the course, and having no extracurricular activities. Such finding is in accord with those reported in previous studies on psychological distress in university students. [10,17,23,64,71,73] Students with low social support from parents, friends and community are more likely to have psychological distress and more difficulties in coping with life adversities and stress. [10,17,23,64,73]

A systematic review[14] identified academic aspects as the most prevalent stressors among pre-clinical and clinical students, influencing their self-evaluation. Negative self-evaluation of school performance was one of the academic characteristics identified as a risk factor for CMD. Stress factors for dental students include concerns about classes, professors, teaching methods, among others, [9,16] all of which might interfere with their school performance and well-being. Psychological distress was found to be higher in students during theoretical and preclinical classes and clinical activities. [14] In this study, although no significant variation was detected for CMD along the period of study, all multivariate analysis models were adjusted by year of study considering the importance of this variable in the literature. Our multivariate analysis showed that students who reported little satisfaction with extracurricular activities were four times at risk for CMD. Doing extracurricular activities might envolve satisfactory and pleasure situations and reduce anxiety and stress [74]

The present study was also aimed at investigating how students tend to cope with academic situations, how resilient they are, and whether such characteristics mught be associated with psychological distress. Coping strategies are known to mediate emotional responses and changes during stressful situations[76] and resilience is defined by positive adaptive responses of individuals facing adversities. [77] According to the literature, some coping strategies, especially resilience, are considered to prevent illnesses. [34]

In our multivariate analysis, students who scored for confrontive coping showed 1.2 times more likely to have CMD. Confrontive coping is considered a problem-focused coping strategy [55] and usually includes efforts to manage or change a stressful situation. It can also involve a set of aggressive behaviors; for example: "*I tried to get the person responsible to change his or her mind*; *I expressed anger to the person who caused the problem;* and *I did something that I didin't think it would*

work." [55] This strategy can be due to conflict situations and favor psychological distress in students. The Motivational Theory of Coping emerged as a motivational and developmental perspective of coping analysis. This theory focuses on self-regulation, considered as the ability to control oneself behavior. [78] Accordingly, confrontive coping is included in a group of opposition behaviors, when individuals view a situation as a threat to their autonomy or their ability to make choices; such conditions might have detrimental health effects. [78,79]

Resilience was the only variable identified as a protective factor for CMD. [33,34,36] As expected, students with high scores of resilience showed lower prevalence of CMD, a finding that might be explained by the protective effect of this characteristic on an individual's health. [34] Individuals' ability to adapt to adversities can favor their well-being. [36]

The results showed the instrument SRQ-20 was effective in assessing psychological distress among university students. [58] According to standard criteria, CMD might impair individuals' life. [25] Identifying risk and protective factors associated with CMD can help reduce distress and encourage positive interactions among university students. Our study shows methodological limitations towards identifying the effects of exposure variables on psychological distress along the years of study. Further longitudinal studies including epidemiologic data analysis and other academic fields are needed to confirm our findings.

REFERENCES

1. Patel V, Prince M. Global mental Health: A new global health field comes of age. JAMA. 2010; 303(19):1976-1977.

2. Wenceslau LD, Ortega, F. Mental health within primary health care and Global Mental Health: international perspectives and Brazilian context. Interface (Botucatu). 2015; 19(55):1121-32.

3. Patel V, Araya R, Chatterjee S, Chisholm D, Cohen A, De Silva M, et al. Treatment and prevention of mental disorders in low-income and middle income countries. The Lancet. 2007; 370(9591):991-1005.

4. Prince M, Patel V, Saxena S, Maj M, Maselko J, Phillips MR, et al. No health without mental health. Lancet. 2007; 370(9590):859-77.

5. Saraceno B, Van Ommeren M, Batniji R, Cohen A, Gureje O, Mahoney J, et al. Barriers to improvement of mental health services in low-income and middle income countries. Lancet. 2007; 370(9593):1164-74.

6. Saxena S, Thornicroft G, Knapp M, Whiteford H. Resources for mental health: scarcity, inequity, and inefficiency. Lancet. 2007; 370(9590):878-89.

7. Patel V, Chisholm D, Parikh R, Charlson FJ, Degenhardt L, Dua T, et al. Addressing the burden of mental, neurological, and substance use disorders: Key messages from Disease Control Priorities, 3rd edition. Lancet 2016; 387:1672-85.

8. Patel V,, Saxena S, Frankish H,, Boyce N Sustainable development and global mental health - A Lancet Commission, 2016; The Lancet, 387 (10024):1143-1145.

9. Dyrbye LN, Thomas MR, Shanafelt TD Systematic Review of Depression, Anxiety, and Other Indicators of Psychological Distress Among U.S. and Canadian Medical Students. Academic Medicine. 2006; 81(4):354-373.

10. Lima MCP, Domingues MS, Ramos-Cerqueira ATA. Prevalência e fatores de risco para transtornos mentais comuns entre estudantes de Medicina. Revista de Saúde Pública, 2006, 40:1035-41.

11. Amaral GA, Gomide LMP, Batista MP, Píccolo PP, Teles TBG, Oliveira, PM et al Sintomas depressivos em acadêmicos de Medicina da Universidade Federal de Goiás: um estudo de prevalência. Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul. 2008; 30(2):124-130.

12. Dyrbye LN, Massie FSJr, Eacker A, Harper W, Power D, Durning SJ et al Relationship between burnout and professional conduct and attitudes among US medical students. 2010; 304:1173–1180.

13. Madhan, B.; Rajpurohit, A. S.; Gayathri, H. Mental Health of Postgraduate Orthodontic Students in India: A Multi-Institution Survey. Journal of Dental Education. 2012; 76(2):200-9.

14. Divaris K, Mafla AC, Villa-Torres L, Sánchez-Molina M, Gallego-Gómez CL et al. Psychological distress and its correlates among dental students: a survey of 17 Colombian dental schools. BMC Medical Education 2013; 13:91. doi: 10.1186/1472-6920-13-91.

15. Eisenberg D, Hunt J, Speer N Mental Health in American Colleges and Universities Variation Across Student Subgroups and Across Campuses, The Journal of Nervous and Mental Disease. 2013; 201(1). doi: 10.1097/NMD.0b013e31827ab077.

16. Elani, H.W.et al. A sistematic review of stress in dental students. Journal of Dental Education. 2014; 78(2):226-42.

17. Silva AG, Cerqueira ATAR; Lima M.C.P. Social support and common mental disorder among medical students. Revista Brasileira de Epidemiologia. 2014; 17(1):229-242.

18. Torres AR, Cruz BL, Vicentini HC, Lima MC, Ramos-Cerqueira AT Obsessive-Compulsive Symptoms in Medical Students: Prevalence, Severity, and Correlates, Academic Psychiatry. 2016; 40:46–54.

19. Hidalgo MPL, Ponte TS, Carvalho CG, Pedrotti MR, Nunes PV, Souza CM. et al. Association between mental health screening by self-report questionnaire and insomnia in medical students. Archive of Neuropsiquiatry. 2001; 59:180-5.

20. Volcan SMA, Sousa PLR, Mari JJ, Horta BL Relação entre bem-estar espiritual e transtornos psiquiátricos menores: estudo transversal. Revista de Saúde Pública. 2003; 37: 440-5.

21. Fagundes VLD, Ludermir AB Common mental disorders among health care students. Revista Brasileira de Psiquiatria. 2005; 27(3):194-200.

22. Souza FGM, Menezes MGC Estresse nos estudantes de Medicina da Universidade Federal do Ceará. Revista Brasileira de Educação Médica. 2005; 29(2): 91-6.

23. Fiorotti KP, Rossoni RR, Borges, LH, Miranda, AE Transtornos mentais comuns entre os estudantes do curso de medicina: prevalência e fatores associados. Jornal Brasileiro de Psiquiatria. 2010; 59(1): 17-23.

24. Costa EFO, Rocha MMV, Santos ATRA, Melo EV, Martins LAN, Andrade TM. Common mental disorders and associated factors among final-year healthcare students. Revista de Associação Medica Brasileira. 2014; 60(6):525-530.

25. Goldberg D, Huxley P Common Mental Disorders – A bio-social model. Tavistock/Routledge. 1993; 193p.

26. Soares APC, Almeida LS, Guisande MA Ambiente acadêmico Y adaptación a la Universidad: um estudo com estudiantes de 1º ano de la Universidad do Minho; Revista Iberoamericana de Psicología y Salud. 2011; 2(1): 99-121.

27. Thurber CA, Walton EA Homesickness and adjustment in university students. The Journal of American College Health. 2012; 60(5):415-9.

28. Herrera C, Orlando J, Rosso F, Cisterna C, Aichele D, Becker S et al. Evaluación del ambiente educacional pre-clínico en seis Escuelas de Medicina. Revista Medica de Chile. 2010; 138: 677-684.

29. Alzahem AM, Van der Molen, HT, Boer BJ Effect of year of study on stress levels in male undergraduate dental students Advances in Medical Educational Practice. 2013; 4:217-222.

30. Humphris G, Blinkhorn A, Freeman R, Gorter R, Hoad-Reddick G, Murtomaa H et al. Psychological stress in undergraduate dental students: baseline results from seven European dental schools European Journal of Dental Education. 2002; 6: 22–29.

31. Gorter R, Freeman R, Hammen S, Murtomaa H, Blinkhorn A, Humphris G. Psychological stress and health in undergradate dental students: fifth year outcomes compared with first year baseline results from five European dental schools. European Journal of Dental Education. 2008:12, 61-68.

32. Buchanan JL Prevention of Depression in the College Student Population: A Review of the Literature. Archives of Psychiatric Nursing. 2012:26(1): 21–42.

33. Campbell-Sills L, Cohan SL, Stein MB Relationship of resilience to personality, coping, and psychiatric symptoms in young adults. Behaviour Research and Therapy. 2005:44(4):585-99.

34. Poletto M, Koller SH Contextos ecológicos: promotres de resiliência, fatores de risco e de proteção. Estudos de Psicologia. 2008:25(3):405-416.

35. Neveu D, Doron J, Visier L, Boiché J, Trouillet R, Dujols P et al. Students perceived estresse in academic programs: Consequences for its management Estresse perc¸udanslesfilie`resuniversitaires: implicationspoursagestion. Revue d'E´ pide´miologieet de Sante´ Publique. 2012:60:255–264.

36. Bacchi S, Licinio J Resilience and Psychological Distress in Psychology and Medical Students. Acad Psychiatry. 2016 DOI 10.1007/s40596-016-0488-0

37. Folkman S, Lazarus RS, Dunkel-Schetter C, DeLongis A, Gruen RJ. Dynamics of a stressful encounter: Cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. Journal of Personality and Social Psychology. 1986:50:992-1003.

38. Luthar SS, Cicchetti D, Becker B The Construct of Resilience: A Critical Evaluation and Guidelines for Future Work. Child development. 2000; 71(3):543-562.

39. Rutter M. Implications of Resilience Concepts for Scientific Understanding, Annals of New York Academy of Science. 2006; 1094: 1–12.

40. Rutter M. Resilience as a dynamic process. Development and Psychopathology. 2012; 24:335–344.

41. Greenberg MT Promoting resilience in children and youth: preventive interventions and their interface with neuroscience. Annals of the New York Academy and Science. 2006; 1094:139-50.

42. Harding TW, Arango MV, Baltazar J, Climent CE, Ibrahim HHA, Ladrido-Inacio L, et al. Mental disorders in primary health care: a study of the frequency and diagnosis in four developing countries. Psychological Medicine. 1980; 10: 231-41.

43. Fonseca ML, Guimarães MB, Vasconcelos EM Diffuse distress and common mental disorders: a bibliographic review. Rev Atenção Primária à Saúde. 2008;11(3): 285-94.

44. Mari JJ, Willians P A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ20) in primary care in the city of São Paulo. Brasilian Journal of Psychiatry. 1986; 148:23-26.

45. Griep RH et al. Apoio social: confiabilidade teste-reteste de escala no Estudo Pró-Saúde. Caderno de Saúde Pública. 2003; 19:625-34.

46. Griep RH Validade de constructo de escala de apoio social do Medical Outcomes Study adaptada para o português no Estudo Pró-Saúde. Caderno de Saúde Pública.2005; 21(3):703-714.

47. Roff S, McAleer S, Harden RM, Al-Qahtani M, Ahmed AU, Deza H, et al. Development and validation of the Dundee Ready Education Environment Measure (DREEM). Medical Teacher. 1997;19(4):295-9.

48. Roff S, McAleer S, Ifere OS, Bhattacharya S. A global diagnostic tool for measuring educational environment: comparing Nigeria and Nepal. Medicine Teacher. 2001; 23, 378–382.

49. Roff S The Dundee ready Educational Environment Measure (DREEM) – a generic instrument for measuring students' perceptions of undergraduate health professions curricula. Med. Teacher. 2005; 27, 322-325.

50. Barbor, T. F. et al. - AUDIT - The alcohol use disorders identification test: guidelines for use in primary health care. WHO (World Health Organization). 1992; 4:1-29.

51. Lima CT, Freire AC, Silva AP, Teixeira RM, Farrell M, Prince M Concurrent and construct validity of the Audit in urban Brazilian sample. Alcohol and Alcoholism. 2005; 40: 584-589.

52. Mendoza-Sassi RA, Béria JU Prevalence of alcohol use disorders and associated factors: A population based study using AUDIT in southern Brazil. Addiction, 2003; 98: 799-804.

53. Wagnild GM, Young HM Development and psychometric evaluation of resilience scale.Journal of Nursing Measurement. 1993;1:165-78.

54. Pesce RP, Assis SG, Avanci JQ, Santos NC, Malaquias JV, Carvalhaes R Adaptação transcultural, confiabilidade e validade da escala de resiliência Cad. Saúde Pública. 2005; 21(2):436-448.

55. Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal and coping, New York, Springer, 1984.

56. Savóia MG, Santana P, Mejias NP Adaptação do inventário de estratégias de coping de Folkman e Lazarus para o português. Psicologia USP. 1996; 7(1-2): 183-201.

57. Victora CG, Huttly SR, Fuchs SC, Olinto MT. The role of conceptual frameworks in epidemiological analysis: a hierarchical approach. International Journal of Epidemiology. 1997; 26(1):224-7.

58. Patel V, Araya R, Chowdhary N, King M, Kirkwood B, Nayak S, et al. Detecting common mental disorders in primary care in India: a comparison of five screening questionnaires. Psychol Med.2008; 38(2), 221–228.

59. Anselmi L, Barros FC, Minten GC, Gigante DP, Horta BL, Victora CG. Prevalence and early determinants of common mental disorders in the 1982 birth cohort, Pelotas, Southern Brazil. Rev Saude Publica. 2008;4 Sup 2:26-33.

60. Rocha SV, Almeida MMG, Araujo TM, Virtuoso Jr JS. Prevalence of common mental disorders among the residents of urban areas in Feira de Santana, Bahia. Rev Bras Epidemiol. 2010;13(4):1-11.

61. Lopes CS, Abreu GA, Santos DF, Menezes PR, Carvalho KMB, Cunha CF et al. ERICA: prevalência de transtornos mentais comuns em adolescentes brasileiros. Rev Saude Publica. 2016;50(supl 1):14s.

62. Gonçalves DA, Mari JJ, Bower P, Gask L, Dowrick C, Tófoli LF, Campos M. Brazilian multicentre study of common mental disorders in primary care: rates and related social and demographic factors. Caderno de Saúde Pública. 2014;30(3):623-632.

63. Costa EFO, Andrade TM, Silvany Neto AM, Melo EV, Rosa ACA et al. Commom mental disorders among medical students ate Universidade Federal de Sergipe: a cross-sectional study. Rev Bras Psiquiatr.2010; 32(1):11-19.

64. Dachew BA, Azale Bisetegn T, Berhe Gebremariam R Prevalence of Mental Distress and Associated Factors among Undergraduate Students of University of Gondar, Northwest Ethiopia: A Cross-Sectional Institutional Based Study. PLOSONE.2015;10(3):e0119464.

65. Deasy C, Coughlan B, Pironom J, Jourdan D, Mannix-McNamara P Psychological Distress and Coping amongst Higher Education Students: A Mixed Method Enquiry. PLOSONE.2014;9(12): e115193.

66. Deasy C, Coughlan B, Pironom J, Jourdan D, Mannix-McNamara P Predictors of health of pre-registration nursing and midwifery students: Findings from a cross-sectional survey. Nurse Educ Today.2016;36:427-33.

67. Tesfaye A. Prevalence and correlates of mental distress among regular undergraduate students of Hawassa University: a cross sectional survey. East Afr J Public Health.2009; 6(1):85-94.

68. Gore FM, Bloem PJN, Patton GC, Ferguson J, Joseph V, Coffey C, Mathers CD. Global burden of disease in young people aged 10–24 years: A systematic analysis. Lancet. 2011;377:2093–2102.

69. Concepcion T, Barbosa C, Vélez JC, Pepper M, Andrade A, Gelaye B et al. Daytime Sleepiness, Poor Sleep Quality, Eveningness Chronotype and Common Mental Disorders Among Chilean College Students. *J Am Coll Health.*2014; 62(7): 441–448.

70. Warbah L, Sathiyaseelan M, Vijayakumar C, Vasantharaj B, Russell S., Jacob KS Psychological distress, personality, and adjustment among nursing students. Nurse Educ Today.2007; 27(6):597-601.

71. Almeida AM, Godinho TM, Bitencourt AGV, Teles MS, Silva AS, Fonseca DC, et al. Common mental disorders among medical students. J Bras Psiquiatr 2007; 56(4): 245-51.

72. Bastos JL, Barros AJD, Celeste RK, Paradies Y, Faerstein E Age, class and race discrimination: their interactions and associations with mental health among Brazilian university students. *Cad Saúde Púb*.2014; 30(1):175-186.

73. Budescu M, Silverman LRKinship Support and Academic Efficacy Among College Students: A Cross-Sectional Examination. *J Child Fam Stud*.2016; 25(6):1789–1801.

74. Fares J, Al Tabosh H, Saadeddin Z, El Mouhayyar C, Aridi H Stress, Burnout and Coping Strategies in Preclinical Medical Students. *North American Journal of Medical Sciences*. 2016; *8*(2), 75–81.

75. Folkman S. Stress, health, and coping overview. In S. Folkman (Ed.), The Oxford handbook of stress, health, and coping (pp.3-11). 2011a. New York: Oxford University Press.

76. Lazarus RS. Coping theory and research: past, present, and future. Psychosom Med. 1993; 55(3):234-47.

77. Masten AS, Gewirtz AH, Sapienza JK Resilience in Development: The Importance of Early Childhood University of Minnesota, USA, Enciclopédia sobre o Desenvolvimento na Primeira Infância, 2011, Tradução: B&C Revisão de Textos | Revisão técnica: Lucrécia Zavaschi, Hospital de Clínicas de Porto Alegre – Centro de Estudos Luis Guedes | Revisão final: Alessandra Schneider, CONASS.

78. Ramos F, Enumo SRF, Paula KMP. Teoria Motivacional do Coping: uma proposta desenvolvimentista de análise do enfrentamento do estresse. Estudos de Psicologia (Campinas). 2015; 32(2), 269-279.

79. Skinner EA, Wellborn JG Coping during childhood and adolescence: A motivacional perspective. In D. L. Featherman, R. M. Lerner, & M. Perlmutter (Eds.), Life-Span development and behavior (Vol.12, pp.91-133). (1994).Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

CAPÍTULO III

CAPÍTULO III

USO DE RISCO DE ÁLCOOL E FATORES ASSOCIADOS ENTRE ESTUDANTES DE ODONTOLOGIA: ANÁLISE DE MODELOS SUCESSIVOS

USO DE RISCO DE ÁLCOOL ENTRE ESTUDANTES DO CURSO DE ODONTOLOGIA

HAZARDOUS ALCOHOL CONSUMPTION AND CORRELATES AMONG DENTAL STUDENTS: ANALYSIS OF SUCCESSIVE MODELS

Artigo formatado para ser submetido na Revista Brasileira de Epidemiologia: http://www.scielosp.org/revistas/rbepid/iinstruc.htm

RESUMO

INTRODUÇÃO: O consumo de risco de álcool é um grave e frequente problema entre universitários, em especial, da área da saúde. OBJETIVO: Identificar a prevalência e fatores associados ao uso de risco do álcool entre estudantes de odontologia de universidade pública do sudeste brasileiro. MÉTODO: Estudo transversal, descritivo e analítico, com amostra de 230 estudantes de todas as séries do curso de Odontologia. Utilizou-se um formulário para investigar características sociodemográficas, de saúde, relacionais e da vida acadêmica, o *Alcohol Use Disorder Identification Test* para investigação do desfecho (uso de risco do álcool) e mais os instrumentos: Escala de Apoio Social, *Dundee Ready Educational Environment Measure*, *Self Reporting Questionnarie*, Inventário de Estratégias de Enfrentamento e Escala de Resiliência. As variáveis de exposição (VE) foram agrupadas em cinco blocos: sociodemográficas, saúde, relacionais, vida acadêmica e psicológicas. Associações entre o desfecho e as VE foram analisadas pelos testes $\chi 2$ e Mann-Whitney e, posteriormente, por Regressão Logística (RL) com modelos sucessivos. RESULTADOS: Participaram 74,5% dos estudantes matriculados, com média de idade de 20,6 anos (DP±1,99), com maioria de mulheres (75,2%). A prevalência de uso de risco do álcool foi de 29,6% (95%IC: 23,7%-35,9%), significativamente maior entre os homens (<0,01). Após a RL, permaneceram associados ao consumo problemático de álcool como fatores de risco: cursar a terceira série (OR:3,72; IC:1,55-8,90), sexo masculino (OR:3,19; IC:1,57-6,49), renda mais alta (OR:2,87; IC:1,31; IC:6,28) e ter recebido trote (OR:3,29; IC:1,54-7,03). CONCLUSÃO: A prevalência de uso de risco do álcool entre os estudantes foi elevada comparativamente à população geral brasileira e os achados sugerem necessidade de intervenções preventivas visando à redução do consumo abusivo de álcool entre os estudantes universitários.

Palavras-chave: álcool, estudantes de odontologia, fatores de risco, uso de risco, uso abusivo

ABSTRACT

BACKGROUND: Hazardous alcohol consumption is a serious and frequent problem among university students, especially in the health area. AIM: To identify the prevalence and risk factors for hazardous alcohol consumption among dental students of a public university in southeastern Brazil. METHOD: A cross-sectional, descriptive and analytical study with 230 students from the first to the fourth year of a Dental School. The main outcome of this study was assessed by the Alcohol Use Disorder Identification Test. Sociodemographic characteristics, health, relational, academic and psychological aspects were of the students were the explanatories variables (EV) investigated using a questionnaire and instruments: Social Support Scale, Dundee Ready Educational Environment Measure, Self-Reporting Questionnaire, Coping Strategies Inventory, and Resilience Scale. Associations between the outcome and EV were analyzed by the $\chi 2$ and Mann-Whitney test and by the Logistic Regression (LR) with hierarchical models. RESULTS: 74.5% students participated in this study, with average age of 20.6 years (± 1.99), most of them women (75.2%). The prevalence of hazardous alcohol consumption was 29.6% (95%CI:23.7-35.9), which was significantly higher among men (<0.01). After LR, remained associated in the final model: attending the third grade of the course (OR:3.72;CI:1.55-8.90), male (OR:3.19;CI:1.57-6.49), higher income (OR:2.87;CI: 1.31;CI:6.28) and had received hazing (OR:3.29;CI:1.54-7.03). CONCLUSION: The prevalence of hazardous alcohol consumption among students was high and the following variables were risk factors: series (3^{th}), male, high income and had received abusive hazing. The findings suggest the need for preventive interventions in order to reduce hazardous alcohol consumption among students.

