



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

REBECA JESUMARY GONÇALVES GRYSCHK

**Transtorno mental comum nos estudantes de medicina da
Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP:
uma análise longitudinal**

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

Orientador(a): Prof(a). Dr(a). Maria Cristina Pereira Lima

**Botucatu
2014**

REBECA JESUMARY GONÇALVES GRYSCHKE

**Transtorno mental comum nos estudantes de
medicina da Faculdade de Medicina de Botucatu -
UNESP: uma análise longitudinal**

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

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria Cristina Pereira Lima

**BOTUCATU
2014**

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.
DIVISÃO DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CAMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ROSEMEIRE APARECIDA VICENTE - CRB 8/5651

Gonçalves, Rebeca Jesumary.

Transtorno mental comum nos estudantes de medicina da Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP : uma análise longitudinal / Rebeca Jesumary Gonçalves. - Botucatu, 2014

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Medicina de Botucatu

Orientador: Maria Cristina Pereira Lima

Capes: 40600009

1. Depressão mental. 2. Estudantes de medicina. 3. Stress (Psicologia). 4. Estudos longitudinais. 5. Medicina e psicologia.

Palavras-chave: Epidemiologia; Estresse psicológico; Estudantes de medicina; Estudos longitudinais; Transtornos mentais.

REBECA JESUMARY GONÇALVES GRYSCHK

**TRANSTORNO MENTAL COMUM NOS ESTUDANTES DE MEDICINA DA
FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU - UNESP: UMA ANÁLISE
LONGITUDINAL**

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

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria Cristina Pereira Lima

Comissão Examinadora

Profa. Dra. Maria Cristina Pereira Lima

Departamento de Psicologia, Neurologia e Psiquiatria
Faculdade de Medicina de Botucatu-UNESP

**Profa. Dra. Ana Tereza de Abreu Ramos
Cerqueira**

Departamento de Psicologia, Neurologia e Psiquiatria
Faculdade de Medicina de Botucatu-UNESP

Prof. Dr. Luiz Fernando Tofoli

Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria
Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP

EPÍGRAFE

Estudar Medicina

Tarde nublada, furta-cor, saudade
Eu recolhida à solidão dos livros
Dez mil sintomas, multiplicidade
Um estudar que às vezes é castigo

A virulência e a letalidade
Tumor, rubor, de tais sinais me esquivo
Inflamação, necrose, morbidade
Quero esquecer que sou humana e vivo

A Medicina é árdua e fascinante
Demanda empenho semelhante à rima
Cuidar do homem é nobre tarefa

Mas desumano é o ritmo estafante
Que ao cuidador, aos poucos contamina
Descuida de si mesmo e a vida blefa

“MUKEKA”
*Estudante de medicina do segundo ano da FMB
Poesia premiada no Concurso Foto
Literário da Associação Brasileira de Educação
Médica , ABEM, 2005*

DEDICATÓRIA

**À Elizabeth Regina Jesumary Gonçalves, minha querida mãe, primeira e eterna
“mestra”.**

A João Batista Gonçalves, meu amado pai, amigo e estimado conselheiro.

Ao meu esposo Guilherme Gryschek, companheiro e cúmplice de todos os momentos.

AGRADECIMENTOS

À tutora e querida mestra Maria Cristina Pereira Lima, um verdadeiro “oásis” ao longo de minha jornada na Escola Médica, desde os anos de iniciação científica à fase da residência em psiquiatria e pós-graduação, pela cuidadosa, paciente e amorosa orientação acadêmica, profissional e humana.

Ao meu amado esposo e companheiro Guilherme Gryscek, por carinhosamente partilhar comigo as alegrias, dúvidas, angústias e projetos, contribuindo integralmente para meu equilíbrio e crescimento.

A Jeová Deus, Fonte Suprema da sabedoria, serenidade e equilíbrio, pelo apoio incondicional e amoroso ao longo de minha vida, pela coragem e energia concedida nos momentos mais difíceis de minha caminhada.

À música e à poesia (nas pessoas de Mônica Marsola e Rebecca Brisola), instrumentos essenciais em meu revigoramento psíquico ao longo dos árduos anos de estudo e formação médica.

Às professoras Ana Teresa de Abreu Ramos Cerqueira e Janaína Barbosa de Oliveira, pelos ensinamentos da pós-graduação e pelas contribuições fundamentais a esta dissertação, na fase de qualificação.

À professora Albina Rodrigues Torres, que apoiou a criação e desenvolvimento da Liga Acadêmica de Saúde Mental (LISM) da Faculdade de Medicina de Botucatu desde meu segundo ano do curso médico, reforçando meu interesse pela psiquiatria e pesquisa, acompanhando meu processo de formação até a pós-graduação.

Aos professores e psiquiatras Florence Kerr-Corrêa, José Manuel Bertolotte, Marcos Eberle (in memorian), Sumaia Inaty Smaira, Ronaldo Rossini, Ricardo César Toresan, Érica Luciana Bernardes Camargo, Edson Capone de Moraes Jr. e Érica Vasques Trench, por contribuírem em meu aprendizado e formação como psiquiatra.

Aos queridos e estimados psicólogos Neusa Maria Vilela Fonseca e José Roberto Tozoni Reis, que ampliaram minha compreensão, prática e cuidado em saúde mental; e em especial à minha terapeuta Priscila Tamarozzi Julião de Souza, que tem cuidado de meu sofrimento psíquico e acompanhado integralmente meu processo individualização.

Aos meus pais, Elizabeth Regina Jesumary Gonçalves e João Batista Gonçalves, que sempre estimularam minha dedicação ao estudo, investiram em minhas potencialidades e têm compartilhado comigo cada desafio e conquista.

Ao meu irmão Thiago Jesumary Gonçalves, exemplo de superação e luta, pela possibilidade de abrir as portas à recuperação de toda a família. Aos meus sobrinhos Marcelo e Pedro, pelos momentos de alegria e descontração concedidos à tia “Keka” e ao tio “Ninerme”.

RESUMO

Gonçalves, R.J. **Transtorno mental comum nos estudantes de medicina da Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP: uma análise longitudinal.** Dissertação de mestrado, Programa de pós-graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina de Botucatu- UNESP, 2014.

Objetivos: Estimar a prevalência de transtorno mental comum (TMC) entre os estudantes de medicina da Faculdade de Medicina de Botucatu (FMB) no primeiro (2006) e sexto (2011) anos do curso e analisar a associação com variáveis explanatórias. **Método:** Estudo longitudinal, realizado a partir de uma amostra de estudantes do curso de medicina da FMB em dois momentos, 2006 (1º. ano) e 2011(6º. ano). Foi utilizado questionário para autopreenchimento, investigando características sociodemográficas, apoio social e sofrimento psíquico. Foi estabelecido como desfecho o aumento do escore obtido no SRQ, quando comparado o ano de ingresso e o sexto ano, estudando-se sua associação com as variáveis de exposição. Para a análise multivariada, foi construído um modelo de Regressão Logística Stepwise tipo retrógrado e adotou-se o nível de significância estatística de 5% para rejeição da hipótese de nulidade. **Resultados:** Dos 90 estudantes que compõem a turma de alunos, 67,8% participou nos dois momentos (n=61). Dentre estes, 31,2% (IC 95%: 19,2-43,1) pontuou para TMC no início do curso e 37,7% (IC 95%: 25,2- 50,2) ao final do curso, não havendo diferença significativa entre os dois períodos. Na análise multivariada ajustada para idade, sexo e pensar em abandonar o curso; ter maiores pontuações na escala de apoio interação em 2006 se manteve associado à redução da chance de aumento nos escores no SRQ ao longo do curso (OR= 0,84, IC 95%: 0,72-0,99). **Conclusões:** Apoio interação em 2006 constitui-se um fator de proteção contra o aumento dos escores no SRQ ao longo do curso médico. Tendo em vista a alta prevalência de TMC entre os estudantes de medicina, faz-se necessário mais estudos longitudinais e qualitativos a fim de ampliar a compreensão dos fatores de risco e proteção associados ao adoecimento psíquico desta população. A Escola Médica deve estar atenta à saúde mental dos alunos por promover estratégias de apoio psicológico e reestruturações curriculares que promovam maior interação entre os acadêmicos.

Palavras-chave: Estudantes de Medicina; Estresse Psicológico; Transtornos mentais; Estudos Longitudinais; Epidemiologia.

ABSTRACT

Gonçalves, R.J. **Common mental disorders among medical students of Botucatu Medical School - UNESP: a longitudinal analysis.** Masters' Degree Dissertation, Post-graduate program of Public Health of Botucatu Medical School – UNESP. Botucatu-SP, 2014.

Aim: Estimate the prevalence of common mental disorders among Botucatu Medical School's students on the first (2006) and last year (2011) of the medical course, and analyze its association with the explanatory variables. **Methods:** Longitudinal study based on a sample of Botucatu Medical School's students using a self-administered questionnaire answered in two moments of the medical course (2006 and 2011). Social-demographic characteristics, social support and common mental disorder were investigated. The dependent variable was the increasing score on the Self-Reporting Questionnaire (SRQ) when compared 2006 and 2011 data, analyzing its association with the exposure variables. On the multivariate analyses, it was built a Stepwise Logistic Regression model and $p < 0,05$ was adopted to reject the nullity hypothesis. **Results:** In a class of 90 students, about 67.8% of the medical students have participated in the two moments. Among these, 31,2% (CI 95%: 19,2-43,1) achieved score level to common mental disorders on the beginning of the course and 37,7% (IC 95%: 25,2- 50,2) on the last year; nevertheless there was no significant difference between the two moments. On the multivariate analyses, adjusted for age, sex and 'considering giving up the medical course', those having a higher score on interaction-support scale in 2006 remain linked to a lower chance of rising on the SRQ score along the course (OR=0,84; CI 95% 0,72-0,99). **Conclusion:** Interaction-support in 2006 demonstrated to be a protection factor related to the increasing SRQ score along the medical course. Considering the high prevalence of common mental disorder among the medical students, it is necessary more longitudinal and qualitative studies to increase the comprehension of the risk and protection factors associated with the mental illness of this population. The Medical School must pay attention to the undergraduate's mental health and promote changes through psychological support strategies and curricular restructuring that would allow more interaction of the students with their pars.

Keywords: Students, Medical; Stress, Psychological; Mental disorders; Longitudinal Studies; Epidemiology.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Estudos observacionais brasileiros sobre saúde mental do estudante de medicina	22
Quadro 2 – Estudos observacionais internacionais sobre saúde mental do estudante de medicina.	25

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE ALUNOS DO CURSO DE MEDICINA DA FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU, UNESP, EM 2006 (n=61).....	38
Tabela 2 – MÉDIAS E INTERVALOS DE CONFIANÇA (95%) DOS ESCORES OBTIDOS NA ESCALA DE APOIO SOCIAL DE ALUNOS DO CURSO DE MEDICINA DA FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU, UNESP, EM 2006 E 2011 (n=61).....	40
Tabela 3 – CARACTERÍSTICAS RELATIVAS AO CONVÍVIO SOCIAL E À IMPORTÂNCIA ATRIBUÍDA À RELIGIÃO DE ALUNOS DO CURSO DE MEDICINA DA FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU, UNESP, EM 2006 E 2011 (n=61).....	40
Tabela 4 – VARIÁVEIS RELACIONADAS À SAÚDE DE ALUNOS DO CURSO DE MEDICINA DA FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU, UNESP, EM 2006 E 2011 (n=61).....	41
Tabela 5 – ATIVIDADES EXTRACURRICULARES DE ALUNOS DO CURSO DE MEDICINA DA FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU, UNESP, EM 2006 E 2011 (n=61).....	42
Tabela 6 – ASPECTOS RELATIVOS AO CURSO MÉDICO DE ALUNOS DA FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU, UNESP, EM 2006 E 2011 (n=61).....	44
Tabela 7 – PREVALÊNCIA DE TRANSTORNO MENTAL COMUM (TMC) EM ALUNOS DO CURSO DE MEDICINA DA FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU, UNESP, EM 2006 E 2011 (n=61).....	45
Tabela 8 – RESULTADO DA ANÁLISE UNIVARIADA PARA EXPLICAR A CHANCE DE AUMENTO DO SRQ EM FUNÇÃO DE CADA VARIÁVEL, EM UMA COORTE DE ALUNOS DO CURSO DE MEDICINA DA FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU, UNESP (N=61).....	45
Tabela 9 – REGRESSÃO LOGÍSTICA PARA O AUMENTO DA PONTUAÇÃO OBTIDA COM A APLICAÇÃO DO <i>SELF REPORTING QUESTIONNAIRE</i> ENTRE ALUNOS DO CURSO DE MEDICINA DA FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU, UNESP, EM 2006 E 2011(N=61).....	46

LISTA DE ABREVIATURAS

AUDADIS –IV	Alcohol Use Disorder and Associated Disabilities Interview Schedule – DSM IV Version
AUDIT	Alcohol Use Disorders Identification Test
BAI	Beck’s Anxiety Inventory
BDI	Beck’s Depression Inventory
BHS	Beck’s Hopelessness Scale
BRIEF COPE	Brief Coping Scale
BSI	Beck’s Suicidal Inventory
CES-D	Center of Epidemiologic Studies –Depression Scale
DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – IV Version
EAS	Escala de Apoio Social
EUA	Estados Unidos da América
FMB	Faculdade de Medicina de Botucatu
GHQ	General Health Questionnaire
HESI	Higher Education Stress Inventory
IDATE	Inventário de Ansiedade Traço e Estado
ISE	Inventário de sintomatologia de estresse
JAMA	The Journal of American Medical Association
MATCH IV SCALE	Escala de atitudes em interações sociais
MBI	Maslach Burnout Inventory
MDI	Major Depression Inventory
MINI	Mini International Neuropsychiatric Interview
OLBI	Oldenburg Burnout Inventory
OMS	Organização Mundial de Saúde
PBL	Problem Based Learning
PRIME-MD	Primary Care Evaluation of Mental Disorders
QMPA	Questionário de morbidade psiquiátrica do adulto
SEAPES-FMB	Serviço de Apoio Psicológico ao estudante da FMB
SF-8	Medical Outcomes Study Short Form
SRQ	Self Reporting Questionnaire
TMC	Transtorno Mental Comum
UNESP	Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	13
1.1	Transtorno Mental Comum (TMC): Uma Manifestação Geral do Sofrimento Psíquico.....	15
1.2	O Ensino Médico e a Saúde Mental dos Estudantes	20
2	JUSTIFICATIVA	27
3	OBJETIVOS.....	28
4	HIPÓTESES.....	29
5	MATERIAL E MÉTODO.....	30
6	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	36
7	RESULTADOS	37
7.1	Casuística	37
7.2	Análise Multivariada.....	46
8	DISCUSSÃO	47
9	CONCLUSÃO	58
	REFERÊNCIAS.....	59
	ANEXOS	71
	Anexo 1 – Termo de consentimento livre e esclarecido	71
	Anexo 2 – Questionário.....	72
	Anexo 3 – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu (5/6/ 2006)	79
	Anexo 4 – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu (06/12/2010)	80
	Anexo 5 – Ofício do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu (31/7/2012)	81
	Anexo 6 – Aprovação do CEP.....	82
	Anexo 7 – Justificativa de alteração do título	83

1 INTRODUÇÃO

A preocupação com a saúde mental dos universitários remonta ao início do século XX, quando da criação, em 1910, do primeiro serviço de atendimento aos acadêmicos com “sofrimento psíquico”¹, em Princeton, Estados Unidos da América (HAHN et al., 1999). Paralelamente, em 1903, a publicação de um editorial no *The Journal of American Medical Association* (REILING, 2003) alertou quanto à elevada ocorrência de suicídios entre médicos americanos, maior do que na população geral, e levantou motivações relacionadas, como fácil acesso a métodos eficazes de suicídio, competição e desvalorização da carreira médica. Desde então, estudos identificaram fatores associados ao adoecimento psíquico em médicos (MC CUE, 1982; NOGUEIRA-MARTINS, 1990, 1991) e estudantes de medicina, alguns deles levantando a hipótese de que a maior suscetibilidade ao sofrimento psíquico poderia ocorrer durante a graduação e ser desencadeada ou piorada por características do curso (FIRTH, 1986).

Comparando-se os universitários com a população de jovens não universitários, há controvérsias quanto à existência de diferenças na prevalência de transtornos mentais e procura por tratamento (BLANCO et al., 2008). Em estudo comparativo entre universitários e não universitários entre 19 a 25 anos nos Estados Unidos da América, Blanco et al. (2008) observaram que quase metade dos jovens nesta faixa etária preencheu critérios para no mínimo um transtorno psiquiátrico segundo o DSM-IV (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais da Associação Americana de Psiquiatria, 1994) no ano anterior à pesquisa, não havendo diferença entre os grupos. Entretanto, os universitários teriam uma prevalência maior de transtornos relacionados ao uso de álcool e substâncias em relação aos não universitários, achado que se repete em outras investigações (SLUTSKE, 2005; WU et al., 2007; BRASIL, 2010).

A literatura aponta alguns fatores de risco associados ao sofrimento psíquico na população universitária em geral, tais como: não viver com pais ou parentes, situações especiais na infância e adolescência (FACUNDES; LUDERMIR, 2005), ter dificuldades financeiras (EISENBERG et al., 2007a), ter apoio social de

¹ “Sofrimento psíquico” será utilizado neste texto para englobar diferentes manifestações, que caracterizam algum tipo de estresse, sintomas isolados, ansiosos e depressivos, e não necessariamente transtorno mental como proposto pelas classificações psiquiátricas.

menor qualidade (BLANCO et al., 2008; HEFNER; EISENBERG, 2009), ter sido vítima de violência sexual na infância ou vida adulta (STEPAKOFF, 1998; CALVO et al., 2003).

Estudos realizados especificamente com estudantes de medicina têm evidenciado maiores prevalências de transtornos mentais do que na população geral (HIDALGO et al., 2001; VOLCAN et al., 2003, LIMA et al., 2006; FACUNDES; LUDERMIR, 2005; DYRBYE et al., 2006a; SREERAMAREDDY et al., 2007). No estudo de Firth et al (1986), por exemplo, os autores constataram que a prevalência de sofrimento psíquico era maior entre estudantes de medicina do que em jovens trabalhadores britânicos. Passadas duas décadas, uma revisão sistemática da literatura realizada por Dyrbye et al. (2006a) constatou que a prevalência de depressão, ansiedade e sofrimento psíquico em estudantes de medicina americanos e canadenses era maior que a da população geral.

Ao final da década de 90 um estudo brasileiro confirmou a importância do sofrimento psíquico no curso médico ao constatar que a segunda causa de morte entre os acadêmicos de medicina era o suicídio (MILLAN et al., 1999a). No Nepal, Menezes et al. (2012), em estudo transversal sobre ideação suicida entre estudantes de medicina, encontraram uma prevalência de 10,7% no ano anterior e de 18,4% ao longo da vida. Os fatores associados à ideação suicida foram insatisfação com o desempenho acadêmico, estar nos semestres clínicos, ter histórico de abuso de substâncias e sentir-se negligenciado pelos pais.

