



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

João Paulo Pereira de Souza

**Saúde Mental de Universitários: Relação entre Transtorno Mental
Comum e Competência Moral**

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

Orientadora: Profa. Adjunta. Maria Cristina Pereira Lima
Coorientadora: Profa. Dra. Flávia Helena Pereira Padovani

**Botucatu
2020**

João Paulo Pereira de Souza

Saúde Mental de Universitários: Relação entre
Transtorno Mental Comum e Competência Moral

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

Orientadora: Profa. Adjunta. Maria Cristina Pereira Lima
Coorientadora: Profa. Dra. Flávia Helena Pereira Padovani

Botucatu
2020

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

Souza, João Paulo Pereira de.

Saúde mental de universitários : relação entre transtorno mental comum e competência moral / João Paulo Pereira de Souza. - Botucatu, 2020

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

Orientador: Maria Cristina Pereira Lima

Coorientador: Flávia Helena Pereira Padovani

Capes: 40602001

1. Saúde mental - Aspectos morais e éticos. 2. Estudos transversais. 3. Estudantes de medicina.

Palavras-chave: Competência de juízo moral; Estudantes de medicina; Estudo transversal; Saúde mental; Transtorno mental comum.

João Paulo Pereira de Souza

Saúde Mental de Universitários: Relação entre Transtorno Mental Comum e Competência Moral

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

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

Comissão examinadora

Prof(a) Dr(a) Maria Cristina Pereira Lima
Universidade Estadual Paulista (UNESP),
Faculdade de Medicina, Botucatu

Prof(a). Dr(a) Cristiane Lara Mendes Chiloff
Universidade Estadual Paulista (UNESP),
Faculdade de Medicina, Botucatu

Prof(a). Dr(a) Thiago da Silva Domingos
Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP)

Botucatu, _____ de _____ de _____.

À minha orientadora, exemplo de ser humano, de profissional e de dedicação.

Aos meus pais, D. Nelça e Sr. Narciso, primeiros e eternos mestres, que proporcionaram todas as condições possíveis para meu crescimento pessoal e profissional.

Às minhas irmãs, Giovanna e Fernanda, exemplos de pessoas íntegras e afetuosas.

À minha amada esposa, companheira e cúmplice em todos os momentos da vida.

A todos os estudantes que participaram desta pesquisa.

Agradecimentos

Agradeço a Deus por me conceder o dom da vida, da sabedoria e pelo acolhimento em todos os momentos da vida. A Ele sempre recorri e fui atendido, nem sempre como desejei mas sempre como precisava.

À minha orientadora, Professora Dra. Maria Cristina Pereira Lima (Kika), que me acolheu desde o primeiro encontro, que me incentivou e valorizou em momentos que eu mesmo duvidei de mim, com quem pude aprender que é possível ser um profissional de excelência e um ser humano com enorme coração, afetuoso e acolhedor. Obrigado por ter aceitado me orientar e me direcionar durante essa jornada, breve mas de grande importância na minha vida.

Aos meus amados pais, D. Nelça e Sr. Narciso, que foram meus primeiros professores e são meus eternos apoiadores e incentivadores. Foram eles que me ensinaram a desenhar as primeiras letras e a respeitar indistintamente todo ser humano, através de palavras e bons exemplos. A vocês expresso minha mais profunda gratidão e amor.

Às minhas irmãs, Giovanna e Fernanda, pelo amor incondicional, pela aprendizagem que sempre me proporcionaram, pelo exemplo de boas pessoas que são e por abrirem os caminhos para a minha vida acadêmica.

À minha esposa, Juliane, por me acolher nos momentos de dificuldade, por me amparar com seu amor, por dividir comigo todos os momentos da vida e por ser uma pessoa e uma profissional exemplar.

À minha coorientadora, Professora Dra. Flavia Helena Pereira Padovani, por aceitar o desafio, mesmo depois de já termos começado a jornada, de caminhar conosco neste trajeto.

*À professora Patrícia Bataglia, por enviar a versão do *Moral Competence Test* que utilizamos no presente trabalho, pelo suporte em relação ao instrumento e pelas contribuições na fase de qualificação.*

À professora Ana Teresa de Abreu Ramos Cerqueira pelas contribuições ao longo do trabalho e na fase de qualificação.

Aos professores Aluisio Seródio e Gimol Perosa por pela disponibilidade para participar da banca como suplentes.

Ao professor Thiago Domingos e à Dra. Cristiane Chilloff pela disponibilidade em participar da banca de defesa de dissertação.

A todos os estudantes que participaram da presente pesquisa.

À Luciene, secretária do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, pela paciência, cordialidade, atenção e presteza em atender as nossas dúvidas e demandas.

Ao Paulinho e demais colaboradores da Central de Aulas, pelo cuidado, atenção e por estarem sempre prontos para atender as solicitações de docentes e estudantes.

À Ana Claudía, Marcos Rogério e Sílvia Regina, da equipe de apoio técnico da Unidade de Pesquisa em Saúde Coletiva (UPESC), pelo suporte com a tratativa dos Dados.

Ao Hélio, pelo suporte estatístico e pela troca de experiências.

Agradeço aos colegas, estudantes da pós-graduação em saúde coletiva, pela partilha de sentimentos e experiências e pela contribuição para o presente trabalho durante a disciplina “Desenvolvimento de Pesquisa”.

À equipe da biblioteca da UNESP – Campus de Botucatu, pela atenção e cordialidade nos atendimentos prestados e pela oferta de oficinas e cursos que foram de grande importância para o desenvolvimento do presente trabalho.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001. Esse apoio/financiamento foi de extrema importância para a viabilização do projeto.

EPÍGRAFE

Prezado professor: sou sobrevivente de um campo de concentração. Meus olhos viram o que nenhum homem deveria ver. Câmaras de gás construídas por engenheiros formados. Crianças envenenadas por médicos diplomados. Recém-nascidos mortos por enfermeiras treinadas. Mulheres e bebês fuzilados e queimados por graduados de colégios e universidades. Assim, tenho minhas suspeitas sobre Educação. Meu pedido é: ajude seus alunos a tornarem-se mais humanos. Seus esforços nunca deverão produzir monstros treinados ou psicopatas hábeis. Ler, escrever e saber aritmética só são importantes se fizerem nossas crianças mais humanas

(Autor desconhecido. Texto extraído da aula "Valores do Ensino Superior", do eixo temático "Fundamentos históricos e epistemológicos do Ensino Superior" (Unidade 1), do curso de "Docência no ensino superior: Fundamentos e práticas pedagógicas", oferecido pelo "Programa de Aperfeiçoamento e Apoio à Docência no Ensino Superior" da Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho" - UNESP).

Resumo

DE SOUZA, J. P. P. **Saúde Mental de Universitários: Relação entre Transtorno Mental Comum e Competência de Juízo Moral**. 60f. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, 2020.

Introdução: A competência de juízo moral, baseada na teoria de Lawrence Kohlberg, tem sido estudada por muitos pesquisadores para avaliar o desenvolvimento moral de adolescentes e adultos. Pesquisas indicam que ocorre aumento da competência de juízo moral conforme o aumento da idade, maturidade e nível educacional. Apesar disso, resultados de estudos realizados com estudantes de medicina têm demonstrado que a competência moral desse público diminui conforme o curso avança. Até o presente momento, os principais motivos apontados para essa diminuição foram os currículos dos cursos, focados na formação tecnicista, além do ambiente de alta competição entre os alunos. Contudo, não encontramos na literatura pesquisas que verificassem se há associação entre competência moral e Transtorno Mental Comum.

Objetivo: Descrever a relação entre competência moral e TMC de estudantes de medicina de uma instituição pública identificando fatores associados.

Método: Trata-se de um estudo transversal. Participaram deste estudo alunos matriculados no curso de medicina de uma faculdade pública do interior do estado de São Paulo, que consentiram em participar da pesquisa. Para a coleta de dados foram utilizados os seguintes instrumentos: questionário que investiga aspectos sociodemográficos e da vida universitária; questionário para avaliação de Transtorno Mental Comum (TMC), o *Self Reporting Questionnaire* (SRQ-20); AUDIT (*Alcohol Use Disorders Identification Test*), instrumento de rastreamento criado pela Organização Mundial de Saúde com o objetivo de identificar bebedores de risco; e Instrumento de avaliação de competência moral, MCTxt (*Moral Competence Test* versão estendida). Os dados foram coletados em salas de aula, após agendamento prévio com os professores. Foram identificadas aulas/atividade com os menores percentuais de absenteísmo. Estimativas de prevalência foram acompanhadas de intervalos de confiança de 95%, calculando-se medidas de tendência central e dispersão. Análises univariadas de associação de diferentes variáveis de exposição categoriais, com o desfecho, foram feitas através do teste de qui-quadrado. Associações entre variáveis contínuas foram analisadas pelo teste t de Student ou ANOVA. Foram ajustados modelos de regressão linear múltipla com resposta normal para explicar o desfecho em função de variáveis independentes. Associações foram consideradas estatisticamente significativas se $p < 0,05$.

Resultados: Não houve associação entre TMC ou uso de álcool e os escores do MCTxt, apesar disso 49,4% dos participantes pontuaram para a ocorrência de TMC. Observou-se que ao agrupar os anos do curso, o grupo composto por 1º, 2º, e 3º ano teve escores mais altos em todos os dilemas, com exceção do dilema do trabalhador (CW), quando foi comparado com grupo formado por 4º, 5º e 6º ano. Depois de ajustes para variáveis de confundimento, a variável ano do curso associou-se significativamente ao escore do dilema do médico (CD).

Conclusão: Houve diminuição da competência moral quando foram comparados os últimos anos do curso com os três primeiros e quase metade dos participantes pontuou para a ocorrência de TMC. Estratégias que envolvem a discussão de dilemas podem ser eficazes para aumentar a competência moral e serviços de promoção, prevenção e tratamento de saúde mental podem auxiliar os estudantes a lidar com questões relacionadas ao sofrimento psíquico.

Palavras-chave: Estudantes de Medicina; Saúde Mental; Transtorno Mental Comum; Competência de Juízo Moral; Estudo Transversal.

Abstract

SOUZA, J. P. P. **Mental Health of University Students: Relationship between Common Mental Disorder and Moral Judgment Competence.** 60f. Thesis (Master). Faculty of Medicine of Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2020.

Background: Many researchers have studied the moral judgment competence, based on Lawrence Kohlberg's theory, to assess the moral development of adolescents and adults. Research indicates that there is an increase in the moral judgment competence as age, maturity and educational level increase. Despite this, results of studies carried out with medical students have shown the competence of this public decreases as the course progresses. Until now, the main reasons for this decrease have been the curriculum of the courses, focused on technical education, in addition to the high competition environment among students. However, we did not find in the literature researches that verified whether there is an association between moral competence and Common Mental Disorder.

Objective: To describe the relationship between moral competence and Common Mental Disorder of medical students from a public institution, identifying associated factors.

Method: This is a cross-sectional study. Participants in this study were students enrolled in the medical course at a public college inland São Paulo state, who consented to participate in the research. For data collection, the following instruments were used: questionnaire that investigates sociodemographic and university life aspects; questionnaire for the assessment of Common Mental Disorder, the Self Reporting Questionnaire (SRQ-20); AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test), a tracking tool created by the World Health Organization with the aim of identifying risk drinkers; and Instrument for assessing moral competence, MCTxt (Moral Competence Test extended version). Data were collected in classrooms, after prior appointment with teachers. Classes / activities were identified with the lowest percentages of absenteeism. Prevalence estimates were accompanied by 95% confidence intervals, calculating measures of central tendency and dispersion. Univariate analyzes of the association of different categorical exposure variables, with the outcome, were performed using the chi-square test. Associations between continuous variables were analyzed using t-student test or ANOVA. Multiple linear regression models with normal response were adjusted to explain the outcome as a function of independent variables. Associations were considered statistically significant if $p < 0.05$.

Results: There was no association between Common Mental Disorder or alcohol use and MCTxt scores, although 49.4% of participants scored for the occurrence of Common Mental Disorder. It was observed that when grouping the years of the course, the group composed of 1st, 2nd, and 3rd year had higher scores in all dilemmas, except for the worker dilemma (CW), when it was compared with the group formed by 4th, 5th and 6th year. After adjusting for confounding variables, the variable year of the course was significantly associated with the doctor's dilemma score (CD).

Conclusion: There was a decrease in moral competence when the last three years of the course were compared with the first three years and almost half of the participants scored for the occurrence of Common Mental Disorder. Strategies that involve discussing dilemmas can be effective in increasing moral competence and mental health promotion, prevention and treatment services can help students to deal with issues related to psychological distress.

Keywords: Medical students; Mental health; Common Mental Disorder; Moral Judgment Competence; Cross-sectional study.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Número de estudantes de medicina de uma universidade pública matriculados e taxa de respostas em cada ano do curso de graduação (n=405).....	34
Tabela 2	Características sociodemográficas e aspectos relacionados ao curso de estudantes de medicina de uma universidade pública de acordo com o sexo (n=405).....	35
Tabela 3	Características familiares e de religião, de acordo com o sexo, dos estudantes de medicina de uma universidade pública (n=405).....	36
Tabela 4	Características dos estudantes de medicina de uma universidade pública quanto a dificuldades de fazer amizades, sentimento de rejeição e adaptação na cidade, por sexo (n=405).....	37
Tabela 5	Prevalência de sofrimento psíquico entre estudantes de medicina de uma universidade pública (n=405).....	38
Tabela 6	Escores C médios e Intervalos de Confiança da aplicação do <i>Moral Judgment Test</i> (MCTxt) considerando os participantes de todos os anos do curso de medicina (n=393).....	40
Tabela 7	Escores médios da aplicação do <i>Moral Judgment Test</i> (MCTxt) entre estudantes de medicina de uma universidade pública, por sexo (n=389).....	40
Tabela 8	Escores médios e erro padrão da aplicação do <i>Moral Judgment Test</i> (MCTxt) entre estudantes de medicina de uma universidade pública, por ano do curso, separados por sexo (n=393).....	40
Tabela 9	Escores médios e índice de confiança da aplicação do <i>Moral Judgment Test</i> (MCTxt) entre estudantes de medicina de uma universidade pública, por anos do curso agrupados (n=393).....	42
Tabela 10	Escores médios e erro padrão da aplicação do <i>Moral Judgment Test</i> (MCTxt) entre estudantes de medicina de uma universidade pública, por ocorrência de TMC (n=393).....	42
Tabela 11	Modelo de Regressão linear múltipla para o Escore C entre estudantes de medicina de uma universidade pública.....	43
Tabela 12	Modelo de Regressão linear múltipla para o Escore CW entre estudantes de medicina de uma universidade pública.....	44
Tabela 13	Modelo de Regressão linear múltipla para o Escore CD entre estudantes de medicina de uma universidade pública.....	45
Tabela 14	Modelo de Regressão linear múltipla para o Escore CJ entre estudantes de medicina de uma universidade pública.....	46
Tabela 15	Modelo de Regressão linear múltipla para o Escore CW/D entre estudantes de medicina de uma universidade pública.....	46
Tabela 16	Modelo de Regressão linear múltipla para o Escore CW/J entre estudantes de medicina de uma universidade pública.....	47
Tabela 17	Modelo de Regressão linear múltipla para o Escore CD/J entre estudantes de medicina de uma universidade pública.....	48

LISTA ABREVIATURAS E DE SIGLAS

AUDIT	Alcohol Use Disorders Identification Test
CD	Escore do dilema do médico
CD/J	Escore associados dos dilemas do médico e do juiz
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CID-10	Classificação Internacional de Doenças
CJ	Escore do dilema do juiz
CW	Escore do dilema dos operários
CW/D	Escore associados dos dilemas dos operários e do médico
CW/J	Escore associados dos dilemas dos operários e do juiz
DIT	<i>Defining Issues Test</i>
DSM IV	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Fourth Edition</i>
Escore C	Escore de Competência de Juízo Moral
EUA	Estados Unidos da América
KMDD	Método Konstanz de Discussão de Dilemas
MCT	<i>Moral Competence Test</i>
MCTxt	<i>Moral Competence Test</i> – versão estendida
MJI	<i>Moral Judgment Interview</i>
MJT	<i>Moral Judgment Test</i>
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
SRQ-20	<i>Self-Reporting Questionnaire</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TMC	Transtorno Mental Comum

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	14
2. OBJETIVO	24
2.1.1. Geral	24
2.1.2. Específicos	24
3. MÉTODO.....	25
3.1.1. Contexto	25
3.1.2. Delineamento e Local do Estudo	25
3.1.3. Participantes	25
3.1.4. Critérios de inclusão.....	25
3.1.5. Critérios de exclusão	26
3.2. Instrumentos	26
3.2.1. Instrumentos de avaliação	26
3.3. Procedimentos.....	31
3.4. Análise estatística	31
3.5. Aspectos Éticos	32
4. RESULTADOS.....	34
5. DISCUSSÃO	49
5.1. Limitações	49
5.2. Interpretação dos resultados	50
6. CONCLUSÕES	57
REFERÊNCIAS	58
Anexos	66
Anexo I	66
Anexo II.....	67
Anexo III	74
Anexo IV	78

1. INTRODUÇÃO

O comportamento moral é objeto de preocupação humana e possui relação com diversos aspectos da vida que podem se relacionar à religião, política, direito, poder, classe social, ideologia, ciência, violência, desejo, comunicação, entre outros. Quando trata-se da moral de modo filosófico, especulativo, estamos falando em ética. Ora, a ética seria então o tratamento filosófico da moral e a moral seria algo concreto e objetivo, relacionando-se às normas e leis que fazem parte da vida humana. Entretanto, a moral não deve ser entendida como algo meramente restritivo, relacionada a normas e leis proibitivas, mas deve ser encarada de forma construtivista, pois leva em consideração a consciência e a liberdade humana, que são necessárias para que normas, regras e leis sejam sempre revistas e atualizadas levando em consideração o bem comum (PEREIRA, 1983; REGO, 2003; LIND, 2016). Então,

A moral é um sistema de normas, princípios e valores, segundo o qual são regulamentadas as relações mútuas entre os indivíduos ou entre estes e a comunidade. Estas normas, dotadas de um caráter histórico e social, devem ser acatadas livre e conscientemente, por uma convicção íntima e não de maneira mecânica ou impessoal (VÁZQUEZ apud PEREIRA, 1983, p. 23)

O significado de moral adotado no presente estudo vai ao encontro do que foi descrito acima. Logo, o conceito de moral no contexto desta pesquisa, é a conformidade do comportamento de uma pessoa com as suas regras, padrões e princípios internos ou com a sua consciência; e uma pessoa com alta competência moral é aquela que respeita a opinião alheia, mesmo que seja distinta da sua própria opinião, ou seja, ter competência moral é ter um caráter democrático. Ter um caráter democrático significa se esforçar para entender a opinião de outrem, tentar colocar-se no lugar do outro e fazer perguntas e questionamentos adequados para encontrar um propósito ou bem comum. Nesse sentido, uma pessoa moralmente competente seria aquela com capacidade para resolver problemas e conflitos com base no diálogo e na discussão, sem violência e enganação, baseando-se em seus princípios morais internos (LIND, 2016).