Key words: alcohol, dental students, risk factors, alcohol abuse, hazardous alcohol consumption

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde - OMS (OMS, 2011)[1] aponta o álcool como a substância psicoativa mais consumida no mundo, em especial, entre jovens de 18 a 25 anos de idade (*Substance Abuse and Mental Health Service Administration*, 2011). Uso problemático ou uso de risco de álcool são termos utilizados na literatura para descreverem um padrão de consumo, tanto em relação à frequência como à intensidade que, se persistente, pode gerar danos físicos ou mentais. [2,3,4]

Os transtornos associados ao uso de substâncias foram responsáveis por 14,7% dos anos de vida perdidos por alguma incapacidade, segundo cálculo do *Disability-Adjusted-Life-Years (*DALYs) que integra dados de morte prematura (*Years Life Lost*) e o dano causado pela doença, sequela ou deficiência (*Years Lost due to Disability*).[5] Do total de transtornos mentais, neurológicos e relacionados ao uso de substâncias, 5,1% dos DALYs, em 2012, foram atribuídos ao uso de álcool (OMS, 2014).[6] No Brasil, este tipo de consumo foi responsável pelo aumento em mais de 40% dos anos perdidos por morte prematura entre 1990 e 2010.[7]

O álcool é a substância psicoativa, entre as lícitas e ilícitas, mais consumida entre estudantes universitários,[8-11] sendo objeto de pesquisas em vários países.[3,12-18] No Brasil, dados do I Levantamento Nacional sobre o Uso de Álcool, Tabaco e Outras Drogas entre universitários das 27 capitais brasileiras apontaram que 86,2% fizeram uso de álcool em algum momento da vida e 72% o fizeram nos últimos 12 meses.[19]

Na universidade, jovens vivenciam um período de importantes mudanças em seu desenvolvimento.[20] Desde seu ingresso, novas experiências e desafios emergem: residir longe da família, estabelecer novos vínculos de amizade e de apoio, e adaptar-se aos novos métodos de estudo. Em alguns cursos, os da área de saúde em especial, na vida acadêmica há disciplinas teóricas e práticas, e nessas ocorre grande contato com pacientes, acarretando sentimentos como medo de falhar e angústia pela proximidade com o sofrimento e a morte.[22-24]

Além disso, estudantes universitários frequentemente têm sido vítimas do que se pode denominar de violência escolar, presente em diversas situações com agressões físicas e psicológicas graves,[26-29] sendo o trote universitário uma das mais frequente dessas situações.[28,30-33] O trote tem sido difundido como um ritual de iniciação com o “objetivo” de acolher o calouro ou recém-ingresso na universidade.

Porém, na maioria das vezes, há o abuso pelos colegas, incluindo humilhação ou ridicularização, jogos e brincadeiras, frequentemente envolvendo consumo abusivo de álcool e violência.[31] O trote, com essas características, pode promover sofrimento[21-25,33] e a iniciação ou o aumento do consumo de álcool, com os riscos a ele associados.[17,19]

Estudos que investigam a prevalência do uso de risco de álcool entre universitários frequentemente utilizam como instrumento o *Alcohol Use Disorder Identification Test* (AUDIT), segundo revisão sistemática realizada entre 2002 e 2014.[17] Esta revisão identificou que as prevalências de uso de risco de álcool (pontuação ≥8 no AUDIT) entre estudantes de universidades no Reino Unido e da Irlanda variou de 63% em 2003 a 84% em 2014.[17] Outra pesquisa, realizada com estudantes de uma universidade na Colômbia, identificou que 88,6% dos estudantes referiram uso de álcool na vida e destes, 20,5% apresentavam consumo de risco e 14,9% dependência.[34] No Brasil, 44,2% dos estudantes de uma universidade pública do Rio Grande do Sul apresentaram uso de risco de álcool[13], prevalência maior do que a encontrada em outros estados, como em São Paulo (11,3% a 20,7%)[18,35,36] e Minas Gerais (20,7%).[37]

Apesar de muitos estudos utilizarem o AUDIT com a população universitária, uma das dificuldades na comparação de dados da literatura decorre da ainda ampla variedade de métodos e instrumentos para avaliação do uso abusivo do álcool[17]. Observa-se, no entanto, consenso em relação à maior prevalência de uso de álcool entre os homens,[8,11,13,18,36,38-42] os estudantes mais jovens,[11] entre os que residem em repúblicas, não praticam exercícios físicos,[36] não possuem religião[36,38,41] e têm renda familiar mais elevada que os colegas.[38] Recente estudo brasileiro identificou também maior chance de uso de risco de álcool entre estudantes que referiram ter sofrido discriminação.[40]

Diante de tais dados, considera-se que ainda há necessidade de se ampliar o conhecimento sobre os fatores de risco e proteção ao uso de risco de álcool para fundamentar ações de prevenção para esta condição. Segundo nosso conhecimento, este é o primeiro estudo brasileiro que teve como objetivo investigar a prevalência de uso de risco de álcool e, de maneira integrada, analisar sua associação com características sociodemográficas, da saúde, relacionais, da vida acadêmica (inclusive o trote) e psicológicas (*coping* e resiliência) em estudantes do curso de odontologia.

Foram hipóteses deste estudo obter prevalência de uso de risco de álcool em torno de 20%,[18,35-37] mais elevada entre os homens[8,11,18,13,36,38-42] e entre os que possuem renda familiar elevada[38]e receberam trote considerado abusivo.[21-25,33]

MÉTODO

Estudo observacional do tipo transversal, descritivo e analítico, com alunos das quatro séries do curso de Odontologia da Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Universidade Estadual de Campinas (FOP/UNICAMP). A FOP/UNICAMP localiza-se no município de Piracicaba (SP), oferece 80 vagas por ano e possui grade curricular que requer do aluno, desde o primeiro ano de graduação, dedicação integral. Os alunos cumprem estágios supervisionados na própria universidade, podendo participar também de atividades de extensão na comunidade.

Foram critérios de inclusão para o presente estudo: estar regularmente matriculado no primeiro até o quarto ano do curso de Odontologia, estar presente nas salas de aula no dia da aplicação dos instrumentos, consentir em participar da pesquisa, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE e responder ao protocolo de pesquisa na íntegra.

A obtenção dos dados ocorreu durante o período das aulas, em datas previamente agendadas com os professores, tendo sido escolhidas aulas e disciplinas com menor absenteísmo dos alunos. Dos 314 estudantes matriculados em 2014, população alvo deste estudo, participaram 234 alunos de todas as séries do curso de odontologia (taxa de respondentes de 74.5%). Destes, quatro foram excluídos por não terem respondido na íntegra o protocolo de pesquisa, obtendo-se amostra final de 230 estudantes.

Para investigação do *desfecho* deste estudo, aplicou-se o seguinte instrumento:

ALCOHOL USE DISORDER IDENTIFICATION TEST

O *Alcohol Use Disorder Identification Test* – AUDIT, desenvolvido por solicitação da Organização Mundial de Saúde[43], traduzido e validado para a população urbana por Lima et al. (2005)[44]. Tem como objetivo identificar informações fidedignas e padronizadas sobre o consumo problemático do álcool. Possui 10 questões que investigam, nos últimos 12 meses, o uso de álcool em

relação à quantidade e frequência, à dependência e às consequências, com pontuação máxima que pode ser obtida de 40 pontos. Babor et al. (1992) identificaram que o uso do ponto de corte igual ou superior a oito apresentou alta sensibilidade (91% a 100%) para rastreamento de pessoas que beberam de forma problemática/risco[45]. Esse critério tem sido utilizado em estudos feitos em ambientes clínicos[46,47], na população em geral (Mendoza-Sassi & Béria, 2003) e entre estudantes universitários[8,48]. Dessa forma, para este estudo, considerou-se como uso de risco a pontuação igual ou superior de oito, desfecho deste estudo.

Para investigação das *variáveis de exposição* (VE), aplicou-se um questionário modificado de Lima et al (2006), com 36 perguntas sobre características sociodemográficas (sexo, idade, estado civil, arranjo familiar, trabalho nos últimos seis meses, religião, escolaridade e renda familiar), vida acadêmica (série, recebe bolsa, autoavaliação do desempenho acadêmico, satisfação com o curso, ter ou não pensado em abandonar o curso, informações sobre repetência e outros indicativos de desempenho escolar, realização de atividades extracurriculares, e questões sobre ter aplicado ou recebido trote considerado abusivo), e aspectos de saúde e relacionais (dificuldade para fazer amigos, sentimento de rejeição pelos amigos, visitas à família, adaptação à cidade, autoavaliação da saúde, prática de atividade física, realização de tratamento psicológico e/ou psiquiátrico antes e após o ingresso no curso). Além deste, aplicaram-se também seis instrumentos padronizados e validados para a população brasileira com vistas à investigação de outras VE:

ESCALA DE APOIO SOCIAL

A Escala de Apoio Social – EAS, elaborada para o *Medical Outcome Study,* traduzida e adaptada no Brasil por Griep et al (2003)[49], contém 19 itens que abrangem cinco domínios funcionais de apoio social: *material*, *afetivo, emocional, interação social positiva* e *informação* (Griep et al, 2005)[50]. Neste estudo, a pontuação obtida em cada domínio foi categorizada em apoio “suficiente” e “insuficiente”. Para isso, utilizaram-se a mediana e os intervalos interquartílicos, considerando como apoio “insuficiente” os estudantes com escores até o primeiro quartil e apoio “suficiente” aqueles cujos escores situaram-se acima do primeiro quartil[51].

SELF REPORTING QUESTIONNAIRE

O *Self Reporting Questionnarie* - SRQ-20, desenvolvido por Harding et al (1980)[52] e validado no Brasil por Mari e Williams (1986)[53], é um questionário de rastreamento de Transtornos Mentais Comuns (TMC), possibilitando avaliar condições gerais de saúde mental como ansiedade, insônia e outros sintomas de sofrimento psíquico, que têm sido denominados TMC[54]. É composto por 20 questões com respostas do tipo binário (sim/não, com pontuação de 1 e 0, respectivamente). Neste estudo, foram utilizados pontos de corte diferenciados para homens (5/6) e mulheres (7/8) [53].

DUNDEE READY EDUCATION ENVIRONMENT MEASURE

Desenvolvida por Roff et al (1997)[55] e validada para a população brasileira por Oliveira Filho, Vieira e Schonhorst (2005)[56], a *Dundee Ready Education Environment Measure* – DREEM possui 50 afirmações com escala tipo Likert para as respostas (de 0 - discordo totalmente a 4 – concordo totalmente), variando de 0 a 200 pontos, sendo os escores mais elevados indicativos de percepção mais positiva do que negativa. Possui cinco dimensões: percepção do aprendizado, dos professores, vida acadêmica, ambiente geral e das relações sociais. Podem ser calculadas medidas de tendência central (média, mediana e desvio-padrão)[57] ou analisar os escores de forma categórica[58]. Neste estudo, optou-se por estabelecer como ponto de corte valores da mediana, dividindo-os em percepção “positiva” e “negativa” do ambiente educacional para análise bivariada.

ESCALA DE RESILIÊNCIA

A escala de Resiliência – ER, desenvolvida por Wagnild e Young (1993)[59] e adaptada para uso no Brasil por Pesce et al. (2005), propõe-se a medir o nível de adaptação psicossocial positiva dos indivíduos. Composta por 25 itens com resposta tipo *Likert* (1 (discordo totalmente) a 7 (concordo totalmente), os escores variam de 25 a 175 pontos, sendo os valores altos indicando elevada resiliência[60]. Estudos tem demonstrado bons índices psicométricos desta escala[61].

INVENTÁRIO DE ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO

O Inventário de Estratégias de Enfrentamento – IEE, desenvolvido por Lazarus e Folkman (1984)[62] e validado no Brasil por Savóia, Santana & Mejias

(1996)[63], avalia como os indivíduos lidam com demandas internas ou externas de um evento estressante. Instrumento composto por 66 itens que incluem pensamentos e ações, e cuja intensidade é medida por meio de uma escala de 0 (não utiliza) a 3 pontos (utiliza em grande quantidade). Os itens que compõem o inventário são divididos em oito fatores classificatórios: confronto, afastamento, autocontrole, suporte social, aceitação de responsabilidade, fuga e esquiva, resolução de problemas e reavaliação positiva[63].

PROCEDIMENTOS

Este estudo utilizou procedimento semelhante a um projeto realizado por pesquisadores da Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho"[30,51,64]. A aplicação do protocolo de pesquisa ocorreu nas salas de aula após o agendamento prévio com professores responsáveis pelas disciplinas. Após a explicação dos objetivos da pesquisa, os alunos foram orientados a assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e, caso concordassem, a responderem ao protocolo de pesquisa.

ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os dados obtidos foram analisados no programa STATA 12.0[65] (STATA CORP, 2011), sendo a prevalência do uso de risco de álcool entre estudantes de odontologia o desfecho deste estudo. As VE investigadas foram distribuídas em *cinco blocos*: (1) *características sociodemográficas* (sexo, idade, situação conjugal, arranjo familiar, religião, escolaridade dos pais, renda familiar, gasto mensal do estudante, mesada, bolsa, trabalho nos últimos seis meses); (2) *condições de saúde* (prática de atividade física, autoavaliação da saúde, tabagismo, TMC), ter feito tratamento psicológico e/ou psiquiátrico antes e/ou após ingresso na universidade, uso de psicotrópicos na vida); (3) *aspectos relacionais* (dificuldade para fazer amigos, sentir-se rejeitado pelos amigos, sentir-se adaptado à cidade, frequência de visitas à família e apoio social percebido - EAS), (4) *vida acadêmica* (odontologia como primeira opção no vestibular, já ter pensado em abandonar o curso, autoavaliação do desempenho acadêmico, satisfação com o curso e com a escolha profissional, ter ficado de dependência/exame, realizar atividade extracurricular, ter

aplicado ou recebido trote abusivo, percepção do ambiente acadêmico - DREEM); e (5) *características psicológicas* dos estudantes (resiliência e estratégias de *coping)*.

A análise bivariada foi realizada por meio do teste Qui-quadrado de Pearson (variáveis qualitativas) e do Teste Mann-Whitney (variáveis quantitativas). Integraram a próxima etapa, análise multivariada, apenas as VE cujas associações com o desfecho apresentaram $p<0,20$. Em seguida, procedeu-se a regressão logística (RL) (*backward-stepwise*) para modelos/blocos sucessivos[66], na qual foram excluídas as VE que apresentassem $p>0.05$, bloco a bloco, até que no modelo final permanecessem apenas as variáveis com nível de significância de 5%. Todos os modelos foram ajustados para sexo e série para controle das variáveis de confusão. Verificou-se a média do *Variance Inflaction Factor* (VIF) para cada bloco, inclusive para o modelo final da RL, considerando-se valores abaixo de 10 como indicativos de baixa colinearidade. Calcularam-se, também, os valores de *odds ratio* bruta e seus respectivos intervalos de confiança de cada VE selecionada na análise bivariada.

CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O projeto foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu, FMB/UNESP, e da Faculdade de Odontologia de Piracicaba, FOP/UNICAMP. Os estudantes foram informados sobre os objetivos e o procedimento do estudo e assegurados de que nenhum dado seria divulgado individualmente. O TCLE e o protocolo de pesquisa foram entregues e arquivados separadamente de forma a garantir sigilo. Além disso, garantiu-se a possibilidade de contato com os pesquisadores responsáveis caso se sentissem mobilizados pelas perguntas do questionários.

RESULTADOS

As características sociodemográficas, relacionais e de saúde dos estudantes de Odontologia, segundo sexo, estão descritas na tabela 1. Não foram encontradas diferenças significativas entre os sexos, exceto em relação a receber mesada ($p<0.05$), mostrando homogeneidade na amostra em relação às demais variáveis.

Tabela 1. Características sociodemográficas dos estudantes de odontologia, segundo sexo (n=230)

		Total		Mulheres		Homens		Valor
		n	%	(n=173)	(75,2%)	(n=57)	(24,8%)	*p*
Série	1a série	69	30.0	50	28.9	19	33.3	0.81
	2a série	50	21.7	39	22.6	11	19.3	
	3a série	72	31.3	53	30.6	19	33.4	
	4a série	39	17.0	31	17.9	8	14.0	
Idade (média 20,6, DP±1,99; 18-34)	> 21 anos	107	46.5	82	47.4	25	43.9	0.64
	18 a 20 anos	123	53.5	91	52.6	32	56.1	
Situação Conjugal*	Com companheiro	3	1.4	2	1.2	1	1.7	0.57
	Sem companheiro	227	98.7	171	98.8	56	98.3	
Arranjo Familiar	Com pais/parente	57	24.8	42	24.3	15	26.3	0.74
	Com amigos	137	59.6	102	58.9	35	61.4	
	Mora sozinho	36	15.6	29	16.8	7	12.3	
Possui religião	Sim	194	84.3	150	86.7	44	77.2	0.08
	Não	36	15.7	23	13.3	13	22.8	
Importância da religião	Muito importante	126	54.8	91	52.6	35	61.4	0.24
	Pouco importante	104	45.2	82	47.4	22	38.6	
Escolaridade Pai	Superior completo/mais	152	66.1	112	64.7	40	70.2	0.39
	Até 1o. Grau	23	10.0	16	9.3	7	12.3	
	Até 2o. Grau	55	23.9	45	26.0	10	17.5	
Escolaridade Mãe	Superior completo/mais	146	63.5	111	64.2	35	61.4	0.11
	Até 1o. Grau	21	9.1	12	6.9	9	15.8	
	Até 2o. Grau	63	27.4	50	28.9	13	22.8	
Renda familiar	1 a 5 SM	74	34.1	59	36.4	15	27.3	0.21
	6 ou mais SM	143	65.9	103	63.6	40	72.7	
Gasto mensal	0 a 2 SM	191	87.6	142	87.6	49	87.5	0.97
	3 ou mais SM	27	12.4	20	12.4	7	12.5	
Recebe mesada	Não recebo/Insuficiente	141	61.6	113	65.7	28	49.1	*0.02*
	Suficiente	88	38.4	59	34.3	29	50.9	
Recebe bolsa	Sim	95	41.3	73	42.2	22	38.6	0.63
	Não	135	58.7	100	57.8	35	61.4	
Trabalho (últimos 6 meses)	Sim	20	8.7	18	10.4	2	3.6	0.11
	Não	209	91.3	155	89.6	54	96.4	

Teste chi-quadrado de Pearson; *Teste exato de Fisher; p<0,05; SM-Salários Mínimos

Pode-se observar menor número de participantes provenientes da última série do curso, em especial, entre os homens. Predominaram mulheres (75.2%) e estudantes entre 18 e 20 anos (53.9%). A média de idade foi de 20,6 anos (DP±1.99). Observou-se alta porcentagem de estudantes que referiram não ter companheiro (a), predominando os que residiam com amigos, tinham religião e consideravam-na "muito importante". Pais e mães na sua grande maioria haviam cursado ensino superior ou pós-graduação. Em relação às características econômicas dos participantes, a maioria referiu renda familiar mensal de seis ou mais salários mínimos, gasto mensal de até dois SM, não receber mesada ou considerá-la insuficiente, não receber bolsa de estudo e não ter trabalhado nos últimos seis meses (Tabela 1).

A tabela 2 apresenta a análise bivariada entre casos para uso de risco de álcool (segundo o AUDIT) e variáveis sociodemográficas, relativas à saúde, a aspectos relacionais e da vida acadêmica dos estudantes, variáveis investigadas por formulário específico.

A prevalência de uso de risco de álcool (AUDIT ≥8 pontos) entre os estudantes foi de 29.6% (95%IC: 23.7%-35.9%), com média 5.86 pontos (±5,06; Mínimo:0 - Máximo:23) e significativamente mais elevada entre homens (50.9%), entre estudantes com mais de 20 anos (38.3%), os que referiram renda familiar acima de seis SM (37.8%), com gasto mensal acima de três SM (51.9%), entre os que recebiam mesada (40.9%) e entre os que referiram não ter trabalhado, concomitantemente ao curso, nos últimos seis meses (31.1%). Entre os estudantes que referiram tabagismo, observou-se alta prevalência de uso de risco de álcool (71.4%). Em relação às características da vida acadêmica, houve maior prevalência de uso de risco de álcool entre os estudantes da terceira série do curso (44.4%), entre os que avaliaram seu desempenho acadêmico como "ruim" (41.5%), aplicaram (58.3%) e receberam (50%) trote considerado abusivo (Tabela 2).

Tabela 2. Prevalência de Uso de Risco de Álcool (casos), segundo características sociodemográficas, da saúde, relacionais e vida acadêmica dos estudantes (n=230)

VARIÁVEIS	CATEGORIAS	Caso n (68)	Caso % (29.6%)	OR (bruta)	IC (95%)	*P*>|*t*|
Características sociodemográficas						
Sexo	Feminino	29	22.5	1	-	*0.00*
	Masculino	39	50.9	3.56	1.85-6.85	
Idade	≥ 21 anos	41	38.3	1	-	*0.01*
	18 a 20 anos	27	21.9	0.45	0.25-0.81	
Possui religião	Sim	54	27.8	1	-	0.18
	Não	14	38.9	1.65	0.78-3.47	
Importância da religião	Muito importante	48	26.7	1	-	0.07
	Pouco importante	20	40.0	0.94	0.53-1.66	
Renda familiar*	1 a 5 SM	11	14.9	1	-	*0.00*
	6 ou mais SM	54	37.8	3.47	1.64-7.33	
Gasto mensal*	0 a 2 SM	51	26.7	1	-	*0.01*
	3 ou mais SM	14	51.9	2.95	1.28-6.82	
Recebe mesada	Não/insuficiente	32	22.7	1	-	*0.00*
	Recebo mesada	36	40.9	2.36	1.30-4.26	
Trabalho (últimos 6 meses)**	Sim	2	10.0	1	-	*0.04*
	Não	65	31.1	4.06	1.00-19.32	
Condições de saúde						
Pratica atividade física**	Sim	50	35.0	1	-	*0.02*
	Não	17	20.0	0.46	0.24-0.88	
Tabagista*	Não	62	28.1	1	-	*0.01*
	Sim	5	71.4	6.41	1.18-34.83	
Características relacionais						
Adaptação à cidade	Está adaptado	28	35.9	1	-	0.15
	Não está adaptado	40	26.7	0.65	0.36-1.17	
Vida acadêmica						
Série	1a série	13	18.8	1	-	*0.01*
	2a série	12	24.0	1.36	0.56-3.32	
	3a série	32	44.4	3.45	1.56-7.63	
	4a série	11	28.2	1.69	0.66-4.29	
Primeira opção no vestibular	Sim	61	32.3	1	-	*0.05*
	Não	7	17.1	0.43	0.18-1.04	
Autoav. Desempenho Acadêmico	Bom	46	26.0	1	-	*0.03*
	Ruim	22	41.5	2.02	1.05-3.86	
Atividade extracurricular***	Sim	27	36.5	1	-	0.10
	Não	32	25.6	0.59	0.32-1.12	
Deu trote (abusivo)	Não	61	28.0	1	-	*0.02*
	Sim	7	58.3	3.60	1.08-11.97	
Recebeu Trote (abusivo)	Não	43	23.9	1	-	*0.00*
	Sim	25	50.0	3.18	1.62-6.23	

Teste Chi-quadrado, p<0,20; SM- Mínimos Salários; ORBr-Odds Ratio Bruta; Autoav.-autoavaliação do desempenho acadêmico;* 3 *missings*; **1 *missing****9 missings*

A associação entre uso problemático do álcool e apoio social (EAS) e avaliação do ambiente educacional (DREEM) está apresentada na tabela 3. Os domínios da EAS “Apoio Emocional”, “Apoio Interação Social” e “Apoio Social Total”, e da DREEM “Percepção do aprendizado” e “Percepção do desempenho acadêmico” obtiveram p valor inferior à 0.20, atingindo critério para integrarem a RL.

Tabela 3. Prevalência de Uso de Risco de Álcool (casos), segundo instrumentos de apoio social (EAS) e percepção do ambiente educacional (DREEM) pelos estudantes (n=230)

VARIÁVEIS	CATEGORIAS	Caso N (68)	Caso % (29,6%)	ORBr	IC (95%)	*P*>|*t*|
Escala de Apoio Social						
EAS - Apoio Emocional	Suficiente	57	32.0	1	-	0.13
Mediana: 18, 4-20	Insuficiente	11	21.2	0.56	0.27-1.19	
EAS - Apoio Interação Social	Suficiente	58	31.7	1	-	0.16
Mediana: 15, 3-18	Insuficiente	10	21.3	0.58	0.26-1.25	
EAS -Apoio Social Total	Suficiente	56	32.4	1	-	0.10
Mediana: 77; 19-90	Insuficiente	12	21.1	0.55	0.27-1.14	
Dundy Ready Educational Environment Measure						
Percepção do Aprendizado	Positiva	47	26.5	1	-	0.07
Mediana: 30, 6-45	Negativa	21	39.6	1.81	0.94-3.47	
Percepção da Vida Acadêmica	Positiva	54	27.1	1	-	*0.04*
Mediana 21, 4-44	Negativa	14	45.2	2.21	1.01-4.83	

Teste Chi-quadrado, p<0,20; ORBr - *Odds Ratio* Bruta

O único domínio da DREEM que se mostrou significativamente associado ao consumo de risco de álcool foi “Percepção da vida acadêmica”, com associação significativa entre consumo de risco de álcool e percepção mais negativa (45.2%) do que positiva (27.1%) (p<0.05) (Tabela 3). Este domínio engloba as seguintes afirmativas: “Como estudava antes também funcionava neste curso”, “Estou confiante de que serei aprovado neste curso”, “Sinto que venho sendo bem preparado para minha profissão”, “o ensino do ano anterior me preparou bem para este ano”, “tenho boa capacidade de memória para tudo que preciso”, “aprendi muito sobre relacionamento pessoal nesta profissão”, “a busca de soluções tem sido bem desenvolvida neste curso”, “muito do que tenho visto parece importante para Odontologia”.