Dentre as diversas formas de sofrimento psíquico identificadas a partir da década de 90 nos estudantes de medicina, destacam-se: transtorno mental comum (VOLCAN et al., 2003; FACUNDES; LUDERMIR, 2005; LIMA et al., 2006), sintomas depressivos/ depressão (PORCU et al., 2001; DUARTE et al., 2004; CAVESTRO; ROCHA, 2006; AMARAL et al., 2008; BALDASSIN et al., 2008; GOEBERT et al. 2009; ALEXANDRINO-SILVA et al., 2009; AL FARIS et al., 2012), sintomas ansiosos/ansiedade (DYRBYE, 2006a; ZUARDI et al. 2008; BENEVIDES-PEREIRA; GONÇALVES, 2009), *burnout*² (DYRBYE et al., 2006b; DAHLIN; RUNESON, 2007; DYRBYE et al., 2008), distúrbios do sono (HIDALGO et al., 2001; ALMONDES; ARAÚJO, 2003), frequência de consumo de substâncias psicoativas (RIBEIRO et al.,

² *Burnout* é uma Síndrome multidimensional caracterizada por desumanização (manifesta por cinismo e indiferença), exaustão emocional e baixa realização profissional (BENEVIDES-PEREIRA; GONÇALVES, 2009), investigada pelo instrumento MASLACH BURNOUT INVENTORY (MASLACH; JACKSON, 1986).

1997; ANDRADE et al., 1997; KERR-CORRÊA et al. 1999; BRASIL, 2010), transtornos alimentares (SOUZA et al., 2002; CAMARGO, 2008) e sintomas sugestivos de déficit de atenção e hiperatividade (SOUZA et al., 2005).

Em nosso país, os transtornos mentais comuns (TMC) ou transtornos psiquiátricos menores têm sido os desfechos mais comumente estudados nos estudantes de medicina, seguidos de sintomas depressivos, ansiosos e medidas gerais de estresse, como se observa no **quadro 1**. Resultados semelhantes têm sido obtidos em outros países, do Nepal (SREERAMAREDDY et al., 2007) aos Estados Unidos da América, como pode ser observado no **quadro 2**.

1.1 Transtorno Mental Comum (TMC): Uma Manifestação Geral do Sofrimento Psíquico

O Transtorno Mental Comum é definido como uma condição na qual há sofrimento psíquico manifesto por sintomas mentais e físicos (GOLDBERG; HUXLEY, 1992), mas que nem sempre implica em diagnóstico psiquiátrico pelos critérios padronizados pela Classificação Internacional das doenças da Organização Mundial da Saúde - CID10 (OMS, 1993). O uso do termo Transtorno Mental Comum (TMC) ainda não é consensual na literatura e diversas denominações são utilizadas para caracterizar esse tipo de sofrimento: transtorno mental menor (CUNHA et al., 2009), morbidade psíquica (SREERAMAREDDY et al., 2007), distúrbios psicológicos (SOUZA; MENEZES, 2005; ASSADI et al., 2007) e sofrimento difuso (FONSECA et al., 2008).

A frequência de TMC em países industrializados varia de 7 a 30%, enquanto na população brasileira é de 22 a 35% (LIMA et al., 1996; LUDERMIR; MELO-FILHO, 2002), chegando a 64,3% em estudo populacional multicêntrico realizado na Atenção Primária (GONÇALVES et al, 2014). Entre os estudantes de medicina no Brasil, a prevalência de TMC varia de 20% (VOLCAN et al., 2003) a quase 45% (LIMA et al., 2006), sendo comparativamente maior do que na população geral (GIANINI et al., 2008) e na população de adultos jovens com faixa etária semelhante (RIOS et al. 2011). O último autor constatou uma prevalência de 27,8% de TMC entre jovens de 18 a 24 anos na Bahia.

A utilização de instrumentos que rastreiam condições nas quais há um sofrimento psíquico relevante sem determinar um diagnóstico psiquiátrico

estruturado amplia a compreensão do processo saúde-doença nas populações, indo além da perspectiva de “medicalização e psiquiatrização do sofrimento” (FONSECA et al., 2008) e possibilitando intervenções precoces que promovam a saúde mental. No Brasil, os instrumentos de rastreamento mais utilizados para pesquisas com estudantes de medicina e universitários em geral são o *Self Reporting Questionnaire* (SRQ) e o *General Health Questionnaire* (GHQ), podendo-se ver uma síntese dos principais trabalhos nacionais no quadro 1. Ambos são curtos, de fácil aplicação, dispensam entrevistador especialista em saúde mental e possuem ponto de corte validado, a partir do qual indicariam sofrimento psíquico (GONÇALVES et al, 2008).

Na Universidade de Pernambuco, Facundes e Ludermir (2005), em estudo transversal com graduandos da área da saúde, encontraram prevalência de 42,6% de TMC entre os estudantes de medicina. Apenas as variáveis sobrecarga e presença de situações especiais na infância/adolescência (como dificuldades escolares e de socialização no ensino fundamental ou médio) mostraram associação com TMC na análise multivariada. Em estudo transversal conduzido com alunos do curso de medicina da Faculdade de Medicina de Botucatu, Lima et al. (2006) observaram uma prevalência de 44,7% de sofrimento psíquico entre os estudantes, associada aos seguintes fatores: não receber apoio emocional, dificuldade para fazer amigos, desempenho escolar regular/péssimo e pensar em abandonar o curso.

Na Universidade Federal de Sergipe, Costa et al. (2010) encontraram uma prevalência de 40% de TMC entre estudantes de medicina, associado aos seguintes fatores: acreditar que não adquiriram habilidades para se tornarem bons médicos, sentirem-se pouco confortáveis com as atividades do curso, considerarem-se emocionalmente tensos, não se considerarem felizes, acharem que o curso era menos do que esperavam e ter recebido diagnóstico prévio de transtorno mental por um psiquiatra. Chama a atenção no estudo acima que 70% dos alunos consideravam-se tensos e um terço destes apontou a relação com os professores como a maior fonte de estresse.

Na pesquisa de Fiorotti et al. (2010), os autores observaram uma prevalência de TMC de 37,1% entre estudantes de medicina da Universidade do Espírito Santo, associada ao relato de não receber apoio emocional e ter tido dificuldades na infância e adolescência para tirar dúvidas em sala de aula por timidez. Em estudo na Universidade Estadual Paulista, Silva et al. (2014) encontraram uma prevalência de TMC de 44,9% entre estudantes de medicina,

associada, após análise multivariada, a pensar em abandonar o curso, sentir-se rejeitado e ter menores escores no domínio apoio interação da Escala de Apoio Social. Embora tenha sido observada uma tendência ($p=0,07$), o domínio apoio material da Escala de Apoio Social não se associou a maior prevalência de TMC.

No Nepal, Sreeramareddy et al. (2007) investigaram morbidade psíquica entre estudantes de uma escola médica, utilizando o General Health Questionnaire (GHQ). Neste estudo transversal, a prevalência de morbidade psíquica foi 20,9% estando associada a piores condições de moradia, alta expectativa dos pais, grande quantidade de conteúdo a ser estudado, pressão das provas e falta de tempo para lazer.

Assadi et al. (2007), avaliando transversalmente estudantes de medicina, internos e médicos generalistas iranianos por meio do GHQ, encontraram uma prevalência de 50% de “distúrbios psicológicos” entre estudantes de medicina. Os escores obtidos na aplicação deste instrumento foram maiores entre os estudantes de medicina dos primeiros anos em relação aos internos e médicos generalistas, bem como no sexo feminino em relação ao masculino. Uma associação positiva entre distúrbios psicológicos e níveis de cinismo/indiferença também foi encontrada nesse estudo. A importância de identificar “distúrbios psicológicos” ou morbidade psíquica em estudantes de medicina se justifica por estudos que apontaram sua associação com a *Síndrome do Burnout* e a insatisfação profissional dos médicos (GRASSI; MAGNANI, 2000), tendo como consequências erros e cuidados médicos insuficientes (SHANAFELT et al., 2002).

A literatura aponta diversos fatores associados a maior prevalência de TMC nos estudantes de medicina, que serão agrupados em: sociodemográficos, próprios ao indivíduo, relacionados ao apoio emocional e relativos ao curso de medicina. Foram considerados *fatores relacionados a aspectos sociodemográficos*: sexo feminino (ALMONDES et al., 2003; MORO et al., 2005; SOUZA; MENEZES, 2005; ALMEIDA et al., 2007; NEVES; DALGALARRONDO, 2007; AMARAL et al., 2008; BALDASSIN et al., 2008; REZENDE et al., 2008; CUNHA et al., 2009; ROH et al., 2010), não ser branco (ALMEIDA et al., 2007; GOEBERT et al., 2009), morar sozinho (CUNHA et al., 2009; ROH et al., 2010), pertencer a uma classe socioeconômica menos privilegiada (NEVES; DALGALARRONDO, 2007; ROH et al., 2010), não ter carro, não trabalhar (ALMEIDA et al., 2007), demorar para entrar no curso (BALDASSIN et al., 2008) e ter experiências de vida estressantes e negativas

como doença grave, divórcio e morte de pessoa próxima, e ter pais médicos (SREERAMAREDDY et al., 2007). Foram apontados como *fatores próprios ao indivíduo*: características psicodinâmicas (VAILLANT et al., 1972; JOHNSON, 1991), ser emocionalmente tenso (COSTA, 2010) e apresentar traços de personalidade como neuroticismo e escrupulosidade (TYSSEN et al., 2007).

Foram considerados *fatores relacionados ao apoio emocional*: não receber apoio (LIMA et al., 2006), ter dificuldade em fazer amigos (LIMA et al., 2006; SILVA et al., 2014), sentir-se rejeitado (SILVA et al., 2014), ter pior relação com os amigos, menor apoio dos pais (NEVES; DALGALARRONDO, 2007) e ter menor apoio “interação” (SILVA et al., 2014). Os *fatores relacionados ao curso de medicina* foram: grande volume de informações requeridas no longo processo educacional, preocupações quanto a reprovações em exames, competição por melhores notas, exposição à morte e ao sofrimento humano (SILVA; RODRIGUES, 2004), eventos de vida estressantes, insatisfação com as atividades sociais, falta de tempo livre (MILLAN, et.al., 1999b; BENEVIDES-PEREIRA; GONÇALVES, 2009), ansiedade quanto ao futuro, dificuldade em comunicar más notícias, atender “pacientes-problema”, exercício profissional estressante (NOGUEIRA-MARTINS, 1991), pensar em abandonar o curso (SILVA et al., 2014) e aspectos da estrutura dos cursos médicos (SAADEH, 1995; LIMA, 1997; AKTEKIN et al. 2001; DYRBYE et al. 2005).

Com relação aos diferentes períodos do curso médico, têm sido apontados como fatores de risco para sofrimento psíquico: nos dois primeiros anos - dificuldades de adaptação à Escola Médica (SILVA; RODRIGUES, 2004), frustração com o curso (MORO et al., 2005), dúvidas vocacionais (BELLODI, 2007), carga teórica volumosa, diferenças nos métodos de estudo (MORO et al., 2005; SILVA et al., 2009) e a alta frequência de provas (SREERAMAREDDY et al., 2007); no terceiro e quarto anos - sentir que a profissão é falha (FIRTH, 1986), maior cobrança e responsabilidade (MORO et al., 2005), não estar adaptado ao curso e ter autoavaliação de desempenho ruim (LIMA et al., 2006), não considerá-lo fonte de prazer (COSTA et al., 2010) e ter desejo de abandoná-lo (LIMA et al., 2006; SILVA et al., 2014), assim como não ter tempo para o lazer (MORO et al., 2005; GONÇALVES; BENEVIDES-PEREIRA, 2009), ter relação ruim com os docentes (GONÇALVES; BENEVIDES-PEREIRA, 2009) e ter modelos médicos ruins (FIRTH, 1986).

Ao final do curso parecem ser relevantes - ter preocupações com a prova de residência, definição da especialidade e futuro profissional (BELLODI, 2007; REZENDE et al., 2008; MORO et al., 2005), ter angústias em relação ao descaso das instituições com os pacientes, dar plantões cansativos e obrigatórios (BELLODI, 2007). Ao final do curso, há autores que observaram uma diminuição da prevalência do sofrimento psíquico, devido à adaptação dos estudantes ao curso e à vida universitária (MORO et al., 2005; GONÇALVES; BENEVIDES-PEREIRA, 2009). Outros, porém verificaram um aumento na prevalência de estresse e *burnout* (DYRBYE et al., 2006b) e de sintomas depressivos (REZENDE et al., 2008).

Em relação aos fatores associados à menor prevalência de sofrimento psíquico, foram relatados: bem-estar espiritual (VOLCAN et al., 2003), mais tempo para estudo e lazer (SOUZA; MENEZES, 2005), atividade física (REZENDE et al., 2008) e estar satisfeito com o curso (REZENDE et al., 2008). Observou-se que estar em psicoterapia associou-se negativamente com presença de sintomas depressivos, podendo possivelmente ser considerado um fator de proteção (REZENDE et al., 2008).

Revisando-se as últimas publicações no Brasil e no exterior, constata-se que a maioria dos estudos realizados com amostras de estudantes de medicina foi do tipo corte transversal e estimaram a prevalência de TMC. Há poucos estudos longitudinais e mesmo transversais seriados examinando TMC e outras formas de sofrimento psíquico entre estudantes de medicina. Um dos exemplos é o estudo transversal seriado conduzido por Stempliuk et al.(2005), no qual os autores buscaram realizar uma comparação longitudinal em momentos diferentes do curso médico, quanto ao uso de substâncias psicoativas. Os autores compararam os dados dos estudos transversais de 1996 e 2001 e observaram um aumento no uso experimental e regular de substâncias psicoativas entre estudantes de medicina da Universidade de São Paulo.

Um estudo longitudinal prospectivo acompanhou estudantes de medicina ao longo dos três primeiros anos, na Suécia (DAHLIN; RUNESON, 2007). Os autores investigaram morbidade psiquiátrica no primeiro e terceiro ano, encontrando uma prevalência de 27%, associada, após análise ajustada, com presença de depressão no primeiro ano. Altos níveis de *burnout* foram preditos por traços de impulsividade, sintomas depressivos e preocupações financeiras no primeiro ano.

Quando controladas para condições próprias ao terceiro ano, impulsividade e sobrecarga permaneceram associados à *burnout*.

Outro estudo longitudinal seguiu 18 estudantes durante os seis anos do curso médico, numa Universidade do interior do Paraná (BENEVIDES-PEREIRA; GONÇALVES, 2009). Os autores observaram que as medidas de estresse, ansiedade e *burnout* foram mais intensas no terceiro e quarto anos. Além disto, concluiu-se que a realização pessoal e atitudes de desumanização aumentaram ao longo do curso, ao passo que a exaustão emocional diminuiu ao final do curso.

1.2 O Ensino Médico e a Saúde Mental dos Estudantes

Em revisão da literatura referente às origens e evolução do Ensino Médico no Brasil, Gonçalves e Benevides-Pereira (2009) observaram que, embora o curso de medicina historicamente seja considerado estressante, as reformas curriculares realizadas privilegiaram pouco o bem estar e a saúde mental dos estudantes, valorizando mais sua formação técnica.

O ingresso, a adaptação e a formação do estudante na Escola Médica são processos dinâmicos, que levam em conta aspectos internos do indivíduo, como expectativas e habilidades; e externos a ele, como o ambiente, a estrutura e as normas institucionais (POLYDORO et al., 2001; SERITAN et al., 2012), podendo configurar experiências de amadurecimento pessoal, ou situações de crise e sofrimento psíquico (MERCURI et al., 1998; MILLAN et al. 1999a). Características do ambiente institucional e do processo ensino-aprendizado podem afetar negativamente o desempenho acadêmico dos estudantes, bem como sua saúde física e psíquica (CIANFLONE; FERNANDES, 1993; JORGE, 1996; MILLAN et al., 1999b). Diante disto, a instituição de ensino deve estar atenta, oferecendo suporte para o estudante desenvolver estratégias de enfrentamento aos desafios de adaptação à vida acadêmica.

As consequências do sofrimento mental dos estudantes de medicina podem ser muito prejudiciais para sua saúde, formação e futuro profissional, destacando-se: deterioração da saúde física e do autocuidado e até o suicídio (DYRBYE et al., 2006b, 2008), abuso de substâncias, piora no desempenho acadêmico, desonestidade, piora da empatia em relação aos pacientes e aumento

do cinismo, avaliados pelo Maslach Burnout Inventory (MASLACH; JACKSON, 1986).

Segundo Al Faris et al. (2012), o propósito principal da Escola Médica seria facilitar e dar suporte ao aprendizado dos estudantes num ambiente seguro. Em diversas Faculdades de Medicina, a preocupação com saúde mental dos alunos tem levado as instituições a organizarem serviços de atendimento aos estudantes e a proporem mudanças no processo formador, frequentemente apontado como fator de risco para sofrimento psíquico (MILLAN et al., 1998). Em estudo transversal seriado realizado por Zuardi et al. (2008) numa universidade do interior de São Paulo, houve uma diminuição significativa no nível de ansiedade dos alunos após uma reforma curricular que promoveu maior aproveitamento do tempo pelos alunos, menor sobrecarga teórica, maior integração entre as disciplinas e contato mais precoce com a clínica na Atenção Primária.

Thompson et al (2010), numa Universidade de medicina do Havaí, constataram que após uma intervenção institucional que visou à identificação precoce de sintomas de sofrimento mental, a disponibilização de um serviço de apoio psicológico aos estudantes e a criação de um curso curricular sobre saúde e bem-estar, houve uma diminuição significativa da prevalência de sintomas depressivos e de ideação suicida nos estudantes.

Considerando-se a alta prevalência de TMC entre os estudantes de medicina e os fatores associados, bem como o papel da Escola Médica em sua identificação e possíveis intervenções, esta pesquisa propôs-se a ampliar o entendimento das condições de vida e saúde mental dos estudantes de medicina da FMB.