Lawrence Kohlberg, em sua trajetória de investigação do desenvolvimento moral, foi além da simples conceitualização e cunhou o construto teórico “competência moral”, cuja relação com diversos fatores tem sido investigada por muitos pesquisadores, em crianças, adolescentes e adultos (KOHLBERG, 1992; SCHILLINGER, 2006; OLIVEIRA, 2008; FEITOSA et al., 2013; HEGAZI; WILSON, 2013; SERODIO, 2013; MOREIRA et al., 2015). O construto da competência moral significa “a capacidade de tomar decisões e julgar

moralmente (isto é, baseado em princípios internos) e *agir* de acordo com tais juízos” (KOHLBERG apud LIND, 2000a, p. 404). Tal construto possibilitou uma mudança de paradigma nas pesquisas da área da moralidade, pois até então a questão da moral era tratada através de duas vertentes, uma que definia a moralidade conforme o seguimento de regras estabelecidas, por exemplo por instituições religiosas; e a outra que considerava que as boas intenções, baseadas em valores e princípios morais, seriam os indicadores de moralidade que deveriam ser levados em consideração (LIND, 2000a; LIND, 2008).

O conceito elaborado por Kohlberg foi considerado revolucionário pelos seguintes motivos: permitir que a moralidade fosse definida como uma competência e não apenas em aspectos cognitivos e afetivos separadamente; por definir o comportamento moral como sendo interno ao sujeito, aos seus princípios morais, e não a aspectos externos a ele; e por considerar a representação do julgamento que engloba os aspectos afetivos, cognitivos e comportamentais, possibilitando mensurá-los separadamente, apesar de, a partir desta definição, considerá-los indissociáveis (LIND 2000a; LIND, 2008).

A teoria de Kohlberg foi influenciada pelos trabalhos de Jean Piaget e considera que o desenvolvimento do juízo moral ocorre de forma similar ao do desenvolvimento cognitivo, através de estágios que são influenciados por fatores genéticos e ambientais que atuam mutuamente (FINI, 1991; KOHLBERG, 1992; BIAGGIO, 2006). O desenvolvimento moral é dividido em seis estágios, agrupados em três níveis: Nível Pré-convencional (estágios 1 e 2), onde se situam as crianças menores de nove anos, podendo se encaixar também pessoas no início da adolescência e muitos adolescentes e adultos transgressores da lei; Nível Convencional (estágios 3 e 4), característico para a maioria dos adolescentes e adultos; e Nível Pós-convencional (estágios 5 e 6), alcançado por uma minoria de adultos, geralmente após os 20 anos de idade (KOHLBERG, 1992).

De acordo com Fini (1991), Oliveira (2008), Bataglia, Morais e Lepre (2010) e Feitosa (2013), para Kohlberg, os indivíduos mudam progressivamente de um estágio para o outro, sendo necessário, por exemplo, que um indivíduo tenha passado pelos estágios 1 e 2 antes de chegar ao terceiro estágio. Apesar disso, ao contrário do que Kohlberg defendia, essa mudança não ocorre necessariamente em sentido crescente, pois alguns aspectos relacionados ao ambiente podem colaborar para uma estagnação ou mesmo regressão da competência moral (LIND, 2000; LIND, 2008; OLIVEIRA, 2008; FEITOSA, 2013; FEITOSA et al, 2013; HEGAZI; WILSON, 2013).

A representação da forma de raciocínio moral em cada nível de estágio ocorre da seguinte forma (KOHLBERG, 1992):

Quadro 1 - descrição dos seis estágios de desenvolvimento moral agrupados em três níveis

Nível 1 Pré-convencional	Nível 2 Convencional	Nível 3 Pós-convencional
O valor moral orienta-se por fatores externos ao sujeito, como para evitar a punição ou obter algo que se deseja	Valores orientados por regras e desempenho de papéis conforme convenções sociais	Os valores já estão baseados em modo de pensar autônomo, próprio do sujeito, relaciona-se com padrões de direitos e deveres universais que podem ser compartilhados
Estágio 1 - orientação pela obediência e punição: respostas baseadas no egocentrismo visando evitar algum tipo de punição	Estágio 3 - orientação do “bom menino” e “boa menina”: os indivíduos visam a obtenção de aprovação e/ou agradar outras pessoas, agindo conforme as convenções sociais propõem	Estágio 5 - orientação contratual-legalista: baseada em não violar direitos alheios, a boa vontade alheia visando evitar prejuízos para os envolvidos em um contrato/acordo
Estágio 2 - orientação pelo individualismo: as ações são voltadas para garantir que os próprios interesses sejam alcançados	Estágio 4 - orientação conforme autoridade e convenções sociais: os indivíduos respondem com base nas convenções sociais, tendo como referência figuras de autoridade (pessoas ou instituições), levam em consideração as expectativas dos outros sobre si e ressaltam os interesses coletivos	Estágio 6 - orientação por princípios éticos universais: os indivíduos respondem com base em princípios morais e éticos internalizados, não se apegando apenas em seu próprio interesse ou em convenções sociais, como no 5º estágio. O 6º estágio foi considerado por Kohlberg o mais evoluído

A fim de avaliar o desenvolvimento moral, com base nos estágios acima citados, foram desenvolvidos diversos instrumentos e dentre eles três destacam-se dos demais, a *Moral Judgment Interview* (MJII), o *Defining Issues Test* (DIT) e o *Moral Judgment Test* (MJT), que foi renomeado pelo autor para *Moral Competence Test* (MCT), e cuja versão validada para utilização no Brasil chama-se MCTxt (versão extendida) (LIND, 1999; BIAGGIO, 2006; BATAGLIA; MORAIS; LEPRE, 2010; BATAGLIA, 2010).

A MJII foi desenvolvida pelo próprio Kohlberg para avaliar o juízo moral de indivíduos por meio da apresentação de três dilemas morais, seguidos de perguntas cujas respostas são analisadas para a proposição do estágio de raciocínio moral (BATAGLIA; MORAIS; LEPRE, 2010). Inicialmente a MJII era composta por três dilemas e, posteriormente, foram criadas mais duas formas do testes com três dilemas cada uma (nove dilemas divididos em três formas - A, B e C) (KOHLEBERG, 1992; BIAGGIO, 2006; BATAGLIA; MORAIS;

LEPRE, 2010). O dilema mais conhecido da MJI é o Dilema de Heinz (KOHLBERG, 1992; BIAGGIO, 2006), cuja descrição segue abaixo:

Dilema III: En Europa, una mujer estaba a punto de morir de un tipo de câncer muy raro. Había una medicación que los médicos pensaron que la podría salvar. Era una forma de radio que un farmacéutico de la misma ciudad había descubierto recientemente. La medicina era cara de producir pero el farmacéutico cobraba diez veces más de lo que a él le había costado elaborarla. El pagó 400 dólares por el radio y cobraba 4000 por una pequeña dosis. El marido de la enferma, Heinz, acudió a todo el que conocía para pedir dinero prestado, e intentó todos los medios legales pero sólo pudo conseguir unos 2000 dólares, que es justamente la mitad de lo que costaba. Heinz le dijo al farmacéutico que su mujer se estaba muriendo y le pidió que le vendiera el medicamento más barato o que se lo dejara pagar más adelante. Pero el farmacéutico dijo: <<No, yo descubrí la medicación y voy a sacar dinero de ella.>> Así pues, habiendo intentado todos los medios legales, Heinz se desespera y considera el entrar por la fuerza en la tienda del hombre para robar la medicación para su esposa (KOHLBERG, 1992, p. 589).

A avaliação da MJI era feita em forma de entrevista, através de um questionário semiestruturado apresentado na sequência do dilema, com perguntas como: Heinz deveria roubar a medicação? Porque sim e porque não? E se ele não gostasse da mulher, ainda assim deveria roubar o remédio? (KOHLBERG, 1992; BIAGGIO, 2006). A aplicação e avaliação da entrevista demandavam grande dispêndio de tempo dos avaliadores. Assim sendo, com a finalidade de tornar a avaliação do desenvolvimento moral mais objetiva e prática surgiu o DIT, desenvolvido por Rest e colaboradores, que utiliza uma escala gradual a ser respondida pelos indivíduos, ao invés de questionário semiestruturado como a MJI, o que facilita sua correção pela objetividade das respostas (BIAGGIO, 2006; BATAGLIA, 2010; FEITOSA, 2013). Esses dois instrumentos avaliam apenas o desenvolvimento do juízo moral dos indivíduos, ou seja, a capacidade de uma pessoa responder a determinados assuntos com base em seus princípios morais (BATAGLIA, 2010; FEITOSA, 2013).

Diferente dos dois testes acima, o MCT, desenvolvido por Georg Lind, não foi elaborado para avaliar apenas o juízo moral, mas a competência moral, que é a capacidade de um sujeito emitir um juízo moral e se comportar com base neste juízo (SCHILLINGER, 2006; BATAGLIA, 2010; BATAGLIA; MORAIS; LEPRE, 2010; FEITOSA, 2013; SERODIO, 2013).

Esse instrumento (o MCT) baseia-se na teoria do duplo aspecto, que foi elaborada por Lind com base nos pressupostos das teorias de Piaget e Kohlberg (SCHILLINGER, 2006; LIND, 2008; BATAGLIA, 2010; BATAGLIA; MORAIS; LEPRE, 2010; FEITOSA, 2013; SERODIO, 2013). Segundo a teoria do duplo aspecto, para compreender o comportamento moral como um todo é necessário levar em consideração os aspectos cognitivos e afetivos, que são inseparáveis, embora distintos, e atuam no processo de emissão de um comportamento

moral (LIND, 2000a; LIND, 2008; BATAGLIA; MORAIS; LEPRE, 2010; BATAGLIA, 2010; FEITOSA, 2013; OLIVEIRA, 2008). O aspecto afetivo está relacionado à afeição da pessoa por certos princípios morais e o aspecto cognitivo reside na capacidade de raciocinar e agir de acordo com tais princípios (LIND, 2008). Este pressuposto baseia-se na teoria de Piaget, de que as propriedades cognitivas e afetivas são aspectos indissociáveis de uma conduta (BATAGLIA; MORAIS; LEPRE, 2010; FEITOSA, 2013).

De acordo com Lind (1999),

The dual aspect theory states that for a comprehensive description of moral behavior both affective as well as cognitive properties need to be considered. A full description of a person's moral behavior involves a) the moral ideals and principles that informs it and b) the cognitive capacities that a person has when applying these ideals and principles in his or her decision making processes (p. 7).

Além da teoria do duplo aspecto, que fundamenta o MCT, os principais postulados que são relevantes para a medida da competência moral são (SCHILLINGER, 2006; LIND, 2008):

- Inseparabilidade: Os aspectos afetivos e cognitivos compõem a competência de juízo moral. Esses aspectos são indissociáveis, embora distintos. Os afetos morais (valores e ideais) são exibidos no comportamento moral de acordo com a estrutura cognitiva do indivíduo e a competência não pode ser definida e medida sem levar em consideração os aspectos afetivos;
- Tarefa moral: O instrumento que avalia a competência de juízo moral deve ter um dilema e contra sugestões que se oponham à opinião de quem responde;
- Não-falseabilidade: o instrumento não deve permitir que as pessoas falsifiquem suas competências morais;
- Sensibilidade a mudanças: o instrumento deve ser sensível para medir eventuais mudanças que façam com que a competência aumente (por exemplo, o nível escolar, intervenções), como também deve ser sensível à diminuição da competência de juízo moral;
- Princípios morais internos: o escore da competência moral deve levar em consideração os princípios morais internos dos sujeitos e não impor expectativas externas;
- Quasi-simplex: deve haver uma sequência ordenada de escolha dos estágios e sua classificação deve formar uma estrutura quasi-simplex (a preferência de um estágio deve estar correlacionada com a escolha por estágios vizinhos;

- Paralelismo: os aspectos afetivo e cognitivo, apesar de distintos, devem se correlacionar altamente entre si, isto é, devem ser paralelos;
- Equivalência de argumentos a favor e contra: para medir a competência moral independentemente do ponto de vista do participante, eles devem ser confrontados com argumentos contra e a favor de cada dilema apresentado;

Portanto, o MCT foi planejado com base na teoria e pressupostos acima citados e avalia a competência moral de grupos, levando em consideração não só o juízo moral, mas também a atitude baseada no juízo moral. Essa avaliação é realizada por meio da análise das respostas do sujeito aos argumentos dos dilemas apresentados no teste. Esses dilemas fazem parte do questionário que compõe o MCT e, na versão original, são baseados em duas histórias.

A primeira história é o dilema de dois operários que devem decidir por arrombar ou não o escritório da empresa onde trabalham para obter provas de irregularidades da gerência em relação aos funcionários, com a finalidade de levar essas irregularidades a instâncias superiores; e a segunda história é um dilema médico, relacionado à eutanásia, em que uma paciente em estado terminal solicita a um médico que abrevie seu sofrimento (LIND, 2008; BATAGLIA, 2010; BATAGLIA; MORAIS; LEPRE, 2010; FEITOSA, 2013).

Durante o processo de validação do MCT para a cultura brasileira, observou-se um fenômeno que foi chamado de segmentação moral, em que houve diferenças significantes nos resultados dos dilemas dos operários e no dilema do médico, com menor valor para este último. Tal fenômeno também foi identificado em estudos realizados no México. Entre as hipóteses que baseiam estes resultados, está a possível influência da religiosidade na cultura latino-americana, especificamente no que diz respeito à sacralidade da vida, enquanto que um conceito laico seria a dignidade da vida. Os valores dos escores do dilema do médico (CD) encontrados nos estudos brasileiros e mexicanos diferiam significativamente daqueles encontrados em estudos na Europa e Estados Unidos da América, locais onde os escores de CD eram maiores (SCHILLINGER, 2006; BATAGLIA, 2010; SERODIO, 2013).

Em virtude dessas diferenças de resultados no CD em relação aos testes da Europa e América do Norte, foi necessário desenvolver um novo dilema para a versão brasileira, que também levasse em consideração o tema do valor da vida humana. Por esse motivo, a versão do MCT validada para a utilização no Brasil, o MCTxt (versão estendida), contém um dilema a mais do que a versão original. Esse dilema diz respeito a uma situação em que uma pessoa que é suspeita de conhecer planos de um atentado, e que se recusa a falar sobre o evento, deve ou não ser torturada para revelar o que sabe, tendo em vista que a obtenção da informação pode

salvar a vida de pessoas inocentes. Para cada dilema, no MCT ou no MCTxt, são apresentados ao sujeito seis argumentos contra e seis a favor da decisão tomada pelos protagonistas da estória, e cada um desses argumentos se relaciona aos seis estágios de desenvolvimento moral propostos por Kohlberg (LIND, 2008; BATAGLIA, 2010; OLIVEIRA, 2014).

Resultados de pesquisas realizadas no contexto educacional, utilizando o MCT como ferramenta de avaliação, indicaram um aumento da competência de juízo moral das pessoas conforme o aumento da idade, maturidade, nível educacional, entre outros (LIND 2000a; SCHILLINGER; LIND, 2003; HEGAZI; WILSON, 2013). Porém, em alguns grupos isto pode não ocorrer. Entre estudantes de medicina, por exemplo, observou-se em resultados de estudos que a competência moral desse grupo estagnou ou diminuiu durante o período do curso de graduação (OLIVEIRA, 2008; HEGAZI; WILSON, 2013; FEITOSA et al., 2013; LIND, 2000; MURRELL, 2014). Esses dados levantam preocupações acerca do perfil dos profissionais formados pelas instituições de ensino quanto à qualidade moral, à ética, empatia, questões humanitárias, entre outras (LIND, 2000; REGO, 2003; OLIVEIRA, 2008; LIMA, 2012; FEITOSA et al., 2013; MURRELL, 2014).

Até o presente momento, pesquisas têm apontado como causas da diminuição da competência moral dos estudantes o próprio currículo do curso de medicina, basicamente focado na formação tecnicista, além do contexto em que é frequente a alta competição entre os alunos do curso, o que gera individualismo ao invés de colaboração e trabalhos em grupo (REGO, 2003; SLOVACKOVA; SLOVACEK, 2007; HEGAZI; WILSON, 2013; FEITOSA et al., 2013; LIND, 2000; AZEVEDO et al, 2013; SOUZA et al, 2013; ADLER; GALLIAN, 2014; MURRELL, 2014). Embora os argumentos para a explicação de tais resultados sejam plausíveis e também sejam defendidos por diversos autores, há um fator que ainda não foi investigado em associação com a competência de juízo moral, que é a presença de Transtorno Mental Comum (TMC). O termo Transtorno Mental Comum (TMC), na presente pesquisa, será utilizado para descrever sofrimento psíquico difuso, ou seja, sintomas que não preenchem adequadamente os critérios de diagnóstico para serem classificados, por exemplo, como transtornos depressivos ou transtorno de ansiedade de acordo com sistemas classificatórios, como o DSM IV (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Fourth Edition*) (FONSECA; GUIMARÃES; VASCONCELOS, 2008).

A investigação da ocorrência de TMC será feita pelo SRQ-20 (*Self-Reporting Questionnaire*). Trata-se de um instrumento que foi desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde (WHO, 1994) e foi traduzido e validado para utilização no Brasil (MARI; WILLIAMS, 1986). Utilizou-se na presente pesquisa o ponto de corte de 8 pontos para ambos

os sexos (GONÇALVES; STEIN; KAPAZINSKI, 2008). Apesar de os sintomas investigados pelo SRQ-20 não possibilitarem realizar um diagnóstico em conformidade com os sistemas classificatórios atuais, ele investiga sintomas de depressão, ansiedade e queixas somáticas e estes aspectos podem ser importantes para avaliar a qualidade da saúde mental dos estudantes (FONSECA; GUIMARÃES; VASCONCELOS, 2008).