Tabela 4. Mediana e valores mínimo e máximo dos escores obtidos com a Escala de Resiliência e Inventário Estratégias de Enfrentamento, segundo uso de risco de álcool (AUDIT)

Variáveis	Caso		Não Caso		
	Mediana	Mínimo-Máximo	Mediana	Mínimo-Máximo	*P*>|*t*|
Resiliência	122.5	94-158	125	70-166	0.77
Coping					
Confronto	6	0-15	6	0-16	0.92
Distanciamento	8.5	0-14	8	1-18	0.21
Autocontrole	8	1-14	8	2-15	0.62
Busca por apoio social	10	2-18	9	2-18	*0.01*
Aceitação das responsabilidades	12	3-20	12	3-21	0.57
Fuga/Esquiva	4	0-6	4	0-6	0.81
Resolução de problemas	7	1-12	7	1-12	0.64
Reavaliação positiva	14	1-24	13	2-27	0.45

Teste Mann-Whitney, p<0,20

Em relação às estratégias de *coping* e resiliência, a única variável que mostrou associação estatisticamente significativa com uso de risco de álcool foi a estratégia de c*oping* designada “Busca por suporte social”, com mediana mais elevada entre casos do que entre os não casos (10 *vs* 9; p<0.05). As afirmações do instrumento Estratégias de Enfrentamento que englobam este domínio são: “Conversei com outra(s) pessoa(s) sobre o problema, procurando mais dados sobre a situação”, “Aceitei a simpatia e a compreensão das pessoas”, “Procurei ajuda profissional”, “Falei com alguém que poderia fazer alguma coisa concreta sobre o problema”, “Procurei um amigo ou um parente para pedir conselhos”, “Falei com alguém sobre como estava me sentindo”. Não foram observadas diferenças significavas entre os casos e não casos de Transtorno Mental Comum (SRQ-20) e uso de risco de álcool (p>0.05) (dados não mostrados em tabela).

Os resultados da regressão logística aplicada aos blocos descritos, ajustada por sexo e série, estão apresentados na tabela 5. Integraram essa análise todas as variáveis que atingiram o critério p<0,20 na análise bivariada. Permaneceram no modelo final, como fatores de risco para uso problemático de álcool: série (“terceira série”, OR:3.72, IC:1.55-8.90), sexo (“masculino”, OR:3.19, IC:1.57-6.49), renda (≥6SM, OR:2.87, IC:1.31-6.28) e “recebeu trote” abusivo (OR:3.29, IC:1.54-7.03).

Regressão Logística: associação entre prevalência de uso de risco de álcool e as variáveis sociodemográficas, saúde, relacionais, vida acadêmica, e aspectos psicológicos dos estudantes

Variáveis	Modelo 1			Modelo 2			Modelo 3			Modelo 4			Modelo 5			Modelo Final		
	OR Aj	IC (95%)	P>|t|	OR Aj	IC (95%)	P>|t|	OR Aj	IC (95%)	P>|t|	OR Aj	IC (95%)	P>|t|	OR Aj	IC (95%)	P>|t|	OR Aj	IC (95%)	P>|t|
Características sociodemográficas																		
2a série	1.63	0.55-4.76	0.36	1.67	0.61-4.56	0.31	1.71	0.62-4.75	0.29	1.68	0.50-5.63	0.39	1.54	0.55-4.32	0.4	1.62	0.58-4.51	0.35
3a série	**3.57**	**1.34-9.49**	**<0.05**	**3.3**	**1.37-7.94**	**<0.01**	**2.98**	**1.24-7.17**	**<0.05**	**4.49**	**1.46-13.73**	**<0.01**	**3.59**	**1.49-8.63**	**<0.01**	**3.72**	**1.55-8.90**	**<0.01**
4a série	2.13	0.62-7.29	0.22	2.29	0.81-6.51	0.11	2.11	0.71-6.24	0.17	3.14	0.71-13.89	0.13	2.36	0.84-6.67	0.1	2.43	0.86-6.90	0.09
Sexo (Masculino)	**3.12**	**0.55-4.76**	**<0.05**	**3.26**	**1.58-6.69**	**<0.01**	**3.58**	**1.70-7.54**	**<0.05**	**3.54**	**1.57-7.96**	**<0.01**	**3.07**	**1.49-6.29**	**<0.01**	**3.19**	**1.57-6.49**	**<0.01**
Idade (18 - 20 anos)	1.11	0.91-1.35	0.28															
Renda Mensal (≥6 Salários Mínimos)	**2.67**	**1.10-6.47**	**<0.05**	**2.28**	**1.25-6.36**	**<0.05**	**2.76**	**1.22-6.22**	**<0.05**	**2.75**	**1.10-6.83**	**<0.05**	**3.11**	**1.40-6.89**	**<0.01**	**2.87**	**1.31-6.28**	**<0.01**
Gasto Mental (≥3 Salários Mínimos)	2.66	0.95-7.47	0.06															
Recebe mesada (Sim)	1.69	0.82-3.48	0.15															
Trabalho últimos 6 meses (Não)	5.21	1.00-27.08	<0.05	4.81	0.95-24.22	0.06												
Possui religião (Não)	1.64	0.65-4.10	0.28															
Importância da religião (Pouco Importante)	0.8	0.59-1.08	0.14															
Condições de saúde																		
Tabagismo (Sim)				13.3	1.58-111.85	<0.05	9.80	1.20-80.08	<0.05	3.97	0.44-35.83	0.21						
Atividade Física (Não)				0.64	0.31-1.33	0.23												
Características relacionais																		
Adaptação à cidade (Não)							0.83	0.41-1.68	0.62									
Apoio Social Total (EAS) (Insuficiente)							0.99	0.93-1.05	0.83									
Apoio emocional (EAS) (Insuficiente)							0.99	0.80-1.23	0.99									
Apoio Interação Social (EAS) (Insuficiente)							1.19	0.91-1.57	0.18									
Vida acadêmica																		
Autoavaliação Desemp. Acad. (Ruim)										1.29	0.53-3.09	0.56						
Atividade Extracurricular (não)										1.21	0.57-2.56	0.6						
Primeira opção no vestibular*										-	-	-						
Recebeu trote abusivo										**2.82**	**1.14-6.99**	**<0.05**	**3.23**	**1.51-6.90**	**<0.01**	**3.29**	**1.54-7.03**	**<0.01**
Aplicou trote Abusivo										1.24	0.22-6.90	0.8						
Percepção Aprendizado (DREEM) (negativa)										1.04	0.94-1.14	0.41						
Percepção do Desempenhp Acadêmico (DREEM) (negativo)										0.92	0.81-1.05	0.24						
Estratégias de *coping*																		
Coping suporte social (maior uso da estratégia)													1.08	0.00-0.10	0.14			

VIF=1,53; IC-Intervalo de Confiança; ORAjust-Odds Ratio Ajustado; EAS-Escala de Apoio Social; DREEM-Dundy Ready Educational Environment Measure; * variável omitida por colinearidade

DISCUSSÃO

O presente estudo teve como objetivo estimar a prevalência de uso problemático de álcool entre estudantes de odontologia de uma universidade pública do interior de São Paulo e identificar fatores (sociodemográficos, relacionais, da vida acadêmica, de risco e proteção associados. Publicação na revista The Lancet, em 2011, descreveu o consumo excessivo e a dependência álcool como um dos principais fatores de risco para doenças crônicas na população brasileira, o qual, juntamente com tabagismo, inatividade física, alimentação não saudável e transtornos neuropsiquiátricos é uma das principais causas da carga de doença no Brasil (DALYs).[67] O álcool é também a substância psicoativa mais consumida entre universitários,[8-11] como identificado no I Levantamento Nacional sobre o Uso de Álcool, Tabaco e outras Drogas entre Universitários, conduzido em 27 capitais brasileiras.[19]

Destaca-se que, apesar da existência de outros instrumentos que avaliam o uso de álcool nas populações, o denominado uso de risco ou uso problemático (≥8 pontos), avaliado neste estudo, tem sido frequentemente investigado pelo *Alcohol Use Disorder Identification Test* (AUDIT) em diversos países e apresenta adequadas propriedades psicométricas para sua aplicação na população universitária[48]. Segundo Peuker et al.[13], a versão do AUDIT validada no Brasil possui alta sensibilidade (91,8%); porém, sua especificidade (62,3%) é baixa possibilitando que uma parcela da amostra caracterizada como sendo de risco represente casos falsos positivos. No entanto, cabe salientar que resultados obtidos com esta mesma escala em outros estudos e populações estariam igualmente superestimados. Além da classificação de casos segundo o ponto de corte proposto e aqui utilizado, alguns estudos categorizam os escores obtidos em baixo risco/zona I (0-7 pontos), risco/Zona II (8-15 pontos), uso nocivo/Zona III (16-18 pontos) e provável dependência/Zona IV.[35,36]

A prevalência de uso de risco de álcool para os estudantes de odontologia obtida neste estudo foi de 29.6% (95%IC: 23.7%-35.9%), mais elevada do que a encontrada para estudantes de outras universidades no estado de São Paulo,[18,35,36] Minas Gerais[37] e de uma universidade na Colômbia[34,] e inferior à obtida entre universitários no Rio Grande do Sul[13]. No entanto, as prevalências obtidas neste e em outros estudos brasileiros com universitários são muito superiores às

identificadas na população geral,[67-69] mostrando a necessidade de ações preventivas baseadas em evidências científicas e de cuidados (acolhimento, acompanhamento e encaminhamento) direcionados à essa população.

Revisão sistemática sobre uso de álcool em estudantes de universidades do Reino Unido e da Irlanda[17] identificou, além de elevadas prevalências, um aumento do consumo do ano de 2003 a 2014 (63% a 84%). Os autores sugerem que esta variação pode ter ocorrido devido a mudanças culturais ou decorrente de *marketing* estimulando o consumo de álcool.[17] Fatores socioambientais podem favorecer o uso de álcool entre universitários, como exposição a situações ou locais em que o álcool é mais facilmente obtido ou está disponível para o uso de jovens, como bares e festas. Além disso, expectativas positivas em relação ao efeito de seu uso (alegria, prazer, desinibição) podem influenciar o consumo.[13] Segundo Amaral e Saldanha,[70] tais expectativas podem ser adquiridas ao longo do processo de socialização e aprendizado, em especial, através de modelos que os pais e amigos fornecem.[70]

Neste estudo, embora essa variável não tenha permanecido no modelo final, a análise bivariada mostrou ser significativamente mais elevado o uso de risco de álcool entre estudantes que referiram a utilização de coping “busca por suporte social”, estratégia que inclui conversar com as pessoas sobre suas dificuldades, procurando expor sentimentos e obter orientações. No Brasil, o consumo de álcool é uma prática socialmente aceita e valorizada em alguns grupos, sendo comum observar seu consumo associado à procura por descontração, relaxamento e lazer com amigos[13] fazendo sentido, que, diante de uma dificuldade ou estresse, os jovens associem bebidas alcóolicas com situações sociais com amigos. Alguns autores chegam a sugerir associação entre a situação de elevado estresse e ansiedade com o consumo de álcool, descrito como uma estratégia de *coping*, como do tipo fuga/esquiva.[71]

Nesta pesquisa, a análise multivariada possibilitou que se identificassem como fatores de risco para uso problemático do álcool: ser do sexo masculino, possuir renda familiar elevada, estar na terceira série do curso e ter recebido trote considerado abusivo.

Há consenso na literatura em relação a maior frequência de uso de risco de álcool entre os homens comparativamente às mulheres, bem como foi identificado no presente estudo (50.9% vs 22.5%).[8,11,13,18,36,38-42] No entanto, são crescentes os resultados de pesquisas que descrevem um aumento do consumo de álcool entre as

mulheres, como já identificado pelo II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas.[19] Neste estudo, chama-se a atenção para a elevada prevalência entre as mulheres, também superior que a encontrado na população geral brasileira e semelhante aos resultados obtidos em outras pesquisas entre estudantes do sexo masculino.[34,35,36,37] Kerr-Correa et al.[8] obtiveram que 80,1% dos estudantes de medicina do sexo masculino e 69,9% do sexo feminino referiram ter feito uso de álcool na vida, e que 38,8% e 20,1%, respectivamente, referiram ter feito uso uma ou mais vezes na última semana.[12] Apesar de não terem apresentado resultados sobre o uso de risco de álcool, os dados já sugeriam na época consumo preocupante entre os universitários de ambos os sexos, como identificado no presente estudo.

É importante reconhecer que diferentes papéis sociais são atribuídos e assumidos entre homens e mulheres e que esses exercem influência no processo saúde-doença das populações. Esses papéis diferenciam-se ao longo da vida e influenciam a maneira como os indivíduos tendem a lidar com as adversidades (estratégias de *coping*).[72,73] O processo de adoecimento é multideterminado e envolve dimensões complexas (econômica, social, política e cultural) que refletem diferentemente nas relações de gênero, a qual, apesar de sua relevância, ainda não é devidamente reconhecida nos serviços de atenção à saúde durante o diagnóstico e o tratamento das populações.[72]

Outra característica dos estudantes identificada como risco para uso problemático do álcool foi a sua condição econômica. Estudantes que referiram renda familiar mensal elevada (superior a seis salários mínimos) apresentaram mais frequentemente uso de risco de álcool (37.8%), comparativamente àqueles com renda mais baixa[38], como encontrado em outro estudo com jovens adultos (18 a 23 anos).[74] Como já referido por Keyes e Hasin[74], universitários cujos pais possuem nível educacional elevado e melhores condições econômicas tendem a possuir maior possibilidade de acesso à compra de bebidas alcóolicas e outras substâncias do que indivíduos em condições econômicas mais restritas, sendo também mais provável a chance de frequentar festas e eventos com acesso à bebidas alcoólicas.[74]

O consumo de álcool pode também associar-se a fatores do próprio contexto universitário (exigências curriculares, tempo dedicado ao estudo, novos métodos pedagógicos, residência em nova cidade, morar sozinho e longe da família), fatores que podem acarretar estresse e sofrimento.[20,22-24]. Entre as características da vida

acadêmica, análise multivariada deste estudo apresentou como risco para o uso problemático de álcool estar na terceira série do curso. A terceira série é o ano de transição do curso de odontologia, da fase pré-clínica (disciplinas básicas) para a clínica. Nesta fase inicia-se o contato com pacientes, com as situações de sofrimento de pacientes e dor, sendo também momento em que há maior preocupação com o aprendizado e aquisição das habilidades profissionais.[25] Embora espere-se que nessa fase do curso os estudantes já estejam mais adaptados à vida universitária, é possível que a pressão por bom desempenho nas disciplinas e exigências da grade curricular nesta época acentuem o estresse, tornando mais provável que jovens busquem "relaxamento" no consumo de álcool.

Uma preocupação cada vez maior com os estudantes é a aplicação dos trotes universitários[76] que, embora proposto como ritual de iniciação e acolhimento dos calouros, frequentemente envolve situações de violência que causam sofrimento e estimulam o consumo abusivo de substâncias, em especial do álcool.[26-33] Neste estudo, resultados da análise multivariada sugerem que os estudantes que receberam trote considerado abusivo tiveram três vezes mais chance de apresentar uso de risco de álcool. Akerman et al.[77] obtiveram relatos sobre o trote de estudantes de medicina de universidade pública de São Paulo que descreveram a obrigatoriedade de beber, agressões física, verbal e moral, pressão psicológica, humilhação, assédio moral, coação, entre outras práticas abusivas, como fazendo parte dessa prática. Diante desses relatos e dos dados aqui obtidos sobre a associação entre maior uso de risco de álcool por estudantes que receberam trote abusivo, parece que esforços institucionais ainda são insuficientes para melhorar essa situação.

Dados sobre uso de risco do álcool como problema de saúde pública requer atenção e ações imediatas. Além dos efeitos negativos à saúde dos indivíduos, o consumo aumenta a possibilidade de sérias consequências à vida desses jovens que se expõem mais frequentemente a situações de risco, como acidentes de trânsito ao dirigirem embriagados, possibilidade de contrair doenças sexualmente transmissíveis por ser mais provável que, sob o efeito do álcool, apresentem comportamento sexual sem proteção, além da possível interferência do álcool em seus relacionamentos sociais e familiares.[12,78-80]

Limitações próprias do desenho do estudo impossibilitam a identificação de causalidade entre as variáveis estudadas. Outra limitação que deve ser apontada

refere-se a ser uma pesquisa com uma população específica (estudantes de odontologia de uma única faculdade), o que não permite a generalização dos resultados obtidos. Pesquisas que acompanhem os estudantes desde seu ingresso (estudos longitudinais) investigando fatores estressores, em especial, os relacionados à vida universitária (trote, adaptação, percepção do ambiente educacional, auto-avaliação do desempenho acadêmico, expectativas com o curso, relacionamento com amigos), característivas passíveis de modificação, e como tendem a enfrentar situações adversas (estratégias de *coping*) podem favorecer a comprensão do problema e ações de prevenção mais efetivas.

REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial da Saúde – OMS. Global status report on alcohol and health 2011. Geneva. 2011;1-286.

2. Babor TF, Higgins-Biddle JC, Saunders JB, Monteiro MG The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for use in primary care. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2001.

3. Johnston LD, O'Malley PM, Bachman JG, Shulenberg JE Monitoring the Future national results on adolescent drug use, 1975-2009: Volume II, College students and adults ages 19-50 (NIH Publication no. 10-7585). Bethesda, MD: National Institute on Drug Abuse; 2010.

4. Gonzalez VM, Hewell VM Suicidal Ideation and Drinking to Cope Among College Binge Drinkers. Addictive Behaviors. 2012; 37(8), 994–997.

5. Whiteford HA, Ferrari AJ, Degenhardt L, Feigin V, Vos T. The global burden of mental, neurological and substance use disorders: an analysis from the Global Burden of Disease Study 2010. PLoS One. 2015;10(2):e0116820. doi: 10.1371/journal.pone.0116820.

6. GBD 2015 Risk Factors Collaborators Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. Lancet. 2016; Oct 8;388(10053):1659-1724.

7. Marinho F, Passos VMA, França EB. New century, new challenges: changes in the burden of disease profile in Brazil, 1990-2010. Epidemiol. Serv. Saúde [Internet]. 2016; 25(4): 713-724.

8. Kerr-Correa F. Andrade, A. G., Bassit, A. Z., & Boccuto, N. M. V. F. Uso de álcool e drogas por estudantes de medicina da UNESP. Revista Brasileira de Psiquiatria. 1999; 21, 95 -100.

9. Stempliuk VA, Barroso LP, Andrade AG, Nicastri S, Malbergier A A Comparative study of drug use among undergraduate students at the University of São Paulo - São Paulo *campus* in 1996 and 2001. Revista Brasileira de Psiquiatria.2005;27(3): 185-193.

10. Silva LVER; Malbergier A, Stempliuk VA, Andrade AG Factors associated with drug and alcohol use among university students. Rev. Saúde Pública [online]. 2006; vol.40, n.2 ISSN 1518-8787. http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102006000200014.

11. Andrade AG, Duarte PCAV, Barroso LP, Nishimura R, Alberghini DG, Oliveira LG Alcohol and other drug use among Brazilian college students: effects of gender and age. Revista Brasileira de Psiquiatria, 2012; 4(3), 294-305.

12. Kerr-Corrêa F, Dalben I, Trinca LA, Simão MO, Mattos PF, Ramos-Cerqueira ATA et al. Primeiro levantamento do uso de álcool e de drogas e das condições gerais de vida dos estudantes da UNESP (1998). Série Pesquisa Vunesp, 14. São Paulo, SP: Editora da Fundação para o Vestibular da Universidade Estadual Paulista; 2001.

13. Peuker AC, Fogaça J, Bizarro L Expectativas e beber problemático entre universitários. Psicologia: Teoria e Pesquisa. 2006; 22(2), 193-200.

14. Zalaf MRR, Fonseca RMGS Uso problemático de álcool e outras drogas em moradia estudantil: conhecer para enfrentar. Rev. esc. enferm. USP [Internet]. 2009; 43(1): 132-138.

15. Wolf JM, Crockett LJ The role of deliberative decision making, pareting, and friends in adolescent risk behaviors. Journal of Youth and Adolescence, 2011.

16. O'Hara, R. E., Armeli, S., & Tennen, H. (2014). Drinking-to-Cope Motivation and Negative Mood–Drinking Contingencies in a Daily Diary Study of College Students. Journal of Studies on Alcohol and Drugs, 75(4), 606–614.

17. Davoren MP, Demant J, Shiely F, Perry IJ Alcohol consumption among university students in Ireland and the United Kingdom from 2002 to 2014: a systematic review*. BMC Public Health.* 2016;16:1–13.

18. Silva EC, Tucci AM. Padrão de consumo de álcool em estudantes universitários (calouros) e diferença entre os gêneros. Temas psicol.2016; 24(1):313-323.

19. Organização Mundial da Saúde (OMS/SENAD,2010) I Levantamento nacional sobre o uso de álcool, tabaco e outras drogas entre universitários das 27 capitais brasileiras. Disponível em: http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/documentos/Dados_Estatisticos/Estudantes/328293.pdf, acessado em 27 de novembro de 2013.

20. Straub RO Psicologia da saúde: uma abordagem biopsicossocial. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 528p., 2014.

21. Nogueira-Martins LS Saúde Mental dos profissionais da saúde. Revista Brasileira de Medicina do Trabalho. 2003; 1(1), 56-68.

22. Costa LSM, Pereira CAA. O abuso como causa evitável de estresse entre estudantes de medicina. Revista Brasileira de Educação Médica. 2005; 29(3):185-190.

23. Thurber CA, Walton EA Homesickness and adjustment in university students. The Journal of American College Health. 2012; 60(5):415-9.

24. Alzahem AM, Van der Molen HT, Boer BJ Effect of year of study on estresse levels in male undergraduate dental students Advances in Medical Educational Practice, 2013; 4:217-222.

25. Divaris K Psychological distress and its correlates among dental students: a survey of 17 Colombian dental schools. BMC Medical Education. 2013; 13 :91.

26. Stelko-Pereira AC, Williamns LCA, Freitas LC A validade e consistência interna do questionário de investigação de violência escolar – versão estudantes. Revista Avaliação Psicológica. 2010;9(3): 403-11.

27. Azeredo, C M et al. Individual and contextual factors associated with verbal bullying among Brazilian adolescents BMC Pediatrics, 15:49, 2015.

28. Costa EFO, Rocha MMV, Santos ATRA, Melo EV, Martins LAN, Andrade TM Common mental disorders and associated factors among final-year healthcare students. Revista de Associação Medica Brasileira. 2014; 60(6):525-530.

29. Valle JE, Stelko-Pereira AC, Sá LGC, Williams LCA Bullying, vitimização por funcionários e depressão: Relações com o engajamento emocional escolar. Revista Quadrimestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional. 2015; 19(3): 463-473.

30. Lima MCP Sofrimento psíquico e ambiente educacional: um estudo transversal na Faculdade de Medicina de Botucatu/Maria Cristina Pereira Lima. – Botucatu: [s.n], 012. Tese (livre docência). Universidade Estadual Paulista. Faculdade de Medicina de Botucatu, 2012.

31. Costa SM, Dias OV, Dias ACA, Souza TR, Canela JR Trote universitário: diversão ou constrangimento entre acadêmicos da saúde? Rev. Bioét. 2013; 21(2):350-358.

32. Favero M, Pinto S, Ferreira F, Machado F, Campo AD Hazing Violence: Practices of Domination and Coercion in Hazing in Portugal. Journal of Interpersonal Violence. 2015; doi: 10.1177/0886260515619748

33. Soares APC, Almeida LS, Guisande MA Ambiente acadêmico Y adaptación a la Universidad: um estudo com estudiantes de 1º ano de la Universidad do Minho. Revista Iberoamericana de Psicología y Salud. 2011; 2(1): 99-121.

34. Castaño-Perez GA, Calderon-Vallejo GA Problems associated with alcohol consumption by university students. Rev Lat Am Enfermagem. 2014; 22(5):739-46.

35. Pillon SC, Corradi-Webster CM Teste de identificação de problemas relacionados ao uso de álcool entre estudantes universitários (AUDIT). Revista de Enfermagem UERJ. 2006; 14,325-332.

36. Silva ÉC, Tucci AM Estudo transversal sobre o uso de risco de álcool em uma amostra de estudantes de uma universidade federal brasileira. Jornal Brasileiro de Psiquiatria. 2014; 63(4): 317-325.

37. Rocha LA, Lopes ACFMM, Martelli DRB, Lima VB, Martelli-Júnior H Consumo de álcool entre estudantes de faculdades de Medicina de Minas Gerais, Brasil. Revista Brasileira de Educação Médica. 2011;35(3): 369-375.