Quadro 1 – Estudos observacionais brasileiros sobre saúde mental do estudante de medicina

<i>Autor, ano</i>	<i>Estado</i>	<i>Desenho</i>	<i>Instrumento</i>	<i>N</i>	<i>Desfecho</i>	<i>Prevalência</i>	<i>Fator de Risco</i>	<i>Observações</i>
Benvegna et al., 1996	RS	Transversal	SRQ-20 ²	--	TMC ³	31,7%		Não se associou a gênero, estado civil, local de residência.
Hidalgo et al., 2001	RS	Transversal	SRQ-20 ²	302	TMC ³	22,2%		Dificuldades em iniciar/ manter o sono, dormir tarde, acordar cedo.
Porcu et al., 2001	PR	Transversal	BDI ⁴	126	Sintomas depressivos	49,2%		-----
Volcan et al., 2003	RS	Transversal	SRQ-20 ²	170	Transtornos psiquiátricos menores	20,0%		Controles: alunos de direito. Fator de proteção: bem estar espiritual.
Baldisserotto et al., 2005	SC	Transversal	SRQ-20 ²	378	Problema Psiquiátrico Menor	19,3%		Não identificou fatores associados.
Moro et al., 2005	SC	Transversal	BDI ⁴	140	Sintomas depressivos Sintomas depressivos graves	40,7% 2,1%		Gênero feminino.
Souza; Menezes, 2005	CE	Transversal	GHQ ⁵	562	Distúrbios psicológicos	35,4%		Gênero feminino, 5º semestre (análise multivariada não realizada).
Facundes; Ludermit, 2005	PE	Transversal	SRQ-20 ²	141	TMC ³	42,6%		Sobrecarga e presença de situações especiais na infância e adolescência. OBS: Incluiu outros estudantes da saúde, além da medicina.
Cavestro; Rocha, 2006	MG	Transversal	MINI ⁶	342	Depressão Risco de suicídio	8,9% 7,5%		Controles: estudantes de fisioterapia e terapia ocupacional (TO). Controlando para sexo e idade, estudantes de TO com maior prevalência de depressão (28,2%) e risco de suicídio (25.6%).

Quadro 1 – Estudos observacionais brasileiros sobre saúde mental do estudante de medicina (continuação)

<i>Autor, ano</i>	<i>Estado</i>	<i>Desenho</i>	<i>Instrumento</i>	<i>N</i>	<i>Desfecho</i>	<i>Prevalência</i>	<i>Fator de Risco</i> <i>Observações</i>
Lima et al., 2006	SP	Transversal	SRQ-20 ²	455	TMC ³	44,7%	Dificuldade de fazer amigos, autoavaliação ruim do desempenho acadêmico, pensar em abandonar o curso, ausência de apoio emocional.
Almeida et al., 2007	BA	Transversal	SRQ-20 ²	223	TMC ³	29,6%	Alteração do padrão de sono, não possuir carro, não trabalhar, não fazer atividade física.
Zuardi et al., 2008	SP	Transversal seriado	IDATE ⁷	307 303	Ansiedade (sintomas ansiosos)	Pré: 42% Pós: 38,0%	Avaliação pré e pós-mudança curricular. Grupos-controle: alunos de psicologia e biologia.
Amaral et al., 2008	GO	Transversal	BDI ⁴	287	Depressão	26,8%	Gênero feminino.
Baldassin et al., 2008	SP	Transversal	BDI ⁴	481	Sintomas depressivos	38,2%	Gênero feminino, período do internato, não ter familiar médico.
Rezende et al., 2008	MG	Transversal	BDI ⁴	400	Sintomas depressivos Sintomas depressivos graves	79,0% 19,1%	-----
Alexandrino-Silva et al., 2009	SP	Transversal	BDI ⁴ BSI ⁸ BHS ⁹	603	Ideação suicida depressão	13,4% 8,2%	Controles: alunos de enfermagem e farmácia. Não houve diferença na ideação suicida e depressão entre os alunos da medicina e demais áreas. Desesperança foi mais grave entre alunos da medicina.
Cunha et al., 2009	SP	Transversal	SRQ-20 ²	295	Transtornos psiquiátricos menores	26,1%	Análise bivariada (mulheres e sujeitos que moram sozinhos)
Ferreira et al., 2009	RN	Transversal	IDATE ⁷	158	Ansiedade traço- estado	Média e desvio padrão	Ansiedade-traço e estado foi maior nos alunos da área biomédica (incluindo estudantes de medicina) do que tecnológica e humanas, respectivamente.

Quadro 1 – Estudos observacionais brasileiros sobre saúde mental do estudante de medicina (continuação)

<i>Autor, ano</i>	<i>Estado</i>	<i>Desenho</i>	<i>Instrumento</i>	<i>N</i>	<i>Desfecho</i>	<i>Prevalência</i>	<i>Fator de Risco</i> <i>Observações</i>
Benevides-Pereira; Gonçalves, 2009	PR	longitudinal	IDATE ⁷ BAI ¹⁰ MBI ¹¹ ISE ¹²	18	Ansiedade traço- estado Ansiedade Burnout Sintomas físicos e psicológicos do estresse	Média e desvio padrão	Avaliação da coorte durante seis anos: ansiedade, <i>burnout</i> e estresse foram mais intensos no 3º. e 4º. anos. Realização pessoal e atitudes de desumanização aumentaram ao longo do curso; exaustão emocional diminuiu ao final do curso.
Fiorotti et al., 2010	ES	Transversal	SRQ-20 ²	229	TMC ³	37,1%	Suporte emocional insuficiente, não conseguir tirar dúvidas em aula na infância e adolescência, por timidez.
Costa et al., 2010	SE	Transversal	SRQ-20 ²	473	TMC ³	40,0%	Acreditar não ter adquirido habilidades p/ se tornarem bons médicos, sentir-se pouco confortável com o curso; considerar-se tenso e infeliz; o curso ser menos do que esperado; ter diagnóstico psiquiátrico prévio.
Silva et al. 2014	SP	Transversal	SRQ-20 ²	434	TMC ³	44,9% (IC95%: 40,2 - 49,6)	Após análise multivariada, mantiveram-se associados a TMC: sentir-se rejeitado no último ano, ter pensado ou pensar em abandonar o curso e apoio "interação".

¹ QMPA: *Questionário de Morbidade Psiquiátrica do Adulto*; ² SRQ: *Self-Reporting Questionnaire*; ³TMC: *Transtorno mental Comum*; ⁴BDI: *Inventário de depressão de Beck*; ⁵GHQ: *General Health Questionnaire*; ⁶ MINI: *Mini International Neuropsychiatric Interview*; ⁷ IDATE: *Inventário de Ansiedade Traço-Estado*; ⁸BSI - *Escala de ideação suicida de Beck*; ⁹BHS: *Escala de Desesperança de Beck*; ¹⁰ BAI: *Inventário de Ansiedade de Beck*; ¹¹MBI: *Maslach Burnout Inventory*; ¹² ISE: *Inventário de Sintomatologia de Estresse de Benevides- Pereira & Moreno-Jiménez (2000)*.

Quadro 2 – Estudos observacionais internacionais sobre saúde mental do estudante de medicina.

<i>Autor, ano</i>	<i>País</i>	<i>Desenho</i>	<i>Instrumento</i>	<i>N</i>	<i>Desfecho</i>	<i>Prevalência</i>	<i>Fatores de Risco</i> <i>Observações</i>
Dyrbye et al., 2006b	EUA	Transversal	MBI ¹ PRIME-MD ² AUDIT ³ SF-8 ⁴	545	Burnout Sintomas depressivos Uso de risco de álcool	45%	Ao longo do curso, <i>burnout</i> aumentou; rastreamento positivo para depressão e uso de risco de álcool diminuíram. Número de eventos pessoais negativos no último ano se correlacionou com aumento do risco de <i>burnout</i> .
Assadi et al., 2007	Irã	Transversal	GHQ-28 ⁵ Match-IV Scale ⁶	82	Distúrbio psicológico	50%	Maiores escores no gênero feminino e em estudantes de medicina (comparados aos internos e médicos generalistas). Correlação positiva entre distúrbios psicológicos e níveis de cinismo/indiferença.
Dahlin; Runeson, 2007	Suécia	Longitudinal prospectivo	OLBI ⁷ MDI ⁸ HESI ⁹ MINI ¹⁰	80	Burnout Depressão Morbidade psiquiátrica (1 ou+ diagnósticos psiquiátricos pelo CID-10)	47% alunos 3º.ano: altos níveis burnout 27% morbidade psiquiátrica	Não houve diferença entre os grupos com altos e baixos níveis de burnout quanto à morbidade psiquiátrica. Altos níveis de burnout foram preditos por traços impulsivos; sintomas depressivos e preocupações financeiras no primeiro ano. Depressão no primeiro ano associou-se a morbidade psiquiátrica.
Sreerama-reddy et al., 2007	Nepal	Transversal	GHQ ⁵ Brief COPE ¹¹	407	Morbidade psicológica	20,9%	Morbidade psicológica foi maior entre estudantes do ciclo básico, de origem indiana e cujos pais eram médicos. Na regressão logística, morbidade psicológica se associou a estressores acadêmicos e relacionados à saúde.
Dyrbye et al., 2008	EUA	Transversal (2006) & Longitudinal (2006-2007)	MBI ¹ Suicidalidade PRIME-MD ² SF-8 ⁴	428 7	Burnout Ideação suicida	49,6% 11,2% no ano anterior	Maior prevalência de <i>burnout</i> nos 1 ^{os} . anos, associada a pensar em abandonar curso e à ideação suicida, independente de sintomas depressivos. Na multivariada, <i>burnout</i> e baixa qualidade de vida predisseram ideação suicida no ano seguinte. Recuperação do <i>burnout</i> (26,8%) se associou à redução da ideação suicida.

Quadro 2 – Estudos observacionais internacionais sobre saúde mental do estudante de medicina. (continuação)

<i>Autor, ano</i>	<i>País</i>	<i>Desenho</i>	<i>Instrumento</i>	<i>N</i>	<i>Desfecho</i>	<i>Prevalência</i>	<i>Fatores de Risco</i> <i>Observações</i>
Goebert et al., 2009	EUA	Transversal	CES-D ¹² PRIME-MD ²	2000	Ideação suicida Medidas de Depressão	5,7% Ideação suicida 12% provável depressão maior 9,2% provável depressão leve/moderada	Depressão e ideação suicida foram mais prevalentes no gênero feminino e estudantes de medicina com relação a residentes. Ideação suicida foi mais prevalente em negros.
Al Faris et al., 2012	Arábia Saudita	Transversal	BDI ¹	797	Sintomas depressivos	48,2% Intensidade 21% leve 17% moderada 11% severa	Primeiros dois anos da faculdade, gênero feminino, autopercepção do desempenho como insuficiente.
Menezes et al., 2012	Nepal	Transversal	GHQ-28 ⁵	206	Ideação suicida	10,7% no ano anterior 18,4% ao longo da vida	Insatisfação com o desempenho acadêmico, estar nos semestres clínicos, ter histórico de abuso de substâncias e sentir-se negligenciado pelos pais.

2 JUSTIFICATIVA

A literatura aponta os estudantes de medicina como um grupo de elevado risco para formas variadas de sofrimento psíquico. Assim sendo, a identificação e compreensão dos fatores associados a este adoecimento pode auxiliar as Escolas Médicas a desenvolverem estratégias de prevenção e cuidado ao aluno. Em virtude da escassez de estudos de coorte sobre transtorno mental comum entre estudantes de medicina, este estudo se propõe a identificar, longitudinalmente, fatores de risco e de proteção a este, com vistas a ampliar a compreensão sobre o adoecimento psíquico na população em questão.

3 OBJETIVOS

1. Estimar a prevalência de Transtorno Mental Comum (TMC) entre estudantes de medicina da FMB em dois momentos do curso: no primeiro (2006) e sexto (2011) anos.

2. Analisar os fatores de risco e proteção, identificados em 2006, relacionados ao aumento dos escores do SRQ em 2011.

4 HIPÓTESES

Como hipóteses espera-se que:

1. Haja diferenças na prevalência de Transtorno Mental Comum comparando-se os alunos no início e no final do curso;

2. O aumento do escore obtido no SRQ esteja associado a: apoio social “insuficiente”, sexo feminino, menor renda, menor importância atribuída à religião e pensar em abandonar o curso médico.

5 MATERIAL E MÉTODO

Desenho

Trata-se de um estudo longitudinal no qual a coleta de dados foi realizada com amostras de estudantes de uma mesma turma de medicina da FMB em dois momentos do curso, 2006 e 2011.

Participantes

Alunos de uma mesma turma do curso de Medicina, matriculados no primeiro ano em 2006 e no sexto ano em 2011 e que consentiram em participar do estudo. Em ambos os levantamentos solicitou-se aos alunos que colocassem nos questionários seus números de matrícula na Universidade, para possibilitar a identificação e o pareamento dos sujeitos. O primeiro ano do curso médico (ciclo básico) caracteriza-se pela adaptação do estudante à Escola Médica e à vida universitária, quando se deparam com um grande volume de conteúdos teóricos, disciplinas e avaliações e ao mesmo tempo passam por diversas mudanças, tais como: adaptação a uma nova cidade, em geral, longe de sua rede de apoio familiar, necessidade de construção de outros vínculos e início da fase adulta, assumindo novas responsabilidades. Por outro lado, o sexto ano do curso médico (internato) caracteriza-se pelo aprendizado prático intensivo, exigindo maior responsabilidade dos futuros médicos, plantões obrigatórios e cansativos, maior contato com o sofrimento e a morte, bem como maior competitividade entre os alunos. preocupações com a prova de residência e a escolha da especialidade.

Local do Estudo

A Faculdade de Medicina de Botucatu localiza-se a 240 km da capital do Estado de São Paulo e iniciou suas atividades em 1963, como Faculdade de Ciências Médicas e Biológicas de Botucatu (FCMBB). Foi incorporada à UNESP em 1976 e é uma das sete faculdades de medicina públicas do estado de São Paulo, oferecendo anualmente 90 vagas para o curso de medicina.

Nesta instituição, a preocupação com os estudantes iniciou-se na década de 80, quando se realizou o primeiro estudo sobre as condições de saúde mental dos universitários do campus de Botucatu (POMPEI, 1986), tendo sido encontrada uma prevalência de 38,3% de distúrbios emocionais nos vários cursos e apontada a necessidade de criação de um serviço de apoio psicológico para os estudantes. Este serviço veio a ser criado em 1991, com a contratação do primeiro psicólogo destinado a desempenhar a função de cuidar da saúde mental dos alunos. Atualmente, os estudantes da Faculdade de Medicina de Botucatu dispõem do Serviço de Apoio Psicológico ao Estudante (SEAPES-FMB), que conta com três psicólogos e um psiquiatra.

Instrumentos

Foi aplicado em 2006 e 2011 um questionário padronizado de autopreenchimento, organizado pelos autores para obter dados sobre as seguintes características:

- Características Sociodemográficas

As características sociodemográficas como sexo, idade, renda e outras relacionadas às condições de vida foram investigadas através de questionário já utilizado previamente (LIMA et al, 2006), visando possibilitar a comparação com estudos anteriores realizados na mesma instituição (KERR-CORRÊA et al, 1999).

- Características relativas ao Apoio Social

Para avaliar Apoio Social foi utilizada a *Escala de Apoio Social* (EAS), elaborada originalmente para o *Medical Outcome Study* (SHERBOURNE; STEWART, 1991), com o propósito de avaliar a percepção de apoio social de adultos portadores de doenças crônicas e usuários de serviços de saúde em Boston, Chicago e Los Angeles, nos Estados Unidos. Foi adaptada e validada para a população brasileira (GRIEP et al., 2003a, 2003b, 2005). Consta de 19 questões 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) (GRIEP et al., 2005). As questões estão baseadas na instrução “Se você precisar, com que frequência pode contar com alguém (...)?”, às quais os participantes devem responder assinalando uma das cinco respostas possíveis para cada questão. Para todas as perguntas, cinco opções de resposta são apresentadas, utilizando uma escala Likert: 1 (“nunca”); 2 (“raramente”); 3 (“às vezes”); 4 (“quase sempre”) e 5 (“sempre”). A variação da pontuação possível na EAS é de 0 a 95 pontos.

As questões que avaliam o apoio material são: “Se você precisar, com que frequência pode contar com alguém que o ajude se ficar de cama/ para levá-lo ao médico/ para ajudá-lo nas tarefas diárias se ficar doente/ para preparar suas refeições se você não puder?”. As questões que avaliam o apoio afetivo são: “Se você precisar, com que frequência pode contar com alguém que demonstre amor e afeto por você/ que lhe dê um abraço/ que você ame e o faça sentir-se querido?”. As questões que avaliam o apoio emocional são: “Se você precisar, com que frequência pode contar com alguém em quem confiar para falar de seus problemas/ para compartilhar suas preocupações e medos/ que compreende seus problemas/ para dar bons conselhos em situações de crise?”.

As questões que avaliam o apoio informação são: “Se você precisar, com que frequência pode contar com alguém para dar informação que o ajude a compreender certa situação/ de quem você realmente quer conselhos/para dar sugestões de como lidar com um problema pessoal?”. As questões que avaliam o apoio interação são: “Se você precisar, com que frequência pode contar com alguém com quem fazer coisas agradáveis/ relaxar/ se divertir junto?”.

O instrumento foi validado e testado entre estudantes universitários de Goiânia-GO, Brasil (ZANINI et al., 2009), com resultados que apontaram boa adequação, com alfas entre 0,95 e 0,76, e adequação da estrutura fatorial quando comparada com a do estudo original. Como essa escala não possui pontos de corte estabelecidos utilizou-se as médias e os intervalos de confiança (95%), comparando-as nos dois períodos e incluindo-as na análise como variáveis contínuas. A comparação entre as médias foi considerada estatisticamente significativa, quando $p \leq 0,05$.

- Presença de Transtorno Mental Comum

Transtorno Mental Comum foi avaliado através do *Self Reporting Questionnaire* (SRQ-20). Este instrumento não fornece diagnóstico psiquiátrico, uma vez que foi desenvolvido como instrumento de rastreamento para transtornos mentais comuns (TMC) em estudos comunitários e na atenção primária. O SRQ-20 foi desenvolvido pela OMS (WHO, 1994), traduzido para o português e validado no Brasil (MARI; WILLIAMS, 1986). Tem sido amplamente utilizado em estudos populacionais (LUDERMIR; MELO-FILHO, 2002; LIMA et al., 1999; LIMA, 2004) e pesquisas com estudantes de Medicina (HIDALGO et al., 2001; VOLCAN et al., 2003; FACUNDES; LUDERMIR, 2005; LIMA et al., 2006). Possui 20 questões com respostas binárias (sim/não) sobre sintomas psicossomáticos não psicóticos, incluindo sintomas depressivos, ansiosos e queixas somáticas, no mês anterior ao preenchimento, sendo que o ponto de corte utilizado neste estudo para discriminar “caso” e “não-caso” é 8 ou mais para mulheres e 6 ou mais para homens. Embora o ponto de corte do SRQ varie de acordo com o estudo, escolhemos esta pontuação para compararmos com estudos anteriormente realizados nesta Escola Médica (LIMA et al, 2006; 2012).