Atualmente não existe uma definição oficial de saúde mental dada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), mas esta seria relacionada à qualidade de vida, a aspectos cognitivos e emocionais, seria o equilíbrio emocional, saber lidar com as demandas cotidianas sem prejuízo para si ou para suas relações e saber lidar com sentimentos bons e ruins (PARANÁ, 2019). Apesar da ausência de uma definição “oficial” de saúde mental, para a OMS saúde não é a simples ausência de doença, mas o “estado de completo bem estar físico, mental e social”. Sendo assim, cuidados devem ser tomados não apenas para sanar problemas de saúde, inclusive mental, mas devem ser criadas políticas para a prevenção e promoção desse aspecto da saúde (OMS, 2002).

Nesse sentido, de prevenir e promover cuidados relacionados à saúde mental, a ocorrência de TMC em estudantes universitários tem sido bastante investigada. Diversos autores têm apontado maior prevalência de TMC entre esse público, em especial estudantes de medicina, quando comparados com a população geral (GONÇALVES; BENEVIDES-PEREIRA, 2009; GHODASARA et al, 2011; ROTENSTEIN; RAMOS; TORRE, 2016; CARRASCO-FARFAN et al, 2019). Há estudos que apontaram a ocorrência de sintomas de ansiedade ou ideação suicida em um terço dos estudantes de medicina investigados (NIEKERK; SCRIBANTE; RAUBENHEIMER, 2012; QUEK et al, 2019).

As questões relacionadas à saúde mental têm se caracterizado como um grave problema de saúde pública, pois de acordo com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), a depressão é a principal causa de problemas de saúde em todo o mundo e nas Américas estima-se que os transtornos mentais sejam responsáveis por mais de um terço das incapacidades de indivíduos (OPAS/OMS, 2017; OPAS/OMS, 2019). Ainda que os dados apontem os impactos individuais, sociais e econômicos de tais problemas, há baixos investimentos em programas de saúde mental em muitos países, sendo dada pouca importância às questões de saúde mental quando comparadas com a saúde física (OMS, 2002; OPAS/OMS, 2017; OPAS/OMS, 2018a; OPAS/OMS, 2018b; OPAS/OMS, 2019).

Apesar da falta de investimentos de muitos governos e entidades, diversos estudos relacionados ao tema continuam sendo conduzidos ao redor do mundo, investigando prevalência, consequências, fatores de risco, fatores de proteção, entre outros, seja com a

população geral (FONSECA; GUIMARÃES; VASCONCELOS, 2008; SANTOS; SIQUEIRA, 2010; CLEMENT et al, 2015; OMS, 2017) seja com grupos específicos, como é o caso de profissionais da saúde e estudantes de medicina (RICHMANN et al, 1992; TJIA; GIVENS; SHEA, 2005; LIMA; DOMINGUES; RAMOS-CERQUEIRA, 2006; BALON, 2007; MA et al, 2008; GONÇALVES; BENEVIDES-PEREIRA, 2009; GHODASARA et al, 2011; NIEKERK; SCRIBANTE; RAUBENHEIMER, 2012; LIMA, 2012; HANKIR; NORTHALL; ZAMAN, 2014; CLEMENT et al, 2015; COENTRE; FARAVELLI; FIGUEIRA, 2016; CORDEIRO; RAZZOUK; LIMA, 2016; FARAHANGIZ; MOHEBPOUR; SALEHI, 2016; LIMA et al, 2017; KARP; LEVINE, 2018; CARRASCO-FARFAN et al, 2019).

O interesse em pesquisar a saúde mental de médicos e estudantes de medicina não é recente. O primeiro serviço para atendimento em saúde mental de estudantes, em Princeton, Estados Unidos da América (EUA), foi criado em 1910 (HAHN et al.,1999), e mesmo antes disso, em 1903, houve uma publicação no *The Journal of American Medical Association* alertando sobre o elevado número de suicídios entre médicos americanos (REILING, 2003).

Publicações sobre a saúde mental de estudantes no Brasil podem ser encontradas a partir da década de 1960 (GUIMARÃES, 2016). A ocorrência de TMC em estudantes de medicina pode estar relacionada à vivência de um período em que é necessário absorver uma grande quantidade de conteúdo relacionado à educação médica, privação de sono e de tempo para a realização de atividades físicas e de lazer, além de problemas interpessoais. Também podem afetar a saúde mental a dificuldade em lidar com uma realidade de grande exigência e possíveis fracassos acadêmicos (principalmente depois de vivenciar a experiência do grande sucesso de superar um obstáculo tão difícil como o vestibular para ingressar no curso), dificuldade em lidar com o conflito da realidade em contraposição com a figura idealizada do médico (perda da ilusão do sentimento de onipotência) e da medicina, dificuldade em lidar com a morte, pacientes terminais, pacientes e familiares “difíceis”, entre outros (GUIMARÃES, 2016; LIMA; RAMOS-CERQUEIRA, 2016; MELEIRO, 2016; MONTEIRO et al, 2016; SENÇO et al, 2016).

Além dos fatores acima citados, há uma especificidade que dificulta a busca de ajuda em casos de transtornos mentais que é o estigma que as pessoas com tais doenças carregam, e esse estigma, que pode refletir na família e na vida profissional, afeta a procura de ajuda tanto da população geral como de estudantes e profissionais da medicina (TJIA; GIVENS; SHEA, 2005; BALON, 2007; HANKIR; NORTHALL; ZAMAN, 2014; CLEMENT et al, 2015; COHEN; GOBETTI, 2016; GADELHA et al, 2016; OPAS/OMS, 2017; KARP; LEVINE, 2018). Nos EUA, por exemplo, em alguns estados podem existir problemas práticos

(ter que apresentar laudos, frequentar grupos específicos, gastos com especialistas devido a exigências dos conselhos, etc) para que médicos consigam suas licenças se tiverem histórico de doenças mentais (TJIA; GIVENS; SHEA, 2005; GOLD et al, 2016).

Ao focar-se os estudantes, outros fatores que são importantes de destacar e que podem estar relacionados à saúde mental são as dificuldades em lidar com relacionamentos interpessoais e as violências ou assédios envolvidos no ensino da medicina, que podem ocorrer ao longo de todo o curso (REGO, 2003; MAIDA et al, 2006 ; NAGATA-KOBAYASHI et al, 2006; MA et al, 2008; GONÇALVES; BENEVIDES-PEREIRA, 2009; VILLAÇA; PALÁCIOS, 2010; COHEN; GOBBETTI, 2016; LIMA; RAMOS-CERQUEIRA, 2016). Estudos defendem que os abusos sofridos pelos estudantes têm consequências diretas sobre sua saúde mental, podendo levar à depressão, falta de engajamento no curso, falta de motivação, pensamento em abandonar o curso, transtornos relacionados ao álcool, além de afetar a forma de lidar com os pacientes (KASSEBAUM; CUTLER, 1998; NAGATA-KOBAYASHI et al., 2006; MAIDA et al., 2006;).

Tendo em vista a ocorrência de TMC em estudantes de medicina, conforme apresentado na literatura, e que os sintomas de tais transtornos podem estar relacionados a aspectos emocionais e cognitivos (SCHILLINGER, 2006; LIND, 2008; BATAGLIA, 2010; BATAGLIA; MORAIS; LEPRE, 2010; FEITOSA, 2013; SERODIO, 2013), questiona-se: a ocorrência de TMC pode estar relacionada à competência moral?

Portanto, levando em consideração os dados acerca de TMC em estudantes de medicina, os fatores que compõem a competência de juízo moral, a ocorrência da diminuição da competência moral observada em diversas pesquisas e a falta de estudos que relacionem os dois temas, a presente investigação pretende verificar a associação entre TMC com a competência moral de estudantes de medicina de diferentes anos do curso.

2. OBJETIVO

2.1.1. Geral

Descrever a relação entre competência moral e TMC de estudantes de medicina de uma instituição pública identificando fatores associados.

2.1.2. Específicos

- Descrever a competência moral de estudantes de medicina de uma instituição pública;
- Analisar a associação entre competência moral e transtorno mental comum e a possível interferência de variáveis sociodemográficas e relacionadas ao curso.

3. MÉTODO

3.1.1. Contexto

O presente estudo faz parte de um projeto mais amplo que visa investigar condições de vida e saúde de estudantes de uma faculdade de medicina localizada no interior do estado de São Paulo; pretende, também, verificar as relações entre competência de juízo moral e transtorno mental comum, características sociodemográficas e variáveis relacionadas ao curso.

3.1.2. Delineamento e Local do Estudo

Trata-se de um estudo transversal, descritivo e analítico, conduzido em um município do interior do Estado de São Paulo, Brasil, localizado a cerca de 240 km da capital do estado, cujos participantes foram estudantes matriculados do 1º ao 6º ano do curso de graduação em medicina. Na instituição onde a coleta foi realizada, o curso de Medicina é integral e oferece 90 vagas anuais. As atividades do curso são realizadas em salas de aula, em hospital da Secretaria de Saúde do Estado, em unidades básicas de saúde e junto às equipes da Estratégia de Saúde da Família.

3.1.3. Participantes

Foram participantes desta pesquisa estudantes matriculados do 1º ao 6º ano no curso de graduação em medicina, no ano de 2019, que consentiram em participar do estudo após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo I). O total de alunos potencialmente participantes foi de 538 alunos (número de estudantes matriculados do 1º ao 6º ano). Há seis anos a universidade onde a pesquisa foi realizada adotou ações afirmativas, havendo o ingresso de alunos pelo sistema de cotas por designação racial e por terem frequentado e concluído o ensino médio em escolas públicas.

3.1.4. Critérios de inclusão

Os critérios de inclusão adotados foram: ser estudante regularmente matriculado do 1º ao 6º ano do curso de medicina da instituição onde o estudo foi realizado e estar presente na data e local quando a aplicação foi feita na respectiva turma e ter consentido em participar da pesquisa, após esclarecimento, através da assinatura do TCLE.

3.1.5. Critérios de exclusão

Os critérios de exclusão foram: ser estudante de intercâmbio; ou não ter preenchido a todos os instrumentos; ou ter deixado de responder a três dilemas ou mais no Instrumento D (MCTxt) ou ter optado, sistematicamente, pela mesma resposta em todos os argumentos de pelo menos um dos três dilemas (por exemplo: ter optado apenas pela resposta +2 em qualquer dos dilemas).

3.2. Instrumentos

3.2.1. Instrumentos de avaliação

Foi utilizado um questionário para autopreenchimento (Anexo II), composto de diversos instrumentos padronizados e questões elaboradas para esta pesquisa. Abaixo estão descritos os instrumentos que serão analisados no presente estudo.

A. Caracterização sociodemográfica e de aspectos da vida universitária

Teve por objetivo descrever aspectos constituintes da população de estudo, tanto em aspectos sociodemográficos (sexo, cor da pele autorreferida, estado civil, renda, escolaridade dos pais, etc.), como específicos da vida acadêmica (ano de ingresso na universidade, curso, período, bolsa de estudo, etc.). Partindo-se da concepção que o desenvolvimento moral, entre outros fatores, pode ser estimulado pelo ambiente no qual o participante esteve inserido e também pela idade, a descrição desses aspectos se torna de extrema importância para analisar variáveis referentes ao tema (PIAGET, 1999; BATAGLIA, 2010; BATAGLIA; MORAIS; LEPRE, 2010; FEITOSA, 2013).

B. Questionário para avaliação de Transtorno Mental Comum (TMC): *Self Reporting Questionnaire* (SRQ-20)

O SRQ-20 é um instrumento que foi desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde (WHO, 1994) e foi traduzido e validado para utilização no Brasil (MARI; WILLIAMS, 1986). Esse questionário tem sido utilizado em pesquisas envolvendo estudantes de medicina no Brasil e é composto de 20 questões que pretendem investigar sobre sintomas de TMC

ocorridos nos 30 dias anteriores à realização da pesquisa, tais como sintomas de depressão, ansiedade e queixas somáticas. A somatória das respostas positivas pode variar de 0 a 20 pontos. O estudo de validação mais recente foi conduzido tendo como padrão ouro o DSM-IV-TR. Os autores propuseram ponto de corte semelhante (7/8) para os dois sexos, o que será utilizado no presente estudo (GONÇALVES; STEIN; KAPAZINSKI, 2008).

C. Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)

O AUDIT é um instrumento de rastreamento criado pela Organização Mundial de Saúde em meados de 1980, com o objetivo de identificar bebedores de risco em ambulatorios gerais. Neste estudo o instrumento foi utilizado na íntegra, com suas 10 perguntas sobre o consumo de bebidas alcoólicas nos últimos 12 meses (sendo três sobre uso de álcool, quatro sobre dependência e três sobre problemas decorrentes do consumo), cada uma delas com pontuação de 0 a 4 e escore global máximo de 40. O ponto de corte indicativo de uso nocivo de álcool foi de 8 ou mais pontos. O AUDIT foi validado em pacientes de serviços de atenção básica primária à saúde de seis países. Até o presente momento é o único instrumento de rastreamento específico para uso internacional e condiz com as definições da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) (SAUNDERS et al, 1993) para uso nocivo e dependência de álcool. Foi validado por LIMA et al. (2005) apresentando sensibilidade de 100% e especificidade de 76%. No questionário (ANEXO II) representa as questões de C2 a C11. Além da análise do escore produzido pela aplicação do AUDIT como um todo, será também utilizado o AUDIT-C. O AUDIT-C é uma versão que utiliza as três primeiras perguntas do AUDIT e pode ajudar a identificar bebedores de risco. Essa versão do instrumento foi validada por Carretero e colaboradores (2016), com aplicação do instrumento em estudantes universitários. Os autores obtiveram os índices de sensibilidade de 95% e especificidade de 93% com ponto de corte de 7,5 para homens, e 98% de sensibilidade e 95% de especificidade com ponto de corte de 5,5 para mulheres.

Ao final da seção que inclui o AUDIT, foram adicionadas duas perguntas (questões C12 e C13) referentes a ter aplicado ou ter sofrido trote (“C12) Você já foi submetido a algum trote que você considerou abusivo? a) Sim, b) Não”; “C13) Você já aplicou algum trote que o fez se sentir arrependido ou culpado posteriormente? a) Sim, b) Não”). A inclusão dessas perguntas, neste formato, foi incluída em levantamentos anteriores realizados na mesma instituição e permitiram investigar a ocorrência de trote.

D. Instrumento de avaliação de competência moral, *Moral Competence Test* versão estendida (MCTxt).

Esse instrumento teve por objetivo avaliar a competência moral dos participantes. O MCTxt é a versão estendida do *Moral Judgment Test* (MJT), cuja nomenclatura foi alterada em 2013 para MCT, conforme nota inserida no artigo “*An Introduction to the Moral Judgment Test (MJT)*”, disponível em https://www.uni-konstanz.de/ag-moral/pdf/Lind-1999_MJT-Introduction-E.pdf. Portanto, em vista da recente alteração da nomenclatura, ainda é encontrada na literatura maior quantidade de material com a sigla MJT.

O MCT, baseia-se na teoria cognitivo-desenvolvimentista de Jean Piaget e na teoria do desenvolvimento moral de Lawrence Kohlberg (BATAGLIA, 2010; BATAGLIA; MORAIS; LEPRE, 2010; FEITOSA, 2013) e foi elaborado por Georg Lind, sendo traduzido e validado para a utilização no Brasil em 1998 (LIND, 2005; BATAGLIA, 2010; FEITOSA, 2013). A validação de um instrumento para uma cultura é importante para que se verifique se aquele instrumento, mesmo em uma realidade cultural diferente, mede aquilo que se pretende medir (BATAGLIA, 2010). Bataglia (2010) descreve os passos para validação do instrumento no Brasil e que consistiram, inicialmente, na tradução para a língua portuguesa e retro-tradução para a língua inglesa por um tradutor juramentado e envio da retro-tradução para o autor do teste para verificação da manutenção do sentido teórico do instrumento (validade de conteúdo). Posteriormente foi feita a aplicação do instrumento em três amostras (grupos) de 20 sujeitos cada, de diferentes níveis escolares, cujos resultados foram encaminhados ao autor do teste para avaliação das relações entre as respostas e variáveis significativas para o teste (por exemplo, aumento do escore C conforme houver progressão no nível de escolaridade) (validade de critério). A seguir foi feita a verificação das hipóteses “*Preferência por Estágios, Correlação Maior entre Estágios Vizinhos e Paralelismo Afetivo-Cognitivo*” (p. 89), conforme procedimento utilizado para validar o instrumento em outras línguas, com resultado que assegurou a validade de constructo. Foi realizada também a comparação com os resultados de outras culturas (Europa e Estados Unidos da América), observando-se a necessidade de adequação do instrumento. Por fim, seguiu-se a análise segmentada do instrumento por dilemas (*split half*) (consistência interna) e adequação do teste para a realidade brasileira, com o desenvolvimento e a inclusão do Dilema do Juiz. Pelo exposto, conforme recomendado pelos pesquisadores envolvidos na tradução e validação do instrumento para uso do Brasil, o MCTxt foi a versão escolhida para utilização no presente estudo (BATAGLIA, 2010). Contudo, apesar da inclusão de mais um dilema na versão estendida, para comparação da presente pesquisa com

estudos internacionais deve-se utilizar o escore obtido pela associação dos dilemas dos operários e do médico (CW/D), pois são esses os dilemas que compõem a versão original do teste que é utilizada, por exemplo, na Europa, América do Norte e mesmo alguns estudos realizados no Brasil (BATAGLIA, 2010; FEITOSA, 2013; SERODIO, 2013).

O objetivo do MCTxt é avaliar a competência moral de grupos, ou seja, avaliar a capacidade de as pessoas que compõem um grupo elaborarem juízos morais e se comportarem de acordo com tais juízos. Importante salientar, mesmo caindo no risco da redundância, que o instrumento avalia grupos e não indivíduos. De acordo com Bataglia (2010):

Ainda que tenhamos mantido na língua portuguesa a denominação teste, o MJT é na realidade um experimento realizado com o objetivo de avaliar em que medida o grupo (e não o sujeito individualmente) é capaz de avaliar a qualidade de argumentos morais ou fica preso à sua própria opinião (p.2).

Faz-se mister ressaltar que o MCTxt não é um instrumento utilizado especificamente como um teste, pois não visa “classificar” pessoas, mas sim avaliar a consistência dos argumentos utilizados pelos grupos para responder aos dilemas (BATAGLIA, 2010; FEITOSA, 2013). Portanto, o instrumento é aplicado individualmente, mas seu caráter de avaliação coletiva o favorece para que seja utilizado amplamente para avaliar a competência de juízo moral de estudantes universitários, entre outros (LIND, 2000; HEGAZI; WILSON, 2013; FEITOSA et al., 2013).