38. Silva LVR, Malbergier A, Stempliuk VA, Andrade AG Factors associated with drug and alcohol use among university students. Revista de Saúde Pública. 2006; 40(2):280-288.

39. Murray CJL, Vos T, Lozano R, Naghavi M, Flaxman AD, Michaud C et al. Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. The Lancet. 2012; 380:2197–2223.

40. Coelho IZ, Bastos JL, Celeste RK. Moderators of the association between discrimination and alcohol consumption: findings from a representative sample of Brazilian university students. Trends Psychiatry Psychother. 2015; 37(2): 72-81.

41. Nunes JM, Campolina LR, Vieira MA, Caldeira AP Consumo de bebidas alcoólicas e prática do binge drinking entre acadêmicos da área da saúde. Revista de Psiquiatria Clínica. 2012; 39(3):94-99.

42. Fachini A, Furtado EF Uso de álcool e expectativas do beber entre universitários: uma análise das diferenças entre os sexos. Psic.: Teor. e Pesq.. 2013; 29(4):421-428.

43. Babor TF, Higgins-Biddle JC, Sauders JB, Monteiro MG - AUDIT - The alcohol use disorders identification test: guidelines for use in primary health care. WHO (World Health Organization), 4:1-29; 1992.

44. Lima CT, Freire AC, Silva AP, Teixeira RM, Farrell M, Prince M. Concurrent and construct validity of the Audit in urban Brazilian sample. Alcohol and Alcoholism. 2005; 40: 584-589.

45. Méndez EB Uma versão brasileira do AUDIT - Alcohol Use Disorders Identification Test. Dissertação de Mestrado não publicada, Universidade Federal de Pelotas, RS, 1999.

46. Figlie NB, Pillon SC, Laranjeira RR, Dunn J Audit indentifica a necessidade de interconsulta específica para dependentes de álcool no hospital geral? Jornal Brasileiro de Psiquiatria. 1997; 46(11):589-593.

47. Turisco JL, Payá R, Figlie NB, Laranjeira R As pessoas que precisam, procuram o tratamento para alcoolismo? Jornal Brasileiro de Psiquiatria. 2000; 49(9): 319-20.

48. Formiga NS, Souza MA, Costa DFM, Gomes MCS, Fleury LFO, Melo G Comprovação empírica de uma medida relacionada ao excessivo consumo de álcool em brasileiros. LIBERABIT. 2015;21(1): 91-101.

49. Griep RH, Chor D, Faerstein E, Lopes C Apoio social: confiabilidade teste-reteste de escala no Estudo Pró-Saúde. Caderno de Saúde Pública. 2003;19:625-34.

50. Griep RH Validade de constructo de escala de apoio social do Medical Outcomes Study adaptada para o português no Estudo Pró-Saúde. Caderno de Saúde Pública. 2005;21(3):703-714.

51. Silva AG, Ramos-Cerqueira ATA, Lima MCP Social support and common mental disorder among medical students. Revista Brasileira de Epidemiologia. 2014;17(1):229-242.

52. Harding TW, Arango MV, Baltazar J, Climent CE, Ibrahim HHA, Ladrido-Inacio L, et al. Mental disorders in primary health care: a study of the frequency and diagnosis in four developing countries. Psychological Medicine. 1980; 10: 231-41.

53. Mari JJ, Willians PA validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ20) in primary care in the city of São Paulo. Brazilian Journal of Psychiatry. 1986; 148:23-26.

54. Goldberg D, Huxley P Common Mental Disorders – A bio-social model. Tavistock/Routledge, 193p. 1993.

55. Roff S, McAleer S, Harden RM, Al-Qahtani M, Ahmed AU, Deza H, et al. Development and validation of the Dundee Ready Education Environment Measure (DREEM). Medical Teacher. 1997;19(4):295-9.

56. Oliveira Filho GR, Vieira JE, Schonhorst L Psychometric properties of the Dundee Ready Educational Environment Measure (DREEM) applied to medical residents. Medical Teacher. 2005;27(4):343-7.

57. Guimaraes AGC, FalboI GH, Menezes T, FalboI A Percepção do Estudante de medicina acerca do ambiente Educacional utilizando o DREEM. Revista Brasileira de Educação Médica. 2015;39 (4) : 517 – 526.

58. Miles S, Swift L, Leinster SJ The Dundee Ready Education Environment Measure (DREEM): a review of its adoption and use. Medical Teacher. 2012; 34(9):e620-34.

59. Wagnild GM, Young HM Development and psychometric evaluation of resilience scale. Journal of Nursing Measurement. 1993;1:165-78.

60. Pesce RP, Assis SG, Avanci JQ, Santos NC, Malaquias JV, Carvalhaes R Adaptação transcultural, confiabilidade e validade da escala de resiliência Cad. Saúde Pública. 2005; 21(2):436-448.

61. Rosenberg AR, Yi-Frazier JP, Wharton C, Gordon K, Jones B Contributors and Inhibitors of Resilience Among Adolescents and Young Adults with Cancer. Journal of Adolescent and Young Adult Oncology. 2014; 3(4), 185–193.

62. Lazarus RS, Folkman S Stress, appraisal and coping. New York, Springer, 1984.

63. Savóia MG, Santana P, Mejias NP Adaptação do inventário de estratégias de coping de Folkman e Lazarus para o português. Psicologia USP. 1996; 7(1-2): 183-201.

64. Lima MCP; Domingues MS, Ramos-Cerqueira ATA Prevalência e fatores de risco para transtornos mentais comuns entre estudantes de Medicina. Revista de Saúde Pública. 2006; 40:1035-41.

65. StataCorp. 2011. *Stata Statistical Software: Release 12*. College Station, TX: StataCorp LP.

66. Victora CG, Huttly SR, Fuchs SC, Olinto MTA The role of conceptuall frameworks in epidemiological analysis: a hierarquical approach International Journal of Epidemiology. 1997; 26:224-227.

67. Schimidt MI, Duncan BB, Silva GA, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. The Lancet 2011; DOI:10.1016/S0140-6736(11)60135-9.

68. Galduróz JCF, Noto AR, Fonseca AM, Carlini EA (2005). V levantamento nacional sobre o consumo de drogas psicotrópicas entre estudantes do ensino fundamental e médio da rede pública de ensino nas 27 capitais brasileiras, 2004.São Paulo: CEBRID.

69. Mendoza-Sassi RA, Béria JU Prevalence of alcohol use disorders and associated factors: a population-based study using audit in southern brazil. Addiction. 2003; 98:799-804.

70. Amaral ACG, Saldanha AAW Para metros psicometricos do Inventa rio de Expectativas e Crenças Pessoais Acerca do Alcool para adolescentes. PsicoUSF, 2009; 14(2):167-176.

71. Blumenthal H, Ham LS, Cloutier RM, Bacon AK, Douglas ME Social anxiety, disengagement coping, and alcohol use behaviors among adolescents. Anxiety, Stress, and Coping. 2016; 29(4), 432–446. http://doi.org/10.1080/10615806.2015.1058366

72. Carlotto, M. S., Amazarrav, M. R., Taborda, L., & Chinazzo, I. R. (2011). Transtornos Mentais Comuns e fatores associados em trabalhadores: uma análise na perspectiva de gênero. Cadernos Saúde Coletiva (UFRJ), 19, 172-178.

73. Fachini A, Furtado EF Diferenças de gênero sobre expectativas do uso de álcool. Archives of Clinical Psychiatry. 2012; 39(2):68-73.

74. Keyes KM, Hasin DS Socio-economic status and problem alcohol use: the positive relationship between income and the DSM-IV alcohol abuse diagnosis. Addiction. 2008; 103(7). 10.1111/j.1360–0443.2008.02218.x. http://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2008.02218.x

75. Patel V, Chisholm D, Parikh R, Charlson FJ, Degenhardt L, Dua T, et al. Addressing the burden of mental, neurological, and substance use disorders: Key messages from Disease Control Priorities, 3rd edition. Lancet. 2016; 387:1672-85.

76. Lima MCP Sobre trote, vampiros e relacionamento humano nas escolas médicas. Revista Brasileira de Educação Médica. 2012; 36(3):407-413.

77. Akerman M, Conchão S, Boaretto, RC, Fonseca FLA, Pinhal MA. Revelando Fatos, Sentidos, Afetos e Providências sobre o Trote em uma Faculdade de Medicina: Narrativa de uma Experiência. Revista Brasileira de Educação Médica; 2012. 36 (2):249-254.

78. Lawyer S, Resnick H, Bakanic V, Burkett T, Kilpatrick D. Forcible, drug-facilitated, and incapacitated rape and sexual assault among undergraduate women. Journal of American College Health. 2010; 58: 453-460.

79. De Jong W, DeRicco B, Schneider SK Pregaming: An exploratory study of strategic drinking by college students in Pennsylvania. Journal of American College Health. 2010; 58(4), 307-316.

80. Andrade AG, Silveira CM Problemas comportamentais ligados ao uso de álcool. Revista USP. 2013; 96:7-22.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente tese foi composta por três estudos: uma revisão integrativa sobre sofrimento psíquico em estudantes universitários, e dois empíricos que investigaram a prevalência de Transtornos Mentais Comuns (TMC) e de uso de risco de álcool em estudantes de Odontologia de uma Universidade pública do interior de São Paulo, e fatores associados.

O primeiro estudo permitiu identificar, em publicações nacionais e internacionais (2006-2016), fatores de risco e de proteção mais frequentes para sofrimento psíquico entre universitários. Em maior frequência, observaram-se características da vida acadêmica e relacionais associadas à presença de sofrimento psíquico entre universitários. Pode-se observar variação das prevalências entre estudantes de diferentes países e regiões, predominantemente universitários de cursos da área da saúde, bem como foram descritos os instrumentos mais frequentemente utilizados pelos pesquisadores da área. Em geral, os resultados desta sugerem direções que podem favorecer o planejamento de ações preventivas e de cuidado nas universidades, que poderiam contribuir para o bem estar dos estudantes e estimular vivências mais positivas no ambiente educacional.

Os estudos empíricos realizados identificaram prevalências elevadas de TMC e de uso de risco de álcool entre estudantes de odontologia, superiores às encontradas em pesquisas realizadas com a população geral brasileira. Características individuais, de saúde, comportamentais e principalmente as relacionadas à vida universitária foram identificadas como fatores de risco para os desfechos. Entre as variáveis da vida universitária, destacam-se a autoavaliação negativa dos estudantes sobre seu desempenho acadêmico, a pequena ou nenhuma possibilidade de realizarem atividades extracurriculares, a prática de trote considerado abusivo, e a série do curso em que se encontravam como fatores associados ao sofrimento psíquico e comportamentos de risco à saúde, como uso problemático do álcool. Note-se que esses são fatores de risco modificáveis passíveis de atenção e mudança pelas instituições.

Em relação às características psicológicas investigadas, apenas enfrentamento do tipo “confronto”, que inclui, em geral, comportamentos mais agressivos para lidar com estímulos estressores, apresentou-se como fator de risco para TMC.

A única característica identificada como fator de proteção à saúde mental dos estudantes foi resiliência. O objetivo de se investigar resiliência neste estudo baseou-se na suposição de que estudantes que apresentassem índices mais elevados de resiliência entendida, como já referido, como um repertório de comportamentos adaptativos diante de situações adversas, aprendidos em um processo contínuo ao longo da vida, poderiam apresentar menor sofrimento psíquico e uso de risco de álcool. Os dados obtidos sugerem que, mesmo diante das dificuldades vivenciadas na vida acadêmica, os estudantes com índices mais elevados de resiliência tenderam a apresentar menor comprometimento em sua saúde mental, o que fortalece a hipótese apresentada.

Por fim, sugere-se que além da realização de estudos longitudinais para acompanhamento dos estudantes desde seu ingresso na universidade, buscando identificar fatores de risco e proteção para sua saúde mental, devem ser ampliadas as investigações sobre a as situações de violência e abuso presentes atualmente na vida acadêmica (trote, *bullying*, discriminação social, racial e de gênero), bem como devem ser oferecidas e analisadas estratégias que ofereçam apoio ao estudante.

O quadro 1 apresenta uma síntese dos resultados obtidos nos estudos empíricos, de acordo com as hipóteses estabelecidas que tiveram como base resultados encontrados na literatura.

Quadro 1. Síntese dos resultados obtidos de acordo com as hipóteses estabelecidas nos estudos empíricos apresentados

Síntese dos Resultados	
Hipótese	**Corrobora (Sim/Não)**
Prevalência de **TMC** em torno de 30 a 40%	Sim (45.2%)
Prevalência de **uso de risco de álcool** em torno 20%	Sim (29.6%)
Prevalência de **TMC** significativamente mais elevada entre as mulheres	Não (p>0,05)
Prevalência de **uso de risco de álcool** significativamente mais elevada entre os homens	Sim (50.9%; p=0.00)
Prevalência de **TMC** significativamente mais elevada entre os que moram sozinhos ou com amigos	Não (p>0,05)
Prevalência de **TMC** significativamente mais elevada entre estudantes com baixa renda	Não (p>0,05)
Prevalência de **TMC** significativamente mais elevada entre estudantes que não tem religião	Não (p>0,05)
Prevalência de **TMC** significativamente mais elevada entre estudantes com apoio social "insuficiente" (EAS)	Sim (64.9%; p=0.00)
Prevalência de **TMC** significativamente mais elevada entre estudantes com percepção negativa do ambiente educacional (DREEM)	Sim (73.7%; p=0.00)
Resiliência como fator de proteção para **TMC**	Sim (OR:0.93; IC:0,90-0.96)
Prevalência de **uso de risco de álcool** significativamente mais elevada entre estudantes com renda familiar elevada	Sim (OR: 2.87; IC: 1.31-6.28)
Prevalência de **uso de risco de álcool** significativamente mais elevada entre estudantes mais jovens	Não (38.3%; ≥ 21 anos *vs* 21.9%;18 a 20 anos; p=0.01)
Prevalência de **uso de risco de álcool** significativamente mais elevada aqueles que não praticam atividade física	Não (35.0%; Sim *vs* 20.0%; Não; p=0.02)
Prevalência de **uso de risco de álcool** significativamente mais elevada aqueles sem religião	Não (p>0.05)
Prevalência de **uso de risco de álcool** significativamente mais elevada entre estudantes que receberam trote abusivo	Sim (OR: 3.29; IC:1.54-7.03)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABDULRAHMAN, A. Perceptions of the educational environment of a new medical school, Saudi Arabia, **International Journal of Health Sciences**, 7(2), 2013.

ABDULGHANI, H. M.; ALKANHAL, A. A.; MAHMOUD, E. S.; PONNAMPERUMA, G. G.; ALFARIS, E. A. Stress and Its Effects on Medical Students: A Cross-sectional Study at a College of Medicine in Saudi Arabia. **Journal of Health, Population, and Nutrition**, 29(5):516-522, 2011.

ABDULGHANI, H. M. Stress and depression among medical students: a cross sectional study ate a medical college in Saudi Arabia. **Pak J Med Sci**; 24(1):12-17, 2008.

ADAY, L. At Risk in America: The Health and Health Care Needs of Vulnerable Populations in the United States, **The New England Journal of Medicine**, 329:671, 1993.

AKERMAN, M. et al. Revelando Fatos, Sentidos, Afetos e Providências sobre o Trote em uma Faculdade de Medicina: Narrativa de uma Experiência. **Revista Brasileira de Educação Médica**; 36 (2):249 – 254; 2012.

ABURN, G.; GOTT, M.*;* HOARE, K. What is resilience? An Integrative Review of the empirical literature*.* **Journal of Advanced Nursing** 00*(*0*),* 000–000, 2016.

ALMEIDA, J. P.; PEREIRA, M. G.; FONTOURA, M. Variáveis individuais e familiares na adesão ao tratamento, controle metabólico e qualidade de vida em adolescentes com diabetes tipo 1. **Revista SBPH**, v.15 n.1, 2012.

ALMEIDA-FILHO, N.; COUTINHO, D. Causalidade, contingência, complexidade: o futuro do conceito de risco. **PHYSIS**: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 17(1):95-137, 2007.

AL-NAGGAR, R. A. et al. The Malaysia DREEM: perceptions of medical students about the learning environment in a medical school in Malaysia. **Journal of Advances in Medical Education and Pratice**, 5:177–184, 2014.

ALZAHEM, A. M.; VAN DER MOLEN, H. T.; BOER, B. J. Effect of year of study on estresse levels in male undergraduate dental students **Advances in Medical Educational Practice**, 4:217-222; 2013.

AMARAL, G. A. et al Sintomas depressivos em acadêmicos de Medicina da Universidade Federal de Goiás: um estudo de prevalência. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul,** 30(2):124-130, 2008.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **DSM-5**: manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. 992p.

ANDRADE, A.G. et al. Alcohol and other drug use among Brazilian college students: effects of gender and age. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, 2012.

ANDRADE, A.G. et al. Fatores de risco associados ao uso de álcool e drogas na vida, entre estudantes de Medicina do Estado de São Paulo. **Revista ABP-APAL**; 19(4):117-26; 1997.

ANSELMI, L.; BARROS, F.C.; MINTEN, G.C.; GIGANTE, D.P.; HORTA, B.L.; VICTORA, C.G. Prevalence and early determinants of common mental disorders in the 1982 birth cohort, Pelotas, Southern Brazil. **Rev Saude Publica**.;4(2):26-33; 2008

ARAUJO, et al. Coping strategies for craving management in nicotine dependent patients. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, 31(2):89-94, 2009.

ARMELI, S.; SULLIVAN, T. P.; TENNEN, H. Drinking to Cope Motivation as a Prospective Predictor of Negative Affect, **Journal of Studies on Alcohol and Drugs**,76(4):578-84, 2015.

ARRUDA, P. V. As relações entre alunos e professores. In Millan e cols. **O Universo Psicológico do Futuro Médico: vocação, vicissitudes e perspectivas**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.

ANTONIAZZI, A. S.; DELL'AGLIO, D. D.; BANDEIRA, D. R. O conceito de coping: uma revisão teórica. **Estudos em Psicologia** [online], 3(2): 273-294, 1998.

Bacchi, S.; Licinio, J. Resilience and Psychological Distress in Psychology and Medical Students. **Academic Psychiatry**, 2016.

BAEZA‐VELASCO, C. et al. Increased tobacco and alcohol use among women with joint hypermobility: a way to cope with anxiety? **Rheumatology International**, 35:177–181, 2015.

BAKHSHIALIABAD, H., BAKHSHI, M., HASSANSHAHI, G..Students' perceptions of the academic learning environment in seven medical sciences courses based on DREEM. **Journal of Advances in Medical Educucation and Practice**. 2015 Mar 23;6:195-203.

BANDURA, A. **Social Foundantions of Thought & Action – A Social Cognitive Theory.** Englewood Cliffs: Prentice Hall, 1986.

BABOR, T. F. et al. - AUDIT - The alcohol use disorders identification test: guidelines for use in primary health care. **WHO (World Health Organization**), 4:1-29, 1992.

BABOR, T. F., HIGGINS-BIDDLE, J. C., SAUNDERS, J. B., & MONTEIRO, M. G. The Alcohol Use Disorders Identifi cation Test: Guidelines for use in primary care. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2001.

BARBOR, T.F.; HIGGLE-BIDDLE, J.C. Intervenções breves para uso de risco e nocivo de álcool: manual para uso em atenção primária. Ribeirão Preto: **PAI-PAD,** 2003.

BASTOS, J. L.; BARROS, A. J. D.; CELESTE, R. K.; PARADIES, Y.; FAERSTEIN, E. Age, class and race discrimination: their interactions and associations with mental health among Brazilian university students**. Caderno de Saúde Pública**, 30(1):175-186, 2014.

BECK, A.T.; Ward, C.H; Mendelson, M.; Mock, J.; Erbaugh. An inventory for measuring depression. **Archive of General Psychiatry**, 4: 53-63, 1961.

BEEGHLY, M., CICCHETTI, D. Child maltreatment, attachment and the self-system: Emergence of an internal state lexicon in toddlers at high social risk. **Development and Psychopathology**; 6:5–30. 1994.

BIAGGIO, A. M. B; NATALÍCIO, L. (1979). **Inventário de Ansiedade traço-estado - IDATE,manual**. Rio de Janeiro: Cepa, 2005.

BIAGGIO, A.M.B.; NATALÍCIO, L.; SPIELBERGER, C.D. Desenvolvimento da forma experimental em Português do Inventário de Ansiedade Traço-Estado de Spielberger. **Arquivos Brasileiros de Psicologia Aplicada**, 29, 1977.

BIRO, E.; BALAJTI, I.; ADANY, R.; KOSA, K. Determinants of mental well-being in medical students **Soc Psychiat Epidemiol** 45:253–258, 2010.

BIRO, E.; BALAJTI, I.; ADANY, R.; KOSA, K. Mental health and behaviour of students of public health and their correlation with social support: a cross-sectional study. **BMC Public Health** 2011, 11:871

BLAKEMORE, S.J; MILLS, K.L. Is adolescence a sensitive period for sociocultural processing? **Annual Review of Psychology,** 15-46; 2013.

BLANCO ET AL. Mental health of collegestudents and their non-college-attending peers: results from the National Epidemiologic Study on Alcohol and Related Conditions. **Archive of General Psychiatry,** 65(12):1429-37, 2008.

BONANNO G.A. (2004) Loss, trauma, and human resilience: have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? **American Psychologist** 59(1), 20–8.

BRASIL. **Censo da Educação Superior**, INEP/MEC, 2014.

BRASIL. Lei 8.069, de 13 de Julho de 1990. **Estatuto da Criança e do Adolescente.** Brasília: Ministério da Justiça, 1990.

BRETON, J. J. Protective Factors Against Depression and Suicidal Behaviour in Adolescence. **Cannadian Journal of Psychiatry**, 60(2 Suppl 1):S5–S15, 2015.

BUCHANAN, J. L. Prevention of Depression in the College Student Population: A Review of the Literature. **Archives of Psychiatric Nursing**, 26(1): 21–42, 2012.

BUDESCU, M.; SILVERMAN, L. R.Kinship Support and Academic Efficacy Among College Students: A Cross-Sectional Examination. **Journal of Child and Family Studies**, 25(6):1789–1801, 2016.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI-FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais.PHYSIS: **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 17(1):77-93, 2007.

BYRD, D. R.; MCKINNEY, K. J. Individual, Interpersonal, and Institutional Level Factors Associated With the Mental Health of College Students. **Journal of American College Health**, 60(3):185-93, 2012.

BYRD, L. et al. Sleep Disturbances and Common Mental Disorders in College Students, **Health Behavior Policy Review**. May 1; 1(3): 229–237, 2014.

CAMPBELL-SILLS, L., COHAN, S. L., STEIN, M. B. Relationship of resilience to personality, coping, and psychiatric symptoms in young adults. **Behaviour Research and Therapy**, 44(4):585-99, 2005.

CAMPOS, J. A. B. et al. Síndrome de *Burnout* em graduandos de Odontologia.**Revista Brasileira de Epidemiologia,**15(1): 155-65, 2012

CAPLAN, S. Using focus group methodology for ergonomic design. **Ergonomics**, 33(5), 527-33, 1990.

CARDOSO, H.C. et al.Avaliação da qualidade do sono em estudantes de Medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, 33 (3): 349 – 355, 2009.

CASTAÑO-PEREZ, G. A.; CALDERON-VALLEJO, G. A. Problems associated with alcohol consumption by university students. Rev Lat Am Enfermagem.22(5):739-46, 2014.

CAVESTRO, J. M.; ROCHA, F. L. Prevalência de depressão entre estudantes universitários **Journal of Brasilian Psiquiatry**, 55(4): 264-267, 2006.

CES-Censo da Educação Superior 2013:**Resumo técnico – Brasília: Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira,** 2015.

CHUNG, M. C.; RUDD, H.; WALL, N. Posttraumatic stress disorder following asthma attack (post-asthma attack PTSD) and psychiatric co-morbidity: The impact of alexithymia and coping. **Psychiatry Research**, 197(3), 246–252, 2012.

CIAMPA, A.C. Identidade. In: W. Codo e S. T. M Lane (Orgs.). **Psicologia social: o homem em movimento,** São Paulo: Brasiliense; 58-75, 1984.

CICCHETTI, D. et al. Resilience in maltreated children: Processes leading to adaptive outcomes. **Development and Psychopathology**, 5:629–647,1993.

CICCHETTI, D., ROGOSCH, F. A. The role of self-organization in the promotion of resilience in maltreated children. **Development and Psychopathology,** 9(4):799–817,1997.

CID-10-Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da **CID-10: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas** – Coord. Organização Mundial da Saúde; Trad. Dorgival Caetano – Artes Médicas, 1997.