Pode ser aplicado por entrevistador ou autopreenchimento, devendo ser adotada uma mesma estratégia para todos os sujeitos. Possui sensibilidade de 86,33% e especificidade de 89,31% (GONÇALVES et al., 2008), sendo considerado muito satisfatório em estudos na atenção primária (MARI; WILLIAMS, 1986). Pesquisadores consideram os sujeitos com pontuação acima do ponto de corte como portadores de Transtorno Mental Comum (TMC), condição que embora não implique diagnóstico psiquiátrico formal, indica sofrimento psíquico relevante e merece atenção de profissionais de saúde mental (GOLDBERG; HUXLEY, 1992). Neste estudo, optou-se por utilizar o SRQ como variável contínua nas análises univariada e multivariada, uma vez que o tamanho da amostra limitou seu poder estatístico. Para o cálculo de prevalência de TMC nos dois momentos do curso, utilizou-se o ponto de corte de 8 ou mais para mulheres e 6 ou mais para homens.

Foram incluídas também neste questionário questões relativas à procura por assistência psiquiátrica e/ou psicológica antes e durante o curso médico,

tratamento atual psiquiátrico e/ou psicológico, local do acompanhamento e uso de medicações “controladas”.

Procedimentos

Um questionário piloto foi aplicado inicialmente a um grupo de seis alunos do curso de Medicina, com o objetivo de avaliar a existência de alguma falha no instrumento e estimar o tempo necessário para resposta. Posteriormente, a aplicação foi agendada na turma, com os professores responsáveis pelas disciplinas, nos diferentes anos do curso médico, e realizada no final do primeiro semestre de 2006 e 2011, antes do período de férias acadêmicas. Em todas as aplicações, os responsáveis informaram os alunos quanto aos objetivos e a importância do projeto, e colocaram-se à disposição para maiores esclarecimentos. Os alunos foram orientados em todas as aplicações a responderem diretamente no questionário e a preencherem o termo de consentimento, se concordassem em participar do estudo. Foi solicitada a identificação do número de matrícula (RA – registro acadêmico) dos alunos para possibilitar o seguimento longitudinal.

Análise Estatística

Os dados de cada um dos levantamentos foram digitados em planilha eletrônica no programa EXCEL e posteriormente transferidos e analisados no programa STATA 10.0 (STATA CORP, 2007). Inicialmente foi feita uma análise descritiva, com checagem de consistência dos dados, procedendo-se às correções quando necessário e obtendo-se medidas de tendência central, variabilidade e tabelas de frequência simples e porcentagem. Foi calculada a prevalência de TMC nos dois momentos do curso. Frente ao pequeno número de sujeitos e à consequente limitação no poder estatístico, adotou-se como desfecho o aumento da pontuação obtida na aplicação do *Self Reporting Questionnaire* (SRQ) nos dois momentos do curso, compreendendo tal medida como significativa de um aumento de sintomas ou queixas. Para a análise multivariada, foi construído um modelo de Regressão Logística Stepwise tipo retrógrado, tendo como desfecho o aumento da pontuação obtida no SRQ em 2011, quando comparada a 2006. Os sujeitos que

tiveram aumento foram considerados como desfecho presente (1) e aqueles que não tiveram aumento ou tiveram diminuição foram considerados desfecho ausente (0).

6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Todos os estudantes foram informados sobre os objetivos e procedimentos deste estudo, e os seus consentimentos solicitados após explicação feita pelos aplicadores dos questionários. Aqueles que consentiram em participar assinaram um termo de consentimento (anexo 1) entregue pelos aplicadores, destacado do conjunto do questionário (anexo 2), garantindo que a identidade dos participantes e as informações obtidas mantivessem-se absolutamente sigilosas. Os participantes foram assegurados de que nenhum dado seria divulgado individualmente, mas apenas os dados consolidados e agrupados seriam objeto de divulgação científica. Do mesmo modo, todos foram assegurados da possibilidade de entrar em contato com os autores, responsáveis pelo projeto, a qualquer momento e retirar seu consentimento se assim desejassem.

Os dados utilizados nessa pesquisa são referentes aos levantamentos realizados em 2006 e 2011, aprovados no Comitê de Ética da Faculdade de Medicina de Botucatu, em junho de 2006 e 14 de fevereiro de 2011 (anexos 3 e 4), respectivamente. Este estudo, embora apenas analise dados dos levantamentos já previamente realizados foi submetido novamente ao Comitê de Ética em 31 de julho de 2012 (anexo 5).

7 RESULTADOS

7.1 Casuística

Sessenta e um alunos participaram nos dois inquéritos, o que equivale a uma taxa de participação de 67,8% dos alunos matriculados na 1^a. série em 2006 e na 6^a. série em 2011. Quanto às características descritivas, a média de idade dos estudantes em 2006 foi de 19,6 anos ($DP \pm 1,3$), e em 2011, 24,7 anos ($DP \pm 1,4$). Com relação à renda familiar notou-se uma variação de 2 a 150 salários mínimos em 2006, com média de 20,5 ($DP \pm 22,9$) e mediana de 15. Já em 2011 a variação foi de 3 a 630 salários mínimos, com média de 28,8 ($DP \pm 85,5$) e mediana de 12. Verificou-se que o gasto individual destes estudantes foi em média 2,8 ($DP \pm 0,8$) salários mínimos em 2006 e 3,0 ($DP \pm 1,9$) salários mínimos em 2011.

Na tabela 1 observam-se em 2006 características sociodemográficas dos estudantes relevantes para a literatura, com predomínio de mulheres (63,9%) e solteiros (100%). Quanto aos arranjos de moradia, predominaram indivíduos que moravam com os amigos (57,4%), seguidos pelos que moravam sozinhos (29,4%). Poucos estudantes residiam com os pais em 2006 (6,6%). A vasta maioria dos estudantes não tinha trabalho remunerado em 2006 (93,4%).

Quanto à escolaridade dos pais desses estudantes, observou-se que a grande maioria tinha nível superior completo (83,6%), o que também ocorreu em relação às mães dos estudantes, embora num percentual menor (60,7%). Quanto ao relacionamento entre os pais dos estudantes, observou-se que em 2006, a maioria dos alunos relatou que seus pais estavam juntos e tinham bom relacionamento (78,7%), 6,6% referiram que os pais estavam juntos e tinham um relacionamento regular/ruim e 4,9% dos alunos relataram que seus pais estavam separados e tinham um relacionamento regular/ruim.

Tabela 1 – CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE ALUNOS DO CURSO DE MEDICINA DA FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU, UNESP, EM 2006 (n=61)

Sexo	N	%
Masculino	22	36,1
Feminino	39	63,9
Estado civil		
Solteiro	61	100
Casado	0	0
Arranjo de Moradia		
Pais	4	6,6
Cônjuge/namorado	0	-
Amigos	35	57,4
Sozinho	18	29,4
Outro	4	6,6
Trabalho remunerado		
Não	57	93,4
Em tempo parcial	2	3,3
Esporádico	2	3,3
Escolaridade Pai		
Fundamental incompleto	0	0
Fundamental completo	3	4,9
Médio incompleto	2	3,3
Médio completo/ Superior incompleto	5	8,2
Superior completo	51	83,6
Escolaridade Mãe		
Fundamental Incompleto	4	6,5
Fundamental completo	1	1,6
Médio incompleto	2	3,3
Médio completo/ Superior incompleto	17	27,9
Superior completo	37	60,7
Relacionamento dos pais		
Juntos e bom	48	78,7
Juntos e regular/ruim	4	6,6
Separados e bom	1	1,6
Separados e regular/ruim	3	4,9
Um dos pais falecido	5	8,2

A tabela 2 refere-se ao Apoio Social dos estudantes, segundo a pontuação obtida na aplicação da Escala de Apoio Social, nos dois momentos do curso. Observa-se que a pontuação total e a pontuação obtida nos domínios emocional e informação aumentaram quando se compararam os valores obtidos em 2006 e 2011. Os demais domínios da escala não se alteraram.

Percebe-se uma redução estatisticamente significativa ($p < 0,001$) da frequência de visitas semanais dos estudantes as suas famílias quando se compara 2006 com 2011 (55,7% e 14,8%, respectivamente), acompanhada de aumento na frequência de visitas quinzenais, ou mais espaçadas (Tabela 3). A maioria dos alunos não apresentou dificuldade de fazer amigos em nenhum dos dois momentos do estudo, mas cerca de um quarto dos estudantes informou ter esta dificuldade, tanto em 2006 como em 2011. Observou-se um aumento do percentual de estudantes que se sentia rejeitado ao longo do curso médico (18% em 2006 e 39,3% em 2011). Quanto à adaptação dos alunos à cidade de Botucatu, houve um aumento no percentual de estudantes totalmente adaptados (37,7% em 2006 e 77% em 2011), acompanhado de uma redução do número de estudantes que se sentiam parcialmente adaptados no início do curso.

Com relação à importância atribuída à religião pelos estudantes, observa-se uma redução da porcentagem de estudantes que consideravam a religião importante em 2006 com relação a 2011 (70,5% e 49,2%, respectivamente), que foi estatisticamente significativa ($p < 0,02$).

A tabela 4 traz variáveis relacionadas à saúde dos estudantes de medicina. Cerca de três quartos dos estudantes não havia procurado atendimento em saúde mental antes de entrar na Faculdade de Medicina. Ao longo do curso, 3,3% dos alunos procuraram atendimento psicológico no primeiro ano, e até o sexto ano, esta procura aumentou para 44,3%. Ainda, em 2011, 6,5% dos estudantes relataram ter procurado por atendimento psiquiátrico e 19,7% referiram ter procurado atendimento psicológico e psiquiátrico. Quanto ao local onde estes estudantes faziam tratamento em saúde mental, a Faculdade de Medicina e outros locais em Botucatu se destacaram, tendo ambos aumentado seus percentuais de 2006 para 2011.

Quanto à utilização de medicações “controladas”, dado avaliado apenas em 2011, observa-se que a minoria dos alunos (9,8%) relatou seu uso. Quanto à presença de transtorno mental comum, observou-se que não houve diferença

estatisticamente significativa nos dois momentos do curso ($p=0,52$), obtendo-se a prevalência de 31,2% (IC 95%: 19,2-43,1) em 2006 e 37,7% (IC 95%: 25,2- 50,2) em 2011.

Tabela 2 – MÉDIAS E INTERVALOS DE CONFIANÇA (95%) DOS ESCORES OBTIDOS NA ESCALA DE APOIO SOCIAL DE ALUNOS DO CURSO DE MEDICINA DA FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU, UNESP, EM 2006 E 2011 (n=61)

	2006*		2011		p**
	Média	IC	Média	IC	
Apoio total	54,7	50,8-58,7	63,0	59,0-67,0	0,008
Apoio material	12,3	11,3-13,3	11,9	10,8-13,1	0,60
Apoio afetivo	10,1	9,4-10,8	10,4	9,7-11,2	0,59
Apoio emocional	10,3	9,4-11,2	13,7	12,8-14,6	<0,001
Apoio informação	9,4	8,5-10,2	13,0	12,1-13,9	<0,001
Apoio interação	12,7	11,7-13,8	13,9	13,0-14,7	0,11

*sem informação de 1 sujeito em 2006.

** Realizado Teste "T" de Student

Tabela 3 – CARACTERÍSTICAS RELATIVAS AO CONVÍVIO SOCIAL E À IMPORTÂNCIA ATRIBUÍDA À RELIGIÃO DE ALUNOS DO CURSO DE MEDICINA DA FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU, UNESP, EM 2006 E 2011 (n=61)

	2006		2011		p ²
	n	%	n	%	
Frequência de visitas à família¹					
Mora com a família	2	3,3	2	3,3	< 0,001
Semanal	34	55,7	9	14,8	
Quinzenal ou mais espaçada	25	41	50	81,9	
Dificuldade para fazer amigos³					
Não	46	75,4	44	73,3	<0,81
Sim	15	24,6	16	26,7	
Sente-se rejeitado					
Não	50	82,0	37	60,7	<0,009
Sim	11	18,0	24	39,3	
Adaptação a Botucatu					
Total	23	37,7	47	77,0	-
Parcial	37	60,7	14	23,0	
Não adaptado	1	1,6	0	-	
Importância atribuída à religião					
Importante	43	70,5	30	49,2	<0,02
Não importante	18	29,5	31	50,8	

¹ Realizado teste, excluindo sujeitos que moram com a família

² Realizado Teste Mc Nemar

³ sem informação de 1 sujeito em 2011

Tabela 4 – VARIÁVEIS RELACIONADAS À SAÚDE DE ALUNOS DO CURSO DE MEDICINA DA FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU, UNESP, EM 2006 E 2011 (n=61)

	2006		2011	
Procurou atendimento em saúde mental antes da Faculdade	N	%	n	%
Não	46	75,4	49	80,3
Sim, psicológico	13	21,2	9	14,8
Sim, psiquiátrico	1	1,7	0	0,0
Sim, ambos	1	1,7	3	4,9
Procurou atendimento em saúde mental durante Faculdade				
Não	59	96,7	18	29,5
Sim, psicológico	2	3,3	27	44,3
Sim, psiquiátrico	0	0,0	4	6,5
Sim, ambos	0	0,0	12	19,7
Onde faz tratamento em saúde mental				
Faculdade	1	3,8	5	8,2
Outro serviço de Botucatu	1	3,8	6	9,9
Cidade de origem	1	3,8	3	4,9
Outro	0	0	3	4,9
Não faz	23	88,6	44	72,1
Usa medicação “controlada”				
Sim	-	-	6	9,8
Não	-	-	55	90,2
Transtorno Mental Comum*				
Não	42	68,8	38	62,3
Sim	19	31,2	23	37,7

* Realizado Teste de Mc Nemar, obtendo-se valor de $p = 0.52$

Referente às atividades extracurriculares dos estudantes de medicina (Tabela 5), observou-se um aumento importante do número de alunos bolsistas entre 2006 e 2011 (de 1,6 % para 24,6%), destacando-se as bolsas FAPESP e PIBIC/PET. Com relação à frequência de atividades extracurriculares, houve um aumento do percentual de estudantes que as praticavam na frequência que gostariam, de 2006 para 2011 (34,4% e 52,2%, respectivamente), embora 15 sujeitos não tenham respondido à pergunta.

Tabela 5 – ATIVIDADES EXTRACURRICULARES DE ALUNOS DO CURSO DE MEDICINA DA FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU, UNESP, EM 2006 E 2011 (n=61)

	2006		2011	
BOLSISTA	n	%	n	%
Não	60	98,4	46	75,4
Monitoria	0	0	2	3,3
FAPESP	1	1,6	5	8,2
PAE	0	0	2	3,3
PIBIC/PET	0	0	4	6,5
Outras	0	0	2	3,3
Pratica atividades extracurriculares na frequência que gostaria?*				
Sim	21	34,4	24	52,2
Não	40	65,6	22	47,8

*sem informação de 15 sujeitos em 2011.

Quanto aos aspectos relativos ao curso médico (Tabela 6), observa-se que em relação à autoavaliação do desempenho acadêmico, aparentemente houve uma melhora de 2006 para 2011 – no início do curso, mais da metade dos alunos (57,4%) considerava seu desempenho regular, mas ao final do curso, a maioria dos alunos considerava seu desempenho como bom (68,8%), o que pode ser reafirmado com a informação obtida em 2011, em que 95% dos alunos referiram não terem ficado de exame em nenhuma disciplina.

Com respeito à satisfação dos estudantes com a escolha da medicina, observa-se que em 2006, todos os alunos consideravam-se satisfeitos; porém em 2011, 23,3% referiram uma satisfação parcial com a escolha. Deve-se destacar que houve uma modificação do questionário no segundo momento, pois em 2006 foi perguntado aos alunos se eles sentiam-se satisfeitos ou não com a escolha do curso, ao passo que em 2011 foi questionado se eles se sentiam totalmente ou parcialmente satisfeitos. Quanto ao fato de os alunos pensarem em abandonar o curso, houve um aumento no percentual de alunos que, em algum momento, pensaram em desistir, comparativamente às respostas obtidas no início do curso (21,7% em 2006 e 41% em 2011). Todavia, em 2011, nenhum dos alunos afirmou ainda pensar em desistir da faculdade.

Com relação às perspectivas futuras de realização profissional e financeira com a Medicina, dado questionado apenas em 2006, constatou-se que a grande maioria dos alunos tinha perspectivas totais de realização (profissional e financeira). Quanto ao trote, dado avaliado apenas em 2011, constatou-se que a minoria (34,4%) dos estudantes foi submetida a trote considerado abusivo e a grande maioria dos alunos relatou não ter se sentido culpada por aplicar o trote.

Na tabela 7, quanto à presença de Transtorno Mental Comum (TMC), observou-se que cerca da metade dos estudantes não o apresentava em ambos os momentos do curso; ao passo que somente em 2006, 16,4% o apresentava, e somente em 2011, 19,7%. Se considerarmos ambos os momentos do curso, 2006 e 2011, 14,8% dos sujeitos pontuaram para a presença de TMC.

Tabela 6 – ASPECTOS RELATIVOS AO CURSO MÉDICO DE ALUNOS DA FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU, UNESP, EM 2006 E 2011 (n=61)

	2006		2011	
Auto - avaliação do desempenho	N	%	n	%
Péssimo	1	1,6	0	0
Insuficiente	6	9,8	0	0
Regular	35	57,4	17	27,9
Bom	19	31,2	42	68,8
Excelente	0	0	2	3,3
Desempenho Acadêmico*				
Não ficou de exame	-	-	57	95,0
Fez exame final	-	-	2	3,3
Fez segunda época	-	-	1	1,7
Satisfação c/escolha**				
Sim	60	100	-	-
Totalmente	-	-	46	76,7
Parcialmente	-	-	14	23,3
Abandonar o curso***				
Nunca pensou	43	71,7	36	59,0
Sim, ainda pensa	4	6,6	0	0
Sim, mas não penso mais	13	21,7	25	41,0
Perspectivas futuras (realização)				
Parcial (profissional ou financeira)	18	29,5	-	-
Total (profissional ou financeira)	43	70,5	-	-
Submetido a trote abusivo				
Sim	-	-	21	34,4
Não	-	-	40	65,6
Culpado/arrependido por aplicar trote				
Sim	-	-	11	18,0
Não	-	-	50	82,0

*sem informação de 1 sujeito em 2011.

** sem informação de 1 sujeito em 2006 e 2011.

*** sem informação de 1 sujeito em 2006.

Tabela 7 – PREVALÊNCIA DE TRANSTORNO MENTAL COMUM (TMC) EM ALUNOS DO CURSO DE MEDICINA DA FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU, UNESP, EM 2006 E 2011 (n=61)

Prevalência de TMC (SRQ)	n	%
Nunca	29	47,5
2006 apenas	10	16,4
2011 apenas	13	21,3
2006 e 2011	9	14,8
Total	61	100,0

Conforme mencionado no método, adotou-se como desfecho o aumento no escore do SRQ ao longo do curso, quando se compara o valor obtido em 2006 e 2011. A tabela 8 apresenta o resultado obtido na análise univariada. Observa-se que apenas frequentar bares, sentir-se rejeitado, pensar em abandonar o curso e os escores do apoio total e do domínio apoio interação da Escala de Apoio Social (variáveis destacadas em negrito), apresentaram $p \leq 0.20$. É importante destacar que tais variáveis se referem ao ano de 2006.