O MCTxt foi o instrumento utilizado neste estudo, pois além dos motivos acima mencionados ele também tem sido utilizado de forma específica, embora não somente, em pesquisas de desenvolvimento moral que avaliam métodos educacionais em sua capacidade de elevar a competência moral dos estudantes (LIND, 2000; LIND, 2000a; OLIVEIRA, 2008; BATAGLIA; MORAIS; LEPRE, 2010; BATAGLIA, 2010; FEITOSA ET AL, 2013; HEGAZI; WILSON, 2013).

Um dos principais pontos que favoreceram a utilização do MCTxt foi a sua estrutura de aplicação e de correção. Por ser um instrumento objetivo, a sua correção poderia ser feita até por uma máquina, pois não é necessário ter qualquer tipo de experiência clínica para aferir as respostas (LIND, 2000a; FEITOSA, 2013). A versão padrão do MCTxt, a MCT, é composta de duas histórias, cada uma com um protagonista que precisa lidar com um dilema; então a pessoa que está respondendo ao teste confronta-se com esses dilemas e deve avaliar a decisão do protagonista e os argumentos relacionados a essa decisão (seis argumentos contra e a seis argumentos a favor da decisão). Como já mencionado anteriormente, a versão atual do MCT

validada para a utilização no Brasil, o MCTxt, contém um dilema a mais do que a versão padrão, por isso houve a inclusão das letras “xt” ao final do nome do instrumento, que são a abreviação de “estendido” (MCTxt – versão estendida). Esse dilema, que foi incluído na versão brasileira, diz respeito a uma situação em que uma pessoa que é suspeita de conhecer planos de um atentado, e que se recusa a falar sobre tal plano, deve ou não ser torturada para revelar a informação, tendo em vista que a obtenção da informação pode salvar a vida de pessoas inocentes (BATAGLIA, 2010; OLIVEIRA, 2014).

Os argumentos relacionados aos dilemas que compõem as histórias foram elaborados com base nos seis estágios de desenvolvimento moral de Kohlberg, que são classificados em três níveis: 1) nível pré-convencional: valores orientados pela heterogeneidade, ou seja, o valor moral orienta-se em fatores externos como a punição ou a obtenção de algo que se deseja; 2) nível convencional: valores orientados por regras e desempenho de papéis conforme convenções sociais; e 3) nível pós-convencional: valores baseados em modo de pensar autônomo, próprio do sujeito, relaciona-se com padrões de direitos e deveres universais, que podem ser compartilhados (BATAGLIA, 2010; FEITOSA, 2013).

Com base nas respostas dos sujeitos aos dilemas é obtido um índice, chamado Escore C (“C” de competência) ou “*C index*” para estudos internacionais, que é baseado no padrão total de respostas (BATAGLIA, 2010; FEITOSA, 2013; OLIVEIRA, 2014). A pontuação do escore C varia de 0 a 100, indicando, respectivamente, a falta de capacidade para compreender a qualidade moral dos argumentos e a capacidade de ponderar argumentos exclusivamente segundo a sua qualidade moral (FEITOSA, 2013). O Escore C avalia o aspecto cognitivo da competência moral e o aspecto afetivo é avaliado pela preferência dos argumentos escolhidos pelos participantes. Esses dois aspectos fundamentam a teoria do duplo aspecto desenvolvida por Lind, baseada na teoria de Piaget (LIND, 1999; LIND, 2008; FEITOSA, 2013).

Para avaliar o aspecto cognitivo (Escore C) são levadas em consideração todas as respostas dadas por um sujeito em todas decisões baseadas nos dilemas, depois verifica-se o padrão de respostas e as preferências pelos tipos de argumentos (bons, maus, à favor ou contrários à própria opinião). O valor mais alto do teste é obtido quando uma pessoa se orienta pela qualidade dos argumentos e não simplesmente por estarem de acordo ou contra as suas opiniões (FEITOSA, 2013).

O aspecto afetivo não é calculado através do escore C. Para calcular essa variável, realiza-se a soma das respostas por nível de argumento (por exemplo, soma-se todas as repostas

que refletem o estágio 01). Como as respostas podem variar de -4 (rejeito completamente) até +4 (aceito completamente), o valor pode variar de -24 até +24, pois há uma resposta equivalente a cada estágio nos argumentos contra e a favor de cada dilema (FEITOSA, 2013).

Além da mensuração dos aspectos cognitivos e afetivos, o MCTxt também registra a classe de opinião do sujeito sobre as atitudes tomadas pelos protagonistas das histórias em cada um dos dilemas. A escala de respostas varia de -3 até +3. Para análise desta variável, deve-se considerar as seguintes classificações: forte discordância (-3) / forte concordância (+3), discordância moderada (-2, -1) / concordância moderada (+1, +2), não concordância e nem discordância (0) (SCHILLINGER, 2006).

3.3. Procedimentos

Durante a aplicação dos questionários auto preenchíveis um ou mais pesquisadores estavam presentes, permitindo, além de acompanhar a aplicação, sanar eventuais dúvidas sobre os instrumentos, sem contudo induzir ou influenciar as respostas dos participantes. Os dados foram coletados no período de 16 a 21 de Agosto de 2019, pelo menos, 30 dias após o retorno dos estudantes das férias de inverno. As coletas foram realizadas em salas de aula ou em salas de atividades, após agendamento prévio com os professores. Foram identificadas as aulas/atividades com menores percentuais de absenteísmo. O tempo de aplicação em cada grupo variou entre 20 e 40 minutos. Nas aplicações foram apresentados os objetivos da pesquisa e o caráter voluntário da participação. Os termos de consentimento foram impressos em duas vias, em folhas com cores diferentes dos questionários para assegurar aos participantes, mesmo à distância, que os questionários não fossem identificados de modo algum. Em inquéritos anteriores realizados na Faculdade de Medicina esse foi o procedimento que resultou em taxas de resposta superiores a 85%.

3.4. Análise estatística

Os questionários foram digitados em planilha eletrônica e transferidos para o programa Stata 14.0, no qual foi feita a análise estatística. Inicialmente foi feita análise descritiva, com checagem de consistência dos dados e as correções necessárias. Variáveis contínuas foram descritas por meio de medidas de tendência central e dispersão. Variáveis categóricas e nominais foram descritas em frequências absolutas e porcentagens. Os dados que descrevem as características gerais dos grupos de estudantes são apresentados separados por sexo. Estimativas de prevalência estão acompanhadas de intervalos de confiança de 95%.

As variáveis dependentes são Competência de Juízo Moral (Escore C), escore do dilema dos operários (CW), escore do dilema do médico (CD), escore do dilema do juiz (CJ), escores associados dos dilemas dos operários e do médico (CW/D), escores associados dos dilemas dos operários e do juiz (CW/J) e escores associados dos dilemas do médico e do juiz (CD/J): avaliados pelo instrumento MCTxt. Logo, são descritos o Escore C, os escores obtidos para cada um dos três dilemas incluídos na versão brasileira e as associações entre eles.

A principal variável explanatória é Transtorno mental Comum, avaliada por meio do SRQ-20 como descrito previamente. A associação entre TMC e Competência de juízo moral será ajustada para as seguintes variáveis: sexo, idade, escolaridade dos pais, religião, forma de ingresso e os anos do curso. Estes últimos compõem grupos diferentes, por exemplo, 1º ano de medicina Grupo 1, 2º ano de medicina Grupo 2, e assim por diante.

Análises univariadas de associação de diferentes variáveis com o sexo, na análise descritiva, foram feitas por meio do teste de Qui-quadrado ou Exacto de Fisher quando pertinente. Associações entre os escores do MCTxt com as demais variáveis explanatórias, foi feita pelo teste t de Student. Foi adotado o nível de significância estatístico padrão de $p < 0,05$, para rejeição da hipótese de nulidade (HENNEKENS; BURING, 1987).

Foram ajustados modelos de regressão linear múltipla com resposta normal para explicar as pontuações dos Escores do MCTxt em função de variáveis demográficas, sociais, relacionamento familiar, aspectos afetivos, TMC e consumo de álcool. Associações foram consideradas estatisticamente significativas se $p < 0,05$. Análises feitas com o programa SPSS 22.0.

3.5.Aspectos Éticos

Todos os estudantes foram informados sobre os objetivos e procedimentos deste levantamento, sendo os seus consentimentos solicitados somente após explicação feita pelos aplicadores. Aqueles que consentiram em participar assinaram um termo de consentimento entregue pelos aplicadores. Todos os participantes foram assegurados de que nenhum dado seria divulgado individualmente e de que apenas dados consolidados e agrupados seriam objeto de divulgação científica. Também foram assegurados da possibilidade de entrar em contato com o grupo de pesquisa através dos meios de contato informados no termo de consentimento, a qualquer momento, e retirar seu consentimento, se assim o desejassem, sem que isto envolvesse qualquer tipo de prejuízo. Não houve relatos de alunos afetados pelas perguntas, apenas uma sugestão de debater os dilemas do MCTxt (Instrumento da Seção D) com as turmas de alunos.

Este estudo foi aprovado pelos Conselhos de Curso de Enfermagem e de Medicina e também pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina (CEP), em 09 de dezembro de 2019, número do parecer 3.753.358.

4. RESULTADOS

A coleta de dados foi realizada em de Agosto de 2019, garantindo-se que todos os participantes estivessem há pelo menos trinta dias em aula. Dos 538 alunos matriculados 426 foram contatados, houve 21 recusas e 405 participaram. Esta participação variou de 50,0%, entre os alunos no 2º ano, a 86,3%, entre alunos do 3º ano. No total, a taxa de resposta foi de 75,3% (Tabela 1).

Tabela 1 - Número de estudantes de medicina de uma universidade pública matriculados e taxa de respostas em cada ano do curso de graduação (n=405)

Curso	Ano	Alunos matriculados	Respondentes	%
Medicina	1º	90	76	84,4
	2º	90	45	50,0
	3º	95	82	86,3
	4º	83	62	74,7
	5º	92	70	76,1
	6º	88	70	79,5
Total		538	405	75,3

A idade média dos estudantes foi de 23,2 anos ($\pm 6,0$). Na Tabela 2 observa-se que, considerando os participantes de todos os anos do curso, as mulheres representaram uma discreta maioria, 51,4% contra 48,6% de homens. Predominaram estudantes que referiram cor de pele branca (79,1%), solteiros (64,4%), que não trabalharam nos últimos seis meses (95,8%) e que não recebem bolsa de estudos (68,1%), não havendo diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$) para nenhuma das variáveis acima. Mais da metade dos estudantes (55,8%) mora com um ou mais amigos e a principal forma de transporte utilizada para deslocamento até a universidade é o veículo próprio, como condutor (59,0%). Em relação à mesada, 67,0% dos participantes responderam que a mesada é suficiente e sobra para o lazer e 68,1% não recebe nenhum tipo de bolsa de estudos. Os percentuais da forma de ingresso foram de 65,9% pelo sistema de ingresso universal, seguido de 28,9% pelo sistema de reserva de cotas para escola pública e 5,2% pelo sistema de reserva de vagas para cotas raciais.

Do total de participantes, 87,6% respondeu que fez cursinho pré-vestibular para ingresso, havendo diferença estatisticamente significativa entre homens e mulheres ($p < 0,05$), sendo que 66,0% das pessoas que responderam que não fizeram cursinho são homens e 54,3% das pessoas que responderam que fizeram cursinho são mulheres. A média de tempo de curso pré-vestibular foi de 2,0 anos, com desvio padrão de 1,1, variando de 1 a 8 anos no total, não havendo diferença estatisticamente significativa entre homens e mulheres. A maioria dos

participantes (66,3%) respondeu que está totalmente satisfeita com a escolha profissional, seguido por parcialmente satisfeita (32,4%), havendo leve predomínio do percentual de mulheres em ambos os casos, porém sem diferença estatisticamente significativa. Em relação ao curso, 55,7% dos participantes responderam que nunca pensaram em abandonar o curso e 34,7% já pensaram mas não pensam mais (Tabela 2).

Tabela 2 - Características sociodemográficas e aspectos relacionados ao curso de estudantes de medicina de uma universidade pública de acordo com o sexo (n=405)

	Homens (n=197)		Mulheres (n=208)		Total (n=405)		
	n	%	n	%	n	%	p*
Ano do Curso (n=405)							
1	34	44,7	42	55,3	76	18,8	0,58
2	20	44,4	25	55,6	45	11,1	
3	37	45,1	45	54,9	82	20,2	
4	29	46,8	33	53,2	62	15,3	
5	37	52,9	33	47,1	70	17,3	
6	40	57,1	30	42,9	70	17,3	
Cor Autodeclarada** (n=402)							
Preta	4	50,0	4	50,0	8	1,9	0,97
Branca	155	48,7	163	51,3	318	79,1	
Amarela	19	50,0	19	50,0	38	9,5	
Parda	18	47,4	20	52,6	38	9,5	
Estado Civil (n=405)							
Solteiro(a)	127	48,7	134	51,3	261	64,4	0,72
Un. Cons./Cas.	5	62,5	3	37,5	8	2,0	
Namorando	65	47,8	71	52,2	136	33,6	
Arranjo de Moradia (n=405)							
Sozinho	64	43,5	83	56,5	147	36,3	0,26
1 ou + amigos	115	50,9	111	49,1	226	55,8	
Outros	18	56,2	14	43,8	32	7,9	
Transporte mais utilizado (n=405)							
Condutor	117	49,0	122	51,0	239	59,0	
Passageiro (carona)	64	46,7	73	53,3	137	33,8	
Ônibus	10	47,6	11	52,4	21	5,2	
Outros	6	75,0	2	25,0	8	2,0	
Trabalhou nos últimos 6 meses (n=405)							
Não trabalhei	188	48,5	200	51,5	388	95,8	
Esporádico (bicos)	9	60,0	6	40,0	15	3,7	
Outro	0	0,0	2	100,0	2	0,5	
Recebe bolsa de estudos (n=404)							
Não	143	52,0	132	48,0	275	68,1	0,14
Sim, monitoria	5	33,3	10	66,7	15	3,7	
Sim, FAPESP [†] , CNPq ^{††} , PIBIC [#]	37	46,3	43	53,7	80	19,8	
Sim, PAE [‡]	0	0,0	3	100,0	3	0,7	
Sim, PET [§]	3	25,0	9	75,0	12	3,0	
Sim, outra	9	47,4	10	52,6	19	4,7	

*Teste de qui-quadrado; **nenhum estudante se declarou indígena; [†]Fundação de Amparo à pesquisa do Estado de São Paulo; ^{††}Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico; [#]Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica; [‡]Programa de Aperfeiçoamento de Ensino; [§]Programa de Educação Tutorial.

Continuação da Tabela 2 - Características sociodemográficas e aspectos relacionados ao curso de estudantes de medicina de uma universidade pública de acordo com o sexo (n=405)

	Homens (n=197)		Mulheres (n=208)		Total (n=405)		
	n	%	n	%	n	%	p*
Suficiência da Mesada (n=403)							
Não é suficiente	9	45,0	11	55,0	20	5,0	0,53
É suficiente, complementada	16	40,0	24	60,0	40	9,9	
É suficiente e sobra para lazer	130	48,2	140	51,8	270	67,0	
É suficiente mas não sobra para lazer	25	54,3	21	45,7	46	11,4	
Não recebo mesada	16	59,3	11	40,7	27	6,7	
Forma de Ingresso (n=402)							
Sistema Universal	134	50,6	131	49,4	265	65,9	0,58
Cotas Esc. Púb.	53	45,7	63	54,3	116	28,9	
Cotas Raciais	9	42,9	12	57,1	21	5,2	
Fez cursinho (n=402)							
Não	33	66,0	17	34,0	50	12,4	0,007
Sim	161	45,7	191	54,3	352	87,6	
Escolha Profissional*** (n=404)							
Totalmente satisfeito	131	48,9	137	51,1	268	66,4	0,44
Parcialmente satisfeito	64	48,9	67	51,1	131	32,4	
Insatisfeito	1	20,0	4	80,0	5	1,2	
Pensou em abandonar o curso (n=404)							
Não, nunca	121	53,8	104	46,2	225	55,7	0,06
Sim, ainda penso	16	41,0	23	59,0	39	9,6	
Sim, mas não penso mais	59	42,1	81	57,9	140	34,7	

*Teste de qui-quadrado; ***nenhum estudante declarou estar muito insatisfeito com a escolha profissional.

Observa-se na Tabela 3 que a maior parte dos estudantes informou que visita a família mais de uma vez por mês, semanal ou quinzenalmente (10,7% e 33,8%, respectivamente). Sobre a convivência dos pais, 63,1% responderam que os pais vivem juntos e com bom relacionamento. Em relação à escolaridade dos pais dos estudantes, 70,8% dos pais e 69,9% das mães possuem ensino superior completo. Na questão referente à religião, 34,4% dos estudantes responderam que são católicos.

Tabela 3 - Características familiares e de religião, de acordo com o sexo, dos estudantes de medicina de uma universidade pública (n=405)

	Homens (n=197)		Mulheres (n=208)		Total (n=405)		
	n	%	n	%	n	%	p*
Freq. Visita Familiar (n=403)							
Mora com a família	3	50,0	3	50,0	6	1,5	0,24
Semanal	23	53,5	20	46,5	43	10,7	
Quinzenal	55	40,4	81	59,6	136	33,7	
Mensal	63	50,8	61	49,2	124	30,8	
Cada 2 meses ou mais	51	54,3	43	45,7	94	23,3	

*Teste de qui-quadrado.

Continuação da Tabela 3 - Características familiares e de religião, de acordo com o sexo, dos estudantes de medicina de uma universidade pública (n=405)

	Homens (n=197)		Mulheres (n=208)		Total (n=405)		
	n	%	n	%	n	%	n
Escolaridade do pai (n=404)							
Fundamental incompleto	6	75,0	2	25,0	8	2,0	0,07
Fundamental completo	5	71,4	2	28,6	7	1,7	
Ensino médio incompleto	8	80,0	2	20,0	10	2,5	
Ensino médio completo/Sup. Incompleto	41	44,1	52	55,9	93	23,0	
Superior Completo	136	47,6	150	52,4	286	70,8	
Escolaridade da mãe (n=404)							
Fundamental incompleto	7	77,8	2	22,2	9	2,2	0,13
Fundamental completo	9	75,0	3	25,0	12	3,0	
Ensino médio incompleto	6	54,6	5	45,4	11	2,7	
Ensino médio completo/Sup. Incompleto	41	45,1	50	54,9	91	22,5	
Superior Completo	133	47,3	148	52,7	281	69,6	
Pais ou padrastos convivem: (n=401)							
Juntos, com bom relacionam.	129	51,0	124	49,0	253	63,1	0,11
Juntos, com relacionamento regular/ruim	16	32,0	34	68,0	50	12,5	
Separados, com bom relacionamento	15	60,0	10	40,0	25	6,2	
Separados, com relacionam regular/ruim	24	46,2	28	53,8	52	13,0	
Pai ou mãe falecidos	10	47,6	11	52,4	21	5,2	
Religião (n=390)							
Ateu	21	70,0	9	30,0	30	7,7	0,13
Católico	67	50,0	67	50,0	134	34,4	
Espírita	14	50,0	14	50,0	28	7,2	
Evangélico	16	50,0	16	50,0	32	8,2	
Protestante	6	66,7	3	33,3	9	2,3	
Outros	68	43,3	89	56,7	157	40,2	

*Teste de qui-quadrado.