CLEARY, M. et al. Mental health behaviours among undergraduate nursing students: Issues for consideration. **Nurse Education Today**, 32: 951–955, 2012.

COELHO, I. Z.; BASTOS, J. L.; CELESTE, R. K. Moderators of the association between discrimination and alcohol consumption: findings from a representative sample of Brazilian university students. **Trends Psychiatry Psychother.**, 37(2): 72-81, 2015.

CONCEPCION, T.; BARBOSA, C.; VÉLEZ, J. C.; PEPPER, M.; ANDRADE, A.; GELAYE, B. et al. Daytime Sleepiness, Poor Sleep Quality, Eveningness Chronotype and Common Mental Disorders Among Chilean College Students. **Journal of American College Health**, 62(7), 2014. doi:10.1080/07448481.2014.917652

COSTA, S.M.; DIAS, O.V.; DIAS, A.C.A.; SOUZA, T.R.; CANELA, J.R. Trote universitário: diversão ou constrangimento entre acadêmicos da saúde? **Revista Bioética**, 21(2):350-358, 2013.

COSTA, E. F. E. et al. Sintomas depressivos entre internos de medicina em uma universidade pública brasileira. **Revista da Associação Medica Brasileira**;58(1):53-59, 2012.

COSTA, E. F. O. et al. Common mental disorders and associated factors among final-year healthcare students. **Revista de Associação Medica Brasileira**, 60(6):525-530, 2014.

COSTA, E. F. O.; ANDRADE, T. M.; SILVANY NETO, A. M.; MELO, E. V.; ROSA, A. C. A.; ALENCAR, M. A.; SILVA, A. M. Commom mental disorders among medical students ate Universidade Federal de Sergipe: a cross-sectional study. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, 32(1):11-19; 2010.

COSTA, L. S. M., PEREIRA, C. A. A. O abuso como causa evitável de estresse entre estudantes de medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**; 29(3):185-190, 2005.

CRANFORD, J. A.; EISENBERG, D.; SERRAS, A.M. Substance use behaviors, mental health problems, and use of mental health services in a probability sample of college students. **Addictive Behaviors**, 34:134–145, 2009.

CUNHA, M.A.B. et al. Transtornos psiquiátricos menores e procura por cuidados em estudantes de Medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, 33(3):321-328, 2009.

CURTIS, W. J., Cicchetti, D. Moving research on resilience in to the 21st century: Theoretical and methodological considerations in examining the biological contributors to resilience. **Development and Psychopathology**, 15:773-810, 2003.

DACHEW,B. A.; AZALE B. T.; BERHE G. R. Prevalence of Mental Distress and Associated Factors among Undergraduate Students of University of Gondar, Northwest Ethiopia: A Cross-Sectional Institutional Based Study. Reddy H, ed. **PLoS ONE**.;10(3):e0119464, 2015

DAHAN, H., BEDOS, C. A typology of dental students according to their experience of stress: a qualitative study. **Journal of Dental Education**, 74(2):95-103, 2010.

DAVOREN MP, DEMANT J, SHIELY F, PERRY, I. J. Alcohol consumption among university students in Ireland and the United Kingdom from 2002 to 2014: a systematic review**. BMC Public Health,** 16*:*1–13, 2016*.*

DEASY, C.; COUGHLAN, B.; PIRONOM, J.; JOURDAN, D., MANNIX-MCNAMARA, P. Predictors of health of pre-registration nursing and midwifery students: Findings from a cross-sectional survey. **Nurse Education Today** 36:427-33, 2016.

DEASY, C.; COUGHLAN, B.; PIRONOM, J.; JOURDAN, D.; MANNIX-MCNAMARA, P. Psychological Distress and Coping amongst Higher Education Students: A Mixed Method Enquiry. **PLoS ONE** 9(12): 2014 doi:10.1371/journal.pone.0115193

DEEB, G. R.; BRAUN, S.; CARRICO, C; KINSER, P.; LASKIN, D.; GOLOB DEEB, J. Burnout, depression and suicidal ideation in dental and dental hygiene students. **European Journal of Dental Education** p.1-5: 2017 doi: 10.1111/eje.12259.

DEJONG, W. et al. Pre-gaming: An exploratory study of strategic drinking by college students in Pennsylvania. **Journal of American College Health**, 58:307- 316, 2010.

DELFINO, J. P. et al. Quantifying Insufficient Coping Behavior under Chronic Stress: A Cross-Cultural Study of 1,303 Students from Italy, Spain and Argentina, **Psychopathology**; 48, 230-239, 2015.

DIAZ-VELIZ, G.; MORA, S.; ESCANERO-MARCEN, J. F. Análisis del ambiente educacional tras la implantación del Plan de Bolonia en la Facultad de Medicina de la Universidad de Zaragoza, España: comparación con la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. **Revista de la Fundación Educación Médica**, 16(3), 2013.

DIGDON, N.; LANDRY, K. University students' motives for drinking alcohol are related to evening preference, poor sleep, and ways of coping with stress, **Biological Rhythm Research**, 44(1), 1–11, 2013.

DIVARIS, K. et al., Extracurricular factors influence perceived estresse in a large cohort of Colombian dental students. **Journal Dental Education**, 78(2):213-25, 2014.

DIVARIS, K. Psychological distresse and its correlates among dental students: a survey of 17 Colombian dental schools. **BMC Medical Education**, 13 :91, 2013.

DOSHI, D. et al. Student's Perceptions of the Learning Environment in an Indian Dental School, **Journal of Clinical and Diagnostic Research**, 8(11):ZC39-42, 2014.

DOWNS, M. F.; Eisenberg, D. Help Seeking and Treatment Use Among Suicidal College Students. Journal of American College Health, 60(2): 104-114, 2012.

DYRBYE, L. N., Massie, F. S. Jr, Eacker, A., Harper, W., Power, D., Durning, S. J., Thomas, M. R., Moutier, C., Satele, D., Sloan, J., Shanafelt, T.D.: Relationship between burnout and professional conduct and attitudes among US medical students. **JAMA**, 304:1173–1180, 2010.

DYRBYE, L.N.; THOMAS, M.R.; SHANAFELT, T.D. Systematic Review of Depression, Anxiety, and Other Indicators of Psychological Distress Among U.S. and Canadian Medical Students. **Academic Medicine,** 81(4):354-373, 2006.

EISENBERG, D.; HUNT, J.; SPEER, N. Mental Health in American Colleges and Universities Variation Across Student Subgroups and Across Campuses. **The Journal of Nervous and Mental Disease**, 201(1), 2013.

ELANI, H.W.et al. A sistematic review of estresse in dental students. Journal of Dental Education. 78(2):226-42, 2014.

EL ANSARI, W.; OSKROCHI, R.; HAGHGOO, G. Are students' symptoms and health complaints associated with perceived stress at university? Perspectives from the United Kingdom and Egypt. **Int J Environ Res Public Health**;11(10):9981-10002,2014.

FACHINI, A.; FURTADO, E. F. Uso de álcool e expectativas do beber entre universitários: uma análise das diferenças entre os sexos. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, 29(4): 421-428, 2013.

FAGUNDES, V. L. D.; LUDERMIR, A. B. Common mental disorders among health care students. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, 27(3):194-200, 2005.

FAVERO, M.; PINTO, S.; FERREIRA, F.; MACHADO,F.; CAMPO, A. D.Hazing Violence: Practices of Domination and Coercion in Hazing in Portugal. **Journal of Interpersonal Violence**, 2015, DOI: 10.1177/0886260515619748

FEODRIPPEI, A. L. O.; BRANDÃO, M. C. F.; VALENTEI, T. C. O. Qualidade de Vida de Estudantes de Medicina: uma Revisão. **Revista Brasileira de Educação Médica**, 37 (3) : 418-428; 2013.

FIGLIE, N. B., PILLON, S. C., LARANJEIRA, R. R., & DUNN, J. (1997). Audit indentifica a necessidade de interconsulta específica para dependentes de álcool no hospital geral? **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, 46(11), 589-593.

FIOROTTI, K. P. et al. Transtornos mentais comuns entre os estudantes do curso de medicina: prevalência e fatores associados. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria,** 59(1): 17-23, 2010.

FIGLIE, N. B.; PILLON, S. C.; LARANJEIRA, R. R.; DUNN, J. Audit indentifica a necessidade de interconsulta específica para dependentes de álcool no hospital geral? **Jornal Brasileiro de Psiquiatria***,* 46(11), 589-593, 1997.

FOLKMAN, S. et al. Dynamics of a stressful encounter: Cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. **Journal of Personality and Social Psychology**, 50:992-1003, 1986.

FOLKMAN, S.; LAZARUS, R. S.; GRUEN, R. J.; DELONGIS, A. Appraisal, coping, health status, and psychological symptoms.**Journal of Personality and Social Psychology**, 50(3), 571-579, 1986.

FOLKMAN, S., LAZARUS, R. S. An analysis of coping in a middle-aged community sample*.* **Journal of Health and Social Behavior***,* 21: 219-239, 1980.

FOLKMAN, S., LAZARUS, R. S. If it changes it must be a process: A study of emotion and coping during three stages of a college examination. **Journal of Personality and Social Psychology,** 48, 150-170, 1985.

FONSECA et al. Perceived sources of stress amongst Chilean and Argentinean dental students. European Journal of Dental Education, 17:30–38, 2013.

FONSECA, ML, GUIMARÃES, M. B.; VASCONCELOS, E. M. Diffuse distress and common mental disorders: a bibliographic review. **Rev Atenção Primária à Saúde**, 11(3): 285-94, 2008.

FORMIGA, N.S.; SOUZA, M. A.; COSTA, D.F.M.; GOMES, M.C.S.; FLEURY, L.F.O.; MELO, G. Comprovação empírica de uma medida relacionada ao excessivo consumo de álcool em brasileiros. **LIBERABIT**, 21(1): 91-101, 2015.

FREY,L. L.; BEESLEY, D.; MILLER, M. R. Relational health, attachment, and psychological distress in college woman and men. **Psychology of Woman Quarterly**, 30: 303-311, 2006.

GALLAN, F.; RÍOS-SANTOS, J. V.; Polo, J. RIOS-CARRASCO, B.; BULLÓN, P. Burnout, depression and suicidal ideation in dental students. **Medicina Oral, Patología Oral y Cirugía Bucal.** 19(3):e206-e211,2014;.

GARMEZY, N. Children in poverty: Resilience despite risk. Psychiatry, 56:127-136, 1993.

GARMEZY, N. Development and adaptation: The contributions of the MacArthur Foundation and William Bevan. In__Kessel, F. (Ed). **Psychology, science, and human affairs: Essays in honor of William Bevan.** Westview Press; Boulder, CO:109-124,1995.

GEISNER, I. M.; LARIMER, M. E.; NEIGHBORS, C. The relationship among alcohol use, related problems, and symptoms of psychological distress: Gender as a moderator in a college sample**. Addictive Behaviors**, 29:843–848, 2004.

GIBBONS, C. Stress, coping and burn-out in nursing students. **International Journal of Nursing Studies**, 47(10): 1299 – 1309, 2011.

GLOBAL BURDEN OF DISEASE STUDY (GBD). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries, 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. **The Lancet***,* (15): 60692-4, 2015.

GOLDBERG, D.; HUXLEY, P. **Common Mental Disorders – A bio-social model.** Tavistock/Routledge, 193p. 1993.

GOMATHI, K. G., AHMED, S., SREEDHARAN, J. Causes of Stress and Coping Strategies Adopted by Undergraduate Health Professions Students in a University in the United Arab Emirates. **Sultan Qaboos University Medicine Journal,** 13(3), 437-441, 2013.

GOMES, G., SOARES, A. B. (2013). Inteligência, habilidades sociais e expectativas acadêmicas no desempenho de estudantes universitários. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, 26(4), 780-789.

GONÇALVES, D. A.; MARI, J. J.; BOWER, P.; GASK, L.; DOWRICK, C.; TÓFOLI, L. F.; CAMPOS, M. Brazilian multicentre study of common mental disorders in primary care: rates and related social and demographic factors. **Caderno de Saúde Pública,** 30(3):623-632, 2014.

GONÇALVES, R.J. et al. Quem “Liga” para o psiquismo na Escola Médica? A Experiência da Liga de Saúde Mental da FMB – Unesp. **Revista Brasileira de Educação Médica,** 33(2), 298-306, 2009.

GONZALEZ, V. M.; HEWELL, V. M. Suicidal Ideation and Drinking to Cope Among College Binge Drinkers. **Addictive behaviors,** 37(8): 994–997, 2012.

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

GORTER, R.; FREEMAN, R., HAMMEN, S., MURTOMAA, H., BLINKHORN, A., & HUMPHRIS, G. Psychological stress and health in undergradate dental students: fifth year outcomes compared with first year baseline results from five European dental schools. **European Journal of Dental Education,** 12, 61-68, 2008.

GREENBERG, M. T. Promoting resilience in children and youth: preventive interventions and their interface with neuroscience. **Annals of the New York Academy and Science**,1094:139-50, 2006.

GRIEP, R. H. et al. Apoio social: confiabilidade teste-reteste de escala no Estudo Pró-Saúde. **Caderno de Saúde Pública;** 19:625-34, 2003.

GRIEP, R. H. Validade de constructo de escala de apoio social do Medical Outcomes Study adaptada para o português no Estudo Pró-Saúde. **Caderno de Saúde Pública,** 21(3):703-714, 2005.

GUIMARAES, A. G. C.; FALBOI, G. H.; MENEZES, T.; FALBOI, A. Percepção do Estudante de medicina acerca do ambiente Educacional utilizando o Dreem. **Revista Brasileira de Educação Médica**, 39 (4) : 517 – 526 ; 2015.

GUIMARÃES, K.B.S. Saúde Mental do médico e do estudante de Medicina. Casa do psicólogo, 2007.

GWADZ, M. V. et al. Resilience among young men who have sex with men in New York City. **Sexuality Research and Social Policy**, 3(1):13–21, 2006.

HAGLUND, M. E. et al. Resilience in the third year of medical school: a prospective study of the associations between stressful events occurring during clinical rotations and student well-being. **Academic Medicine;** 84(2): 258-68, 2009.

HAMMOND, S. M. et al. A psychometric appraisal of the DREEM. **BMC Medical Education,** 12:2, 2012.

HARDING TW, ARANGO MV, BALTAZAR J, CLIMENT CE, IBRAHIM HHA, LADRIDO-INACIO L, et al. Mental disorders in primary health care: a study of the frequency and diagnosis in four developing countries. **Psychological Medicine,** 10: 231-41, 1980.

HARRIS, R. C.; MILLICHAMP, C. J.; THOMSON, W. M. N. Z. Stress and coping in fourth-year medical and dental students. **Dental Journal,**111(3):102-8, 2015.

HARTLEY, M.T. Examining the relationships between resilience, mental health, and academic persistence in undergraduate college students.**Journal of American College Health;** 59(7): 596-604, 2011.

HASEGAWA-OHIRA, M.; TODA, M.; MORIMOTO, K. Stress hormone levels in saliva after shogi competition are modified by stress coping strategies. **Environment Health Preventive Medicine**, 16:369–374, 2011.

HEPPNER, P. P.; LEE, D. Maladaptive coping and self-steem as mediators between perfectionism and pshycological distress. **Personality and Individuals Differences**, 48: 469-474, 2010.

HERRERA, C. et al. Evaluación del ambiente educacional pre-clínico en seis Escuelas de Medicina . Revista Medica de Chile, 138: 677-684, 2010.

HIDALGO, M.P.L. et al. Association between mental health screening by self-report questionnaire and insomnia in medical students. **Archive of Neuropsiquiatry**; 59:180-5, 2001.

HIRSCH, C. D.; BARLEM, E. L. D.; ALMEIDA, L. K.; TOMASCHEWSKI-BARLEM, J. G.; FIGUEIRA, A. B.; LUNARDI, V. L. Coping strategies of nursing students for dealing with university stress. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 68(5):501-8, 2015.

HOWE, A.; SMAJDOR, A.; STÖCKL, A. Towards an understanding of resilience and its relevance to medical training. **Medical Education***; 46(4): 349-56, 2012.*

HUIJUN, L. et al. Variables predicting the mental health status of Chinese college students. **Asian Journal of Psychiatry**, 1: 37–41, 2008.

HUMPHRIS, G. et al. Psychological estresse in undergraduate dental students: baseline results from seven European dental schools. **European Journal of Dental Educatio**n, 6: 22–29, 2002.

HUNT,J.; Eisenberg, D.Mental Health Problems and Help-Seeking Behavior Among College Students. **Journal of Adolescent Health**, 46: 3–10, 2010.

IBGE. Censo demográfico 2009 – Estudo e pesquisas – Informação demográfica e socioeconômica, número 26. **Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira 2009** –Disponível em: http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv42820.pdf, acessado em 29 de maio de 2016.

IBRAHIM, A.K. et al. A systematic review of studies of depression prevalence in university students. **Journal of Psychiatric Research**, xxx:1-10, 2012.

IMRAN, N. et al. Medical Students' Stress, Psychological Morbidity, and Coping Strategies: a Cross-Sectional Study from Pakistan, **Academic Psychiatry**, 40:92–96, 2016.

INGRAM, R. E., e Price, J. M. The role of vulnerability in understanding psychopathology. In R. E. Ingram, e J. M. Price (Eds.), **Vulnerability to psychopathology: Risk across the lifespan** (pp. 3–19). New York: The Guilford Press, 2001.

JACKSON, et al. Struggling for legitimacy: nursing students' stories of organizational aggression, resilience and resistance. **Nursing Inquiry***,*18: 102–110, 2011.

JACOB KS, SHARAN P, MIRZA I, GARRIDO-CUMBRERA M, SEEDAT S, MARI JJ, et al. Mental health systems in countries: where are we now? **The Lancet,** 370(9592):1061-77, 2007.

JACOB KS, SHARAN P, MIRZA I, GARRIDO-CUMBRERA M, SEEDAT S, MARI JJ, ET al. Mental health systems in countries: where are we now? Lancet. 2007; 370(9592):1061-77.

JAMA. Suicides of Physicians and the reasons. **JAMA**, v. 290, n.3: 414, 2003.

JOHNSTON, L., D., O' MALLEY, P.M., BACHMAN, J. G., & SHULENBERG, J.E. (2010). **Monitoring the Future national results on adolescent drug use, 1975-2009:** Volume II, College students and adults ages 19-50 (NIH Publication no. 10-7585). Bethesda, MD: National Institute on Drug Abuse.

KARIM, J. et al. The educational environment of the undergraduate medical curriculum at Kuwait University. **Journal of Advances in Medical Education and Pratice, 7**(6):297-303, 2015.

KAY,E. J.; LOWE, J. C. A survey of stress levels, self-perceived health and health-related behaviours of UK dental practitioners in 2005.**British Dental Journal**, 1-10, 2008.

KENDALL, P. C. et al. Issues and Recommendations Regarding Use of the Beck Depression Inventory. **CognitiveTherapy and Research,** 11: 89-299, 1987.

KERR-CORRÊA, F., ANDRADE, A. G., BASSIT, A. Z., & BOCCUTO, N. M. V. F. Uso de álcool e drogas por estudantes de medicina da UNESP. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, 21, 95 -100, 1999.

KERR-CORREA, F.; DALBEN, I.; TRINCA, L. A.; SIMÃO, M. O.; MATTOS, P. F.; RAMOS-CERQUEIRA, A. T. A. ET AL. **I Levantamento do Uso de álcool e de drogas e das condições gerais devida dos estudantes da UNESP**. Série Pesquisa VUNESP; 14: 184p, 1999.

KIM-COHEN, J., TURKEWITZ, R. Resilience and measured gene-environment interactions. **Development and Psychopathology,** 24(4):1297-306, 2012.

KUMAR, S. Perceived sources of stress amongst Indian dental students. European Journal of Dental Education, 13: 39–45, 2009.

Lancet Global Mental Health Group, Chisholm D, Flisher AJ, Lund C, Patel V, Saxena S, et al. Scaling up services for mental disorders - a call for action. **The Lancet**. 2007; 370(9594):1241-

LAWYER, S.et al. Forcible, drug-facilitated, and incapacitated rape and sexual assault among undergraduate women. **Journal of American College Health**, 58, 453-460, 2010.

LAZARUS, A. A. **Psychiatric problems Precipitatated by Trancendental Medication, Psychological Report,** 39:601-602, 1976.

LAZARUS, R.S.; Folkman, S. **Stress, appraisal and coping**, New York, Springer, 1984.

LENAD: Tendência de Consumo de Álcool no Brasil entre 2006 a 2012 - **Comportamentos de Risco entre Jovens Brasileiros**. Disponível em: http://inpad.org.br/. Acessado em: 15 de abril de 2015.

LIÉBANA-PRESA, C.; FERNÁNDEZ-MARTÍNEZ, E.; GÁNDARA, A.R.; MUÑOZ-VILLANUEVA, M. C.; VÁZQUEZ-CASARES, A. M.; RODRÍGUEZ-BORREGO, M. A. Psychological distress in health sciences college students and its relationship with academic engagement **Revista Escola de enfermagem da USP**, 48(4):715-22, 2014.

LIMA, C. T. et al. Concurrent and construct validity of the Audit in urban Brazilian sample. **Alcohol and Alcoholism**, 40: 584-589, 2005.

LIMA, M.C.P.; DOMINGUES, M.S.; RAMOS-CERQUEIRA, A.T.A. Prevalência e fatores de risco para transtornos mentais comuns entre estudantes de Medicina. **Revista de Saúde Pública**; 40:1035-41, 2006.

LIMA, M. C. P. **Sofrimento psíquico e ambiente educacional: um estudo transversal na Faculdade de Medicina de Botucatu**/Maria Cristina Pereira Lima. – Botucatu: [s.n], 012. Tese (livre docência). Universidade Estadual Paulista. Faculdade de Medicina de Botucat, 2012.

LIMA, M. C. P. Sobre trote, vampiros e relacionamento humano nas escolas médicas. **Rev. bras. educ. med.**, 36(3):407-413, 2012 .

LIMA, M.S.; Soares, B.G.O.; Mari, J.J. Saúde e Doença Mental em Pelotas, RS: dados de um estudo populacional. **Revista de Psiquiatria Clínica**, 26(5):225-35, 1999.

LIU, T.; WANG, Z.; ZHOU C.; LI, T. Affect and Self-Esteem as Mediators between Trait Resilience and Psychological Adjustment. **Personality and Individual Differences**, 66:92-97, 2014.

LOPES, C. S.; ABREU, G. A.; SANTOS, D. F.; MENEZES, P. R.; CARVALHO, K. M. B.; CUNHA, C. F. et al. ERICA: prevalência de transtornos mentais comuns em adolescentes brasileiros. **Revista de Saúde Pública**, 50(supl 1):14s, 2016.

LUDERMIR, A. B. Inserção produtiva, gênero e saúde mental. **Caderno de Saúde Pública**, 16:109-18, 2000.

LUTHAR, S. S. Conceptual Issues in Studies of Resilience Past, Present, and Future Research. **Annals of New York Academy of Science,** 1094: 105–115, 2006.

LUTHAR, S. S. Resilience in development: A synthesis of research across five decades. In__Cicchetti, D.; Cohen, DJ. (Ed) **Developmental Psychopathology: Risk, Disorder, and Adaptation.** New York: 740-795, 2006.

LUTHAR, S. S.; CICCHETTI, D.; BECKER, B. The Construct of Resilience: A Critical Evaluation and Guidelines for Future Work. **Child development,** 71(3):543-562, 2000.

LUTHAR, S.; Cicchetti, D.; Becker, B. The construct of resilience-a critical evaluation and guidelines for future work. **Child Development**, 71(3): 543-562, 2000.

LUTHAR, S.S. **Resiliência na primeira infância e seu impacto sobre o desenvolvimento psicológico da criança, Enciclopédia sobre o Desenvolvimento na Primeira Infância, 2011**, Tradução: B&C Revisão de Textos | Revisão técnica: Lucrécia Zavaschi, Hospital de Clínicas de Porto Alegre – Centro de Estudos Luis Guedes | Revisão final: Alessandra Schneider, CONASS. LUTHAR, SS. Poverty and children's adjustment. Sage; Newbury Park, CA: 1999.

MADHAN, B.; RAJPUROHIT, A. S.; GAYATHRI, H. Mental Health of Postgraduate Orthodontic Students in India: A Multi-Institution Survey. **Journal of Dental Education**,76(2):200-9, 2012.

MAERCKER, A.; ZHANG, X. C.; ZHIHUA, G.; KOCHETKOV, Y.; LU, S.; SANG, Z.; YANG, S. et al. Personal value orientations as mediated predictors of mental health: A three-culture study of Chinese, Russian, and German university students International Journal of Clinical Health Psychology,15:8-17, 2015.