Tabela 8 – RESULTADO DA ANÁLISE UNIVARIADA PARA EXPLICAR A CHANCE DE AUMENTO DO SRQ EM FUNÇÃO DE CADA VARIÁVEL, EM UMA COORTE DE ALUNOS DO CURSO DE MEDICINA DA FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU, UNESP (N=61)

Variáveis (obtidas em 2006)	β	OR	IC95%		p
Idade (em anos)	0,05	1,05	0,71	1,55	0,82
Sexo	0,66	1,93	0,64	5,79	0,24
Considerar religião importante	0,71	2,03	0,41	10,01	0,38
Frequentar bares	-1,04	0,35	0,10	1,26	0,11
Frequência insatisfatória (at. extracurriculares)	0,54	1,71	0,57	5,17	0,34
Sentir-se rejeitado	-1,42	0,24	0,06	1,05	0,06
Pensar em abandonar curso	-1,33	0,26	0,08	0,86	0,03
Apoio material	-0,06	0,94	0,82	1,08	0,36
Apoio afetivo	-0,07	0,93	0,77	1,13	0,48
Apoio emocional	-0,08	0,92	0,81	1,05	0,23
Apoio informação	-0,03	0,97	0,85	1,09	0,58
Apoio interação	-0,18	0,84	0,72	0,97	0,02
Apoio total	-0,02	0,98	0,95	1,01	0,18

7.2 Análise Multivariada

Para a análise multivariada, incluiu-se no modelo as seguintes variáveis de 2006, que tiveram significância estatística de $p \leq 0,20$ na análise univariada (tabela 8): frequentar bares, sentir-se rejeitado, pensar em abandonar o curso e os escores do apoio total e do domínio apoio interação da Escala de Apoio Social. Embora sexo e idade não demonstraram significância estatística na análise univariada ($p > 0,20$), foram também incluídos no modelo final por serem variáveis que têm se destacado nos estudos sobre TMC.

A tabela 9 mostra o modelo de regressão logística para o aumento do escore do SRQ comparando-se os dois momentos do curso. Observa-se que a única variável explanatória que se manteve significativa foi a pontuação no domínio do apoio interação da Escala de Apoio Social ($p=0,04$), mesmo após ajuste para sexo, pensar em abandonar o curso em 2006 e idade. Embora pensar em abandonar o curso em 2006 fosse significativo na análise univariada, perdeu sua significância estatística após os ajustes ($p=0,07$).

Tabela 9 – REGRESSÃO LOGÍSTICA PARA O AUMENTO DA PONTUAÇÃO OBTIDA COM A APLICAÇÃO DO *SELF REPORTING QUESTIONNAIRE* ENTRE ALUNOS DO CURSO DE MEDICINA DA FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU, UNESP, EM 2006 E 2011 (N=61).

Variável	OR simples	IC 95%	OR ajustado*	IC 95%	p
Sexo					
Feminino	1		-		
Masculino	1,92	(0,64 – 5,79);	3,3	0,88-12,33	0,08
Pensou em abandonar curso (2006)					
Não	1				
Sim	0,26	(0,08 – 0,85)	0,28	0,07-1,09	0,07
Apoio Interação	0,83	(0,72 – 0,97);	0,84	0,72-0,99	0,04

* Ajustado para idade e demais variáveis da tabela.

8 DISCUSSÃO

Neste estudo, o domínio apoio interação da Escala de Apoio Social (EAS) associou-se significativamente ao aumento na pontuação do SRQ, configurando-se como um fator de proteção. Em síntese, quanto maior o escore obtido no apoio interação da EAS em 2006, menor a chance de ter havido aumento no escore do SRQ, comparados início e final do curso.

Quanto à prevalência de TMC nesta casuística, encontrou-se 31,2% em 2006 e 37,7 % em 2011, não havendo diferença estatisticamente significativa entre ambas.

Antes de analisar os resultados, vamos destacar as limitações deste estudo. A primeira, própria dos estudos longitudinais, seria referente à dificuldade de seguimento dos sujeitos ao longo do curso médico, uma vez que ocorrem perdas decorrentes da reprovação de alguns alunos, transferência de Escola Médica e da dificuldade de localização dos indivíduos no sexto ano, período do curso em que estão divididos em diversas disciplinas e grupos de internato. Para minimizar este efeito, foi realizada uma busca ativa dos sujeitos do sexto ano do curso que faltaram na aplicação do questionário, através do número de matrícula solicitado na primeira aplicação (2006).

A segunda limitação deste estudo foi a utilização da variação da pontuação obtida no SRQ como desfecho, uma vez que o número de sujeitos desta casuística (n=61), limitou o poder estatístico dos testes, impossibilitando que o desfecho TMC fosse dicotomizado na análise multivariada. Se, por um lado, a utilização da pontuação do SRQ é uma aplicação pouco usual do instrumento, por outro lado, pode ser interpretada como uma medida do aumento do número de sintomas ou queixas.

A terceira limitação está relacionada ao viés de resposta, que foi minimizado pelo tipo de questionário autoaplicável, não havendo interferências e constrangimento por parte dos entrevistadores. Outro viés está relacionado à memória dos sujeitos, uma vez que houve inconsistência em alguns resultados devido as diferentes respostas às mesmas questões quando se compara 2006 e 2011. Um exemplo disto é o que ocorre na variável “procura por atendimento em saúde mental antes da faculdade”, em que 75,4% dos alunos responderam negativamente em 2006 e 80,3% responderam negativamente em 2011, embora se

tratasse dos mesmos sujeitos. Esta incoerência pode ser explicada pelo viés de memória, havendo alteração das respostas passados mais de cinco anos da aplicação inicial do questionário.

Comparando-se as prevalências de TMC entre os estudantes de medicina desta casuística (31,2% em 2006 e 37,7% em 2011) com estudos populacionais que utilizaram o mesmo instrumento diagnóstico, observa-se que a prevalência encontrada neste estudo foi relativamente maior. Em estudo conduzido em Feira de Santana, Bahia, com adultos jovens não universitários de 18 a 24 anos (RIOS et al., 2011) encontrou-se a prevalência de 27,8% de TMC. Na região metropolitana de São Paulo, Moraes Junior (2010) estimou em 22,4% a prevalência de TMC na população geral. Se fosse possível comparar os estudantes de medicina desta casuística com indivíduos da mesma faixa etária e nível socioeconômico, provavelmente a magnitude da prevalência do TMC nos acadêmicos do curso médico ficaria ainda mais evidente, uma vez que o TMC na população geral está associado à baixa renda, baixa escolaridade e condições socioeconômicas menos privilegiadas (ARAÚJO et al., 2005; FORTES, 2004; LUDERMIR; MELO-FILHO, 2002).

Outras pesquisas com estudantes de medicina que utilizaram o SRQ obtiveram resultados semelhantes aos deste estudo, como Benvegna et al. (1996), Almeida et al. (2007) e Fiorotti et al. (2010). Os autores citados encontraram, respectivamente, prevalências de TMC de 31,7%; 29,6% e 37,1% entre acadêmicos do curso médico. No entanto, a prevalência de TMC neste estudo foi maior do que as encontradas por Hidalgo et al. (2001), Volcan et al. (2003), Baldisserotto et al. (2005) e Cunha et al. (2009), de 22,2%, 20,0%, 19,3% e 26,1%, respectivamente. Por outro lado, a prevalência de TMC neste estudo foi inferior às encontradas por Facundes e Ludermir (2005), de 42,6%, Lima et al. (2006), de 44,7%, e Costa et al. (2010), de 40%. É importante destacar que, como na maioria dos estudos não foram apresentados intervalos de confiança, a comparação não é precisa. Tais diferenças, se houver, poderiam ser explicadas pela composição distinta das amostras, como por exemplo, no estudo de Lima et al. (2006), que identificou uma prevalência ainda maior de TMC entre estudantes do quarto ano do curso médico, ao passo que o presente estudo selecionou estudantes do primeiro e sexto ano. Além disto, aspectos ligados à estrutura curricular e adaptação à cidade poderiam explicar estas diferenças. .

Comparando-se com outras pesquisas com acadêmicos de medicina que utilizaram o GHQ, como instrumento de triagem para sofrimento psíquico, encontrou-se no presente estudo prevalências semelhantes à obtida por Souza e Menezes (2005), de 35,4%; inferiores à encontrada por Assadi et al. (2007), de 50%; e superiores à obtida por Sreeramareddy et al. (2007), de 20.9%. Embora o GHQ seja um instrumento diferente do SRQ, ambos têm sido amplamente utilizados no rastreamento da morbidade psíquica nas populações, incluindo estudantes de medicina, e possuem pontos de corte validados, a partir dos quais indicariam sofrimento psíquico relevante e a necessidade de intervenções em saúde mental (GOLDBERG ; HUXLEY, 1992).

Não foi possível comparar este estudo com outros transversais seriados e/ou longitudinais envolvendo estudantes de medicina, uma vez que os desfechos, instrumentos e variáveis explanatórias investigados são bem diversos, destacando-se que não foi encontrado na literatura estudos que avaliassem longitudinalmente o TMC nesta população. Foram encontradas apenas três pesquisas longitudinais em estudantes de medicina cujos resultados podem ser relacionados com os do presente estudo.

Dahlin e Runeson (2007) realizaram um estudo longitudinal com alunos do primeiro e terceiro ano do curso médico na Suécia, investigando morbidade psiquiátrica, depressão e *burnout*. Os autores observaram que sintomas depressivos no primeiro ano predisseram altos níveis de *burnout* no terceiro ano. Benevides-Pereira e Goncalves (2009) estudaram 18 estudantes durante todo o curso médico de uma Universidade do interior do Paraná, observando que as medidas de estresse, ansiedade e *burnout* eram maiores no terceiro e quarto anos. Notaram também que a desumanização aumentou ao longo do curso, enquanto que a exaustão emocional diminuiu. Duffy et al. (2011), em estudo longitudinal com estudantes no início do primeiro e terceiro ano do curso médico, investigaram a associação entre vocação, desenvolvimento vocacional e bem-estar. Nos dois momentos do curso, ter vocação se associou moderadamente com desenvolvimento vocacional positivo e encarar a própria vida como significativa. No presente estudo, ter maior apoio interação no primeiro ano do curso foi um fator de proteção para o aumento da pontuação do SRQ no sexto ano do curso. Tais achados reforçam a importância das Escolas Médicas identificarem as diferentes dificuldades dos alunos desde o início do curso e elaborarem estratégias de apoio.

Quanto aos fatores sociodemográficos associados ao aumento da prevalência de TMC em estudantes de medicina, apesar de diversos estudos nacionais apontarem para o sexo feminino como fator de risco (MORO et al., 2005; SOUZA e MENEZES, 2005; ALMEIDA et al., 2007; AMARAL, et al. 2008; BALDASSIN et al., 2008; REZENDE et al., 2008; CUNHA et al., 2009; ROH et al., 2010), neste estudo, ser do sexo masculino tendeu a associar-se ($p=0,08$) com maiores chances de aumentar a pontuação no SRQ ao longo do curso ($OR= 1,92$; $IC\ 95\%: 0,64-5,79$). É possível que as desigualdades entre gêneros sejam minimizadas entre a população universitária. Estudos qualitativos que investiguem as diferenças entre os gêneros no que diz respeito ao apoio emocional na universidade, poderiam esclarecer esta questão.

Alguns estudos brasileiros entre estudantes de medicina identificaram fatores relacionados ao apoio emocional que estariam associados a um aumento do risco de TMC: não receber apoio emocional (LIMA et al., 2006), dificuldade em fazer amigos (LIMA et al., 2006; SILVA et al., 2014), ter pior relação com os amigos e menor apoio dos pais (NEVES; DALGALARRONDO, 2007), suporte emocional insuficiente (FIOROTTI et al, 2010) e sentir-se rejeitado pelos amigos (TRENCH, 2011; SILVA et al.,2014). Estes fatores podem relacionar-se com os achados deste estudo, de que ter maiores escores no domínio apoio interação da EAS se associou à diminuição do risco de aumentar as pontuações no SRQ ao longo o curso ($p=0,04$). O apoio interação avalia a "disponibilidade de pessoas para se divertirem e relaxarem" (GRIEP et al.,2005). Assim, os estudantes que tinham em 2006 um maior apoio interação ou maior disponibilidade de pessoas para se divertirem ou relaxarem tiveram menor risco de aumentar suas queixas relacionadas ao sofrimento psíquico em 2011. Este achado corrobora o estudo de Silva et al (2014), que observaram que ter um apoio interação "ruim" associou-se ao aumento da prevalência de TMC entre os estudantes de medicina desta mesma Escola Médica.

Ao longo do curso médico existem estressores inevitáveis enfrentados pelos alunos, como lidar com a dor e o sofrimento dos pacientes (COSTA; PEREIRA, 2005). Porém, há outros estressores evitáveis, como a estrutura do curso e o relacionamento entre pares e com a equipe da escola. É possível que os estudantes que não disponham de "pessoas para se divertirem e relaxarem" sejam mais isolados e não desenvolvam estratégias de enfrentamento como "busca de apoio social" para fazer frente aos estressores com os quais se defrontam durante o

curso (SREERAMAREDDY et al., 2007). Em estudo qualitativo com estudantes de medicina da Universidade Federal de Santa Catarina, Zonta et al. (2006) apontaram que a valorização de relacionamentos interpessoais com parentes, namorados e amigos foi uma estratégia de enfrentamento do estresse utilizada pelos alunos.

Quanto aos fatores relativos ao curso médico associados ao aumento da prevalência de TMC em estudantes de medicina, temos alguns estudos que apontam: dificuldades de adaptação à Escola Médica (SILVA; RODRIGUES, 2004), não estar adaptado ao curso (LIMA et al., 2006) e ter desejo de abandoná-lo (LIMA et al., 2006; TRENCH, 2011; SILVA et al., 2014), frustração com o curso (MORO et al., 2005), sentir-se pouco confortável com o curso (COSTA et al., 2010), ter dúvidas vocacionais (BELLODI, 2007), dentre outros. No presente estudo, pensar em abandonar o curso em 2006 tendeu a associar-se ($p=0,07$) com menor chance de aumentar a pontuação no SRQ ao longo do curso ($OR=0,26$ IC 95%: 0,08-0,85). Isto é, aqueles estudantes que pensaram em abandonar o curso em 2006 teriam menor risco de aumentarem suas pontuações no SRQ em 2011.

Para explicar o porquê desta possível associação inversa, pode-se ter por hipóteses que os alunos que pensaram em abandonar o curso em 2006 foram se adaptando ao mesmo e melhorando sua autoavaliação do desempenho acadêmico ao longo da graduação, conforme verificado nos resultados (tabela 6), sendo que ao final do curso nenhum estudante ainda pensava em abandoná-lo. De fato, estar satisfeito com o curso seria um fator de proteção associado ao TMC (REZENDE et al., 2008), o que pode ter acontecido com estes estudantes ao final da graduação. Ou então, os estudantes que pensavam em abandonar o curso teriam procurado atendimento em saúde mental (REZENDE et al., 2008) e/ou apoio emocional de seus pares e familiares (ZONTA et al., 2006), vindo a diminuir sua pontuação no SRQ ao final do curso. Ainda, os estudantes que teriam traços de personalidade como neuroticismo e escrupulosidade, associados ao aumento da prevalência do TMC (TYSSEN et al., 2007), talvez não entrassem em contato com a possibilidade de pensar em abandonar o curso, não vindo a procurar auxílio profissional e apoio social e adoecendo mais ao longo do curso. Estudos qualitativos que investiguem a satisfação dos estudantes de medicina, suas expectativas e perspectivas de realização com o curso ao longo do mesmo, sua autopercepção do desempenho acadêmico e as maneiras de lidar com os desafios e frustrações ao longo do curso médico poderiam elucidar algumas destas hipóteses aventadas e abrir novas

possibilidades de compreensão dos fatores associados ao sofrimento psíquico desta população.

Quanto às características sociodemográficas dos estudantes, observou-se nesta casuística um predomínio de mulheres (63,9%), solteiros (100%), e sujeitos que moravam com os amigos (57,4%) ou sozinhos (29,4%). Poucos estudantes residiam com os pais em 2006 (6,6%), o que se assemelha com os achados de estudos prévios realizados em Botucatu (KERR-CORREA, 1999; TRENCH, 2011).

Quanto às características relativas ao apoio social, houve no presente estudo uma redução da frequência de visitas semanais dos estudantes às suas famílias de 2006 a 2011, acompanhada de aumento na frequência de visitas quinzenais ou mais espaçadas, o que também ocorreu no estudo de Trench (2011), que comparou transversalmente outros estudantes desta universidade em 2002 e 2006. Isto pode ser explicado pelo aumento da carga horária, das responsabilidades e da necessidade de estudos e treinamento prático ao longo do curso médico, especialmente intensificados no período do internato, mas é possível que revele uma maior adaptação à cidade de Botucatu, como verificado.

Cerca de um quarto dos estudantes referiu dificuldade de fazer amigos em 2006 e 2011, achado que se repetiu no estudo de Trench (2011), e houve um aumento do percentual de estudantes que se sentia rejeitado ao longo do curso médico. Cabe lembrar que poder contar com pessoas com as quais é possível dividir dúvidas, opiniões e obter suporte e incentivo é um elemento de proteção contra o estresse e o *burnout* (BENEVIDES-PEREIRA, 2002); e que a ausência de apoio emocional (LIMA et al., 2006), a dificuldade de fazer amigos e sentir-se rejeitado pelos mesmos (FIOROTTI et al., 2010; SILVA et al., 2014) aumentam o risco para TMC.

Sreeramareddy et al. (2007) concluíram que a busca de suporte emocional foi uma importante estratégia de enfrentamento de situações estressantes entre alunos de medicina do Nepal, salientando a necessidade de mais estudos sobre o tema e a relevância de intervenções nas instituições de ensino, a fim de propiciar melhor manejo do estresse. Tais achados podem reforçar a necessidade de intervenções da Escola Médica no que diz respeito à integração dos alunos e à ampliação de sua rede de apoio. Como exemplo, programas de *mentoring*, serviços de apoio psicológico e desenvolvimento de novas propostas pedagógicas, que estimulem e propiciem processos interativos de aprendizagem, poderiam auxiliar na

diminuição da prevalência de sofrimento psíquico do estudante (SILVA et al., 2014). É possível também que estratégias de ensino centradas no aluno, desenvolvidas em pequenos grupos, com a participação mais ativa do estudante em seu processo de aprendizagem, favoreçam uma maior interação entre estes, tornando o ambiente de ensino mais saudável. Souza e Menezes (2005), ao estudarem a prevalência de distúrbios psicológicos em estudantes de medicina da Universidade Federal do Ceará, perceberam que a média de pontuação para o GHQ era menor no quarto semestre do curso, período em que o currículo seguia o método Problem Based Learning (PBL), havendo possivelmente maior interação entre os estudantes e mais tempo livre para o estudo e o lazer.