Na questão relacionada à dificuldade para fazer amigos, pode-se observar na Tabela 4 que 72,0% dos participantes responderam que não têm dificuldades para fazer amigos, contudo, entre aqueles que informaram ter dificuldades, houve pequeno predomínio de mulheres (55,7%), porém não houve diferença estatisticamente significativa entre os sexos ($p=0,27$). De forma semelhante, em relação ao sentimento de rejeição, 73,1% responderam que não sentiram-se rejeitados nos últimos 12 meses, contudo, nesta questão, houve um predomínio maior das mulheres (62,0%) entre aqueles que se sentiram rejeitados, com diferença estatisticamente significativa ($p<0,05$). Apesar disso, a maior parte dos estudantes (66,7%) respondeu estar totalmente adaptada à cidade em que se situa a universidade.

Tabela 4 - Características dos estudantes de medicina de uma universidade pública quanto a dificuldades de fazer amizades, sentimento de rejeição e adaptação na cidade, por sexo (n=405)

	Homens (n=197)		Mulheres (n=208)		Total (n=405)		p*
	n	%	n	%	n	%	
Dificuldades para fazer amigos (n=403)							
Não	146	50,3	144	49,7	290	72,0	0,27
Sim	50	44,3	63	55,7	113	28,0	

*Teste de qui-quadrado.

Continuação da Tabela 4 - Características dos estudantes de medicina de uma universidade pública quanto a dificuldades de fazer amizades, sentimento de rejeição e adaptação na cidade, por sexo (n=405)

	Homens (n=197)		Mulheres (n=208)		Total (n=405)		p*
	n	%	n	%	n	%	
Nos últimos 12 meses sentiu rejeitado (n=402)							
Não	154	52,4	140	47,6	294	73,1	0,01
Sim	41	38,0	67	62,0	108	26,9	
Adaptação na cidade (n=403)							
Totalmente adaptado	142	52,8	127	47,2	269	66,7	0,08
Parcialmente adaptado	37	43,0	49	57,0	86	21,3	
Razoavelmente adaptado	16	37,2	27	62,8	43	10,7	
Não está adaptado	1	20,0	4	80,0	5	1,2	

*Teste de qui-quadrado.

Tabela 5 pode-se verificar que, considerando o ponto de corte de 8 pontos ou mais, 49,4% dos participantes pontuaram para a ocorrência de TMC, sendo que entre os participantes que pontuaram positivamente as mulheres representam 64,0%, com diferença estatisticamente significativa ($p < 0,001$) em comparação com o sexo masculino. Observa-se também que 22,5% dos participantes sofreram trote durante a graduação. Entre esses, 63,7% são homens, com diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$). Apenas 2,7% dos participantes afirmaram ter aplicado trote que lhes fez sentir arrependimento ou culpa, um resultado bem inferior ao percentual daqueles informaram ter sofrido trote (22,5%). Dentre os participantes que informaram ter aplicado trote, a maioria é homem, porém sem diferença estatisticamente significativa ($p = 0,105$). Quando investigou-se o consumo de álcool, observa-se na Tabela 5 que o maior percentual de participantes está concentrado na categoria de Baixo Risco e quando verificam-se as demais categorias, separadamente, vê-se que as mulheres predominam na categoria de risco moderado, enquanto os homens predominam nas categorias de risco Alto e Severo. Quando realiza-se a classificação de bebedores problemáticos, por sexo, observa-se que 26,2% dos participantes se encaixam nessa categoria e entre esses, 53,8% são homens e 46,2% são mulheres. Não houve diferença estatisticamente significativa entre os sexos.

Tabela 5 - Prevalência de sofrimento psíquico entre estudantes de medicina de uma universidade pública (n=405)

	Homens (n=197)		Mulheres (n=208)		Total (n=405)		p*
	n	%	n	%	n	%	
TMC** (n=405)							
Não	125	61,0	80	39,0	205	50,6	<0,001
Sim	72	36,0	128	64,0	200	49,4	
Sofreu trote (n=405)							
Não	139	44,3	175	55,7	314	77,5	0,001
Sim	58	63,7	33	36,3	91	22,5	

*Teste de qui-quadrado, ** Transtorno Mental Comum.

Continuação da Tabela 5 - Prevalência de sofrimento psíquico entre estudantes de medicina de uma universidade pública (n=405)

	Homens (n=197)		Mulheres (n=208)		Total (n=405)		p*
	n	%	n	%	n	%	
Aplicou trote (n=405)							
Não	189	48,0	205	52,0	394	97,3	0,10
Sim	8	72,7	3	27,3	11	2,7	
Classificação de Risco (AUDIT**-C)							
Baixo risco	94	53,1	83	46,9	177	43,7	0,06
Moderado	68	40,7	99	59,3	167	41,2	
Alto	26	56,5	20	43,5	46	11,4	
Severo	9	60,0	6	40,0	15	3,7	
Bebedor Problema (n=404)							
Não	140	47,0	158	53,0	298	73,8	0,23
Sim	57	53,8	49	46,2	106	26,2	

*Teste de qui-quadrado, ** Alcohol Use Disorders Identification Test.

Quando analisou-se o instrumento *Moral Competence Test* (MCTxt), 12 participantes foram excluídos por terem deixado mais do que três respostas em branco nos argumentos dos dilemas ou por terem respondido a mesma alternativa em todos os argumentos de, pelo menos, um dilema (por exemplo, ter respondido +2 em todos os argumentos, pró e contra, no dilema dos operários). Desta forma, para a análise do MCTxt, o número de participantes foi de 393. Observa-se na Tabela 6 os escores médios da aplicação do MCTxt, abrangendo os resultados dos participantes de todos os anos do curso de medicina. O Escore C (a letra C equivale ao termo competência) é o escore geral, que leva em consideração a análise das respostas dadas nos três dilemas. É importante lembrar que, como utilizamos a versão do teste validada para aplicação no Brasil, que possui um dilema a mais (dilema do juiz) do que a versão original, para eventuais comparações com o Escore C de publicações internacionais deve-se considerar o escore da presente pesquisa que combina os dilemas dos operários e do médico (CW/D) no lugar do Escore C. A média do Escore C para o curso de medicina foi 15,08, e quando consideramos o CW/D a média foi 18,79. Quando analisa-se cada dilema separadamente, aquele que obteve maior média de escore foi o dos operários, com 41,26 (CW), seguido pelo dilema do juiz (CJ), com média de 31,52 e pelo dilema do médico (CD) com média de 27,20.

Na Tabela 7, observa-se as médias dos escores comparando-se homens e mulheres. Pode-se verificar que as médias das mulheres foram maiores em todos os escores C, exceto no dilema do juiz (CJ). Não houve diferença estatisticamente significativa em nenhum dos dilemas.

Tabela 6 - Escores C médios e Intervalos de Confiança da aplicação do *Moral Judgment Test* (MCTxt) considerando os participantes de todos os anos do curso de medicina (n=393)

	Média	IC95%
Escore C¹	15,08	0,27 --- 51,48
CW²	41,26	0,40 --- 94,51
CD³	27,20	0,00 --- 90,40
CJ⁴	31,52	0,00 --- 93,55
CW/D⁵	18,79	0,00 --- 63,85
CW/J⁶	22,12	0,62 --- 60,96
CD/J⁷	16,50	0,00 --- 66,26

¹Escore C (*C score*, leva em consideração as respostas dadas aos três dilemas); ²CW (*C worker*, dilema dos operários); ³CD (*C doctor*, dilema do médico); ⁴CJ (*C judge*, dilema do juiz); ⁵CW/D (leva em consideração as respostas dos dilemas dos operários e do médico); ⁶CW/J (leva em consideração as respostas dos dilemas dos operários e do juiz); ⁷CD/J (leva em consideração as respostas dos dilemas do médico e do juiz).

Tabela 7 - Escores médios da aplicação do *Moral Judgment Test* (MCTxt) entre estudantes de medicina de uma universidade pública, por sexo (n=389)

	Homens (n=186)		Mulheres (n=203)		p*
	Média	DP**	Média	DP ¹	
Escore c	14,09	9,08	16,00	10,83	0,06
CW	36,44	21,02	42,94	21,97	0,11
CD	26,13	17,74	28,19	18,29	0,26
CJ	32,97	22,83	30,18	22,00	0,22

*Teste t-student; **Desvio Padrão.

Na Tabela 8, pode-se verificar as diferenças entre homens e mulheres por ano do curso. Observa-se que, entre os homens, as maiores médias do Escore C ocorreram no 3º (16,6) e no 4º ano (15,5), e entre as mulheres no 1º (21,0) e no 4º ano (16,1). Para o sexo masculino as médias do Escore C decaíram a partir do 4º ano e para o sexo feminino decaíram no 4º e no 5º ano e aumentaram no 6º ano. No 1º ano as médias das mulheres foram maiores em todos os dilemas e no 2º ano as médias dos homens foram maiores em todos os dilemas. Houve diferença estatisticamente significativa, em todos os casos com médias maiores para as mulheres, no 1º ano, nos escores C ($p<0,01$), CW/D ($p<0,01$), CW/J ($p=0,02$) e CD/J ($p=0,01$); e no 6º ano nos escores C ($p=0,02$), CD ($p=0,02$), CW/D ($p=0,03$) e CW/J ($p=0,03$).

Tabela 8 - Escores médios e erro padrão da aplicação do *Moral Judgment Test* (MCTxt) entre estudantes de medicina de uma universidade pública, por ano do curso, separados por sexo (n=393)

Ano do Curso		Homem (n=189)		Mulher (n=204)		p*
		Média	EP**	Média	EP**	
1	Escore C	13,4	1,5	21,0	1,9	<0,01
	C_W	37,5	3,7	44,0	3,3	0,19
	C_D	29,1	3,4	35,4	3,0	0,17
	C_J	28,4	3,8	31,9	3,2	0,48
	CW/D	18,3	1,6	26,3	2,2	<0,01
	CW/J	18,1	2,1	25,3	2,3	0,02
	CD/J	15,0	2,3	22,6	2,1	0,01

*Teste t-student; **Erro Padrão.

Continuação da Tabela 8 - Escores médios e erro padrão da aplicação do *Moral Judgment Test* (MCTxt) entre estudantes de medicina de uma universidade pública, por ano do curso, separados por sexo (n=393)

		Homem (n=189)		Mulher (n=204)		p*
Ano do Curso		Média	EP**	Média	EP**	
2	Escore C	14,3	1,9	12,1	1,9	0,41
	C_W	38,4	5,4	34,3	4,6	0,56
	C_D	25,3	3,6	23,9	4,3	0,81
	C_J	31,9	4,8	28,5	4,8	0,62
	CW/D	17,7	2,9	15,5	2,1	0,53
	CW/J	21,6	2,6	17,1	2,5	0,23
	CD/J	15,8	2,3	14,2	2,3	0,61
3	Escore C	16,6	1,5	14,7	1,4	0,34
	C_W	40,8	3,4	42,4	3,1	0,72
	C_D	33,1	3,2	28,8	2,6	0,30
	C_J	43,0	3,9	34,9	3,5	0,13
	CW/D	18,5	1,7	19,3	1,6	0,74
	CW/J	25,6	2,0	22,6	1,9	0,29
	CD/J	20,3	2,1	16,7	1,7	0,19
4	Escore C	15,5	2,0	15,2	1,7	0,91
	C_W	42,0	4,0	47,9	4,5	0,35
	C_D	28,3	3,0	23,1	2,9	0,22
	C_J	30,4	4,2	29,3	3,4	0,84
	CW/D	18,5	2,5	17,5	2,0	0,77
	CW/J	23,4	2,6	25,2	2,8	0,65
	CD/J	16,3	2,1	14,8	1,8	0,59
5	Escore C	14,6	1,6	15,0	1,9	0,89
	C_W	40,0	3,4	39,6	3,5	0,94
	C_D	21,3	2,7	25,3	2,8	0,31
	C_J	32,1	3,7	30,0	4,5	0,72
	CW/D	16,0	1,6	18,1	2,1	0,44
	CW/J	23,3	2,3	21,6	2,6	0,63
	CD/J	16,3	2,2	16,2	2,2	0,97
6	Escore C	10,6	1,2	16,1	2,2	0,02
	C_W	38,0	3,5	47,8	4,0	0,07
	C_D	20,1	2,6	29,3	3,0	0,02
	C_J	30,6	4,0	23,5	3,4	0,19
	CW/D	15,0	1,9	22,3	2,9	0,03
	CW/J	16,4	1,8	23,4	2,9	0,03
	CD/J	13,0	1,7	14,0	1,3	0,70

*Teste t-student; **Erro Padrão.

Ao agrupar os anos do curso do 1º ao 3º ano e do 4º ao 6º ano (período em que os estudantes passam a ter contato com os pacientes), observa-se que houve diferença estatisticamente significativa, com maior média do 1º grupo, nos escores CD ($p=0,0008$), CJ

($p=0,03$), CW/D ($p=0,04$) e CD/J ($p=0,0092$). As médias dos escores do grupo composto pelo 1º ao 3º ano foram maiores em todos os casos, exceto no dilema dos operários.

Tabela 9 - Escores médios e índice de confiança da aplicação do *Moral Judgment Test* (MCTxt) entre estudantes de medicina de uma universidade pública, por anos do curso agrupados (n=393)

	1º ao 3º ano		4º ao 6º ano		p*
	Média	IC95%	Média	IC95%	
Escore C	15,79	14,39 --- 17,19	14,36	12,93 --- 15,78	0,08
C_W	40,19	21,28 --- 37,22	42,35	39,28 --- 45,44	0,84
C_D	30,03	27,35 --- 32,72	24,29	21,98 --- 26,60	0,0008
C_J	33,56	30,40 --- 36,73	29,43	26,31 --- 32,56	0,03
CW/D	19,82	18,17 --- 21,47	17,73	15,98 --- 19,48	0,04
CW/J	22,19	20,36 --- 24,02	22,05	20,04 --- 24,07	0,45
CD/J	17,91	16,15 --- 19,67	15,06	13,48 --- 16,65	0,0092

*Teste t-student.

Na Tabela 10, pode-se observar as diferenças entre homens e mulheres por ocorrência de TMC (Sem TMC: < 8 pontos no SRQ; Com TMC: $\geq$ 8 pontos no SRQ). Observa-se que, entre aqueles sem TMC, as maiores médias do Escore C ocorreram no 1º (17,3) e no 3º ano (16,6), e entre aqueles com TMC no 1º (18,0) e no 4º ano (16,6). As médias das pessoas com TMC foram maiores em todos os dilemas apenas no 2º ano (dilema do Juiz com a mesma média das pessoas sem TMC); e as pessoas sem TMC tiveram maior média, em todos os dilemas, no 5º ano, com exceção do dilema do Juiz em que as médias de ambos os grupos foram iguais. Se observamos apenas o Escore C, as pessoas com TMC tiveram maior média em quatro, dos seis anos, no 1º, 2º, 4º e 6º ano, porém não houve diferença estatisticamente significativa em nenhum caso quando comparamos pessoas com e sem TMC.

Tabela 10 - Escores médios e erro padrão da aplicação do *Moral Judgment Test* (MCTxt) entre estudantes de medicina de uma universidade pública, por ocorrência de TMC (n=393)

		Sem TMC (n=202)		Com TMC (n=191)		p*
		Média	EP**	Média	EP**	
1	Escore C	17,3	2,0	18,0	1,8	0,80
	C_W	36,5	3,4	45,6	3,4	0,06
	C_D	34,9	3,4	30,3	3,1	0,32
	C_J	31,0	3,9	29,8	3,0	0,81
	CW/D	23,0	2,4	22,6	1,9	0,90
	CW/J	21,6	2,8	22,6	1,9	0,75
	CD/J	20,8	2,9	18,0	1,8	0,39
2	Escore C	12,1	1,8	13,9	2,0	0,50
	C_W	34,1	4,7	37,8	5,1	0,60
	C_D	20,8	3,6	27,7	4,3	0,22
	C_J	30,0	5,1	30,0	4,6	0,99
	CW/D	13,6	2,1	18,4	2,5	0,18
	CW/J	18,3	3,0	19,7	2,4	0,72
	CD/J	12,1	2,2	16,8	2,2	0,15

*Teste t-student, **Erro Padrão.

Continuação da Tabela 10 - Escores médios e erro padrão da aplicação do *Moral Judgment Test* (MCTxt) entre estudantes de medicina de uma universidade pública, por ocorrência de TMC (n=393)

		Sem TMC (n=202)		Com TMC (n=191)		p*
		Média	EP**	Média	EP**	
3	Escore C	15,9	1,5	15,3	1,4	0,78
	C_W	40,7	3,5	42,4	3,0	0,71
	C_D	32,4	3,2	29,4	2,7	0,47
	C_J	43,0	3,9	34,7	3,5	0,11
	CW/D	17,3	1,6	20,0	1,6	0,25
	CW/J	24,5	2,3	23,5	1,8	0,73
	CD/J	19,1	2,2	17,8	1,7	0,65
4	Escore C	14,3	1,7	16,6	1,9	0,37
	C_W	46,1	4,3	43,9	4,3	0,72
	C_D	24,5	2,4	26,8	3,7	0,59
	C_J	26,5	3,6	34,2	3,9	0,15
	CW/D	17,3	2,1	18,5	2,3	0,71
	CW/J	24,1	3,0	24,6	2,5	0,88
	CD/J	14,3	1,6	16,5	2,1	0,42
5	Escore C	15,0	1,7	14,6	1,8	0,88
	C_W	40,3	3,4	39,4	3,6	0,85
	C_D	24,1	2,7	22,4	2,8	0,68
	C_J	31,1	3,8	31,1	4,3	0,99
	CW/D	18,2	2,0	16,0	1,8	0,42
	CW/J	22,1	2,2	22,8	2,6	0,84
	CD/J	17,0	2,4	15,7	1,9	0,67
6	Escore C	12,3	1,4	14,2	2,3	0,44
	C_W	42,0	3,3	42,8	4,6	0,89
	C_D	22,6	2,6	26,4	3,3	0,37
	C_J	28,5	3,5	25,9	4,3	0,63
	CW/D	17,8	1,8	18,6	2,7	0,82
	CW/J	18,9	2,1	20,1	2,6	0,74
	CD/J	14,5	1,9	12,6	1,7	0,45

*Teste t-student, **Erro Padrão.