MAIA, J.; WILLIANS, L. C. A. Fatores de risco e fatores de proteção ao desenvolvimento infantil: uma revisão da área. **Temas em Psicologia**, 13(2):91-103, 2005.

MARI, J. J.; WILLIANS, P. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ20) in primary care in the city of São Paulo. **Brazilian Journal of Psychiatry**, 148:23-26, 1986.

MARINHO, F.; PASSOS, V. M. A.; FRANCA, E. B. New century, new challenges: changes in the burden of disease profile in Brazil, 1990-2010. **Epidemiol. Serv. Saúde**, 25(4):713-724, 2016 .

MASTEN, A, COATSWORTH, J. D. The development of competence in favorable and unfavorable environments: Lessons from research on successful children. **American Psychologist**; 53:205–220, 1998.

MASTEN, A. S. Ordinary magic: Resilience processes in development. **American Psychologist**, 56 (3): 227–238; 2001.

MASTEN, A. S. Resilience in development: Implications of the study of successful adaptation for developmental psychopathology. In__D. Cicchetti (Ed.), **The emergence of a discipline: Rochester Symposium on Resilience in developmental psychopathology**, 359, Developmental Psychopathology, 1:261–294,1989.

MASTEN, A. S., & COATSWORTH, J. D. The development of competence in favorable and unfavorable environments: Lessons from successful children. **American Psychologist**, 53:205–220,1998.

MASTEN, A. S., BEST, K. M., & GARMEZY, N. Resilience and development: Contributions from the study of children who overcome adversity. **Development and Psychopathology**, 2:425–444; 1990.

MASTEN, A. S., GARMEZY, N. Risk, vulnerability and protective factors in developmental psychopathology. In B. B. Lahey e A. E. Kazdin (Eds.), **Advances in clinical child psychology**, 8, pp.1-52, 1985.

MASTEN, A. S., GEWIRTZ, A. H. **Resiliência no desenvolvimento: a importância da primeira infância. Enciclopédia sobre o Desenvolvimento na Primeira Infância, 2011,** Tradução: B&C Revisão de Textos | Revisão técnica: Lucrécia Zavaschi, Hospital de Clínicas de Porto Alegre – Centro de Estudos Luis Guedes | Revisão final: Alessandra Schneider, CONASS. Disponível em: http://www.enciclopedia-crianca.com/resiliencia/segundo-Especialistas/resiliencia-no-desenvolvimento-importancia-da-primeira-infancia, acessado em 28 de junho de 2015.

MASTEN, A. S., GEWIRTZ, A. H., SAPIENZA, J. K. Resilience in Development: The Importance of Early Childhood University of Minnesota, USA, **Enciclopédia sobre o Desenvolvimento na Primeira Infância, 2011**, Tradução: B&C Revisão de Textos | Revisão técnica: Lucrécia Zavaschi, Hospital de Clínicas de Porto Alegre – Centro de Estudos Luis Guedes | Revisão final: Alessandra Schneider, CONASS.

MASTEN, A. S., GEWIRTZ, A. H., SAPIENZA, J. K., PETERSON, S. M., YATES, T. M., PORTILLA, X. A., GUNNAR, M. R. Resilience in Development: The Importance of Early Childhood. Navigation rapide. **Gene**:1-5, 2013.

MASTEN, A. S., OBRADOVIC, J. Disaster preparation and recovery: Lessons from research on resilience in human development. **Ecology and Society**, 13(9): 2008.

MASTEN, A. S., POWELL,J. L. A resilience framework for research, pol-icy, and practice. In__**Resilience and Vulnerability: Adaptation in the Context of Childhood Adversities**, 2003, S.S. Luthar (Ed): 1–25. Cambridge University Press. New York.

MASTEN, A.; COATSWORTH, J. D. Competence, resilience, and psychopathology. In: Cicchetti, D.; Cohen, D. (Ed) **Developmental psychopathology: Risk disorder and adaptation**. Wiley; New York: 715-752, 1995.

MAVOR, K. I. et al.Beyond prevalence to process: the role of self and identity in medical student well-being. **Medical Education**, 48*:* 351–360.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão Integrativa: Método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Contexto Enfermagem**, v.17, n.4, pp.758-764, 2008.

MÉNDEZ, E. B. **Uma versão brasileira do AUDIT - Alcohol Use Disorders Identification Test.** Dissertação de Mestrado nãopublicada, Universidade Federal de Pelotas, RS, 1999.

MENDOZA-SASSI, R. A.; BÉRIA, J.U. Prevalence of alcohol use disorders and associated factors: A population based study using AUDIT in southern Brazil. **Addiction**, 98: 799-804, 2003.

MILES, S., SWIFT, L., LEINSTER, S.J. The Dundee Ready Education Environment Measure (DREEM): a review of its adoption and use. **Medical Teache**r, 34(9):e620-34, 2012.

MILLAN, L. R.; ROSSI, E.; DE MARCO, O. L. N. O suicídio entre estudantes de Medicina. **Revista do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo**, v. 45, n. 3, p. 145-149, 1990.

MILLAN, L.R., et al. **O universo psicológico do futuro médico: vocação, vicissitudes e perspectivas.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.

MOFFITT, T. E.; CASPI, A.; RUTTER, M. Strategy for investigating interactions between measured genes and measured environments. **Archives of General Psychiatry,** 62, 473–481, 2005.

MORAN, P. B., Eckenrode, J. Protective personality characteristics among adolescent victims of maltreatment. **Child Abuse and Neglect**,16:743–754, 1992.

MULLIGAN, E. J.; GEORGE, A. M.; BROWN, P. M. Social anxiety and drinking game participation among university students: the moderating role of drinking to cope. **The American Journal of Drug and Alcohol Abuse,** 22: 1-9, 2016.

MURRAY, C. J. L. *et al.* Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. **The Lancet**, 380: 2197–2223, 2012.

MURPHY, D. A.; MARELICH, W. D. Resiliency in Young Children Whose Mothers are Living with HIV/AIDS. **AIDS Care,** 20(3): 284–291, 2008.

MYINT, K.; SEE-ZIAU, H.; HUSAIN, R.; ISMAIL, R. Dental Students' Educational Environment and Perceived Stress: The University of Malaya Experience Malays. **Journal of Medical Sciences**, 23(3): 49–56, 2016.

NEVES, M. C. C.; Dalgalarrondo, P. Transtornos mentais auto-referidos em estudantes universitários. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, 56(4): 237-244, 2007.

NEVEU, D. et al. Students perceived estresse in academic programs: Consequences for its management. **Revue d'E´ pide´miologieet de Sante´ Publique**, 60:255–264, 2012.

NICHIATA, L. Y. I. et al. The use of the "vulnerability" concept in the nursing area. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**,16(5):923, 2008.

NOGUEIRA-MARTINS, L.S. Saúde Mental dos profissionais da saúde. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, 1(1), 56-68, 2003.

NUNES, J. M. et al. Consumo de bebidas alcoólicas e prática do binge drinking entre acadêmicos da área da saúde. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 94-99, 2012 .

O'DOUGHERTY-WRIGHT, M. et al. Long-term effects of massive trauma: Developmental and psychobiological perspectives. In__Cicchetti, D.; Toth, SL. (Ed) Rochester Symposium on Developmental Psychopathology: **Developmental perspectives on trauma,** Vol. 8. University of Rochester Press; Rochester, NY: 181-225, 1997.

O'HARA, R. E.; ARMELI, S.; TENNEN, H. Drinking-to-Cope Motivation and Negative Mood–Drinking Contingencies in a Daily Diary Study of College Students. **Journal of Studies on Alcohol and Drugs,** 75(4), 606–614, 2014.

OLIVEIRA FILHO, G. R.; VIEIRA, J. E.; SCHONHORST, L. Psychometric properties of the Dundee Ready Educational Environment Measure (DREEM) applied to medical residents. **Medical Teacher.** 2005 Jun;27(4):343-7.

Organização Mundial da Saúde – **OMS (2003):** disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/multimedia/adolescente/adolejuventu2.swf, acessado 27 de novembro de 2013.

_____._Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – **CID-10.** Disponível em http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/cid10.htm, acessado em 03 de janeiro de 2017.

_____**OMS (2010)** I Levantamento nacional sobre o uso de álcool, tabaco e outras drogas entre universitários das 27 capitais brasileiras. Disponível em: http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/documentos/Dados_Estatisticos/Estudantes/328293.pdf, acessado em 27 de novembro de 2013.

ORMEL J.; JERONIMUS, B.F.; KOTOV, M.; RIESE, H.; BOS, E.H.; HANKIN, B. Neuroticism and common mental disorders: Meaning and utility of a complex relationship. **Clinical Psychology Review**. 33(5): 686–697, 2013.

PAI, P. G .; MENEZES, V.; SRIKANTH; SUBRAMANIAN,A. M.; SHENOY, J. P. Medical students' perception of their educational environment. **Journal of Clinical and Diagnostic Research,** 8(1):103-7, 2014.

PALHARES-ALVES, H. N.; PALHARES, N. M.; LARANJEIRA, R.; NOGUEIRA-MARTINS, L. A. ; SANCHEZ, Z. S.. Suicide among physicians in the state of São Paulo, Brazil, across one decade. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, 37(2):146-149, 2015.

PALMGREN, P. J. et al. Exploring perceptions of the educational environment among undergraduate physiotherapy students. **International Journal of Medical Education**.;5:135-146, 2014.

PARADIES, Y. A. systematic Review of empirical research on self-reported racism and health. **Int J Epidemiol**, 35:888-901, 2006.

PASCOE, E. A.; SMART-RICHMAN, L. Perceived discrimination and health: a meta-analytic review. **Psychol Bull**, 135:531-54, 2009.

PARK, H.; HEPPNER, P. P.; LEE, D. Maladaptive coping and self-steem as mediators between perfectionism and pshycological distress. **Personality and Individuals Differences**, 48, 469-474, 2010.

PATEL. V.; ARAYA, R.; CHATTERJEE, S.; CHISHOLM, D.; COHEN, A.; DE SILVA, M. et al. Treatment and prevention of mental disorders in low-income and middle income countries. **The Lancet,** 370(9591):991-1005, 2007.

PATEL, V.; CHISHOLM, D.; PARIKH, R.; CHARLSON, F. J.; DEGENHARDT, L.; DUA, T. et al. Addressing the burden of mental, neurological, and substance use disorders: Key messages from Disease Control Priorities. 3rd edition. **The Lancet**; 387:1672-85, 2016.

PATEL, V. et al. Women, poverty and common mental disorders in four restructuring societies. **Social Science and Medicine**, 49: 1461-71, 1999.

PATEL, V., ARAYA R, CHATTERJEE S, CHISHOLM D, COHEN A, DE SILVA M, et al. Treatment and prevention of mental disorders in low-income and middle income countries. **The Lancet**, 370(9591):991-1005. 2007

PATEL, V., PRINCE, M. Global mental Health: A new global health field comes of age. **JAMA**.;303(19):1976-1977, 2010.

PATEL, V.; ARAYA, R.; CHOWDHARY, N.; KING, M.; KIRKWOOD, B.; NAYAK, S. et al. Detecting common mental disorders in primary care in India: a comparison of five screening questionnaires. **Psychological Medicine,** 38(2), 221–228, 2008.

PAU, A. K.; CROUCHER, R. Emotional intelligence and perceived estresse in dental undergraduates. **Journal of Dental Education**, 67(9):1023-8, 2003.

PEREIRA, M. A. D.; BARBOSA, M. A. teaching strategies for coping with estresse – the perception of medical students. **BMC Medical Education**, 13:50; 2013.

PESCE, R. P. et al. Adaptação transcultural, confiabilidade e validade da escala de resiliência Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 21(2):436-448, 2005.

PEUKER, A. C.; FOGACA, J. BIZARRO, L. Expectativas e beber problemático entre universitários. **Psicologia Teoria e Pesquisa**, 22(2): 193-200, 2006.

PILLON, S. C.; CORRADI-WEBSTER, C. M.Teste de identificação de problemas relacionados ao uso de álcool entre estudantes universitários (AUDIT**). Revista de Enfermagem UERJ**, 14,325-332, 2006.

PILOWSKY, D. J.; ZYBERT, P. A.; VLAHOV, D. Resilient Children of Injection Drug Users. **Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry,** 43(11), 1372–1379, 2004.

PINHEIRO, A. R. O. et al. Percepção de estudantes e professoresem relação ao perfil de formação do nutricionista em saúde pública. **Revista de Nutrição,**25(5):631-643, 2012.

POLETTO, M.; KOLLER, S.H. Contextos ecológicos: promotres de resiliência, fatores de risco e de proteção. **Estudos de Psicologia**, 25(3):405-416, 2008.

PRINCE M, PATEL V, SAXENA S, MAJ M, MASELKO J, PHILLIPS MR, et al. No health without mental health. **The Lancet**. 2007; 370(9590):859-77.

PRYJMACHUK, S.; RICHARDS, D. A. Predicting stress in pre-registration nursing students. British Journal of Health Psychology, 12, 125–144, 2007. **J Am Coll Health**, 62(7): 441–448, 2014.

PRYJMACHUK, S.; RICHARDS, D. A. Predicting stress in pre-registration midwifery students attending a university in Northern England. **Midwifery**, 24(1):108-22, 2008.

PRYJMACHUK, S.; RICHARDS, D. A. Mental health nursing students differ from other nursing students: Some observations from a study on stress and coping. **International Journal of Mental health Nursing**, 16:390-402, 2007.

RAHMAN, N. et al. Perceptions of students in different phases of medical education of the educational environment. **Journal of Advances in Medical Education and Pratice**, 24(6):211-22, 2015.

RAMOS-CERQUEIRA, A. O conceito e metodologia de coping: Existe consenso e necessidade? In R. R. Kerbauy (Org.) **Sobre o comportamento e cognição: Conceitos, pesquisa e aplicação, a ênfase no ensinar, na emoção e no questionamento clínico**, 279-289, 2000.

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

RAMOS-CERQUEIRA, A.T.A A prática pedagógica como processo de comunicação: a relação professor-aluno como eixo: o ponto de vista pedagógico. **Interface (Botucatu),**1(1), 187-192, 1997.

REPPOLD, C. T. et al. Avaliação da resiliência: controvérsia em torno do uso de escalas. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, 25(2), 248-255, 2012.

REZENDE, C.H.A. et al. Prevalência de sintomas depressivos entre estudantes de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia. **Revista Brasileira de Educação Médica,** 32(3):315-23, 2008.

RIBEIRO, M. S.; RONZANI, F. A. T; ALVES, M. J. M. Consumo de substâncias psicoativas entre estudantes de Medicina da UFJF. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria,** 46(12):631-18, 1997.

RICHTERS JE, MARTINEZ PE. Violent communities, family choices, and children's chances: An algorithm for improving the odds. **Development and Psychopathology,** 5:609–627, 1993.

RIOS, I. C., SCHRAIBER, L. B. **Humanização e Humanidades em Medicina.** São Paulo: Editora Unesp; 2012.

RIOS, I.C.; SCHRAIBER, L.B. A special relationship: a study on teacher-studentencounters. **Interface (Botucatu)**, 15(36), 39-51, 2011.

ROCHA, S.V.; ALMEIDA, M.M.G.; ARAUJO, T.M.; VIRTUOSO Jr, J.S. Prevalence of common mental disorders among the residents of urban areas in Feira de Santana, Bahia. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, 13(4):1-11, 2010.

ROCHA, L.A. et al. Consumo de álcool entre estudantes de faculdades de Medicina de Minas Gerais, Brasil. **Revista Brasileira de Educação Médica**,35(3): 369-375, 2011.

ROFF, S.; et al. Development and validation of the Dundee Ready Education Environment Measure (DREEM). **Medical Teacher**,19(4):295-9, 1997.

ROFF, S. The Dundee ready Educational Environment Measure (DREEM) – a generic instrument for measuring students' perceptions of undergraduate health professions curricula. **Medical Teacher**, 27, 322-325, 2005.

ROFF, S.; MCALEER, S.; IFERE, O.S.; BHATTACHARYA, S. A global diagnostic tool for measuring educational environment: comparing Nigeria and Nepal. **Medical Teacher**, 23: 378–382, 2001.

ROSE, D.; GELAYE, B.; SANCHEZ, S.; CASTAÑEDA, B.; SANCHEZ, E.; YANEZ, N. D; WILLIAMS, M. A. Morningness/eveningness chronotype, poor sleep quality, and daytime sleepiness in relation to common mental disorders among Peruvian college students. **Psychology, Health and Medicine**, 20(3):345-52, 2015.

ROFF, S. et al. Development and validation of the Dundee Ready Education Environment Measure (DREEM). **Medical Teacher**,19(4):295-9, 1997.

ROSENBERG, A. R.; YI-FRAZIER, J. P.; WHARTON, C.; GORDON, K.; & JONES, B. Contributors and Inhibitors of Resilience Among Adolescents and Young Adults with Cancer. **Journal of Adolescent and Young Adult Oncology**, 3(4), 185–193, 2014.

ROTENSTEIN, L.S. et al. Prevalence of Depression, Depressive Symptoms, and Suicidal Ideation Among Medical Students: A Systematic Review and Meta-Analysis **JAMA**;6;316(21):2214-2236, 2016.

ROTTHOFF, T. et al. Development and evaluation of a questionnaire to measure the perceived impamentation of the mission statement of a competency based curriculum**. BMC Medical Education**, 12:109, 2012.

ROUQUAYROL, M. Z.; GOLDBAUM, M.; SANTANA, E. W. P. Epidemiologia, história natural e prevenção de doenças. In: Rouquayrol MZ, Gurgel G. (Org) **Epidemiologia e saúde** 5ª ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2013, pp. 11-24.

ROXBURGH, M. Undergraduate student nurses' perceptions of two practice learning models: a focus group study. **Nurse EducationToday**, 34(1): 40-6, 2014.

RUTTER, M. Implications of Resilience Concepts for Scientific Understanding. **Annals of New York Academy of Science**, 1094: 1–12, 2006.

RUTTER, M. Protective factors in children's responses to stress and disadvantage. In__Kent, M. W.; Rolf, J. E. (Ed) **Primary prevention in psychopathology: Social competence in children**. 8. University Press of New England; Hanover, 49-74NH: 1979.

RUTTER, M. Resilience as a dynamic process. **Development and Psychopathology,** 24:335–344, 2012.

SAÏAS, T., DU ROSCOÄT, E., VÉRON, L., GUIGNARD, R., RICHARD, J.-B., LEGLEYE, S. ET AL. Psychological distress in French college students: demographic, economic and social stressors. Results from the 2010 National Health Barometer. **BMC Public Health**, 14, 256, 2014. http://doi.org/10.1186/1471-2458-14-256

SAMEROFF, A. Resiliência precoce e suas consequências para o desenvolvimento. **Enciclopédia sobre o Desenvolvimento na Primeira Infância, Enciclopédia sobre o Desenvolvimento na Primeira Infância, 2011,** Tradução: B&C Revisão de Textos | Revisão técnica: Lucrécia Zavaschi, Hospital de Clínicas de Porto Alegre – Centro de Estudos Luis Guedes | Revisão final: Alessandra Schneider, CONASS.

SAMEROFF, A., L. J. GUTMAN & S.C. PECK. Adaptation among youth facing multiple risks: prospective research findings. In__ S.S. Luthar (Ed), **Resilience and Vulnerability: Adaptation in the Context of Childhood Adversities**, Cambridge, New York: 364–391, 2003.

SANTOS, E.; SIQUEIRA, M. M. Prevalência dos transtornos mentais na população adulta brasileira: uma revisão sistemática de 1997 a 2009. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, 59(3),238-246, 2010 .

SANTOS, K. O. B.; ARAÚJO, T. M.; OLIVEIRA, N. F. Estrutura fatorial e consistência interna do *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20) em população urbana. **Caderno de Saúde Pública**,25(1):214-222, 2009.

SANTOS, T. M. et al. Aplicação de um instrumento de avaliação do grau de depressão em universitários do interior paulista durante a graduação em Enfermagem. **Acta Sciences**, 25(2): 171-176, 2003.

SANTROCK, W. J. **Adolescência**,14º Ed, Rio de janeiro: Artmed, 2014.

SAPIENZA, G.; PEDROMÔNICO, M. R. M. Risco, proteção e resiliência no desenvolvimento da criança e do adolescente. **Psicologia em estudo**, 10 (2):209-216, 2005.

SARACENO B, VAN OMMEREN M, BATNIJI R, COHEN A, GUREJE O, MAHONEY J, et al. Barriers to improvement of mental health services in low-income and middle income countries. **The Lancet.** 2007; 370(9593):1164-74.

SARACENO B, VAN OMMEREN M, BATNIJI R, COHEN A, GUREJE O, MAHONEY J, ET al. Barriers to improvement of mental health services in low-income and middle income countries**. The Lancet**. 2007; 370(9593):1164-74.

SAVÓIA, M. G., SANTANA, P., EMEJIAS, N. P. Adaptação do inventário de estratégias de coping de Folkman e Lazarus para o português. **Psicologia USP**, 7 (1-2): 183-201, 1996.

SAXENA, S., THORNICROFT, G., KNAPP, M., WHITEFORD, H. Resources for mental health: scarcity, inequity, and inefficiency. Lancet. 2007; 370(9590):878-89.

SCHIEKIRKA, S. et al. Students perceptions of evaluation in undergrate medical students:a qualitative studyfrom one medical school. BMC Medical Education,12:45, 2012.

SCHMIDT, M.I.; DUNCAN, B. B.; SILVA, G. A.; MENEZES, A. M.; MONTEIRO, C. A.; BARRETO, S. M.; CHOR, D. et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. **The Lancet**, 2011. doi:10.1016/S0140-6736(11), 60135-9.

SEIDL, E. M. F.; TRÓCCOLI, B. T.; ZANNON, C. M. L. C. Análise Fatorial de Uma Medida de Estratégias de Enfrentamento.Psicologia: **Teoria e Pesquisa**, 17(3):225-234, 2001.

SELYE, H. **Stress a tensão da vida** (2a ed.). São Paulo: Ibrasa, 1965.

SHEHNAZ, S. I., SREEDHARAN, J. Students' perceptions of educational environment in a medical school experiencing curricular transition in United Arab Emirates. **Medical Teacher**, 33: e37–e42, 2011.

SHI, M.; LIU, L.; WANG, Z. Y.; WANG, L. The mediating Role of Resilience in the Relationship between Big Five Personality and Anxiety among Chinese Medical Students: A Cross-Sectional Study. **PLOSON**E 10(3): 2015. Doi: e0119916.doi:10.1371/journal. pone.0119916

SILVA, A. G.; CERQUEIRA, A. T. A. R.; LIMA, M.C.P.Social support and common mental disorder among medical students. **Revista Brasileira de Epidemiologia,** 17(1):229-242, 2014.

SILVA, L. V. R. et al . Factors associated with drug and alcohol use among university students. **Revista de Saúde Pública,** v. 40, n. 2, p. 280-288, 2006.

SILVA, P. O. ; CAVALCANTE-NETO, J. P. Associação entre níveis de atividade física e transtorno mental comum em estudantes universitários. **Revista Motricidade,** 10(1): 49-592014.

SILVA, Érika Correia; TUCCI, Adriana Marcassa. Estudo transversal sobre o uso de risco de álcool em uma amostra de estudantes de uma universidade federal brasileira. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, 63(4): 317-325, 2014.

SILVA, É. C.; TUCCI, A. M. Padrão de consumo de álcool em estudantes universitários (calouros) e diferença entre os gêneros. **Temas psicologia,** 24(1): 313-323, 2016.

SILVER, H.K., GLICKEN, A.D. Medical student abuse: incidence, severity and significance. **JAMA**, n.263, 527-32, 1990.

SKINNER, E. A., ZIMMER-GEMBECK, M. J. The development of coping. **Annual Review of Psychology**, 58:119-144, 2007.

SLAVIN, S. J. Medical student mental health : Culture, environment, and the need for change. **JAMA**, 316(21): 2195-96, 2016.

SMITH, E. T. M.; WESSEL, M. T. Alcohol, Drugs, and Links to Sexual Risk Behaviors among a Sample of Virginia College Students, **Journal of Drug Education,** 41: 1-16; 2011.

SOARES, A. B. et al. O impacto das expectativas na adaptação acadêmica dos estudantes no Ensino Superior, **Psico-USF,** 19(1), p. 49-60, 2014.

SOARES, A. P. C., ALMEIDA, L. S., GUISANDE, M. A. Ambiente acadêmico Y adaptación a la Universidad: um estudo com estudiantes de 1º ano de la Universidad do Minho. **Revista Iberoamericana de Psicología y Salud,** 2 (1): 99-121; 2011.

SOUZA, F. G. M., MENEZES, M. G. C. Estresse nos estudantes de Medicina da Universidade Federal do Ceará. **Revista Brasileira de Educação Médica,** 29(2): 91-6, 2005.