Chama a atenção o fato de, no início do curso, 70,5 % dos alunos desta casuística considerar a religião importante, ao passo que no final do curso, mais da metade dos alunos não a consideravam importante. Em estudo anterior nesta mesma Escola Médica (TRENCH, 2011), observou-se uma redução significativa ($p=0,003$) dos alunos que afirmavam ter religião em 2006 (69,7%) quando comparado com 2002 (84%), bem como uma redução da frequência aos cultos religiosos. Esta redução da importância da religião para os estudantes pode refletir características da sociedade neoliberal, cuja valorização dos aspectos materiais em detrimento dos espirituais evidencia-se em vários setores. Pode indicar também uma tendência da formação médica em supervalorizar os aspectos técnico-científicos em detrimento do bem estar e da saúde dos estudantes (GONCALVES; BENEVIDES-PEREIRA, 2009), especialmente quando se leva em conta a definição de saúde da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2001) que seria “um estado de completo bem-estar físico, mental e social”, em que a religiosidade e espiritualidade têm sido incluídas (MOREIRA-ALMEIDA et al., 2006). Pode indicar também uma restrição da possibilidade dos estudantes em vivenciar aspectos espirituais e atividades religiosas ao longo do curso, em virtude de sua extensa carga horária (MORO et al, 2005), plantões cansativos (BELLODI, 2007) e falta de tempo para o lazer (MORO et al., 2005; GONCALVES; BENEVIDES-PEREIRA, 2009), fatores estes associados ao aumento de TMC. Por outro lado, o bem estar espiritual (VOLCAN et al., 2003), ter uma religião (SILVA et al., 2014) e ter mais tempo para o lazer e outras atividades (SOUZA ; MENEZES, 2005) estão associados a uma diminuição do sofrimento psíquico entre os estudantes.

Diante da constatação da elevada prevalência de TMC entre os

estudantes de medicina e os fatores a ela associados, torna-se de fundamental importância refletir sobre o papel da Instituição de Ensino. Para Justin e Eisenberg (2010), dada a significativa carga de doença relativa ao adoecimento mental entre adultos jovens, a população universitária ofereceria oportunidades valiosas de prevenção e tratamento. Para tanto, seria importante ampliar as pesquisas sobre o tema e estimular as universidades a promover a saúde mental dos estudantes. Segundo Seritan et al. e Al Faris et al. (2012), o propósito principal da Escola Médica seria facilitar e dar suporte ao aprendizado dos estudantes num ambiente seguro. Tendo em vista que algumas das causas evitáveis de estresse enfrentadas pelos estudantes de medicina estariam relacionadas a questões pedagógicas como a organização curricular, falta de conforto e infraestrutura, concentração de provas em curtos períodos e falta de didática dos docentes (COSTA; PEREIRA, 2005), mudanças curriculares que centralizassem o currículo no aluno e disponibilizassem maior tempo livre para o estudo e o lazer (SOUZA; MENEZES, 2005) poderiam minimizar o adoecimento psíquico desta população.

No modelo pedagógico do PBL busca-se fornecer ao estudante condições de desenvolver habilidades técnicas, cognitivas e atitudinais aplicáveis tanto para o cuidado dos pacientes, quanto para a manutenção da postura de estudar para aprender pelo resto da vida profissional (GOMES et al., 2009). Neste contexto, o foco do processo educativo está centrado no estudante, estimulando a capacidade de autoformação pela busca ativa de informações, a construção ativa da aprendizagem através da articulação dos conhecimentos prévios com os de outros estudantes do grupo, e a resolução de problemas, visando o desenvolvimento do raciocínio crítico, de habilidades de comunicação e do entendimento da necessidade de aprender ao longo da vida (BARROWS; TAMBLYN, 1980).

Por sua vez, sabendo-se que o apoio social tem sido apontado como um importante fator associado ao TMC, trabalhar dificuldades de relacionamento dos estudantes entre si e com os demais personagens envolvidos na Escola Médica, poderia favorecer sua integração e saúde mental (TRENCH, 2011). Metodologias ativas de ensino poderiam favorecer a interação entre os alunos e catalisar a habilidade de trabalhar em equipe, requisito fundamental apontado nas diretrizes curriculares da formação médica (CONSELHO NACIONAL DE EDUCACAO, 2003). Uma revisão da literatura (GOMES et al., 2009) observou que a utilização da Aprendizagem Baseada em Problemas nas escolas de Medicina tem efeitos

positivos mesmo após a graduação, principalmente no que se refere às competências da dimensão social (KOH et al., 2008), como comunicar-se de forma eficiente, relacionamento interpessoal, lidar com pacientes de culturas diferentes, levar em conta aspectos psicossociais no adoecimento e no tratamento, atuar em equipe e lidar com questões éticas.

A associação do apoio interação com a diminuição do risco de TMC encontrada nesta casuística aumenta o potencial de impacto de programas de *mentoring* ou *tutoria*, realizados em algumas Universidades do Brasil (BELLODI; MARTINS, 2005), que direcionam o estudante para o aprendizado e a realização de objetivos pessoais através de um “tutor”, visando o desenvolvimento interpessoal, psicossocial, educacional e profissional (BOTI; REGO, 2008). Na literatura americana e europeia, “tutor” seria um professor que se preocupa em ensinar o aluno a “aprender a aprender”, principalmente no método PBL, sendo considerado um guia, um facilitador que auxilia no processo de aprendizagem centrado no aluno (DOLMANS et al., 2006). O tutor orienta, ensina, ajuda na busca de conhecimento e tem também papel importante como avaliador. Pode trabalhar com um aluno individualmente ou com um grupo pequeno de alunos (JONES, 1998).

Para Dahlin et al (2007), medidas preventivas do estresse e morbidade psiquiátrica por parte da Escola Médica deveriam ser direcionadas aos estudantes com sintomas depressivos já no primeiro ano do curso. Tal constatação poderia levar à conclusão precipitada de que os processos seletivos da Escola Médica devessem incluir o histórico de saúde mental dos indivíduos, a fim de selecionar aqueles com menor vulnerabilidade; o que não se justifica por não haver evidência de que os estudantes com morbidade psiquiátrica abandonem o curso ou tenham pior desempenho. Para os autores, a Escola Médica deveria tomar medidas para encorajar e facilitar os estudantes de medicina a procurar ajuda para seus problemas psicológicos.

Embora haja serviços de saúde mental disponíveis aos acadêmicos, estes ainda encontram barreiras para cuidar-se (SERITAN et al, 2012). Para minimizar tais obstáculos, os autores descrevem características de programas efetivos de bem estar do estudante: aqueles que oferecem informações a todos os membros da universidade, facilitam o acesso a serviços apropriados e promovem uma atmosfera de excelência e compaixão. Com relação à procura por atendimento em saúde mental entre os estudantes desta casuística, observou-se que cerca de três quartos

deles não havia procurado atendimento em saúde mental antes de entrar na Faculdade de Medicina. No primeiro ano do curso, 3,3% dos alunos procurou atendimento psicológico e até o sexto ano, esta procura aumentou para 44,3%. Apesar de as prevalências de TMC terem sido semelhantes em ambos os momentos do curso, estes dados podem indicar um possível aumento do sofrimento psíquico dos estudantes ao longo da graduação, repercutindo numa maior necessidade e procura por atendimentos em saúde mental. Isto concorda com os achados de Dyrbye et al. (2006), que verificaram um aumento da prevalência de estresse e *burnout*, e com Rezende et al. (2008), que constataram um aumento de sintomas depressivos ao final do curso médico, embora estes sejam estudos transversais.

No estudo de Dahlin et al. (2007) observou-se que embora a morbidade psiquiátrica fosse prevalente em 27% dos estudantes de medicina, apenas 29% destes havia procurado ajuda em algum momento do curso médico e 14% destes estava realizando acompanhamento com um profissional da saúde. Em uma revisão da literatura sobre problemas de saúde mental e procura por ajuda entre universitários, Eisenberg et al. (2007b) relata estudo em que menos da metade dos estudantes com rastreamento positivo para depressão maior e transtornos de ansiedade tinham recebido qualquer apoio de um serviço de saúde mental no último ano.

Quanto ao local onde os estudantes desta casuística faziam tratamento em saúde mental, a Faculdade de Medicina (8,2%) e outros locais em Botucatu (9,9%) se destacaram em 2011, porém a grande maioria dos alunos não estava em tratamento em saúde mental no sexto ano. Ainda que se considere positiva a procura por atendimento entre os estudantes desta casuística, não foi investigado se o acompanhamento se deu de fato. Alguns estudos discutiram possíveis barreiras à procura de ajuda entre universitários, destacando-se: falta de tempo, questões relativas à privacidade, pouca abertura emocional, dificuldades financeiras, baixa percepção da necessidade de ajuda, ceticismo em relação à efetividade do tratamento e estigmas dos estudantes em relação a saúde mental (EISENBERG et al, 2009, 2007b; GIVENS et al, 2002).

Seritan et al (2012), em sua revisão sobre o bem estar dos estudantes de medicina, aponta que embora muitos estudos indiquem um aumento da frequência e intensidade dos problemas emocionais nos anos de formação médica, pouco se sabe ainda a respeito dos fatores e intervenções que promoveriam o bem estar

desta população. Os autores fazem uma reflexão sobre a necessidade de uma enorme mudança na cultura institucional tradicional da medicina, que se refletiria na Escola Médica pelo incentivo ao autocuidado dos estudantes de medicina, através da prática de hábitos saudáveis de estudo, sono, exercício e medidas redutoras do estresse. Os autores concluem que o bem estar dos estudantes deveria ser uma prioridade para todas as Escolas Médicas, pois investir hoje na saúde mental dos alunos trará benefícios ao sistema de saúde e à sociedade no futuro.

9 CONCLUSÃO

Retomando os objetivos e as hipóteses do presente estudo, observa-se que a prevalência de TMC em 2006 foi 31,2 % (IC 95%: 19,2-43,1) e em 2011, 37,7 % (IC 95%: 25,2- 50,2), não se encontrando diferença estatisticamente significativa entre os dois momentos do curso. Não foi possível identificar os fatores associados à presença de TMC em função do pequeno tamanho da casuística, que limitou o poder estatístico de alguns testes. No entanto, ao comparar os escores obtidos no SRQ ao longo do curso, observou-se que o domínio apoio interação da EAS, em 2006, foi fator de proteção ao aumento destes escores.

Não houve associação significativa do aumento do escore no SRQ ao longo do curso com: sexo feminino, menor renda, menor importância atribuída à religião e pensar em abandonar o curso. São necessários estudos longitudinais com amostras maiores e também com abordagens qualitativas a fim de identificar e ampliar a compreensão dos fatores de risco e proteção associados ao TMC nas Escolas Médicas. Estratégias de apoio psicológico aos alunos do curso médico, reestruturações curriculares que promovam uma maior interação dos alunos entre si e maior direcionamento acadêmico, vocacional e pessoal através de “tutores”, bem como metodologias de ensino ativas e centradas no aluno, são possíveis medidas para lidar com o sofrimento psíquico dos estudantes nas Escolas Médicas.

REFERÊNCIAS

- AKTEKIN, M.; KARAMAN, T.; SENOL, Y.Y.; ERDEM, S.; ERENGIN, H.; AKAYDIN, H. Anxiety, depression and stressful life events among medical students: A prospective study in Antalya, Turkey. **Med Educ**, v.35, n.1, p.12–17, 2001.
- ALEXANDRINO-SILVA, C. PEREIRA, M.L.G.; BUSTAMANTE, C.; FERRAZ, A.C.T.; BALDASSIN, S.; ANDRADE, A.G.; ALVES, T.C.T.F. Ideação suicida entre estudantes da área da saúde : um estudo transversal. **Rev Bras Psiquiatr**, v.31, n.4, p. 338-344, 2009.
- AL FARIS, E.A.; IRFAN, F.; VAN DER VLEUTEN, C.P.M.; NAGHMA NAEEM; ALSALEM, A.; ALAMIRI, N.; ALRAIYES, T.; ALFOWZAN, M.; ALABDULSALAM, A.; ABABTAIN, A.; ALJABAB, S.; BUKHARI, M; ALSINAIDI, O.; ALOFAISAN, Y. The prevalence and correlates of depressive symptoms from an Arabian setting: A wake up call. **Med Teach**, v.34, p. S32–S36, 2012.
- ALMEIDA, A.M.; GODINHO, T.M.; BITENCOURT, A.G.V.; TELES, M.S.; SILVA, A.S.; FONSECA, D.C.; BARBOSA, D.B.V.; OLIVEIRA, P.S.; COSTA-MATOS, E.; ROCHA e ROCHA, C.; SOARES, A.M.; ABADE, B.; OLIVEIRA, I.R. Common Mental Disorders among medical students. **J Bras Psiquitr**, v.56, n.4, p.245-251, 2007.
- ALMONDES, K.M.; ARAÚJO, J.F. Padrão do ciclo sono-vigília e sua relação com ansiedade em estudantes universitários. **Estudos de Psicologia**, v.8, n.1, p.37-43, 2003.
- AMARAL, G.F.; GOMIDE, L.M.P.; BATISTA, M.P.; PICCOLO, P.P.; TELES, T.B.G.; OLIVEIRA, P.M.; PEREIRA, M.A.D. Sintomas depressivos em acadêmicos da Universidade Federal de Goiás: um estudo de prevalência. **Rev Psiquiatr RS**, v.30, n.2, p.124-130, 2008.
- ANDRADE, A.G.; BASSIT, A.Z.; KERR-CORRÊA, F.; TONHON, A.A.; BOSCOVITZ, E.P.; CABRAL, M.; RASSI, R.; POTÉRIO, G.M.; MARCONDES, E.; OLIVEIRA, M.P.M.T.; DUAILIBI, K.; FUKUSHIMA, J.T. Fatores de Risco associados ao uso de álcool e drogas na vida, entre estudantes de medicina do Estado de São Paulo. **Rev ABP-APAL**, v.19, n.4, p.117-126, out.-dez. 1997.
- ARAÚJO, T.M; PINHO, P.S.A.; GUIMARAES, M.M. Prevalência de Transtornos Mentais Comuns em mulheres e sua relação com as características sociodemográficas e o trabalho domestico. **Rev Bras Saúde Mater Infantil**, Recife, v. 5, n.3, p. 337-348, jul.-set, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292005000300010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 6 jul.2014.

ASSADI, S.M.; NAKHAEI, M.R.; NAJAFI, F.; FAZEL, S. Mental health in three generations of Iranian medical students and doctors: a cross-sectional study. **Soc Psychiatr Psychiatry Epidemiol**, v. 42, p. 57–60, 2007.

BALDASSIN, S.; ALVES, T.C.T.F.; ANDRADE, A.G.; MILLAN, L.A.N. The characteristics of depressive symptoms in medical students during medical education and training: a cross-sectional study. **BMC Med Educ**, v.8, n.60, p. 1-8, 2008.

BALDISSEROTO, C.M.; FILHO, E.S.; NEDEL, F.; SAKAE, T.M. Problemas psiquiátricos menores e indicadores do uso problemático de álcool entre os estudantes de medicina da Universidade do Sul de Santa Catarina – UNISUL. **Arq Catarin Med**, v. 34, n.4, p 73-79, out.-dez. 2005. Disponível em: <<http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/308.pdf>> Acesso em: 9 jul.2014.

BARROWS, H.S.; TAMBLYN, R.M. **Problem-Based Learning: an approach to medical education**. New York: Springer; 1980.

BELLODI, P.L.; MARTINS, M.A. **Tutoria: mentoring na Formação médica**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005. 370 p.

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

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

BENEVIDES-PEREIRA, A.M.T.; GONÇALVES, M.B. Transtornos emocionais e a formação em Medicina: um estudo longitudinal. **Rev Bras Educ Med** ,v.33, n.1, p.10-23, 2009.

BENVEGNI, L.A.; DEITOS, F.; COPPETE, F.R. Problemas psiquiátricos menores em estudantes de Medicina da Universidade Federal de Santa Maria, RS, Brasil. **Rev Psiquiatr Rio Gd Sul**, v.18, p. 229-33, 1996.

BLANCO, C.; OKUDA, M.; WRIGHT, C.; HASIN, D.S.; GRANT, B.F.; LIU, S.M.; OLFSON, M. Mental health of college students and their non-college-attending peers: results from the National Epidemiologic Study on Alcohol and Related Conditions. **Arch Gen Psychiatry** , v.65, n.12, p. 1429–37, dec. 2008.

BOTI, S.H.O; REGO,S. Preceptor, supervisor, tutor e mentor: quais são seus papeis? **Rev Bras Educ Medica**, v.32, n.3, p.363-373, 2008.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **I Levantamento Nacional sobre o Uso de Álcool, Tabaco e Outras Drogas entre Universitários das 27 Capitais Brasileiras** / Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas; GREA/IPQ-HCFMUSP; organizadores: Arthur Guerra de Andrade, Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte, Lúcio Garcia de Oliveira. – Brasília: SENAD, 2010. 284 p.

CALVO, J.M; SANCHEZ, R; TEJADA, P.A. Prevalence and factors associated with suicidal thinking among university students. **Rev Salud Publica**. Bogotá, vol.5, n.2, p.123-43, 2003.

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

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

CIANFLONE, A.R.L; FERNANDES, J.M. Algumas características do ensino e aprendizado na Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP – um estudo junto aos alunos de graduação. **Medicina** (Ribeirão Preto). v.26, n.2, p.228-36, abr.-jun. 1993.

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em medicina. In: Marcio Almeida (Org.). **Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos da área da saúde**. Londrina: Rede Unida, p.89, 2003.

COSTA, L.S.M.;PEREIRA, C.A.A. O abuso como causa evitável de estresse entre estudantes de medicina. **Rev Bras Educ Med**; v.29, n.3, p.185-90, 2005.

COSTA , E.F.O.; ANDRADE, T.M.; NETO, A.M.S.; MELO, E.V.; ROSA, A.C.R.; ALENCAR, M.A.; SILVA, A.M. Transtornos mentais comuns entre estudantes de medicina da Universidade Federal de Sergipe: estudo transversal. **Rev Bras Psiquiatr**, v.32, n. 1, p. 11-19, Mar. 2010.

CUNHA, M.A.B.; NEVES, A.A.F.; MOREIRA, M.E.; HENH, F.J.; LOPES, T.P.; RIBEIRO, C.C.F.; WATANABE, A.P.F. Transtornos psiquiátricos menores e procura por cuidados em estudantes de medicina. **Rev Bras Educ Med**, v.33, n. 3, p. 321-328, 2009.