As Tabelas 11 a 17 apresentam os modelos multivariados construídos para cada um dos escores do MCTxt. Como pode ser observado não foi encontrada associação estatisticamente significativa entre as variáveis inseridas nos modelos, com exceção da variável “anos do curso” para o desfecho Escore D (dilema do médico), apresentado na Tabela 13. Para a construção dos modelos de regressão linear o número de participantes incluídos foi de 359. Foram excluídos aqueles que deixaram uma ou mais respostas em branco em alguma questão dos itens que integraram as variáveis analisadas.

Tabela 11 - Modelo de Regressão linear múltipla para o Escore C entre estudantes de medicina de uma universidade pública

Variável	β	IC95%	p*
Sexo masculino	-1,17	-3,34 --- 1,00	0,29
Cor não branca	2,01	-2,29 --- 6,31	0,36
Escolaridade do pai no mínimo superior	1,11	-1,36 --- 3,58	0,38

*Regressão linear múltipla

Continuação da Tabela 11 - Modelo de Regressão linear múltipla para o Escore C entre estudantes de medicina de uma universidade pública

Variável	β	IC95%	p*
Escolaridade da mãe no mínimo superior	-1,47	-3,92 --- 0,98	0,24
Fez cursinho	-0,23	-3,47 --- 3,01	0,89
Reserva raça	-4,50	-10,58 --- 1,57	0,15
Reserva pública	-0,26	-2,69 --- 2,16	0,83
Sistema de ingresso (Ref.: universal)	0 ^a		
Mensal ou mais	0,20	-8,47 --- 8,88	0,96
Semanal ou quinzenal	0,98	-7,72 --- 9,68	0,83
Frequência com a família (Ref.: mora com)	0 ^a		
Pais vivem juntos	0,08	-2,75 --- 2,91	0,96
Qualidade da relação dos pais regular ou ruim	1,36	-1,27 --- 4,00	0,31
Dificuldade com amigos	-1,83	-4,47 --- 0,81	0,18
Rejeitado últimos 12 meses	1,30	-1,34 --- 3,94	0,34
Adaptou-se na cidade	3,49	-5,97 --- 12,95	0,47
Satisfeito com a profissão	-7,41	-17,25 --- 2,43	0,14
Ainda penso	-0,40	-4,10 --- 3,30	0,83
Sim, mas não mais	0,03	-2,28 --- 2,33	0,98
Pensa em abandonar (Ref.: nunca)	0 ^a		
Tem TMC	0,56	-1,78 --- 2,90	0,64
Tem problema com álcool	-0,16	-2,29 --- 1,97	0,88
Sofreu trote abusivo	0,83	-1,78 --- 3,44	0,53
Arrependeu-se de ter dado trote	3,07	-3,43 --- 9,56	0,36
Idade	-0,13	-0,36 --- 0,09	0,25
Ano do curso	-0,31	-0,99 --- 0,37	0,37

***Regressão linear múltipla**

Tabela 12 - Modelo de Regressão linear múltipla para o Escore CW entre estudantes de medicina de uma universidade pública

Variável	β	IC95%	p*
Sexo masculino	-1,77	-6,46 --- 2,91	0,46
Cor não branca	-1,96	-11,23 --- 7,30	0,68
Escolaridade do pai no mínimo superior	-1,29	-6,61 --- 4,03	0,63
Escolaridade da mãe no mínimo superior	0,67	-4,61 --- 5,95	0,80
Fez cursinho	0,47	-6,52 --- 7,45	0,90
Reserva raça	3,30	-9,80 --- 16,39	0,62
Reserva pública	-6,54	-11,76 --- -1,32	0,01
Sistema de ingresso (Ref.: universal)	0 ^a		
Mensal ou mais	3,95	-14,74 --- 22,65	0,68
Semanal ou quinzenal	3,47	-15,28 --- 22,21	0,72
Frequência com a família (Ref.: mora com)	0 ^a		
Pais vivem juntos	3,30	-2,81 --- 9,40	0,29
Qualidade da relação dos pais regular ou ruim	4,22	-1,46 --- 9,90	0,15
Dificuldade com amigos	-3,67	-9,37 --- 2,02	0,21
Rejeitado últimos 12 meses	0,62	-5,07 --- 6,31	0,83
Adaptou-se na cidade	-5,44	-25,83 --- 14,95	0,60
Satisfeito com a profissão	-2,44	-23,65 --- 18,77	0,82

***Regressão linear múltipla**

Continuação da Tabela 12 - Modelo de Regressão linear múltipla para o Escore CW entre estudantes de medicina de uma universidade pública

Variável	β	IC95%	p*
Ainda penso	2,96	-5,02 --10,94	0,47
Sim, mas não mais	-1,70	-6,67 --- 3,27	0,50
Pensa em abandonar (Ref.: nunca)	0 ^a		
Tem TMC	1,66	-3,39 --- 6,70	0,52
Tem problema com álcool	0,41	-4,19 --- 5,01	0,86
Sofreu trote abusivo	-4,27	-9,89 --- 1,36	0,14
Arrependeu-se de ter dado trote	8,55	-5,45 --22,55	0,23
Idade	-0,21	-0,70 --- 0,27	0,40
Ano do curso	0,94	-0,52 --- 2,41	0,21

***Regressão linear múltipla**

Tabela 13 - Modelo de Regressão linear múltipla para o Escore CD entre estudantes de medicina de uma universidade pública

Variável	β	IC95%	p*
Sexo masculino	-1,99	-5,90 --- 1,93	0,32
Cor não branca	4,66	-3,08 --12,40	0,24
Escolaridade do pai no mínimo superior	-0,43	-4,88 --- 4,02	0,85
Escolaridade da mãe no mínimo superior	-2,29	-6,70 --- 2,13	0,31
Fez cursinho	0,23	-5,61 --- 6,07	0,94
Reserva raça	-10,31	-21,26 --- 0,64	0,07
Reserva pública	1,20	-3,16 --- 5,57	0,59
Sistema de ingresso (Ref.: universal)	0 ^a		
Mensal ou mais	-2,47	-18,11 --13,16	0,76
Semanal ou quinzenal	-0,91	-16,58 --14,76	0,91
Frequência com a família (Ref.: mora com)	0 ^a		
Pais vivem juntos	0,56	-4,54 --- 5,66	0,83
Qualidade da relação dos pais regular ou ruim	0,88	-3,87 --- 5,63	0,72
Dificuldade com amigos	-3,00	-7,76 --- 1,76	0,22
Rejeitado últimos 12 meses	1,71	-3,05 --- 6,47	0,48
Adaptou-se na cidade	6,23	-10,82 --23,27	0,47
Satisfeito com a profissão	-19,22	-36,95 -- -1,48	0,03
Ainda penso	-4,07	-10,74 --- 2,61	0,23
Sim, mas não mais	1,24	-2,92 --- 5,40	0,56
Pensa em abandonar (Ref.: nunca)	0 ^a		
Tem TMC	0,10	-4,11 --- 4,32	0,96
Tem problema com álcool	1,00	-2,84 --- 4,85	0,61
Sofreu trote abusivo	3,34	-1,37 --- 8,04	0,16
Arrependeu-se de ter dado trote	-3,49	-15,20 --- 8,21	0,56
Idade	-0,20	-0,61 --- 0,21	0,34
Ano do curso	-1,21	-2,46 - -0,002	0,050

***Regressão linear múltipla**

Tabela 14 - Modelo de Regressão linear múltipla para o Escore CJ entre estudantes de medicina de uma universidade pública

Variável	β	IC95%	p*
Sexo masculino	3,54	-1,40 --- 8,49	0,16
Cor não branca	-2,91	-12,68 --- 6,87	0,56
Escolaridade do pai no mínimo superior	4,72	-0,89 --- 10,34	0,10
Escolaridade da mãe no mínimo superior	-5,25	-10,82 --- 0,33	0,07
Fez cursinho	-3,21	-10,58 --- 4,16	0,39
Reserva raça	-0,88	-14,71 --- 12,94	0,90
Reserva pública	4,30	-1,21 --- 9,81	0,13
Sistema de ingresso (Ref.: universal)	0 ^a		
Mensal ou mais	1,47	-18,27 --- 21,20	0,88
Semanal ou quinzenal	5,80	-13,99 --- 25,59	0,57
Frequência com a família (Ref.: mora com)	0 ^a		
Pais vivem juntos	-3,64	-10,08 --- 2,81	0,27
Qualidade da relação dos pais regular ou ruim	3,82	-2,18 --- 9,82	0,21
Dificuldade com amigos	-3,57	-9,57 --- 2,45	0,25
Rejeitado últimos 12 meses	4,10	-1,91 --- 10,10	0,18
Adaptou-se na cidade	2,78	-18,74 --- 24,31	0,80
Satisfeito com a profissão	0,90	-21,49 --- 23,29	0,94
Ainda penso	1,92	-6,50 --- 10,34	0,66
Sim, mas não mais	2,43	-2,81 --- 7,68	0,36
Pensa em abandonar (Ref.: nunca)	0 ^a		
Tem TMC	-0,11	-5,44 --- 5,21	0,97
Tem problema com álcool	-3,25	-8,10 --- 1,61	0,19
Sofreu trote abusivo	4,96	-0,98 --- 10,89	0,10
Arrependeu-se de ter dado trote	-7,11	-21,88 --- 7,67	0,35
Idade	-0,27	-0,78 --- 0,25	0,31
Ano do curso	-0,27	-1,82 --- 1,29	0,74

***Regressão linear múltipla**

Tabela 15 - Modelo de Regressão linear múltipla para o Escore CW/D entre estudantes de medicina de uma universidade pública

Variável	β	IC95%	p*
Sexo masculino	-2,38	-4,95 --- 0,20	0,07
Cor não branca	3,10	-1,99 --- 8,18	0,23
Escolaridade do pai no mínimo superior	0,92	-2,01 --- 3,84	0,54
Escolaridade da mãe no mínimo superior	-0,61	-3,51 --- 2,29	0,68
Fez cursinho	-0,14	-3,98 --- 3,69	0,94
Reserva raça	-3,45	-10,65 --- 3,74	0,35
Reserva pública	-0,46	-3,33 --- 2,41	0,75
Sistema de ingresso (Ref.: universal)	0 ^a		
Mensal ou mais	2,38	-7,89 --- 12,65	0,65
Semanal ou quinzenal	2,41	-7,89 --- 12,70	0,65
Frequência com a família (Ref.: mora com)	0 ^a		
Pais vivem juntos	0,13	-3,23 --- 3,48	0,94
Qualidade da relação dos pais regular ou ruim	0,64	-2,48 --- 3,76	0,69
Dificuldade com amigos	-2,18	-5,31 --- 0,95	0,17

***Regressão linear múltipla**

Continuação da Tabela 15 - Modelo de Regressão linear múltipla para o Escore CW/D entre estudantes de medicina de uma universidade pública

Variável	β	IC95%	p*
Rejeitado últimos 12 meses	0,45	-2,67 --- 3,58	0,78
Adaptou-se na cidade	3,29	-7,91 --14,49	0,57
Satisfeito com a profissão	-13,03	-4,67 -- -1,38	0,03
Ainda penso	0,62	-3,77 --- 5,00	0,78
Sim, mas não mais	-0,11	-2,84 --- 2,62	0,94
Pensa em abandonar (Ref.: nunca)	0 ^a		
Tem TMC	0,68	-2,09 --- 3,45	0,63
Tem problema com álcool	-0,26	-2,79 --- 2,26	0,84
Sofreu trote abusivo	-1,19	-4,28 --- 1,90	0,45
Arrependeu-se de ter dado trote	4,56	-3,13 --12,25	0,25
Idade	-0,12	-0,39 --- 0,15	0,37
Ano do curso	-0,42	-1,22 --- 0,39	0,31

***Regressão linear múltipla**

Tabela 16 - Modelo de Regressão linear múltipla para o Escore CW/J entre estudantes de medicina de uma universidade pública

Variável	β	IC95%	p*
Sexo masculino	-0,95	-3,99 --- 2,08	0,54
Cor não branca	-0,32	-6,32 --- 5,68	0,92
Escolaridade do pai no mínimo superior	1,45	-2,00 --- 4,90	0,41
Escolaridade da mãe no mínimo superior	-1,50	-4,92 --- 1,92	0,39
Fez cursinho	-1,59	-6,12 --- 2,93	0,49
Reserva raça	-2,58	-11,07 --- 5,91	0,55
Reserva pública	-1,46	-4,84 --- 1,93	0,40
Sistema de ingresso (Ref.: universal)	0 ^a		
Mensal ou mais	0,04	-12,08 --12,15	0,99
Semanal ou quinzenal	0,74	-11,41 --12,88	0,91
Frequência com a família (Ref.: mora com)	0 ^a		
Pais vivem juntos	-0,39	-4,35 --- 3,56	0,85
Qualidade da relação dos pais regular ou ruim	3,29	-0,39 --- 6,97	0,08
Dificuldade com amigos	-3,11	-6,80 --- 0,58	0,10
Rejeitado últimos 12 meses	1,20	-2,48 --- 4,89	0,52
Adaptou-se na cidade	0,87	-12,34 --14,09	0,90
Satisfeito com a profissão	-2,39	-16,13 --11,35	0,73
Ainda penso	0,11	-5,06 --- 5,28	0,97
Sim, mas não mais	-0,14	-3,37 --- 3,08	0,93
Pensa em abandonar (Ref.: nunca)	0 ^a		
Tem TMC	0,86	-2,41 --- 4,12	0,61
Tem problema com álcool	0,11	-2,87 --- 3,09	0,94
Sofreu trote abusivo	1,62	-2,03 --- 5,26	0,39
Arrependeu-se de ter dado trote	1,72	-7,36 --10,79	0,71
Idade	-0,16	-0,47 --- 0,16	0,33
Ano do curso	0,11	-0,84 --- 1,07	0,81

***Regressão linear múltipla**

Tabela 17 - Modelo de Regressão linear múltipla para o Escore CD/J entre estudantes de medicina de uma universidade pública

Variável	β	IC95%	p*
Sexo masculino	0,21	-2,40 --- 2,81	0,88
Cor não branca	1,69	-3,46 --- 6,84	0,52
Escolaridade do pai no mínimo superior	1,50	-1,46 --- 4,46	0,32
Escolaridade da mãe no mínimo superior	-2,54	-5,48 --- 0,39	0,90
Fez cursinho	0,20	-3,68 --- 4,08	0,92
Reserva raça	-5,81	-13,09 --- 1,47	0,12
Reserva pública	1,32	-1,578 --- 4,23	0,37
Sistema de ingresso (Ref.: universal)	0 ^a		
Mensal ou mais	-1,77	-12,15 --- 8,62	0,74
Semanal ou quinzenal	0,15	-10,26 --- 10,57	0,98
Frequência com a família (Ref.: mora com)	0 ^a		
Pais vivem juntos	0,15	-3,24 --- 3,54	0,93
Qualidade da relação dos pais regular ou ruim	1,17	-1,99 --- 4,33	0,48
Dificuldade com amigos	-1,07	-4,23 --- 2,09	0,51
Rejeitado últimos 12 meses	2,42	-0,74 --- 5,58	0,13
Adaptou-se na cidade	5,82	-5,51 --- 17,15	0,31
Satisfeito com a profissão	-8,45	-20,24 --- 3,33	0,16
Ainda penso	-0,87	-5,31 --- 3,56	0,70
Sim, mas não mais	0,94	-1,82 --- 3,70	0,51
Pensa em abandonar (Ref.: nunca)	0 ^a		
Tem TMC	0,19	-2,61 --- 2,99	0,89
Tem problema com álcool	-0,80	-3,35 --- 1,76	0,54
Sofreu trote abusivo	2,31	-0,81 --- 5,44	0,15
Arrependeu-se de ter dado trote	-0,01	-7,79 --- 7,77	0,99
Idade	-0,18	-0,45 --- 0,10	0,20
Ano do curso	-0,55	-1,37 --- 0,28	0,19

*Regressão linear múltipla

5. DISCUSSÃO

Em síntese, os resultados encontrados no presente estudo não apontam para associações entre competência moral e TMC. Entretanto, observou-se associações entre sexo feminino e maior sentimento de rejeição e também maior risco de TMC. Ser do sexo masculino associou-se ao risco de sofrer trote que considerou violento. Em relação ao MCTxt pode-se verificar maiores valores para o sexo feminino, na maioria dos escores, no 1º e no 6º ano. Ao realizar análise agrupada por anos do curso, observou-se diferenças estatisticamente significantes em quatro dos sete escores, sempre com valores maiores para o grupo composto por 1º, 2º e 3º ano. Após ajuste para variáveis de confusão, nos seis anos do curso, nenhuma variável associou-se à competência de juízo moral, exceto a variável ano do curso para o dilema do médico (CD). Este resultado sugere uma tendência de diminuição do Escore CD conforme há evolução nos anos do curso. Este achado está em conformidade com os resultados das comparações por anos do curso agrupados, em que o segundo grupo (4º ao 6º ano) obteve menores resultados na maioria dos escores em comparação com o 1º grupo (1º ao 3º ano). Antes de analisar os resultados à luz da literatura e associa-los aos objetivos, é necessário considerar algumas possíveis limitações.

5.1. Limitações

Por ser um estudo transversal, não é possível atribuir direção de causalidade às possíveis associações encontradas, ou seja, não é possível afirmar, por exemplo, que a diminuição da competência de juízo moral é causada por alguma das variáveis, pois estudos transversais mensuram desfecho e variáveis de exposição ao mesmo tempo, haja vista que as coletas de dados foram realizadas concomitantemente em todos os anos do curso de medicina. Logo, o que podemos analisar é se existem associações entre os eventos investigados e não causalidade.

Em relação à coleta de dados, tomou-se a precaução de escolher as aulas com os menores percentuais de absenteísmo para realizar a aplicação do questionário, obtendo-se 75,3% de participantes entre o total de estudantes matriculados no curso. Apesar de haver esse cuidado, não é possível garantir que com a participação dos estudantes ausentes não houvesse alteração no desfecho investigado. De todo modo, a taxa de respostas elevada consiste em um aspecto bastante positivo deste estudo.