SOUZA, M. V. C., LEMKUHLI, I., BASTOS, J. L. Discriminação e sofrimento psíquico de graduandos da Universidade Federal de Santa Catarina, **Revista Brasileira de Epidemiologia**, 18(3): 525-537, 2015.

SPIELBERGER, C. D.; GORSUCH, R. L.; LUSHENE, R. E. **State-Trait Anxiety Inventory manual. Palo Alto,** Consulting Psychologists Press, 1970.

STATACORP. 2011. **Stata Statistical Software: Release 12.** College Station, TX: StataCorp LP.

STALLMAN HM Prevalence of psychological distress in university students:implications for service delivery. **Aust Fam Physician**; 37(8):673-7, 2008.

STELKO-PEREIRA, A.C.; WILLIAMNS, L.C.A.; FREITAS, L.C. A validade e consistência interna do questionário de investigação de violência escolar – versão estudantes. **Revista Avaliação Psicológica**, 9(3): 403-11; 2010.

STEMPLIUK, V.A. et al. A Comparative study of drug use among undergraduate students at the University of São Paulo - São Paulo *campus* in 1996 and 2001. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, 27(3): 185-193, 2005.

STRAUB, R. O. **Psicologia da saúde**: uma abordagem biopsicossocial. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 528p., 2014.

TABOADA, N.G.; LEGAL, E.J.; MACHADO, N. Resiliência: em busca de um conceito. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano,** 16(3): 104-113, 2006.

TEMPSKI, P.; SANTOS, I. S.; MAYER, F. B.; ENNS, S. C.; PEROTTA, B. P.; PARO, H. M. S. et al. Relationship among Medical Student Resilience, Educational Environment and quality of life. **PLOSONE**, 2015, DOI:10.1371/journal.pone.0131535.

TESFAYE, A. Prevalence and correlates of mental distress among regular undergraduate students of Hawassa University: a cross sectional survey. East **African Journal of Public Health**, 6(1):85-94, 2009.

THURBER, C. A., WALTON, E. A. Homesickness and adjustment in university students. **The Journal of American College Health**; 60(5):415-9, 2012.

THOMPSON, E.R. "Development and Validation of an International English Big-Five Mini-Markers". **Personality and Individual Differences. 45** (6): 542–548, 2008.

TORRES. A. R. et al. Obsessive-Compulsive Symptoms in Medical Students: Prevalence, Severity, and Correlates, **Academic Psychiatry**, 40:46–54, 2016.

TOVAR, L. A. A. et al. Consumo de Bebidas Alcohólicas y factores relacionados en Estudiantes de Odontología, **Revista de Clínica Médica da Família,** 3 (2): 93-98, 2010.

TRONCON, L. E. A. Ambiente Educacional. **Medicina (Ribeirão Preto);**47(3): 264-71, 2014.

TURISCO, J. L.; Payá, R.; Figlie, N. B.; Laranjeira, R. As pessoas que precisam, procuram o tratamento para alcoolismo? **Jornal Brasileiro de Psiquiatria,** 49(9), 319-20. 2000.

UNICEF-Situação mundial da infância 2011: **Adolescência: Uma fase de oportunidades**. Disponível em: http://www.unicef.org/brazil/pt/br_cadernoBR_SOWCR11%283%29.pdf, acessado em 27 de novembro de 2013.

VALLE, J.E. et al. Bullying, vitimização por funcionários e depressão: Relações com o engajamento emocional escolar. **Revista Quadrimestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional**, SP; 19(3): 463-473, 2015.

VALLILO, N. G.; Danzi Junior, R., Gobbo, R.; Novo, N. F.; Hubner, C. K Prevalência de sintomas depressivos em estudantes de medicina. **Revista Brasileira de Clínica Médica**, 9(1): 36-41, 2011.

VÁZQUEZ, F.L.; OTERO, P.; DÍAZ, O. Psychological distress and related factors in female college students. **J Am Coll Health**. 60(3):219-25; 2012.

VERGER; P.; COMBES; J.; KOVESS-MASFETY, V.; CHOQUET, C.; GUAGLIARDO, V.; ROUILLON, F. et al. Psychological distress in first year university students: socioeconomic and academic stressors, mastery and social support in young men and women. **Social Psychiatry *and* Psychiatric Epidemiology***,* 44:643–65. 2009.

VIANA, M. C.; ANDRADE, L. H. Lifetime prevalence, age and gender distribution and age-of-onset of psychiatric disorders in the São Paulo Metropolitan Area, Brazil: results from the São Paulo Megacity Mental Health Survey. **Revista Brasileira de Psiquiatria,** 34(3):249-60, 2012.

VICTORA, C. G.; HUTTLY, S. R.; FUCHS, S. C.; OLINTO, M. T. The role of conceptual frameworks in epidemiological analysis: a hierarchical approach. **International Journal of Epidemiology**,26(1):224-7, 1997.

VIEIRA, J. E.; PATROCINIO, T. N. M.; ARRUDA, M. M. Directing student response to early patient contact by questionnaire. **Medical Education**, 2003;37(2):119-25.

VOLCAN, S. M. A. et al. Relação entre bem-estar espiritual e transtornos psiquiátricos menores: estudo transversal. **Revista de Saúde Pública**, 37: 440-5, 2003.

VOS, T. et al. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries, 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study **The Lancet**, Volume 386 , Issue 9995 , 743 – 800, 2013.

ZALAF, M. R.; FONSECA, R. M. G. S. Uso problemático de álcool e outras drogas em moradia estudantil: conhecer para enfrentar. **Revista Escola de Enfermagem USP**, 43(1): 132-138, 2009 .

WAGNILD, G. M.; Young, H.M. Development and psychometric evaluation of resilience scale.Journal of Nursing Measurement, 1:165-78, 1993.

WALKER, R.; STEPHENS, R. S. Protective behavioral strategies mediate problem-focused coping and alcohol use in college students. **Addictive Behaviours,** 39(6):1033-7, 2014.

WARBAH, L.; SATHIYASEELAN, M.; VIJAYAKUMAR, C.; VASANTHARAJ, B.; RUSSELL, S.; JACOB, K. S. Psychological distress, personality, and adjustment among nursing students. **Nurse Education Today**, 27(6):597-601, 2007.

WANG, Z., KOENIG, H.G., MA, H., SHOHAIB, S. A. Religion, Purpose in Life, Social Support, and Psychological Distress in Chinese University Students. **J Relig Health**, 55:1055, 2016.

WEI, M.; LIAO, K. Y.; HEPPNER, P. P.; CHAO, R. C.; KU, T. Y. Forbearance coping, identification with heritage culture, acculturative stress, and psychological distress among Chinese international students. **J Couns Psychol,**;59(1):97-106, 2012.

WEINMAN, J. **An outline of psychology as applied to medicine**. ___2°Ed. London SE1 9RT, 1987.

WENCESLAU, L.D., ORTEGA, F.. Mental health within primary health care and Global Mental Health: international perspectives and Brazilian context. **Interface (Botucatu).** 2015; 19(55):1121-32.

WERNER, E. E.; BIERMAN, JM.; FRENCH, FE. The children of Kauai Honolulu. **University of Hawaii Press**:Hawaii, 1971.

WERNER, E. E.; Smith, R. S. Overcoming the odds: High risk children from birth to adulthood. Ithaca, NY: **Cornell University Press,** 1992.

WERNER, E.; SMITH, R. Kauai's children come of age. **University of Hawaii Press**; Honolulu: 1977.

WEXLER M. Mental health and dental education. **Journal of Dental Education;**42(2):74–7, 1978.

WINGO, A. P. et al. Moderating effects of resilience on depression in individuals with a history of childhood abuse or trauma exposure. **Affective Disorder**; 126(3): 411–414, 2010.

WOLF, J. M.; CROCKETT, L. J. The role of deliberative decision making, pareting, and friends in adolescent risk behaviors. **Journal of Youth and Adolescence**, 2011 (in press).

WRIGHT, M. O., MASTEN, A. S., NARAYAN, A. J. Resilience Processes in Development: Four Waves of Research on Positive Adaptation in the Context of Adversity In:__ S. Goldstein and R.B. Brooks (eds.), **Handbook of Resilience in Children**, 2011.

YUSOFF, M. S. B. The Dundee Ready Educational Environment Measure: A Confirmatory Factor Analysis in a Sample of Malaysian Medical Students. **International Journal of Humanities and Social Science**, 2(16), 2012.

YUSSUF, A. D. et al. The correlates of estresse, coping styles and psychiatric morbidity in the first year of medical education at a Nigerian University. **African Journal of Psychiatry**, 16:206-215, 2013.

ZAMBOANGA, B., L. et al Pregaming in high school students: Relevance to risk drinking practices, alcohol, cognitions, and the social drinking context. **Psychology of Addictive Behaviors**, 25:340- 345, 2011.

ZHANG, X. et al. Stress, coping and suicide ideation in Chinese college students. **Journal of Adolescence**, 35, 683-690n 2012.

ZIMMER-GEMBECK, M. J., SKINNER, E. A. The development of coping across childhood and adolescence: An integrative review and critique of research. **International Journal of Behavioral Development**, 35:1-17, 2011.

ZIVIN, K. Persistence of mental health problems and needs in a college student population. **Journal of Affective Disorders,** 117, 180–185, 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. **Revista Brasileira de Educação Médica**, 30(3), 147-153, 2006.

APÊNDICES

APÊNDICES

APÊNDICE 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Este é um termo e um convite para participar, como voluntário, de uma pesquisa. Por favor, após obter as informações a seguir, e no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final. Caso prefira não participar, não haverá qualquer prejuízo às suas atividades na Faculdade de Odontologia de Piracicaba-FOP/UNICAMP.

Título da Pesquisa: *Saúde mental, condições de vida e comportamentos de estudantes do curso de graduação em Odontologia*

Pesquisador responsável: Karen Mendes Graner

Orientadora: Profa. Dra. Ana Teresa de Abreu Cerqueira.

Telefone para contato: (19) 2106-5276

Justificativa: Esta pesquisa, realizada na Faculdade de Odontologia de Piracicaba, FOP, Universidade Estadual de Campinas, Unicamp, ocorre pela necessidade de se rastrear sofrimento psíquico e as condições de vida de estudantes universitários. É menos frequente observar estudos que investiguem esses aspectos em alunos de Odontologia, obtendo fatores de risco e de proteção para a saúde mental dessa população.

Objetivos: Investigar a saúde mental e as condições de vida dos estudantes do curso de Odontologia da UNICAMP, identificando fatores de risco e de proteção para sofrimento psíquico.

Procedimentos: Os estudantes matriculados no ano de 2014, de todas as séries e que concordarem em participar da pesquisa, responderão ao protocolo contendo questionário com perguntas sobre: características sociodemográficas, uso de álcool e tabaco, auto-avaliação da saúde, história de tratamento psicoterápico anterior e aspectos relacionados à escolha profissional. Serão também investigados, através de instrumentos validados para a população brasileira: apoio social (Escala de Apoio Social), transtorno mental comum - TMC (*Self Reporting Questionnarie*), uso de risco de álcool (*Alchool Use Disorder Identification Test*), ambiente educacional (*Dundee Ready Education Environment Measure*), padrões de enfrentamento (Inventário de Estratégias de *Coping*) e resiliência (Escala de Resiliência).

Desconfortos, Riscos Previsíveis e Benefícios: O participante poderá sentir algum desconforto com relação ao preenchimento do protocolo de pesquisa visto que se trata de uma ampla investigação que requer do aluno cerca de 50 minutos para o término do mesmo. Garante-se total sigilo de todas as informações fornecidas pelos participantes. Para garantir o sigilo, depositarão o TCLE em uma caixa e o protocolo em outra caixa, em momentos distintos, garantindo a não identificação dos alunos. Será também assegurado que, se após responderem o questionário, aqueles que se sentirem mobilizados ou tenham identificado necessidade de esclarecimento e orientação, poderão procurar a pesquisadora que providenciará o encaminhamento adequado, inclusive para o

Serviço de Assistência Psicológica e Psiquiátrica ao Estudante da UNICAMP - SAPPE. Nesses casos, também, a pesquisadora garante total sigilo das informações fornecidas. Os dados fornecidos pelos estudantes no protocolo de pesquisa poderão ser divulgados em reuniões científicas, sem informações pessoais (por exemplo: nome do sujeito), mesmo porque s etrata de uma avaliação do grupo e não de cada aluno. Os participantes poderão receber informações sobre os dados coletados. Todas essas informações serão oferecidas no momento da explicação do TCLE.

Forma de Acompanhamento e Garantia de Esclarecimento: O aluno não terá nenhum prejuízo, em qualquer circunstância, caso não deseje participar da pesquisa. Garante-se que qualquer pergunta ou esclarecimento sobre a pesquisa, solicitado pelo estudante, serão devidamente respondidos. A pesquisadora assume o compromisso de proporcionar toda a informação obtida. Se tiver qualquer dúvida, poderá entrar em contato com Karen, pessoalmente ou por telefone.

Liberdade de Recusar a Participar: O estudante tem a liberdade de deixar de responder ao protocolo a qualquer momento e retirar seu consentimento. A participação nesta pesquisa é voluntária e a retirada do consentimento não implicará em qualquer transtorno ou dano aos alunos.

Garantia de Sigilo: A pesquisadora compromete- se a guardar todas as informações da pesquisa. Os estudantes não serão identificados na medida em que não constarão informações como nome, número de matrícula e outro no protocolo de pesquisa que possibilitem o reconhecimento do mesmo. Ressalta-se que o TCLE e o protocolo serão recolhidos separadamente e arquivados em caixas específicas.

Forma de Ressarcimento: Não há previsão de ressarcimento, pois não há previsão de custos para o participante.

Previsão de indenização: Caso o aluno procure a pesquisadora para orientação, é garantido o devido encaminhamento do aluno ao SAPPE, quando necessário, e o resguardo de todas as informações fornecidas. Mesmo diante de todos os cuidados que serão tomados, caso algum transtorno ocorra aos estudantes, a pesquisadora responsabiliza-se por oferecer o suporte necessário para resolução ou amenização do caso.

Garantia de entrega de copia: É garantida a entrega de uma cópia do presente Termo ao participante.

Consentimento Livre e Esclarecido

Eu,_____, R.G. _____, abaixo assinado, concordo em colaborar com a pesquisa "Saúde mental, condições de vida e comportamentos de estudantes do curso de graduação em Odontologia". Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pela pesquisadora Karen Mendes Graner sobre a pesquisa e os procedimentos nela envolvidos. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isso me cause qualquer penalidade ou interrupção do tratamento.

Por ser verdade, firmo o presente.

Data: _____/_____/_____

_____ _____

Nome do participante Assinatura

_____ _____

Nome do pesquisador Assinatura

Para contato com a pesquisadora:
Pesquisadora: Karen Mendes Graner
Tel: (0xx19) 2106-5276
E-mail: kmendesgra@yahoo.com.br

Em caso de dúvidas quanto aos seus direitos como voluntário de pesquisa, entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa na Faculdade de Medicina de Botucatu, Chacára Butignoli s/n, Rubião Júnior - Botucatu - São Paulo, CEP: 18618-970 (Próximo a FAMESP), telefone (14) 3880-1608, e-mail capellup@fmb.unesp.br e *webpage* http://www.fmb.unesp.br/#!/cep.

APENDICE 2

QUESTIONÁRIO PARA LEVANTAMENTO DE CONDIÇÕES DE VIDA E SAÚDE

Este questionário foi elaborado com o objetivo de estudar diversos aspectos da vida dos alunos da Faculdade de Odontologia de Piracicaba possibilitando 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.

Todas as informações são confidenciais.

BLOCO A

1) Você ingressou na UNICAMP no ano de _____

2) Qual sua idade? |___|___| (anos)

3) Está cursando:
a) 1º Ano
b) 2º Ano
c) 3º Ano
d) 4º Ano

4) Sexo:
a) Masculino
b) Feminino

5) Seu estado civil atual é:
a) Solteiro(a)
b) Casado(a) ou em união consensual
c) Divorciado(a)
d) Viúvo(a)

6) Em Piracicaba, você mora com quem?
a) Pais
b) Cônjuge/Namorado(a)
c) Amigos
d) Sozinho
e) Outros: _____

7) Local de residência:
a) Pensão
b) Hotel
c) Apartamento ou casa sozinho(a)
d) Apartamento ou casa com mais um colega
e) Apartamento ou casa com mais 2 colegas
f) Apartamento ou casa com 3 ou + colegas
g) Apartamento ou casa com familiares
h) Apartamento ou casa com cônjuge/namorado
i) Moradia estudantil

8) Qual o meio de transporte que você mais utiliza para vir à faculdade?
a) carro próprio
b) carona
c) ônibus
d) venho a pé
e) outro _____

9) Frequência de visitas à família:
a) Moro com eles
b) Semanal
c) Quinzenal
d) Mensal
e) Cada 2 meses ou mais

10) Você tem uma religião?
a) não
b) sim, católica
c) sim, evangélica
d) sim, espírita
e) sim, outra _____

11) Qual a importância da religião em sua vida:
a) Muito importante
b) Razoavelmente importante
c) Pouco importante
d) Não se aplica

12) Você trabalhou com remuneração **nos últimos 6 meses**?
a) Não trabalhei
b) Trabalhei período parcial
c) Trabalhei período noturno
d) Esporádico (bicos)
e) Outro_____

13) Você recebe bolsa de estudo?
a) Não
b) Sim, monitoria
c) Sim, FAPESP
d) Sim, PIBIC
e) Sim, PAD
f) Sim, outra_____

14) Qual o grau de escolaridade de seu pai?
a) Primeiro grau incompleto
b) Primeiro grau completo
c) Segundo grau incompleto
d) Segundo grau completo/Superior Incompleto
e) Superior completo
f) Outro_____

15) Qual o grau de escolaridade de sua mãe?
a) Primeiro grau incompleto
b) Primeiro grau completo
c) Segundo grau incompleto
d) Segundo grau completo/Superior Incompleto
e) Superior completo
f) Outro _____

16) Qual a renda mensal de sua família em salários mínimos (salário mínimo= 810 reais) Se seus pais são separados considere a renda total daquele com quem você vive. Se você é casado considere sua renda:
|___|___|___| Salários mínimos

17) Quanto gasta por mês em média para viver aqui em Piracicaba? (em salários mínimos)
|___|___|___| Salários mínimos

18) Com relação a sua mesada você diria que?
a) Não é suficiente
b) É suficiente apesar de ser completada por outras fontes (trabalho, bolsa, etc.)
c) É suficiente e sobra para lazer
d) É suficiente, mas não sobra para lazer
e) Não recebo mesada

19) 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

20) Nos últimos **12 meses**, você sentiu dificuldades para fazer amigos(as) em novos grupos?
a) Não
b) Sim

21) Nos últimos **12 meses**, você se sentiu rejeitado(a) pelo seu grupo de amigos da faculdade?
a) Não
b) Sim

22) Sobre sua adaptação em Piracicaba, você diria que:
a) Está totalmente adaptado
b) Está adaptado
c) Está parcialmente adaptado
d) Está pouco adaptado
e) Não está adaptado

23) Este curso foi a sua primeira opção no vestibular?
a) Não
b) Sim

24) Você está satisfeito com a sua escolha profissional?
a) Totalmente satisfeito
b) Satisfeito
c) Parcialmente satisfeito
d) Insatisfeito
e) Muito insatisfeito

25) Quantos anos de cursinho você fez antes de ingressar em Piracicaba? |___|___| anos

26) Você se sente satisfeito com o curso?
a) Totalmente satisfeito
b) Satisfeito
c) Parcialmente satisfeito
d) Insatisfeito
e) Muito insatisfeito

27) Você já pensou em abandonar o seu curso?
a) Não, nunca.
b) Sim, ainda penso.
c) Sim, mas não penso mais.

28) No **último semestre** você:
a) Não ficou de DP em nenhuma matéria
b) Ficou apenas de DP em 2 disciplinas
c) Ficou. apenas de DP em 3 ou + disciplinas
d) Ficou com uma dependência.
e) Caiu de turma
f) Está no 1º ano.

29) Como você avalia o seu desempenho escolar?
a) Péssimo
b) Ruim
c) Regular
d) Bom
e) Excelente

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

31) Você pratica estas atividades com a freqüência que gostaria?
a) Não
b) Sim

32) Como você avalia a sua saúde?
a) Péssimo
b) Ruim
c) Regular
d) Bom
e) Excelente

33) Você é tabagista
a) Não
b) Sim

34) Pratica atividade física?
a) Não
b) Sim, qual(is)_____

35) Você já foi submetido a trote que você considerou abusivo? a) não b) sim

36) Você já aplicou algum trote que o fez se sentir culpado depois? a) não b) sim

BLOCO B

Assinale com um X em todas as linhas.
Em uma situação de necessidade, excluindo sua família de origem (pai, mãe, irmãos, tios etc) com que freqüência você pode contar com alguém que:

	Nunca	Raramente	As vezes	Quase sempre	Sempre
37) Que o ajude se ficar de cama					
38) Para levá-lo ao médico					
39) Para ajudá-lo nas tarefas diárias se ficar doente?					
40) Para preparar suas refeições, se você não puder prepará-las?					
41) Que demonstre amor e afeto por você?					
42) Que lhe dê um abraço?					
43) Que você ame e que faça você se sentir querido?					
44) Para ouvi-lo, quando você precisar falar?					
45) Em quem confiar ou para falar de você ou sobre seus problemas?					
46) Para compartilhar suas preocupações e medos?					
47) Que compreende seus problemas?					
48) Para dar bons conselhos em situação de crise?					
49) Para dar informação que o ajude a compreender uma determinada situação?					
50) De quem você realmente quer conselhos?					
51) Para dar sugestões de como lidar com um problema pessoal?					
52) Com quem fazer coisas agradáveis?					
53) Com quem relaxar?					
54) Para se divertir junto?					

BLOCO C

QUESTOES DE NÚMERO 54 A 73 REFEREM-SE AO ÚLTIMO MÊS:

	Não	Sim
55) Tem tido dores de cabeça com freqüência?		
56) Tem falta de apetite?		
57) Dorme mal		
58) Assusta-se com facilidade?		
59) Tem tremores de mãos?		
60) Sente-se nervoso(a), tenso(a), preocupado(a)		
61) Tem má digestão?		
62) Tem dificuldade de pensar com clareza?		
63) Tem se sentido triste ultimamente?		
64) Tem chorado mais do que de costume?		
65) Encontra dificuldades para realizar com satisfação suas atividades diárias		
66) Tem dificuldade para tomar decisões?		
67) Tem dificuldades na faculdade (é penoso, causa-lhe sofrimento?)		
68) É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?		
69) Tem perdido o interesse pelas coisas?		
70) Você se sente uma pessoa inútil sem préstimo?		
71) Tem tido a idéia de acabar com a vida?		
72) Sente-se cansado o tempo todo?		
73) Tem sensações desagradáveis no estômago?		
74) Você se cansa com facilidade?		

BLOCO D

Os itens são relativos à sua experiência no curso de graduação atual. Por favor, leia cada informação e avalie de acordo com a sua percepção. Obrigado pelo interesse em responder este questionário.

Por favor, responda os itens abaixo, indicando quando você:

	Discorda Fortemente	Discorda	Não tem Certeza	Concorda	Concorda Fortemente
75) Sou estimulado(a) a participar das aulas					
76) É possível entender os professores em suas aulas					
77) Existe um bom programa de apoio para estudantes estressados					
78) Tenho estado muito cansado(a) para aproveitar este curso					
79) Como estudava antes também funciona neste curso					
80) Professores têm se mostrado pacientes com os doentes					
81) O ensino adotado é freqüentemente estimulante					
82) Os professores ridicularizam os estudantes					
83) Os professores são autoritários					
84) Estou confiante que vou ser aprovado neste ano					
85) O ambiente é tranqüilo durante aulas nas enfermarias					
86) Esta Faculdade é bastante pontual nos cursos					
87) O ensino é centrado no estudante (mais auto-aprendizado)					
88) Raramente me sinto desestimulado(a) neste curso					
89) Tenho bons amigos(as) na Faculdade					
90) O ensino se preocupa em desenvolver minha competência					
91) A prática de colar em provas é comum nesta Faculdade					
92) Os professores conseguem se comunicar bem com pacientes					
93) Minha vida social é boa					
94) O ensino é bastante coeso e focado					
95) Sinto que venho sendo bem preparado(a) para a profissão					
96) O método de ensino se preocupa em desenvolver minha confiança					
97) O ambiente é tranqüilo durante as aulas					
98) O tempo para ensino é bem utilizado					
99) O ensino enfatiza muito o aprendizado de fatos memorizáveis					
100) O ensino do ano anterior me preparou bem para este ano					
101) Tenho boa capacidade de memória para tudo que preciso					
102) Raramente me sinto sozinho(a)					
103) Os professores dão um bom feedback aos estudantes					
104) Tenho oportunidade de desenvolver prática de relacionamento pessoal					
105) Aprendi muito sobre relacionamento pessoal nesta profissão					
106) Os professores nos dão críticas construtivas					
107) Me sinto confortável nas aulas					
108) O ambiente é tranqüilo durante seminários					
109) Tenho achado minha experiência aqui desapontadora					
110) Tenho boa capacidade de concentração					
111) Os professores dão exemplos muito claros					
112) Tenho certeza sobre os objetivos deste curso					
113) Os professores ficam nervosos em sala de aula					
114) Os professores são bem preparados para as aulas					
115) A busca de soluções tem sido desenvolvida neste curso					
116) A satisfação é maior do que o estresse de estudar odontologia					
117) O ambiente me estimula a aprender					
118) O ensino me encoraja a buscar meu próprio aprendizado					
119) Muito do que tenho visto parece importante para odontologia					
120) Moro em um lugar confortável					
121) A importância da educação continuada é enfatizada					
122) O ensino é muito centrado no professor					
123) Me sinto à vontade para perguntar o que quero nas aulas					
124) Os estudantes irritam os professores					

BLOCO E

Qual é sua bebida alcoólica preferida?