DAHLIN, M.E; RUNESON, B. Burnout and psychiatric morbidity among medical students entering clinical training: a three year prospective questionnaire and interview-based study. **BMC Med Educ**, v.7, n.6, p.1-8, apr. 2007. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1472-6920/7/6>> Acesso em: 29 jun. 2014.

DOLMANS, D.H.J.M.; LUIJK, S.J.V.; WOLFHAGEN, I.H.A.P, SCHERPBIER, A.J.J.A. The relationship between professional behavior grades and tutor performance ratings in problem-based learning. **Med Educ**, v.40, p. 180-186, 2006.

DUARTE, G.V.; ALMEIDA, D.B.; FREITAS, D.M.; PINHEIRO, F.D.; REIS, I.C.; NASCIMENTO, C.T. Frequência de sintomas depressivos em estudantes da Universidade Federal da Bahia. **Rev. Bras. Psiquiatr.**,v.26, (Supl..2) , p.36, 2004.

DUFFY, R.D.; MANUEL, R.S.; BORGES, N.J.; BOTT, E.M. Calling, vocational development, and well being: A longitudinal study of medical students. **Journal of Vocational Behavior**, v.79, p. 361–366, 2011.

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

DYRBYE, L.N. THOMAS, M.R; SHANAFELT, T.D. Systematic Review of Depression, Anxiety and others indicators of psychological distress among U.S. and Canadian medical students. **Acad Med** , v.81, n.4, p. 354-373, apr. 2006a.

DYRBYE, L.N.; THOMAS, M.R.; HUNTINGTON, J.L.; LAWSON, K.L.; NOVOTNY,P.J.; SLOAN, J.A.; SHANAFELT, T.D. Personal life events and medical student burn out: a multicenter study. **Acad Med**, v. 81, n.4, p. 374- 384, apr. 2006b.

DYRBYE, L.N.; THOMAS, M.R.; MASSIE, S.; POWER, D.V.; EACKER, A.; HARPER, W.; DURNING, S.; MOUTIER, C.; SZYDLO, D.W.; NOVOTNY, P.J.; SLOAN, J.A.; SHANAFELT, T.D. Burn out and suicidal ideation among U.S. medical students. **Ann Intern Med.**, v.149,n.5, p. 334-341, 2008.

EISENBERG, D.; GOLLUST, S.E.; GOLBERSTEIN, E.; HEFNER, J.L. Prevalence and correlates of depression, anxiety, and suicidality among university students. **Am J Orthopsychiatry** , v.77, n.4, p.534–42, oct. 2007a.

EISENBERG, D.; GOLBERSTEIN, E.; GOLLUST, S.E. Help-seeking and access to mental health care in a university student population. **Med Care**, v.45, n.7, p.594–601, 2007b.

EISENBERG, D.; DOWNS, M.F.; GOLBERSTEIN, E.; ZIVIN, K. Stigma and help-seeking for mental health among college students. **Med Care Res Rev**, v. 66, n.5, p.522–41, oct. 2009.

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

FERREIRA, C.L.; ALMONDES, K.M.; BRAGA, L.P.; MATA, A.N.S.; LEMOS, C.A.; MAIA, E.M.C. Universidade, contexto ansiogênico? Avaliação de traço e estado de ansiedade em estudantes do ciclo básico. **Ciênc saúde coletiva**, v.14, n.3, p. 973-981, maio-jun. 2009.

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

FIRTH, J. Levels and sources of stress in medical students. **Br Med J**, v.292, Clinical Research ed., p.1177- 1186, May, 3, 1986.

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

FORTES, S. **Transtornos mentais comuns na atenção primária**: suas formas de apresentação, perfil nosológico e fatores associados em unidades do programa de saúde da família do município de Petrópolis, Rio de Janeiro, Brasil. 2004. 165f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – IMS, UERJ, Rio de Janeiro, 2004.

GIANINI, R.J. ; CARVALHO, T.C.; ANJOS, R.M.P.; PINTO, P.L.S.; MALUF, M.E.; LANZA, L.B.; SCHLIEMAN, A.L.; MINARI, F.C. Prática de rastreamento no cenário do Programa Saúde da Família em Sorocaba (SP). **Rev Bras Educ Med**, v.32, n.1, p. 15-22, 2008.

GIVENS, J.L; TJIA, J. Depressed medical students: use of mental health services and barriers to use. **Acad. Med.**, v.77, n.9, p.918–21, sep. 2002.

GOEBERT, D.; THOMPSON, D.; TAKESHITA, J.; BEACH, C.; BRYSON; EPHGRAVE, K.; KENT, A.; KUNKEL, M.; SCHECHTER, J.; TATE, J. Depressive symptoms in medical students and residents: a multischool study. **Acad. Med.**, v. 84, n. 2, p.236-241, feb. 2009.

GOLDBERG, D.; HUXLEY, P. **Common mental disorders: a bio-social model**. London: Tavistock; 1992. 194p.

GOMES, R.; BRINO, R.F.; AQUILANTE, A.G.; AVO, L.R.S. Aprendizagem Baseada em Problemas na formação médica e o currículo tradicional de Medicina: uma revisão bibliográfica. **Rev Bras Educ Med**, v.33, n.3, Rio de Janeiro, Jul.-Set., 2009. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-55022009000300014&script=sci_arttext > Acesso em 8 jul.2014.

GONÇALVES, D.M.; STEIN, A.T.; KAPCZINSKI, F. Avaliação de desempenho do Self-Reporting Questionnaire como instrumento de rastreamento psiquiátrico: um estudo comparativo com o Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR **Cad Saúde Pública**, v.24, n. 2, p.380-90, fev. 2008.

GONÇALVES, M.B.; BENEVIDES-PEREIRA, A.M.T. Considerações sobre o ensino médico no Brasil: consequências afetivo-emocionais nos estudantes. **Rev Bras Educ Med**, v.33, n.3, p. 493-504, 2009.

GONÇALVES D.A.; MARI, J.J.; BOWER, P.; GASK, L.; DOWRICK, C.; TÓFOLI, L.F.; CAMPOS, M.; PORTUGAL, F.B.; BALLESTER, D.; FORTES, S. Estudo multicêntrico brasileiro sobre transtornos mentais comuns na atenção primária: prevalência e fatores sociodemográficos relacionados. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.30, n.3, p.623-632, mar 2014. Disponível em:<http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00158412> Acesso em : 29 jun. 2014.

GRASSI, L.; MAGNANI, K. Psychiatric morbidity and burnout in the medical profession: an Italian study of general practitioners and hospital physicians. **Psychother Psychosom** v.69, p.329– 334 , 2000.

GRIEP, R.H.; CHOR, D.; FAERSTEIN, E.; LOPES, C. Confiabilidade teste-reteste de aspectos da rede social no Estudo Pró-Saúde. **Rev Saúde Pública**, vol.37, n.3, pp. 379-385, 2003 a.

GRIEP, R.H. CHOR, D.; FAERSTEIN, E.; LOPES, C.. Apoio social: confiabilidade teste-reteste de escala no Estudo Pró-Saúde. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n.2, pp. 625-634, mar.-abr. 2003 b.

GRIEP, R.H.; CHOR, D.; FAERSTEIN, E.; WERNECK, G.L.; LOPES, C.S. Validade de constructo de escala de apoio social do Medical Outcomes Study adaptada para o português no Estudo Pró-Saúde. **Cad Saúde Pública** , vol.21, n.3, pp. 703-714, 2005.

HAHN, M.; FERRAZ, M.P.T.; GIGLIO J.S. A saúde mental do estudante universitário: sua história ao longo do século XX. **Rev Bras Educ Med**, v.23, n.2/3, p. 81-87, 1999.

HEFNER, J.L.; EISENBERG, D. Social support and mental health among college students. **Am J Orthopsychiatry**, v.79, n.4. p. 491-9, out 2009.

HIDALGO, M.P.L.; PONTE, T.S.; CARVALHO, C.G.; PEDROTTI, M.R.; NUNES, P.V.; SOUZA, C.M.; ZANETTE, C.B.; VOLTOLINI, S.; CHAVES, M.F.L. Association between mental health screening by self-report questionnaire and insomnia in medical students. **Arq Neuropsiquiatr**, v.59, n.2, p. 180-185, jun.2001.

JOHNSON, W.D.K. Predisposition to emotional distress and psychiatric illness amongst doctors: the role of unconscious and experimental factors. **Br J Med Psychol**, v.64, n.4. p.317-329, dec. 1991.

JONES, A. Getting going with clinical supervision: an introductory seminar. **J Adv Nurs**; v.27, p.560-6, 1998.

JORGE, M.S.B. Situações vivenciadas pelos alunos de enfermagem durante o curso, no contexto universitário, apontadas como norteadoras de crises. **Rev Esc Enf USP**, v.30, n.1, p.138-48, abr. 1996.

JUSTIN, H.; EISENBERG, D. Review article: Mental Health Problems and Help-Seeking Behavior Among College Students. **J Adolescent Health** v.46, p. 3–10, 2010.

KERR-CORRÊA, F. ANDRADE, A.G.; BASSIT, A.Z.; BOCUTTO, N.M.V.F. Uso de álcool e drogas por estudantes de medicina da UNESP. **Rev Bras Psiquiatr**, v.21, n.2, p.95-100, 1999.

KOH, G.C.H.; KHOO, H.E.; WONG, M.L.; KOH, D. The effects of problem-based learning during medical school on physician competency: a systematic review. **Can Med Assoc J** , v.178, n.1, p.34-41, 2008.

LIMA, M.S.; BERIA, J.U.; TOMASI, E.; CONCEIÇÃO, A.T.; MARI, J.J. Stressful life events and minor psychiatric disorders: an estimate of the population attributable fraction in a Brazilian community-based study. **Int J Psychiatr Med**, v.26, n.2, p. 211-22, 1996.

LIMA, M.C.P. O Psicodrama e o ensino médico: reflexões a partir de uma experiência prática. **Rev Bras Psicodrama**, v.5, n.1, p.11-19, 1997.

LIMA, M.S.; SOARES, B.G.O.; MARI, J.J. Saúde e Doença Mental em Pelotas, RS: dados de um estudo populacional. **Rev Psiquiatr Clín**, v.26, n.5, p.225-235, 1999.

LIMA, M.C.P. **Transtornos mentais comuns e uso de álcool na população urbana de Botucatu - SP: um estudo de comorbidade e utilização de serviços.** [Tese de doutorado]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2004.

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. **Rev. Saúde Pública**, v.40, n.6, p.1035-41, 2006.

LIMA, M.C.P. **Sofrimento psíquico e ambiente educacional: um estudo transversal na Faculdade de Medicina de Botucatu**. 2012. 109f. Tese (Livredocência) - Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2012.

LUDERMIR, A.B.; MELO-FILHO, D.A. Condições de vida e estrutura ocupacional associadas a transtornos mentais comuns. **Rev Saúde Pública**, v.36, n.2, p.213-21, abr. 2002.

MARI, J.J.; WILLIAMS, P. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of Sao Paulo. **Br J Psychiatry**, v. 148, p. 23-6, 1986.

MASLACH, C.; JACKSON, S.E.; LEITER, M.P.; SCHAUFELI, W.B.; SCHWAB, R.L. **Maslach Burnout Inventory, Manual**. Palo Alto, University of California. Consulting Psychologists; 1986. Disponível em: < <http://www.mindgarden.com/products/mbi.htm> >. Acesso em 29 jun. 2014.

MC CUE, J.D. The effects of stress on physicians and their medical practice. **N Engl J Med**, v. 306, n.8, p.458-463, feb.1982.

MENEZES R.G.; SUBBA, S.H.; SATHIAN, B.; KHAROSHAN, M.A.; SENTHILKUMARAN, S.; PANT, S.; ARUN, M.; KUNDAPUR, R.; JAIN, A.; LOBO, S.W.; SHANKAR, P.R. Suicidal ideation among students of a medical college in Western Nepal: a cross-sectional study. **Leg Med**, v.14, n.4 : 183-7, jul. 2012.

MERCURI, E.; MORAN, R.C.; AZZI, R.G. **Estudo de evasão de curso no primeiro ano de graduação de uma Universidade pública estadual**. NUPES. São Paulo, NUPES/USP, 1995. 13p.

MILLAN, L.R.; SOUZA, E.N.; DE MARCO, O.L.N.; ROSSI, E.; ARRUDA, P.C.V. I Encontro Paulista de Serviços de Assistência Psicológica ao Estudante Universitário. **Rev Hosp Clin Fac Med USP**, v.53, n.3, p.156-161, jun.1998.

MILLAN, L.R.; ROSSI, E.; De MARCO, O.L.N. A psicopatologia do estudante de medicina. In: MILLAN, L.R.; De MARCO, O.L.N.; ROSSI, E.; ARRUDA, P.C.V. (Orgs.). **O Universo psicológico do futuro médico, vocação, vicissitudes e perspectivas**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999a, p. 83-94.

MILLAN, L.R. O curso médico no Brasil. In MILLAN, L.R.; De MARCO, O.L.N.; ROSSI, E.; ARRUDA, P.C.V. (Orgs.). **O Universo psicológico do futuro médico, vocação, vicissitudes e perspectivas**. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1999b. p.31-42.

MORAES JR, E.C. **Prevalência e fatores de risco para transtorno mental comum na população urbana da região metropolitana de São Paulo**. 2010. 141 f. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Medicina de Botucatu- Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2010.

MOREIRA-ALMEIDA, A.; NETO, F.L.; KOENIG, H.G. Religiousness and mental health. **Rev Bras Psiquiatr**, v.28, n. 3, p.242-50, 2006.

MORO, A; VALLE, J.B; LIMA, L.P. Sintomas depressivos nos estudantes de medicina da Universidade da região de Joinville (SC). **Rev Bras Educ Med**, v.29, n.2, p.97-102, maio/ago. 2005.

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

NOGUEIRA-MARTINS, L.A.N. Morbidade psicológica e psiquiátrica na população médica **Boletim de Psiquiatria**, v.22-23, p.9-15, 1990.

NOGUEIRA-MARTINS, L.A.N. Atividade médica: fatores de risco para a saúde mental do médico. **Rev Bras Clín Terap**, v.20, n.9, p.355-364, 1991.

OMS. **Classificação Internacional das Doenças**. Organização Mundial da Saúde, 10ª. edição, Ed.Artes Médicas, 1993.

OMS. **Relatório mundial da saúde. Saúde mental: nova concepção, nova esperança**. Lisboa; 2001.

POLYDORO, S.A.J.; PRIMI, R.; SERPA, M.N.F.; ZARONI, M.M.H.; POMBAL, K.C.P. Desenvolvimento de uma escala de integração ao ensino superior. **Psico USF**, v.6, n.1, p. 11-17, jan.-jun. 2001.

POMPEI, M.S. **Condições de saúde mental e alguns fatores a ela associados: um estudo em universitários do campus de Botucatu - UNESP**. Departamento de Neurologia e Psiquiatria, (Mimeo), 1986.

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

REILING, Jennifer. **The Journal of American Medical Association – JAMA 100 Years ago**, Section Editor v.290, n.3, july 16, 2003. Disponível em:< <http://www.jama.com>>. Acesso através do consórcio Capes em 17 maio 2009. DOI:10.1001/jama.290.3.414-a.

REZENDE, C.H.A.; ABRÃO, C.B.; COELHO, E.P.; PASSOS, L.B.S. Prevalência de sintomas depressivos em estudantes de medicina da Universidade Federal de Uberlândia. **Rev Bras Educ Med**, v.32, n.3, p.315-323, 2008.

RIBEIRO, M.S.; RONZANI, F.A.T.; ALVES, M.J.M. Consumo de substâncias psicoativas entre estudantes de Medicina da UFJF. **J Bras Psiquiatr**, v.46, n.12, p. 631-638, dez.1997.

RIOS, L.C.; ALMEIDA, M.M.G.; ROCHA, S.V.; ARAÚJO, T.M.; PINHO, P.S. Atividades físicas de lazer e transtornos mentais comuns em jovens de Feira de Santana, Bahia. **Rev Psiquiatr Rio Gd Sul**, v.33, n.2, p. 98-102, 2011.

ROH, M.S.; JEON, H.J.; KIM, H.; HAN, S.K.; HAHM, B.J. The prevalence and impact of depression among medical students: a nationwide cross-sectional study in South Korea. **Acad Med**, v.85, n.8, Aug. 2010.

SAADEH, A. **Internato em medicina: estudo da interação estudante-paciente**. 1995. 144f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1995.

SERITAN, A.; HUNTIN, J.; SHY, A.; REA, M.; WORLEY, L. Commentary- The State of Medical Student Wellness: A Call for Culture Change. **Acad Psychiatr**, v.36, n.1, p.7-10. Jan.-Feb. 2012.

SHANAFELT, T.D.; BRADLEY, K.A.; WIPF, J.E.; BACK, A.L. Burnout and self-reported patient care in an internal medicine residency program. **Ann Intern Med**, v.136, n.5, p.358-367, mar. 2002.

SHERBOURNE, C.D.; STEWART, A.L. The MOS social support survey. **Soc Scien Med**, v.32, n.6, p.705-714, 1991.

SILVA, L.C.G.; RODRIGUES, M.M.P. Eventos estressantes na relação com o paciente e estratégias de enfrentamento: estudo com acadêmicos de medicina. **J Bras Psiquiatr**, v.53, n.3, p.185-96, maio-jun. 2004.

SILVA, F.B. MASCIA, A.R.; LUCCHESI, A.C.; DE MARCO, M.A.; MARTINS, M.C.F.N.; MARTINS, L.A.N. Atitudes frente a fontes de tensão do curso médico: um estudo exploratório com alunos do segundo e sexto ano. **Rev Bras Educ Med**, Rio de Janeiro, v.33, n.2, p.230-239, abr.- jun. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022009000200010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 29 jun. 2014: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022009000200010>>.

SILVA, A. G.; CERQUEIRA, A.T; LIMA, M.C. Apoio social e transtorno mental comum entre estudantes de Medicina. **Rev Bras Epidemiol**, v.17, n.1, São Paulo, Jan.-Mar. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2014000100229&lng=en&nrm=iso&tlng=pt> Acesso em 8 jul.2014.

SLUTSKE, W.S. Alcohol use disorders among US college students and their non-college-attending peers. **Arch Gen Psychiatry** , v.62 n.3, p.321–7, mar. 2005.

SOUZA, F.G.M.; MARTINS, MCR.; MONTEIRO, F.C.C; MENEZES-NETO, G.C.; RIBEIRO, I.B. Anorexia e bulimia nervosa em alunas da faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará. **Rev Psiquiatr Clin**, São Paulo, v.29, n.4, p.172-80, 2002.

SOUZA, F.G.M.; MENEZES, M.G.C. Estresse nos estudantes de Medicina da Universidade Federal do Ceará. **Rev Bras Educ Med**, v.29, n.2, p.91-96, maio-ago.2005.