Outro possível viés, ainda sobre a coleta de dados, é aquele relacionado à resposta dos estudantes. Para garantir maior confiança dos participantes, para que pudessem responder honestamente às questões, tomou-se o cuidado de explicar que a participação era voluntária e anônima, o que também estava descrito no termo de consentimento (Anexo I). Além disso, também foram utilizadas folhas de cores diferentes para os termos de consentimento (folhas azuis ou amarelas) e para os questionários (folhas brancas). Esse procedimento foi adotado para que os estudantes pudessem perceber, mesmo à distância, que os materiais eram guardados em envelopes distintos e que houve zelo por parte dos pesquisadores para garantir a preservação do anonimato.

5.2. Interpretação dos resultados

Os dados da presente pesquisa revelaram que não houve associação entre os escores do MCTxt e TMC, uso de álcool e outros fatores associados, exceto para a variável “anos do curso” para o escore do dilema do médico (Escore CD). Pôde-se observar também que não houve aumento dos escores do MCTxt conforme aumentou o ano do curso. Quando agrupou-se os participantes por ano do curso, observou-se que o grupo composto pelo 4º, 5º e 6º ano apresentou resultados mais baixos em todos os escores, exceto no dilema do trabalhador (CW), com diferença estaticamente significativa para os Escores CD, CJ, CW/D, e CD/J.

Uma hipótese alternativa para a diferença encontrada entre o grupo inicial (1º ao 3º ano) e o final (4º ao 6º ano) pode ser a forma de ingresso. Como descrito em métodos, a forma de ingresso tem adotado ações afirmativas e a cada ano o percentual de alunos oriundos das escolas públicas se eleva. Estudos de acompanhamento destes alunos podem trazer mais elementos para analisar esta hipótese alternativa.

Os resultados acima discutidos vão ao encontro daqueles demonstrados pela literatura, nos quais a competência moral diminuiu com o aumento de anos de estudos no curso de medicina. Outro aspecto observado, que também vai ao encontro da literatura, são os menores resultados dos escores do dilema do médico, em relação aos outros dilemas, que ocorreu em todos os anos do curso, com exceção do 1º ano e as mulheres do 6º ano. Esses resultados, dos dilemas que envolvem questões relacionadas à vida, podem estar relacionados a aspectos culturais, como a influência da religião, em especial na América Latina (LIND, 2000; SCHILLINGER, 2006; OLIVEIRA, 2008; FEITOSA et al, 2013; HEGAZI; WILSON, 2013; SERODIO, 2013; LANDIM et al, 2015).

Na pesquisa de Feitosa e colaboradores (2013), realizada com estudantes de medicina no Nordeste Brasileiro, utilizando a versão original do MCT, os Escores C, CW e CD diminuíram no 8º semestre em comparação com o 1º e o dilema do médico foi aquele que apresentou menor valor. Um estudo que também foi realizado no nordeste brasileiro, porém com estudantes de odontologia, encontrou resultados similares: quando foram comparados o 1º e o último semestre os autores encontraram uma diminuição dos escores CW, CD e escore C (LANDIM et al, 2015).

Outra pesquisa, realizada na Austrália, também com estudantes de medicina, encontrou resultado similar em um estudo de coorte. Os resultados desse estudo demonstraram diminuição da competência moral (Escore C) e do dilema do médico (CD) no segundo período estudado em relação ao primeiro (cinco turmas foram estudadas em dois anos diferentes). As diferenças, em ambos os casos, foram estatisticamente significantes (HEGAZI; WILSON, 2013).

Os escores encontrados por Feitosa e colaboradores (2013) no 1º semestre em relação ao 8º, foram respectivamente de 44,0 e 42,4 (CW), 33,8 e 28,0 (CD) e 26,2 e 20,5 (Escore C). No Estudo realizado na Austrália as médias do 1º período investigado em relação ao 2º foram, respectivamente, 5,5 e 8,6 (CW), 21,2 e 17,9 (CD) e 24,5 e 14,9 (Escore C) (HEGAZI; WILSON, 2013). Nota-se que no último caso houve aumento no Escore do dilema dos operários e diminuição dos demais, semelhante aos resultados que obtivemos. Vale lembrar novamente que o Escore C de estudos internacionais e de estudos brasileiros que utilizam a versão original do MCT, deve ser comparado com o CW/D do presente estudo.

Outro estudo realizado no Brasil comparou os escores de estudantes de enfermagem de uma universidade pública do Rio de Janeiro, no primeiro e no nono período do curso, utilizando a versão validada do MCT para uso no Brasil (MCTxt) (OLIVEIRA, 2008). Comparando o primeiro com o nono período, os resultados foram, respectivamente, 43,0 e 33,8 (CW), 23,3 e 15,7 (CD), 42,0 e 25,1 (CJ) e 17,6 e 11,1 (Escore C) (OLIVEIRA, 2008).

A ausência de associações significantes das variáveis investigadas com a competência moral, com exceção da variável ano do curso para o dilema do médico, fortalece a hipótese de que os currículos (formais e ocultos) dos cursos possam estar relacionados à diminuição da competência moral de estudantes dos cursos de medicina e de outras áreas da saúde (REGO, 2003; SLOVACKOVA; SLOVACEK, 2007; HEGAZI; WILSON, 2013; FEITOSA et al., 2013; LIND, 2000; AZEVEDO et al, 2013; SOUZA et al, 2013; ADLER; GALLIAN, 2014; MURRELL, 2014).

Analisando tais resultados à luz da teoria que fundamenta o MCTxt, é possível dizer que os participantes que estão nos últimos anos do curso possuem menor capacidade para avaliar argumentos contrários à própria opinião do que aqueles que acabaram de ingressar no curso. A importância desse resultado reside na possibilidade de avaliar a competência de os futuros médicos lidarem com questões e opiniões adversas às suas, fatos que estão presentes no cotidiano da vida íntima e do trabalho. No último caso, tais opiniões podem estar relacionadas aos próprios pacientes ou às equipes das quais os estudantes possam fazer parte no futuro, enquanto profissionais, muitas vezes compostas por profissionais de diferentes formações (SCHLIINGER, 2006; LIND 2008; FEITOSA, 2013; SERODIO; 2013). Tal investigação pode permitir, no mínimo, observar se há necessidade de trabalhar aspectos da formação desses profissionais da saúde ou realizar intervenções que vão ao encontro das variáveis investigadas, possibilitando causar um impacto positivo na formação acadêmica e, consequentemente, na saúde pública, algo que se faz tão necessário (AZEVEDO et al, 2013; SOUZA et al, 2013; ADLER; GALLIAN, 2014).

Em relação à diminuição observada nos escores do MCTxt, estudos investigaram a possibilidade de intervir para melhorar esses resultados. Tais métodos de intervenção baseiam-se, principalmente, na discussão de dilemas morais para melhorar aspectos relacionados à competência moral (LIND, 2016). Essa metodologia vai ao encontro daquilo que Rego (2003) apresenta, quando defende que a diminuição da competência moral não significa uma diminuição da capacidade cognitiva do indivíduo, exceto em casos de doenças neurodegenerativas, mas que, provavelmente, tenham ocorrido mudanças na forma de pensar sobre as questões morais que refletem nos resultados do MCT. É importante lembrar que a escala desenvolvida por Kohlberg considera os estágios de menor valor aqueles que se relacionam ao maior individualismo (Rego, 2003). Por conseguinte, é possível que o processo de formação tenha levado os estudantes de medicina a desconsiderarem as opiniões adversas às suas. Em outras palavras, desconsiderarem o outro, por exemplo, os pacientes. Então, melhorar a competência moral não se trata de (re)desenvolver os aspectos cognitivos dos estudantes, pois não há como afirmar que houve regressão nesse aspecto, mas sim trabalhar formas mais adequadas, não agressivas, de lidar com opiniões e atitudes contrárias às próprias ideias (REGO, 2003; LIND, 2016).

Uma das metodologias de intervenção que tem sido utilizada para melhorar a competência moral de estudantes, trabalhando a forma de raciocinar sobre as questões morais, é o Método Konstanz de Discussão de Dilemas (KMDD), desenvolvido por Georg Lind, o mesmo criador do MCT (LIND, 2016). De acordo com Lind (2016), o KMDD foi desenvolvido

para promover a competência moral com base em princípios democráticos, e para ajudar as pessoas a diminuir a distância entre seus princípios morais e suas atitudes.

Seródio (2013) realizou uma pesquisa utilizando o KMDD e, apesar de não encontrar diferenças estatisticamente significantes entre o grupo controle (que fez uma disciplina tradicional de bioética) e o grupo intervenção (que fez a mesma disciplina complementada pelo KMDD), observou uma tendência positiva em parte dos resultados no grupo intervenção em comparação com grupo controle. Outro estudo realizado, em uma universidade na Eslováquia, com estudantes de psicologia e teologia, encontrou diferenças significantes nos escores do MCT quando comparou um grupo que realizou o KMDD com outro que não passou pelo método, sendo que o primeiro grupo teve aumento significativo no Escore C (LAJCIAKOVÁ, 2016). Na mesma direção, Slovackova e Slovacek (2007), em pesquisa feita com estudantes tchecos e eslovacos, relataram que depois de analisar os resultados de seu estudo, que utilizou o MCT, foi implementada na universidade a discussão de dilemas morais no ensino de ética médica e que os estudantes afirmaram que esta estratégia estava ajudando a compreender melhor os dilemas morais. Esses autores ainda sugerem que sejam criadas estratégias para que os estudantes tenham formação em aspectos morais, não apenas em habilidade técnicas, pois essa formação é importante para que eles tomem decisões responsáveis em relação às vidas de seus pacientes.

Azevedo e colaboradores (2013) defendem que a articulação entre a rede de saúde e as instituições de ensino é um importante caminho a ser seguido para melhorar a educação médica e combater a primazia do ensino puramente técnico, pois através dessa articulação pode haver a participação de agentes externos à universidade e à classe médica, o que poderia contribuir na diversidade do processo formativo. Caminhando nesta direção, políticas públicas, como as ações afirmativas adotadas pelas universidades brasileiras, têm promovido o aumento da heterogeneidade de pessoas no ambiente universitário, democratizando o acesso ao ensino superior possibilitando maior ingresso de pessoas oriundas de escolas públicas e pessoas pretas, pardas e indígenas (SILVA-JUNIOR; BENTO; SILVA, 2010).

Uma formação que não promova o olhar do outro como sujeito, que não leva em conta a diversidade pode trazer riscos aos pacientes e à saúde pública. Sérgio Rego (2003) levanta a questão dos perigos de uma formação puramente tecnicista e das formas de ensino da medicina que podem levar o estudante a reificar, objetificar seus pacientes, fragmentando-os em órgãos e sistemas. Para o autor, esse processo ocorre na medida em que os estudantes passam a enxergar os pacientes como pessoas sem direitos, vontades e interesses, sendo mais vulneráveis a esse processo de reificação os pacientes pobres e pouco instruídos, principalmente

aqueles atendidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Neste contexto, Rego cita uma exposição de Jean Robinson, representante leiga no *General Medical Council*, na Inglaterra, em uma conferência intitulada "*Are we teaching students that patient don't matter?*" (em tradução livre, "Nós estamos ensinando os estudantes que os pacientes não importam?"). Sobre essa exposição, Rego destaca que foi levantada a questão de que os direitos dos médicos eram mais valorizados do que os pacientes e o treinamento profissional durante a graduação fazia com que os estudantes perdessem as atitudes de cuidado que os atraíram para o curso de medicina. O autor também apresentou pesquisa realizada em 1994 por Meira e Cunha, que apesar de ter sido realizada há mais de duas décadas ainda é criticamente relevante, pois já dizia que o ensino da ética nas escolas médicas primava por tratar de aspectos futuros, relacionados ao exercício do profissional médico, e não levava em consideração o ensino ou discussão de dilemas éticos que poderiam existir no presente do estudante, no próprio período da educação médica.

O ensino focado na atuação profissional, ou seja, no futuro do estudante, muitas vezes é baseado puramente no código de ética profissional, que não consegue abarcar a diversidade de dilemas morais que um médico poderá enfrentar durante a sua carreira (REGO, 2003). Ao apresentar os dados de uma pesquisa que realizou, Sérgio Rego (2003) destaca um tema que chamou de "primado da técnica" e destaca a opinião de uma participante que declarou que ser ético é "fazer a coisa certa, independente de estar prejudicando o outro" (p. 129). O autor relata a sua percepção, baseada na experiência e convívio com estudantes, de que o processo de formação em medicina é "alienante e desumanizante". Um processo alienante pode ser considerado como aquele pelo qual alguém deixa de ter a compreensão da razão de fazer aquilo que se faz (CORTELLA, 2016).

Em termos de cuidados profissionais da saúde, para que haja um cuidado integral, ou seja, um saber fazer com integralidade, é importante levar em consideração que a saúde é o "estado de completo bem estar físico, mental e social" (OMS, 2002, p. 30) e que os processos que influenciam a saúde são multicausais, envolvendo condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde, condições essas que sofrem influências de ordem política econômica e social (OMS, 2010; PETTRES; DA ROS, 2018). A partir desses conceitos, quando fragmenta-se o paciente em órgãos e sistemas e deixa-se de considerá-lo como sujeito construído social e historicamente, possuidor de conhecimentos, desejos e emoções, perde-se de vista o cuidado integral, perde-se de vista o cuidado da saúde de maneira holística e passa-se a cuidar de partes do corpo e não do indivíduo. O paciente deve ser visto como sujeito e não

como mero objeto de prática clínica, da mesma forma como o estudante deve ser visto como sujeito, protagonista, do processo de aprendizagem (COHEN; GOBBETTI, 2016).

De acordo com o conceito de moral, descrito na introdução deste trabalho, uma educação que vise desenvolver a competência moral de seus estudantes deve ser edificante, antagônica à alienação, deve promover um modo de pensar que supere o simples cumprimento de normas, leis, regras e absorção de conteúdo, e deve possibilitar aos estudantes realizar uma análise crítica da existência e funcionalidade dessas criações humanas e da própria realidade vivenciada. Essa análise crítica se relaciona ao desenvolvimento da liberdade e consciência, através das quais será possível construir ou idealizar formas mais adequadas, justas, humanas e democráticas de convivência. Partindo dessa premissa, a educação servirá também para ensinar formas mais adequadas de conviver em uma sociedade heterogênea e democrática (LIND, 2000a; REGO, 2003; COHEN; GOBBETTI, 2016).

Uma convivência harmoniosa com outras pessoas e ter habilidades para lidar com as adversidades cotidianas são aspectos que se relacionam a uma boa qualidade de saúde mental (MA et al, 2008; COHEN; GOBBETTI, 2016; GRANER; RAMOS-CERQUEIRA, 2019).

Embora os resultados da presente pesquisa não tenham demonstrado associações entre a ocorrência de TMC, uso de álcool e os escores do MCTxt, quase metade dos estudantes pontuou para a ocorrência de TMC. Tais resultados corroboram os achados de outros estudos que apontaram que estudantes de medicina apresentam mais sintomas de TMC, tais como ansiedade, depressão e até mesmo ideação suicida, quando comparados com a população em geral (NIEKERK; SCRIBANTE; RAUBENHEIMER, 2012; GHODASARA et al, 2011; ROTENSTEIN; RAMOS; TORRE, 2016; QUEK et al, 2019). O presente estudo não investigou a associação entre TMC e uso de álcool com o aspecto afetivo (atitudes) da competência moral, que é análise da escolha dos participantes pelos argumentos dos dilemas com base nos seis estágios de orientação moral de Kohlberg. Dentro desse contexto é possível levantar, pelo menos, dois questionamentos: “será que há relação entre esses aspectos?” e “será que mudanças no currículo e ações que promovam a competência moral também podem atuar sobre os aspectos relacionados aos sintomas de TMC?”. Não encontramos pesquisas que investigaram a associação entre competência moral e TMC.

Há algumas análises que não foram feitas na presente pesquisa e que poderão ser realizadas posteriormente, uma delas é a verificação da associação entre o aspecto afetivo da competência moral e variáveis como TMC, uso de álcool e ano do curso, bem como a associação da competência moral com aspectos socioeconômicos.

Para eventuais comparações de resultados, deve-se levar em conta o curso e a natureza da instituição onde se realizou a pesquisa (pública ou privada), tendo em vista que a qualidade da educação pode estar relacionada com a competência moral (LIND, 2000a; SCHILLINGER, 2006). Sugere-se que mais estudos sejam realizados para investigar as variáveis que podem estar relacionadas à competência moral.

6. CONCLUSÕES

Retomando os objetivos do presente estudo, observou-se que não houve associação entre TMC, uso de álcool ou outros fatores associados com a competência moral, exceto para a variável ano do curso para o escore do dilema do médico (CD), sugerindo uma tendência para a diminuição desse escore na medida em que há progressão no curso.

Observou-se que, com exceção do dilema do trabalhador, todos os escores tiveram regressão quando foram comparados os resultados agrupados para alunos do 1º ao 3º ano e do 4º ao 6º ano, com menores valores para o segundo grupo, havendo diferenças estatisticamente significantes para os escores CD, CJ, CW/D e CD/J. Tais resultados corroboram aqueles encontrados na literatura e sugerem que o curso de medicina não está sendo capaz de desenvolver a competência de juízo moral dos estudantes.

Os resultados encontrados são importantes para apontar direções para a adoção de eventuais medidas que venham a tratar do tema da competência moral e dos transtornos mentais comuns, pois, além da diminuição da competência moral, observou-se que 49,4% dos participantes pontuaram para a ocorrência de TMC.

Em vista dos resultados encontrados, possíveis medidas a serem adotadas para transformar a realidade seriam a reestruturação curricular, visando um maior contato entre os estudantes e estratégias que estimulem o trabalho em grupo em vez da competição; e a adoção de medidas como a discussão de dilemas morais em disciplinas relacionadas à ética médica ou mesmo intervenções transversais nas disciplinas. Em acréscimo, outras possíveis medidas seriam a ampliação e fortalecimento de serviços de apoio e atendimento em saúde mental, de forma a promover, prevenir e reabilitar este aspecto da saúde, sempre levando em consideração o cuidado integral do indivíduo.