---

125) Qual a freqüência 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.

126) Com relação ao consumo de álcool, quantas doses você consome em um dia típico quando está bebendo? (veja quanto vale uma dose abaixo)
a) Nenhuma
b) 1 a 2.
c) 3 a 4
d) 5 a 6
e) 7 a 9
f) 10 ou mais

127) Qual a freqüência com que você consome 6 ou mais doses de bebidas alcoólica em uma ocasião? (veja quanto vale uma dose acima)
a) Nunca
b) Menos que mensalmente.
c) Mensalmente
d) Semanalmente
e) Diariamente ou quase diariamente

128) Qual a freqüência 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

129) Quantas vezes durante o ano passado 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

130) Quantas vezes durante os últimos 12 meses você precisou de uma dose pela manha para sentir-se melhor depois de uma bebedeira?
a) Nunca
b) Menos que mensalmente.
c) Mensalmente
d) Semanalmente
e) Diariamente ou quase diariamente

131) Quantas vezes durante o ano passado 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

132) Quantas vezes durante o ano passado 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

133) Você foi criticado pelo resultado de suas bebedeiras?
a) Não.
b) Sim, mas não no último ano.
c) Sim, durante o último ano.

134) 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 F

USO DE SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL

135) 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.

136) 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.

137) Em caso afirmativo na questão anterior:

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

138) Fez ou faz algum tratamento psiquiátrico ou psicológico?

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

139) Usou algum tipo de medicamento controlado?

a) Não
b) Sim, qual (quais):

_____

_____.

BLOCO G

Leia as afirmações abaixo e atribua pontos conforme abaixo:

(1) Discordo totalmente
(2)Discordo muito
(3) Discordo
(4) Indiferente
(5) Concordo
(6) Concordo muito
(7)Concordo totalmente

140) Quando eu faço planos, levo-os até o fim. ( )

141) Eu costumo lidar com os problemas de uma forma ou de outra. ( )

142) Eu sou capaz de depender de mim mais do que de qualquer outra pessoa. ( )

143) Mantenho interesse pelas coisas é importante para mim. ( )

144) Eu posso me virar por minha conta se eu precisar. ( )

145) Eu sinto orgulho das coisas que realizei em minha vida. ( )

146) Eu costumo aceitar as coisas sem muita preocupação. ( )

147) Eu sou amigo de mim mesmo. ( )

148) Eu sinto que posso lidar com várias coisas ao mesmo tempo. ( )

149) Eu sou determinado. ( )

150) Eu raramente penso sobre o objetivo das coisas. ( )

151) Eu faço as coisas um dia de cada vez. ( )

152) Eu posso enfrentar tempos difíceis porque já experimentei dificuldades antes. ( )

153) Eu sou disciplinado. ( )

154) Eu consigo me manter interessado. ( )

155) Eu normalmente encontro motivos para rir. ( )

156) Minha crença em mim mesmo leva a atravessar tempos difíceis. ( )

157) Em uma emergência, sou uma pessoa com quem as pessoas podem contar. ( )

158) Eu posso geralmente olhar uma situação sob diversas perspectivas. ( )

159) Às vezes eu me obrigo a fazer as coisas, querendo ou não. ( )

160) Minha vida tem sentido. ( )

161) Eu não insisto em problemas que eu não posso resolver. ( )

162) Quando eu estou numa situação difícil, eu normalmente acho uma saída. ( )

163) Eu tenho energia suficiente para fazer o que eu tenho que fazer. ( )

164) Tudo bem se há pessoas que não gostam de mim. ( )

BLOCO H

Leia cada item abaixo e indique, fazendo um X na categoria apropriada, **o que você fez na situação em que se deparou com alguma dificuldade,** de acordo com a seguinte classificação:

0. não usei esta estratégia
1. usei um pouco
2. usei bastante
3. usei em grande quantidade

167. Concentrei-me no que deveria ser feito em seguida, no próximo passo.	0	1	2	3
168. Tentei analisar o problema para entendê-lo melhor.	0	1	2	3
169. Procurei trabalhar ou fazer alguma atividade para me distrair.	0	1	2	3
170. Deixei o tempo passar - a melhor coisa que poderia fazer era esperar, o tempo é o melhor remédio.	0	1	2	3
171. Procurei tirar alguma vantagem da situação.	0	1	2	3
172. Fiz alguma coisa que acreditava não daria resultados, mas ao menos eu estava fazendo alguma coisa.	0	1	2	3
173. Tentei encontrar a pessoa responsável para mudar suas idéias.	0	1	2	3
174. Conversei com outra(s) pessoa(s) sobre o problema, procurando mais dados sobre a situação.	0	1	2	3
175. Me critiquei, me repreendi.	0	1	2	3
176. Tentei não fazer nada que fosse irreversível, procurando deixar outras opções.	0	1	2	3
177. Esperei que um milagre acontecesse.	0	1	2	3
178. Concordei com o fato, aceitei o meu destino.	0	1	2	3
179. Fiz como se nada tivesse acontecido.	0	1	2	3
180. Procurei guardar para mim mesmo(a) os meus sentimentos.	0	1	2	3
181. Procurei encontrar o lado bom da situação.	0	1	2	3
182. Dormi mais que o normal.	0	1	2	3
183. Mostrei a raiva que sentia para as pessoas que causaram o problema.	0	1	2	3
184. Aceitei a simpatia e a compreensão das pessoas.	0	1	2	3
185. Disse coisas a mim mesmo (a) que me ajudassem a me sentir bem	0	1	2	3
186. Inspirou-me a fazer algo criativo.	0	1	2	3
187.Procurei esquecer a situação desagradável.	0	1	2	3
188. Procurei ajuda profissional.	0	1	2	3
189. Mudei ou cresci como pessoa de uma maneira positiva.	0	1	2	3
190. Esperei para ver o que acontecia antes de fazer alguma coisa.	0	1	2	3
191. Desculpei ou fiz alguma coisa para repor os danos.	0	1	2	3
192. Fiz um plano de ação e o segui.	0	1	2	3
193. Tirei o melhor que poderia da situação, que não era o esperado.	0	1	2	3
194. De alguma forma extravasei meus sentimentos.	0	1	2	3
195. Compreendi que o problema foi provocado por mim.	0	1	2	3
196. Saí da experiência melhor do que eu esperava.	0	1	2	3
197. Falei com alguém que poderia fazer alguma coisa concreta sobre o problema.	0	1	2	3
198. Tentei descansar, tirar férias a fim de esquecer o problema.	0	1	2	3
199. Procurei me sentir melhor, comendo, fumando, utilizando drogas ou medicação.	0	1	2	3
200. Enfrentei como um grande desafio, fiz algo muito arriscado.	0	1	2	3
201. Procurei não fazer nada apressadamente ou seguir o meu primeiro impulso.	0	1	2	3
202. Encontrei novas crenças.	0	1	2	3

203. Mantive meu orgulho não demonstrando os meus sentimentos.	0	1	2	3
204. Redescobri o que é importante na vida.	0	1	2	3
205. Modifiquei aspectos da situação para que tudo desse certo no final.	0	1	2	3
206. Procurei fugir das pessoas em geral.	0	1	2	3
207. Não deixei me impressionar, me recusava a pensar muito sobre esta situação.	0	1	2	3
208. Procurei um amigo ou um parente para pedir conselhos.	0	1	2	3
209. Não deixei que os outros soubessem da verdadeira situação.	0	1	2	3
210. Minimizei a situação me recusando a preocupar-me seriamente com ela.	0	1	2	3
211. Falei com alguém sobre como estava me sentindo.	0	1	2	3
212. Recusei recuar e batalhei pelo que eu queria.	0	1	2	3
213. Descontei minha raiva em outra(s) pessoa(s).	0	1	2	3
214. Busquei nas experiências passadas uma situação similar.	0	1	2	3
215. Eu sabia o que deveria ser feito, portanto dobrei meus esforços para fazer o que fosse necessário.	0	1	2	3
216. Recusei acreditar que aquilo estava acontecendo.	0	1	2	3
217. Prometi a mim mesmo(a) que as coisas serão diferentes na próxima vez.	0	1	2	3
218. Encontrei algumas soluções diferentes para o problema.	0	1	2	3
219. Aceitei, nada poderia ser feito.	0	1	2	3
220. Procurei não deixar que meus sentimentos interferissem muito nas outras coisas que eu estava fazendo.	0	1	2	3
221. Gostaria de poder mudar o que tinha acontecido ou como eu senti.	0	1	2	3
222. Mudei alguma coisa em mim, me modifiquei de alguma forma.	0	1	2	3
223. Sonhava acordado (a) ou imaginava um lugar ou tempo melhores do que aqueles em que eu estava.	0	1	2	3
224. Desejei que a situação acabasse ou que de alguma forma desaparecesse.	0	1	2	3
225. Tinha fantasias de como as coisas iriam acontecer, como se encaminhariam.	0	1	2	3
226. Rezei.	0	1	2	3
227. Preparei-me para o pior.	0	1	2	3
228. Analisei mentalmente o que fazer e o que dizer.	0	1	2	3
229. Pensei em uma pessoa que admiro e em como ela resolveria a situação e a tomei como modelo.	0	1	2	3
230. Procurei ver as coisas sob o ponto de vista da outra pessoa.	0	1	2	3
231. Eu disse a mim mesmo(a) "que as coisas poderiam ter sido piores".	0	1	2	3
232. Corri ou fiz exercícios.	0	1	2	3

ANEXOS

ANEXOS

Anexo 1 - Protocolo de aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da FMB/UNESP

FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU -UNESP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Saúde mental, condições de vida e comportamentos de estudantes do curso de graduação em odontologia

Pesquisador: Karen Mendes Graner

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 29203514.2.0000.5411

Instituição Proponente: Departamento de Saúde Pública

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 625.853

Data da Relatoria: 22/04/2014

Apresentação do Projeto:

Ver parecer anterior.

Objetivo da Pesquisa:

Ver parecer anterior.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Ver parecer anterior.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Ver parecer anterior.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Ver parecer anterior.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Os autores responderam adequadamente aos questionamentos encaminhados e realizaram as adaptações necessárias, com exceção da solicitação do número de matrícula no questionário encaminhado.

Foram realizadas algumas modificações na estrutura do projeto, principalmente quanto ao número

Endereço: Chácara Butignolli , s/n
Bairro: Rubião Junior CEP: 18.618-970
UF: SP Município: BOTUCATU
Telefone: (14)3880-1608 E-mail: capellup@fmb.unesp.br

FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU -UNESP

Continuação do Parecer: 625.853

de participantes e aos instrumentos utilizados no questionário a ser aplicado aos alunos, porém, estas não interferiram nos aspectos éticos do mesmo.
Portanto, desde que os autores extraiam o item que solicita o número de matrícula dos alunos do questionário do projeto, considero o mesmo aprovado, sem necessidade de encaminhamento à CONEP.

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

Considerações Finais a critério do CEP:
Projeto de Pesquisa APROVADO, deliberado em reunião EXTRAORDINÁRIA do CEP de 22/04/2014. Solicitamos aos pesquisadores que nos envie ao término deste projeto seu respectivo "RELATÓRIO FINAL DE ATIVIDADES".

BOTUCATU, 25 de Abril de 2014

Assinador por:
Trajano Sardenberg
(Coordenador)

Endereço: Chácara Butignolli , s/n
Bairro: Rubião Junior **CEP:** 18.618-970
UF: SP **Município:** BOTUCATU
Telefone: (14)3880-1608 **E-mail:** capellup@fmb.unesp.br

Anexo 2 - Protocolo de aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da FOP/UNICAMP

FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA - UNICAMP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Saúde mental, condições de vida e comportamentos de estudantes do curso de graduação em odontologia

Pesquisador: Karen Mendes Graner

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 29203514.2.3001.5418

Instituição Proponente: Departamento de Saúde Pública

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 684.818

Data da Relatoria: 11/06/2014

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo de corte transversal, descritivo e analítico, com os estudantes matriculados no ano de 2014, de todas as séries e que concordarem em participar da pesquisa. Estima-se que 320 estudantes respondam ao protocolo de pesquisa contendo questionário com perguntas fechadas e abertas sobre: características sociodemográficas, estilo de vida, auto-avaliação da saúde, histórico de escolha profissional e de tratamento psicológico/psiquiátrico. Serão investigados, também, apoio social (Escala de Apoio Social), transtorno mental comum - TMC (Self Repporting Questionnarie), uso abusivo de álcool (Alchool Use Disorder Identification Test), ambiente educacional (Dundee Ready Education Environment Measure), padrões de enfrentamento (Inventário de Estratégias de Coping) e resiliência (Escala de Resiliência). Será realizada análise descritiva das variáveis categórica, análise univariada e multivariada buscando-se identificar fatores de risco e proteção para os desfechos (sofrimento psíquico e uso de risco de álcool). As variáveis de exposição serão as características sociodemográficas, apoio social, ambiente educacional, modos de enfrentamento e resiliência. Será adotado o nível de significância padrão de $p<0,05$. Integrarão ao modelo, para a análise multivariada, as variáveis com probabilidade igual ou menor que 0,25. A pesquisa está sendo proposta pela Faculdade de Medicina de Botucatu, da UNESP, local onde a pesquisadora responsável realiza seu doutorado no Programa de PG em Saúde

Endereço: Av.Limeira 901 Caixa Postal 52
Bairro: Areião **CEP:** 13.414-903
UF: SP **Município:** PIRACICABA
Telefone: (19)2106-5349 **Fax:** (19)2106-5349 **E-mail:** cep@fop.unicamp.br

FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA - UNICAMP

Continuação do Parecer: 684.818

Coletiva, porém a coleta de dados será realizada com estudantes da FOP, com a colaboração do Prof. Dr. Antonio Bento Alves de Moraes, da área de Psicologia, Departamento de Odontologia Social da FOP. O CEP da FOP foi marcado como instituição co-participante da pesquisa, tendo recebido o protocolo para parecer após a aprovação do CEP da Faculdade de Medicina de Botucatu. O cronograma da pesquisa indica aproximadamente 7 meses para sua execução.

Objetivo da Pesquisa:

Investigar a saúde mental e as condições de vida dos estudantes do curso de Odontologia da FOP-UNICAMP, identificando fatores de risco e de proteção para sofrimento psíquico.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos e benefícios estão apresentados no TCLE. O desconforto/risco diz respeito ao tempo para preenchimento do questionário, que leva aproximadamente 50 minutos. Para minimizar o risco de identificação, nenhum dado do sujeito será coletado no questionário. Como benefícios, garante-se aos participantes o atendimento psicológico que acharem necessário, inclusive no Serviço de Assistência Psicológica e Psiquiátrica ao Estudante da UNICAMP - SAPPE.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Descritos nos demais itens do parecer. A pesquisadora responsável é psicóloga, portanto possui formação necessária para a coordenação da pesquisa.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O protocolo apresenta os documentos exigidos pelo CEP de origem. Com relação aos documentos que cabem à avaliação deste CEP, os pesquisadores apresentaram declaração da Coordenadoria de Graduação da FOP, autorizando a realização do estudo. O TCLE está adequado; nele consta que não haverá coleta de informações do voluntário na ficha de perguntas, garantindo a confidencialidade de seus dados, o que foi confirmado pela pesquisadora em resposta ao CEP, com o anexo da ficha de coleta de dados atualizada (sem coleta de informações sobre dados dos alunos).

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A folha de rosto indica a participação de 400 voluntários, porém em resposta ao CEP anterior foi esclarecido que serão 320, pois atualmente na FOP ainda há apenas 4 turmas ingressantes, apesar do currículo de 5 anos, que gradativamente está sendo implementado.

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Av.Limeira 901 Caixa Postal 52
Bairro: Areião CEP: 13.414-903
UF: SP Município: PIRACICABA
Telefone: (19)2106-5349 Fax: (19)2106-5349 E-mail: cep@fop.unicamp.br

FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA - UNICAMP

Continuação do Parecer: 684.818

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

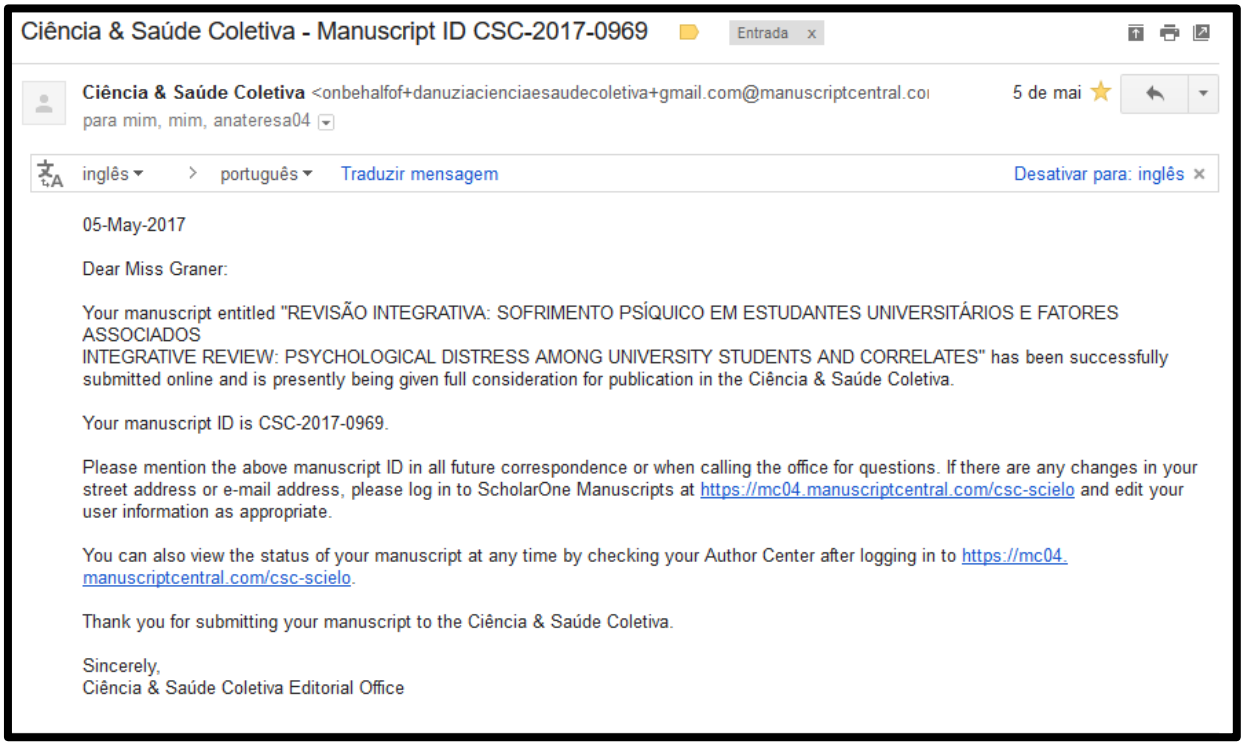
Protocolo CEP-FOP-UNICAMP Co-Par003/14. Discutido e votado em reunião do CEP de 11/06/14.

PIRACICABA, 11 de Junho de 2014

Assinado por:
LIVIA MARIA ANDALÓ TENUTA
(Coordenador)

Endereço: Av.Limeira 901 Caixa Postal 52
Bairro: Areião **CEP:** 13.414-903
UF: SP **Município:** PIRACICABA
Telefone: (19)2106-5349 **Fax:** (19)2106-5349 **E-mail:** cep@fop.unicamp.br

Anexo 3 - Comprovante de submissão da revisão integrativa (Capítulo 1) na Revista Ciência e Saúde Coletiva



Ciência & Saúde Coletiva - Manuscript ID CSC-2017-0969 Entrada x

Ciência & Saúde Coletiva <onbehalfof+danuziacienciaesaudecoletiva+gmail.com@manuscriptcentral.co 5 de mai

para mim, mim, anateresa04

inglês › português Traduzir mensagem Desativar para: inglês ×

05-May-2017

Dear Miss Graner:

Your manuscript entitled "REVISÃO INTEGRATIVA: SOFRIMENTO PSÍQUICO EM ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS E FATORES ASSOCIADOS
INTEGRATIVE REVIEW: PSYCHOLOGICAL DISTRESS AMONG UNIVERSITY STUDENTS AND CORRELATES" has been successfully submitted online and is presently being given full consideration for publication in the Ciência & Saúde Coletiva.

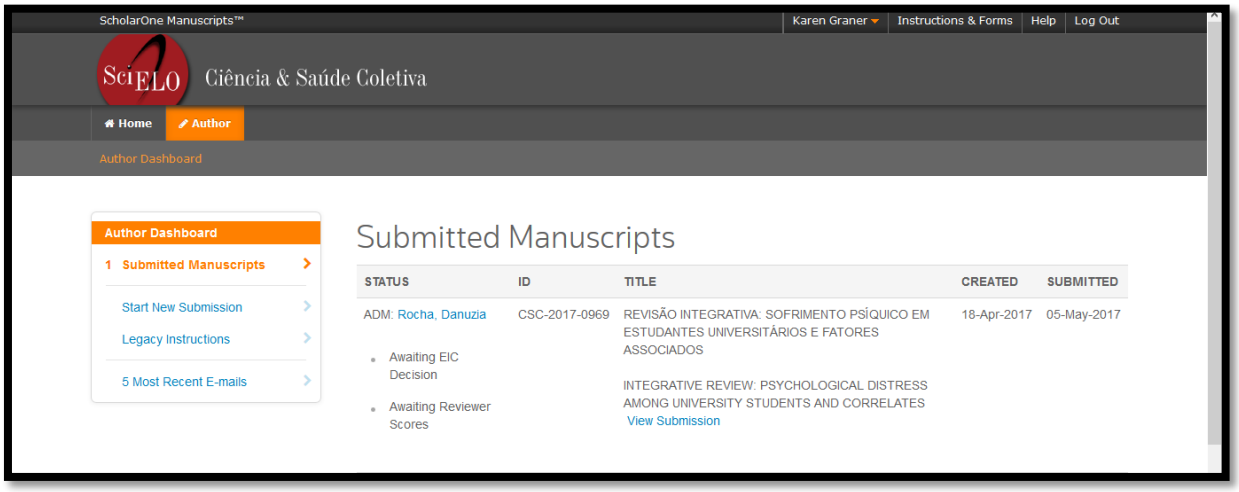
Your manuscript ID is CSC-2017-0969.

Please mention the above manuscript ID in all future correspondence or when calling the office for questions. If there are any changes in your street address or e-mail address, please log in to ScholarOne Manuscripts at https://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo and edit your user information as appropriate.

You can also view the status of your manuscript at any time by checking your Author Center after logging in to https://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo.

Thank you for submitting your manuscript to the Ciência & Saúde Coletiva.

Sincerely,
Ciência & Saúde Coletiva Editorial Office



ScholarOne Manuscripts™ Karen Graner Instructions & Forms Help Log Out

SciELO Ciência & Saúde Coletiva

Home Author

Author Dashboard

Author Dashboard
1 Submitted Manuscripts
Start New Submission
Legacy Instructions
5 Most Recent E-mails

Submitted Manuscripts

STATUS	ID	TITLE	CREATED	SUBMITTED
ADM: Rocha, Danuzia • Awaiting EIC Decision • Awaiting Reviewer Scores	CSC-2017-0969	REVISÃO INTEGRATIVA: SOFRIMENTO PSÍQUICO EM ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS E FATORES ASSOCIADOS INTEGRATIVE REVIEW: PSYCHOLOGICAL DISTRESS AMONG UNIVERSITY STUDENTS AND CORRELATES View Submission	18-Apr-2017	05-May-2017