SOUZA, V.B.N.; MATOS, J.R.F.; SILVA, L.F.; MATOS, L.A.; TEIXEIRA, C.R.C.; MOURA, G.N.; RIBEIRO, M.V.; ALMEIDA, P.C. Sintomas de TDAH em estudantes de medicina da Universidade Federal do Ceará. **Rev Bras Psiquiatr**, v.27 (Supl. Especial), p.54-65, 2005.

SREERAMAREDDY, C.T. ; SHANKAR, P.R.; BINU, V.S.; MUKHOPADY, C.; RAY, B.; MENEZES, R.G. Psychological morbidity, sources of stress and coping strategies among undergraduate medical students of Nepal. **BMC Med Educ**, v.7, n.26, p.1-8, 2007.

STATACORP. **Stata Statistical Software**: Release 10.0. College Station, TX: Stata Corporation LP, 2007.

STEMPLIUK, V.A.; BARROSO, L.P; ANDRADE, A.G.; NICASTRI, S.; MALBERGIER, A. Estudo comparativo entre 1996 e 2001 do uso de drogas por alunos da graduação da Universidade de São Paulo: Campus São Paulo. **Rev. Bras. Psiquiatr**, São Paulo, v. 27, n.3, p.185-193, set. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151644462005000300006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 29 jun. 2014: < <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462005000300006>>

STEPAKOFF, S. Effects of sexual victimization on suicidal ideation and behavior in U.S. college women. **Suicide Life Threat Behav** , v. 28, p.107–26, 1998.

THOMPSON, D.; GOEBERT D.; TAKESHITA, J. A program for reducing depressive symptoms and suicidal ideation in medical students. **Acad Med.**, v. 85, n.10, p.1635-39, oct. 2010.

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

TYSSEN, R.; DOLATOWSKI, F.C.; ROVIK, J.O.; THORKILDSEN, R.F.; EKEBERG, O.; HEM, E.; GUDE, T.; GRONVOLD, N.T.; VAGLUN, P. Personality traits and types predict medical school stress: a six-year longitudinal and nationwide study. **Med Educ**, v.41, n.8, p.781-7, aug. 2007.

VAILLANT, G.E.; SOBOWALE, N.C.; MC ARTHUR, C. Some psychologic vulnerabilities of physicians. **N Engl J Med**, v.287, n.8, p.372-375, aug. 1972.

VOLCAN, S.M.A.; SOUZA, P.L.R.; MARI, J.J.; HORTA, B.L. Relação entre bem-estar espiritual e transtornos psiquiátricos menores: estudo transversal. **Rev Saúde Pública**, v.37, n.4, p.440-445, 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **A user's guide to the Self Reporting Questionnaire (SRQ).** Division of Mental Health, Geneva, 1994, 80p.

WU, L.; PILOWSY, D.J.; SCHLENGER, W.E.; HASIN, D. Alcohol use disorders and the use of treatment services among college-age young adults. **Psychiatr Serv**, v.58, n.2, p.192-200, feb. 2007.

ZANINI, D.S.; VEROLLA- MOURA, A.V.; QUEIROZ, I.P.A.R. Apoio social: aspectos da validade de constructo em estudantes universitários. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 14, n. 1, p. 195-202, jan./mar. 2009.

ZONTA, R.; ROBLES, A.C.C.M.; GROSSERMAN, S. Estratégias de enfrentamento do estresse desenvolvidas por estudantes de medicina da Universidade Federal de Santa Catarina. **Rev Bras Educ Med**, v.30, n.3, p. 147-53, 2006.

ZUARDI, A.W.; PROATA, F.D.G; DEL-BEN, C.M . Redução da ansiedade em estudantes de medicina após reforma curricular. **Rev Bras Psiquiatr**, v.30, n.2, p.136-138, 2008.

ANEXOS

Anexo 1 – Termo de consentimento livre e esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

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

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

Assinatura do aluno(a): _____

Assinatura da pesquisadora: _____

Responsáveis pelo projeto:

Profa. Dra. Maria Cristina Pereira Lima (97980422)

Profa. Dra. Albina Rodrigues Torres (97755339)

Profa. Dra. Ana Teresa de Abreu Ramos Cerqueira (96718501)

Departamento de Neurologia e Psiquiatria FMB (381106260)

Anexo 2 – Questionário

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
CAMPUS DE BOTUCATU
FACULDADE DE MEDICINA

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

Este questionário foi elaborado com o objetivo de estudar diversos aspectos da vida dos alunos da Faculdade de Medicina de Botucatu e elaborar propostas para melhorar a qualidade de vida de todos. Para que ele seja válido, precisamos que você responda às questões de maneira cuidadosa e sincera, assinalando as respostas que dizem respeito a você.

Todas as informações são confidenciais.

Número de matrícula | 2 | 0 | 0 | 6 | | | | |

1. Você ingressou na UNESP no ano de
|_|_|_|_|_|

2. Você tem:
|_|_|_| (anos)

3. Está cursando:

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

4. Sexo:

- a) Masculino
- b) Feminino

5. Seu estado civil atual é:

- a) Solteiro(a)
- b) Casado(a)
- c) Outro:

6. Em Botucatu, você mora com quem?

- a) Pais
- b) Cônjuge/Namorado(a)
- c) Amigos
- d) Sozinho
- e) Outros:

7. Local de residência:

- a) Pensão
- b) Quitinete
- c) República com 2 pessoas
- d) República com 3 pessoas ou mais
- e) Moradia estudantil
- f) Moro com meus familiares

8. Frequência de visitas à família:

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

9. Você tem uma religião?

- a) não
- b) sim

Qual: _____

10. Com que frequência você a igreja ou outro serviço religioso?

- a) nunca
- b) várias vezes no ano
- c) 1 ou 2 vezes por mês
- d) Quase toda semana
- e) Toda semana

11. Qual a importância da religião em sua vida:

- a) importante
- b) regular
- c) nada importante

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? (monitoria, FAPESP, PAE, CNPq, PIBIC, etc.)

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

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

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

16. Qual a renda de sua família em salários mínimos (salário mínimo=330 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 para viver na cidade onde estuda? (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, plantões, etc.)
- c) É suficiente e sobra para lazer
- d) É suficiente, mas não sobra para lazer

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. Assinale entre as alternativas abaixo as atividades que você faz em suas horas vagas:

		sim	não
A	Pratica esportes		
B	Sai com amigos		
C	Sai com namorado(a)		
D	Assiste televisão		
E	Toca um instrumento/canta		
F	Ouve música		
G	Frequenta bares, festas		
H	Lê livros diversos (não médicos)		
I	Escreve (poesia, romance etc.)		
J	Assiste programas de televisão		
K	Assiste filmes		
L	Fica no MSN/Orkut/chat		
M	Participa da CAPS		
N	Participa da Atlético		
O	Participa de projeto social		
P	Participa de ligas		
Q	É representante discente		
	Outro		

21. Você pratica estas atividades com a frequência que gostaria?

- a) Não
- b) Sim

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

- a) Não
- b) Sim

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

- a) Não
- b) Sim

24. Em relação à sua adaptação em Botucatu você diria que:

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

25. Você está satisfeito com a sua escolha profissional?

- a) Não
- b) Sim

26. Quantos anos de cursinho você fez antes de ingressar em Botucatu?
_____ anos

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 recuperação.
- b) Ficou de recuperação em 1 ou 2 disciplinas.
- c) Ficou de recuperação em 3 disciplinas ou mais.
- 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) Insuficiente
- c) Regular
- d) Bom
- e) Excelente

30. Quais as perspectivas financeiras e de trabalho, após a formatura?

- a) Acha que não vai se realizar profissionalmente, nem financeiramente.
- b) Acha que não vai se realizar profissionalmente, mas a perspectiva financeira é boa.
- c) Acha que vai se realizar profissionalmente e não se importa muito com a parte financeira
- d) Acha que vai se realizar profissionalmente e financeiramente

**AS QUESTOES DE NÚMERO 31 A 36
REFEREM-SE AOS ÚLTIMOS SEIS MESES:**

31. Com que frequência você sente dificuldade para finalizar os últimos detalhes de uma tarefa, depois de já ter feito as partes mais complicadas?

- a) Nunca
- b) Raramente
- c) Algumas vezes
- d) Frequentemente
- e) Muito frequentemente.

32. Com que frequência você sente dificuldade para manter as coisas em ordem quando precisa realizar uma tarefa que exige organização?

- a) Nunca
- b) Raramente
- c) Algumas vezes
- d) Frequentemente
- e) Muito frequentemente.

33. Com que frequência você tem problemas para se lembrar de compromissos ou obrigações?

- a) Nunca
- b) Raramente
- c) Algumas vezes
- d) Frequentemente
- e) Muito frequentemente.

34. Quando você realiza uma tarefa que exige muita concentração, com que frequência você evita ou atrasa seu início?

- a) Nunca
- b) Raramente
- c) Algumas vezes
- d) Frequentemente
- e) Muito frequentemente.

35. Com que frequência você fica se mexendo na cadeira ou balançando as pernas ou os pés quando precisa ficar sentado durante um longo período de tempo?

- a) Nunca
 - b) Raramente
 - c) Algumas vezes
 - d) Frequentemente
 - e) Muito frequentemente.
-

36. Com que frequência você se sente excessivamente ativo (a) compelido (a) a fazer coisas como se fosse conduzido por um motor?

- a) Nunca
- b) Raramente
- c) Algumas vezes
- d) Frequentemente
- e) Muito frequentemente.

**AS QUESTOES DE NÚMERO 37 A 56
REFEREM-SE AO ÚLTIMO MÊS:**

37. Tem tido dores de cabeça com frequência?

- a) Não
- b) Sim

38. Tem falta de apetite?

- a) Não
- b) Sim

39. Dorme mal?

- a) Não
- b) Sim

40. Assusta-se com facilidade?

- a) Não
- b) Sim

41. Tem tremores de mão?

- a) Não
- b) Sim

42. Sente-se nervoso(a), tenso (a), preocupado(a)?

- a) Não
- b) Sim

43. Tem má digestão?

- a) Não
- b) Sim

44. Tem dificuldade de pensar com clareza?

- a) Não
- b) Sim

45. Tem se sentido triste ultimamente?

- a) Não
 - b) Sim
-

AINDA SOBRE O ÚLTIMO MÊS até a questão 56**46.** Tem chorado mais do que de costume?

- a) Não
b) Sim

47. Encontra dificuldade para realizar com satisfação suas atividades diárias?

- a) Não
b) Sim

48. Tem dificuldade para tomar decisões?

- a) Não
b) Sim

49. Tem dificuldades na faculdade (é penoso, causa-lhe sofrimento?)

- a) Não
b) Sim

50. É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?

- a) Não
b) Sim

51. Tem perdido o interesse pelas coisas?

- a) Não
b) Sim

52. Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo?

- a) Não
b) Sim

53. Tem tido a ideia de acabar com a vida?

- a) Não
b) Sim

54. Sente-se cansado o tempo todo?

- a) Não
b) Sim

55. Tem sensações desagradáveis no estômago?

- a) Não
b) Sim

56. Você se cansa com facilidade?

- a) Não
b) Sim

57. Assinale com um X em todas as linhas.

Se você precisar, com que frequência pode contar com alguém que:

		Nunca	Raramente	As vezes	Quase sempre	Sempre
A	Que o ajude se ficar de cama					
B	Para levá-lo ao médico					
C	Para ajudá-lo nas tarefas diárias se ficar doente?					
D	Para preparar suas refeições, se você não puder prepará-las?					
E	Que demonstre amor e afeto por você?					
F	Que lhe dê um abraço?					
G	Que você ame e que faça você se sentir querido?					
H	Para ouvi-lo, quando você precisar falar?					
I	Em quem confiar ou para falar de você ou sobre seus problemas?					
J	Para compartilhar suas preocupações e medos					
L	Que compreende seus problemas?					
M	Para dar bons conselhos em situação de crise?					
N	Para dar informação que o ajude a compreender uma determinada situação?					
O	De quem você realmente quer conselhos?					
P	Para dar sugestões de como lidar com um problema pessoal?					
Q	Com quem fazer coisas agradáveis?					
R	Com quem relaxar?					
S	Para se divertir junto?					

58. Qual é sua bebida alcoólica preferida?

59. Qual a frequência do seu consumo de bebidas alcoólicas?

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

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

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

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

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

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

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

63. 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



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

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

65. 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

66. 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

67. Você foi criticado pelo resultado de suas bebedeiras?

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

68. 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.

69. Antes de entrar na faculdade, você necessitou de atendimento psicológico ou psiquiátrico?

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

70. Depois que entrou na faculdade, você procurou atendimento psicológico ou psiquiátrico?

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

71. Em caso afirmativo na questão anterior:

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

e) Não procurou

ACABOU!

MUITO OBRIGADO PELA SUA PARTICIPAÇÃO

AGORA, SE VOCÊ QUISER, DEIXE SEU RECADO!

USE O ESPAÇO DISPONÍVEL NA FOLHA PARA FAZER OS SEUS COMENTÁRIOS:

Anexo 3 – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu (5/6/ 2006)



Universidade Estadual Paulista
Faculdade de Medicina de Botucatu



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



Registrado no Ministério da Saúde em 30 de
abril de 1997

Botucatu, 05 de junho de 2.006

OF.263/2006-CEP

*Ilustríssima Senhora
Profª. Drª. Maria Cristina Pereira Lima
Departamento de Neurologia e Psiquiatria da
Faculdade de Medicina de Botucatu*

Prezada Drª. Maria Cristina,

De ordem da Senhora Coordenadora deste CEP, informo que o Projeto: "Condições de vida e Saúde Mental de Estudantes da Faculdade de Medicina de Botucatu-UNESP" a ser conduzido por Adriano G. Silva, Keung L. Shi, Mariana A. Gavioli, Melina E. Santos e Rebeca J. Gonçalves, todos orientados por Vossa Senhoria, recebeu do relator parecer favorável, aprovado em reunião de 05 de junho de 2.006.

Situação do Projeto: APROVADO.

- Ao término deste projeto, apresentar ao CEP Relatório Final de Atividades.*

Atenciosamente,


Alberto Santos Capelluppi
Secretário do CEP

Anexo 4 – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu (06/12/2010)



Universidade Estadual Paulista
Faculdade de Medicina de Botucatu

Dr. Roberto Junior, s/nº - Botucatu - SP
CEP: 13.029-970
Fone/Fax: (0xx14) 3811-6143
e-mail secretaria: capellupi@fmb.unesp.br
e-mail coordenadora: isandara@fmb.unesp.br



Registrado no Ministério da Saúde
em 10 de abril de 1987

Botucatu, 06 de Dezembro de 2010.

Of. 581/10-CEP

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

Prezada Drª. Maria Cristina,

De ordem do Senhor Coordenador deste CEP, informo que Projeto de Pesquisa (Protocolo CEP 3759-2010) Condições de vida e saúde mental de estudantes da Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP, a ser conduzida por Vossa Senhoria, com a colaboração das Profas Dras. Albina Rodrigues Torres e Ana Tereza de Abreu Ramos Cerqueira, recebeu do relator parecer favorável aprovado em reunião de 06 de dezembro de 2010.

Situação do Projeto: APROVADO. Ao final da execução deste Projeto, apresentar ao CEP "Relatório Final de Atividades".

Atenciosamente,


Alberto Santos Capellupi
Secretário do CEP

Anexo 5 – Ofício do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu (31/7/2012)



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"JULIO DE MESQUITA FILHO"
Campus de Botucatu



Botucatu, 31 de julho de 2012

Ilustríssimo Senhor
Prof. Dr. Trajano Sardenberg
DD. Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa
Faculdade de Medicina - UNESP - Campus de Botucatu

Senhor Coordenador

Estou enviado o Projeto de Pesquisa intitulado "Transtorno mental comum nos estudantes de medicina da Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP: um estudo de Coorte.", para análise desse Comitê, na seguinte conformidade:

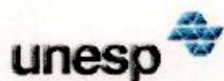
Autor - REBECA JESUMARY GONCALVES
Orientador - MARIA CRISTINA PEREIRA LIMA

Atenciosamente,

MARIA CRISTINA PEREIRA LIMA

14461 03/08/2012 09:00:00 COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA FMB - UNESP

Anexo 6 – Aprovação do CEP



Universidade Estadual Paulista
Faculdade de Medicina de Botucatu

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



Registrado no Ministério da Saúde
em 30 de abril de 1997

Botucatu, 03 de setembro de 2012

Of. 427/2012

Ilustríssima Senhora
Profª. Drª. Maria Cristina Pereira Lima
Departamento Neuro/Psic/ e Psiquiatria da
Faculdade de Medicina de Botucatu

Prezada Drª Maria Cristina,

De ordem do Senhor Coordenador, informo que o Projeto de Pesquisa, (Protocolo CEP 4329-2012) "Transtorno mental comum nos estudantes de medicina da Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP: um estudo de coorte", a ser conduzido por Rebeca Jesumary Gonçalves, orientada por Vossa Senhoria, recebeu do relator parecer favorável, aprovado em reunião de 03/09/2012.

Situação do Projeto: APROVADO. Os pesquisadores deverão apresentar ao CEP ao final da execução do Projeto o "Relatório Final de Atividades".

Atenciosamente,

Alberto Santos Capelluppi
Secretário do CEP

Anexo 7 – Justificativa de alteração do título**MUDANÇA DE TÍTULO EM PROJETO DE PESQUISA*****Objetivo Acadêmico:** Dissertação de Mestrado

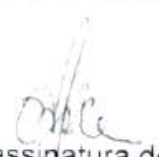
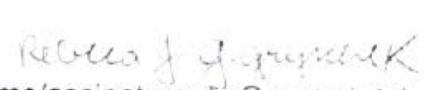
Título constante no parecer inicial de aprovação:

Transtorno mental comum nos estudantes de medicina da Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP: um estudo de coorte

Título final:

Transtorno mental comum nos estudantes de medicina da Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP: uma análise longitudinalData da reunião do CEP que aprovou o parecer inicial: 31/07/2012

Declaramos que o trabalho não sofreu alterações nos objetivos e/ou conteúdo metodológico da época de apresentação para análise do CEP.


Nome/assinatura do Orientador(a)
MARIA CRISTINA PEREIRA LIMA
Nome/assinatura do Orientador(a)
REBECA JESUMARY GONÇALVES GRYSCHER

* Projetos submetidos via Plataforma Brasil: preencher o formulário, digitalizar e postar no sistema plataforma brasil (vide instruções contidas no Of. 06/2014-CEP);

* Projetos submetidos anteriormente a Plataforma Brasil: preencher o formulário em suas respectivas plataformas e protocolar no CEP que emitiu o Parecer inicial de aprovação

16:27 17/07/2014 0000000 COMITE DE ETICA EM PESQUISA FMR - UNESP