REFERÊNCIAS

- ADLER, M. S.; GALLIAN, D. M. C. **Formação médica e serviço único de saúde:** propostas e práticas descritas na literatura especializada. *Rev. bras. educ. med.*, Rio de Janeiro, v. 38, n. 3, p. 388-396, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010055022014000300014&lng=en&nrm=iso>. Acessado em: 13/10/2019.
- AZEVEDO, B. M. S. et al. **A formação médica em debate:** perspectivas a partir do encontro entre instituição de ensino e rede pública de saúde. *Interface*, Botucatu, v. 17, n. 44, p. 187-200, Mar. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832013000100015&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 13/10/2019.
- BALON, R. Psychiatrist Attitudes toward Self-Treatment of Their Own Depression. **Psychotherapy and Psychosomatics**. v. 76, p. 306-310, 2007.
- BATAGLIA, P. U. R. A Validação do Teste de Juízo Moral (MJT) para Diferentes Culturas: O Caso Brasileiro. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. v.23, n.1, p.83-91, 2010.
- BATAGLIA, P. U. R.; MORAIS, A.; LEPRE, R. M. A teoria de Kohlberg sobre o desenvolvimento do raciocínio moral e os instrumentos de avaliação de juízo e competência de juízo moral em uso no Brasil. **Estudos de Psicologia**. v.15, n.1, p.25-32, 2010.
- BIAGGIO, A. **Lawrence Kohlberg: ética e educação moral**. 2ª ed. São Paulo: Moderna, 2006.
- CARRASCO-FARFAN, C. A. et al. Alcohol consumption and suicide risk in medical internship: A Peruvian multicentric study. **Drug and Alcohol Review**. v. 38, p. 201-208, 2019.
- CARRETERO, A. G. M. et al. Validación del test para la identificación de trastornos por uso de alcohol en población universitaria: AUDIT y AUDIT-C. **Adicciones**. v. 28, n. 4. p. 194-204, 2016. Disponível em: <http://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/775>. Acessado em 10/01/2020.
- CLEMENT, S.; SCHAUMAN, O.; GRAHAM, T. et al. What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies. **Psychological Medicine**. v. 45, p. 11-27, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1017/S0033291714000129>. Acessado em 10/01/2020.
- COENTRE, R.; FARAVELLI, C; FIGUEIRA, M. L. Assessment of depression and suicidal behaviour among medical students in Portugal. **International Journal of Medical Education**. v. 7, p. 354-363, 2016.
- COHEN, C.; GOBBETTI, G. J. Bioética e saúde mental dos profissionais de saúde. In: CORDEIRO, Q.; RAZZOUK, D.; LIMA, M. G. A. (Org.). **Trabalho e saúde mental dos profissionais da saúde**. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2016. p. 23-33.

CORDEIRO, Q.; RAZZOUK, D.; LIMA, M. G. A. (Org.). **Trabalho e saúde mental dos profissionais da saúde**. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2016.

CORTELLA, M. S. **Por que fazemos o que fazemos?: aflições vitais sobre trabalho, carreira e realização**. 14ª Edição. São Paulo: Editora Planeta do Brasil, 2016.

FARAHANGIZ, S.; MOHEBPOUR, F.; SALEHI, A. Assessment of Mental Health among Iranian Medical Students: A Cross-Sectional Study. **International Journal of Health Sciences**, Qassim University. v. 10, n. 1, p. 49-55, 2016.

FEITOSA, H. N. **A competência de juízo moral e as atitudes morais dos estudantes de medicina: estudo transcultural**. 186 f. Tese (Doutorado). Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 2013.

FEITOSA, H. N. et al. Competência de juízo moral dos estudantes de medicina: um estudo piloto. **Revista Brasileira de Educação Médica**. v.37, n.1, p.5-14, 2013.

FINI, L. D. T. Desenvolvimento Moral: De Piaget a Kohlberg. **Perspectiva**. V.9, n.16, p.58-78, 1991.

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

GADELHA, A.; NOTO, C.; FONSECA, A. O.; BRESSAN, R. A.; ATTUX, C. Centro para tratamento e reabilitação profissional de médicos. In: CORDEIRO, Q.; RAZZOUK, D.; LIMA, M. G. A. (Org.). **Trabalho e saúde mental dos profissionais da saúde**. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2016. p. 205-210.

GHODASARA, S. L. et al. Assessing Student Mental Health at the Vanderbilt University School of Medicine. v.86, n. 1, p. 116-121, 2011.

GOLD, K. J.; ANDREW, L. B.; GOLDMAN, E. B.; SCHWENK, T. L. "I would never want to have a mental health diagnosis on my record": A survey of female physicians on mental health diagnosis treatment, and reporting. **General Hospital Psychiatry**. v. 43, p. 51-57, 2016.

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**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 380-390, 2008.

GONÇALVES, M. B.; BENEVIDES-PEREIRA, A. M. T. Considerações sobre o ensino médico no Brasil: consequências afetivo-emocionais nos estudantes. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 33, n. 3, p. 493-504, 2009.

GRANER, K. M.; RAMOS-CERQUEIRA, A. T. A. Revisão integrativa: sofrimento psíquico em estudantes universitários e fatores associados. **Ciência e Saúde Coletiva**. v. 24, n. 4, p. 1327-1346, 2019.

GUIMARÃES, K. B. S. Saúde mental do estudante de medicina e as consequências para o exercício profissional. In: CORDEIRO, Q.; RAZZOUK, D.; LIMA, M. G. A. (Org.). **Trabalho e saúde mental dos profissionais da saúde**. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2016. p. 35-46.

HAHN, M.S.; 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.81-89, 1999.

HANKIR, A. K.; NORTHALL, A.; ZAMAN, R. Stigma and mental health challenges in medical students. **BMJ**. 2014. Disponível em: <https://casereports.bmj.com/content/2014/bcr-2014-205226>. Acessado em 10/01/2020.

HEGAZI, I.; WILSON, I. Medical education and moral segmentation in medical students. **Medical Education**. v.47, p.1022-1028, 2013.

HENNEKENS, C. H., BURING, J. E. **Epidemiology in Medicine**. Boston: Little, Brown and Company; 1987.

KARP, J. F.; LEVINE, A. S. Mental Health Services for Medical Students - Time to Act. **The New Journal of Medicine**. v. 379, n. 13, p. 1196-1198, 2018. Disponível em: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp1803970>. Acessado em 10/01/2020.

KASSEBAUM, D. G.; CUTLER, E. R. On the culture of student abuse in medical school. **Academic Medicine**. v.73, n.11, p.1149-1158, 1998.

KOHLBERG, L. **Psicología del desarrollo moral**. 2ª ed. Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer, S.A., 1992.

LAJCIAKOVÁ, P. The effect of dilemma discussion on moral judgment competence in helping-professions students. **European Journal of Science and Theology**. v. 12, n. 2, p. 7-18, 2016.

LANDIM, T. P.; SILVA, M. S. F.; FEITOSA, H. N.; NUTO, S. A. S. Competência de Juízo Moral entre Estudantes de Odontologia. **Rev.bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 1, p. 41-49, Mar. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022015000100041&lng=en&nrm=iso. Acessado em 10/01/2020.

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

LIMA, M. C. P.; DOMINGUES, M. S.; RAMOS-CERQUEIRA, A. T. A. Prevalência e fatores de risco para transtornos mentais comuns entre estudantes de medicina. **Rev. Saúde Pública**. v. 40, n. 6, p. 1035-41, 2006.

LIMA, M. C. P.; RAMOS-CERQUEIRA, A. T. A.; DANTAS, C. L.; LAMARDO, J. R.; REIS, L. E. C.; TORRES, A. R. O Trote e a Saúde Mental de Estudantes de Medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**. v.41, n.2, p.210-220, 2017.

LIMA, M. C. P.; RAMOS-CERQUEIRA, A. T. A. Saúde mental dos estudantes de medicina: o papel da escola médica. In: CORDEIRO, Q.; RAZZOUK, D.; LIMA, M. G. A. (Org.). **Trabalho e saúde mental dos profissionais da saúde**. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2016. p. 47-57.

LIMA, M. C. P. **Sofrimento psíquico e ambiente educacional: um estudo transversal na Faculdade de Medicina de Botucatu**. 109 f. Tese (Livre Docência) - Saúde Coletiva, Faculdade de Medicina de Botucatu - Universidade Estadual Paulista "Julio de Mesquita Filho" (FMB - UNESP), 2012.

LIND, G. **An Introduction to the Moral Judgment Test (MJT)**. 1999. Disponível em: https://www.uni-konstanz.de/ag-moral/pdf/Lind-1999_MJT-Introduction-E.pdf. Acesso em 30/08/2017.

LIND, G. Moral Regression in medical students and their learning environment. **Revista Brasileira de Educação Médica**. v.24, n.3, p.24-33, 2000. Disponível em: http://www.uni-konstanz.de/ag-moral/pdf/Lind-2000_Moral_Regression_in_Medical_Students.pdf. Acesso em 30/08/2017.

LIND, G. O significado e medida da competência de juízo moral revisitada: Um modelo do duplo aspecto da competência de juízo moral. **Psicologia: Reflexão e Crítica**. v.13, n.3, p.399-416, 2000a. Disponível em <http://www.scielo.br/prc/v13n3/v13n3a09.pdf>. Acesso em 06/10/2018.

LIND G, BATAGLIA P, SCHILLINGUER M. **Certified foreign languages of the Moral Judgment Test (MJT)**. Portuguese (Brazil). 2005. Disponível em: http://www.uni-konstanz.de/ag-moral/mut/mjt-certification.htm#certified_versions. Acesso 30/08/2017.

LIND, G. **How to teach morality**. 1ª ed. Berlin: Logos Verlag Berlin GmbH. 2016.

LIND G. **The meaning and measurement of moral competence revisited** – A dual-aspect model. In: Fasko D, Willis W, editors. Contemporary phylosophical and psychological perspectives on moral development and education. Cresskill: Hampton Press; 2008. p.185-220.

MAIDA, A. M.; HERSKOVIC, V.; PEREIRA, A.; SALINAZ-FERNANDEZ, L.; ESQUIVEL, C. Percepción de conductas abusivas en estudiantes de medicina. **Rev. Med. Chile**. v.134, p.1516-1523, 2006.

MARI, J. J.; WILLIAMS, P. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ20) in primary care in the city of São Paulo. **Br J Psychiatr**, v.148, p23-26, 1986.

MA, Y. et al. Mental health and its relationship to life events and family socio-economic status among Chinese medical students in Guangxi Zhuang Autonomous Region. **Stress and Health**. v. 25, p. 71-79, 2009.

MELEIRO, A. M. A. S. Consequências do trabalho na saúde mental do médico: qual a realidade? In: CORDEIRO, Q.; RAZZOUK, D.; LIMA, M. G. A. (Org.). **Trabalho e saúde mental dos profissionais da saúde**. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2016. p. 105 - 128.

MONTEIRO, T.; SUOZZO, A. C.; NOGUEIRA-MARTINS, L. A. Carga horária de trabalho, plantão noturno, privação do sono e disfunções cognitivas em médicos residentes. In: CORDEIRO, Q.; RAZZOUK, D.; LIMA, M. G. A. (Org.). **Trabalho e saúde mental dos profissionais da saúde**. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2016. p. 75-85.

MOREIRA, P. L., CAMINO, C. P. S., RIQUE, J. Uma comparação do desenvolvimento moral de adolescentes entre duas décadas. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**. v.67, n.3, p.47-61, 2015.

MURRELL, V. S. The failure of medical education to develop moral reasoning in medical students. **International Journal of Medical Education**. v.5, p.219-225, 2014.

NAGATA-KOBAYASHI, S.; SEKIMOTO, M.; KOYAMA, H.; YAMAMOTO, W.; GOTO, E.; FUKUSHIMA, O.; INO, T.; SHIMADA, T.; SHIMBO, T.; ASAI, A.; KOIZUMI, S.; FUKUI, T. Medical Student Abuse During Clinical Clerkships in Japan. **Journal of General Internal Medicine**. v.21, n.3, p.212–218, 2006. Disponível em: <http://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2006.00320.x>

NIEKERK, L. V.; SCRIBANTE, L.; RAUBENHEIMER, P. J. Suicidal ideation and attempt among South African medical students. **SAMJ**. v. 102, n. 6, p. 372-373, 2012.

OLIVEIRA, M. S. **Desenvolvimento da Competência de juízo moral e ambiente de ensino-aprendizagem: uma investigação com estudantes de graduação em enfermagem**. 159 f. Dissertação (Mestrado). Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2008.

OLIVEIRA, M. S. **Estudo sobre o desenvolvimento da competência de juízo moral na formação do enfermeiro**. 125 F. Tese (Doutorado). FIOCRUZ/UFRJ/UFF/UERJ, Rio de Janeiro, 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Depression and Other Common Mental Disorders Global Health Estimates**. 2017. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf;jsessionid=41C6456170F990F533CC60B45BBA6F89?sequence=1>. Acessado em 11/01/2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Relatório Final da Comissão para os determinantes Sociais da Saúde. **Redução das desigualdades no período de uma geração: igualdade na saúde através da ação sobre seus determinantes sociais**. Portugal, 2010. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789248563706_por.pdf. Acessado em 10/10/2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Relatório Mundial da Saúde - **Saúde mental: nova concepção, nova esperança**. 1ª ed. Lisboa: Direcção Geral da Saúde/OMS, 2002. Disponível em: https://www.who.int/whr/2001/en/whr01_po.pdf. Acessado em 10/01/2020.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Com depressão no topo da lista de causas de problemas de saúde, OMS

lança a campanha “**Vamos conversar**”, 2017. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5385:com-depressao-no-topo-da-lista-de-causas-de-problemas-de-saude-oms-lanca-a-campanha-vamos-conversar&Itemid=839. Acessado em 10/01/2020.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Investimentos em saúde mental devem aumentar para atender às necessidades atuais das Américas**, 2019. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5882:investimentos-em-saude-mental-devem-aumentar-para-atender-as-necessidades-atuais-das-americas&Itemid=839. Acessado em 10/01/2020.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Saúde mental: é necessário aumentar recursos em todo o mundo para atingir metas globais**, 2018a. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5694:saude-mental-e-necessario-aumentar-recursos-em-todo-o-mundo-para-atingir-metas-globais&Itemid=839. Acessado em 10/01/2020.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Folha informativa - Saúde mental dos adolescentes**, 2018b. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5779:folha-informativa-saude-mental-dos-adolescentes&Itemid=839. Acessado em 10/01/2020.

PARANÁ. Secretaria da Saúde. (SPP/DVSAM - Saúde Mental) **Definição de Saúde Mental**. Curitiba. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=1059>. Acessado em 05/11/2019.

PEREIRA, O. **Moral Revolucionária**. Paixão e Utopia. 1ª ed. Campinas: Papirus, 1983.

PETTRES, A. A.; DA ROS, M.A. A determinação social da saúde e a promoção da saúde social. **Arq. Catarin Med.** v. 47, n. 3, p. 183-196, 2018.

QUEK, T. T. C. et al. The Global Prevalence of Anxiety Among Medical Students: A Meta-Analysis. **International Journal of Environmental Research and Public Health**. v. 16, 2019. Disponível em: <https://www.mdpi.com/1660-4601/16/15/2735>. Acessado em 10/01/2020.

REGO, S. **A formação ética dos médicos: saindo da adolescência com a vida (dos outros) nas mãos**. 1ª ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

REILING, J. Suicides of physicians and the reasons. **JAMA** (reprinted). v.290, n.3, p. 263-264, 2003. Disponível em: <http://www.jama.com>. Acessado em 10/01/2020. DOI:10.1001/jama.290.3.414-a.

RICHMAN, J. A. et al. Mental Health Consequences and Correlates of Reported Medical Student Abuse. **JAMA**. v. 267, n. 5, p. 692-694, 1992.

ROTENSTEIN, L. S.; RAMOS, M. A.; TORRE, M. et al. Prevalence of Depression, Depressive Symptoms, and Suicidal Ideation Among Medical Students: A Systematic Review and Meta-

Analysis. **JAMA**. v. 316, n. 21, p. 2214-2236, 2016. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2589340>. Acessado em 10/01/2020.

SANTOS, E. G.; SIQUEIRA, M. M. Prevalência dos transtornos mentais na população adulta brasileira: uma revisão sistemática de 1997 a 2009. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**. v. 59, n. 3, p. 238-246, 2010.

SAUNDERS, J. B. et al. Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption-II. **Addiction**. v. 88, p. 791-804, 1993.

SCHILLINGER, M. **Learning enviroment and moral development**: How university education fosters moral judgment competence in Brazil and two German-speaking countries. 154 f. Tese (Doutorado). Konstanz: Shaker-Verlag, 2006. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/318530757_Schillinger_M_2006_Learning_environment_and_moral_development_How_university_education_fosters_moral_judgment_competence_in_Brazil_and_two_German-speaking_countries Online available under <http://nbn-reso.org>. Acessado em: 10/10/2019.

SCHILLINGER-AGATI, M; LIND, G. **Moral Judgment competence in brazilian and german university students**. Paper presented at the 2003 Annual Meeting of the American Education Research Association, Chicago, IL [Internet]. 2003. Disponível em: http://www.uni-konstanz.de/ag-moral/pdf/Schillinger-Lind-2003_moral-development-Brazil.pdf. Acesso em 14/10/2019.

SENÇO, N. M.; VENEZIAN, J. A.; ABDUCH, M.; QUIRINO, C.; GOUVÊA, E. S. A saúde mental dos profissionais de saúde. In: CORDEIRO, Q.; RAZZOUK, D.; LIMA, M. G. A. (Org.). **Trabalho e saúde mental dos profissionais da saúde**. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2016. p. 141-153.

SERODIO, A. M. B. **Avaliação da competência do juízo moral de estudantes de medicina**: comparação entre um curso de bioética tradicional e um curso de bioética complementado com o Método Konstanz de Discussão de Dilemas. A educação em bioética na promoção das competências moral e democrática de adultos jovens. 149 f. Tese (Doutorado). Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina, 2013. Disponível em: <http://repositorio.unifesp.br/handle/11600/22823>. Acessado em 10/10/2019.

SILVA-JUNIOR, H.; BENTO, M. A. S.; SILVA, M. R. **Políticas Públicas de Promoção da Igualdade Racial**. São Paulo: Centro de Estudo das Relações de Trabalho e Desigualdades (CEERT), 2010.

SLOVACKOVA, B.; SLOVACEK, L. Moral Judgement Competence and moral attitudes of medical students. **Nusing Ethics**. v. 14, n. 3, p. 320-328, 2007. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0969733007075867>. Acessado em 10/01/2020.

SOUZA, C. F. T. et al. **A atenção primária na formação médica**: a experiência de uma turma de medicina. *Rev. bras. educ. med.*, Rio de Janeiro, v. 37, n. 3, p. 448-454, Sept. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022013000300018&lng=en&nrm=iso. Acessado em: 13/10/2019.

TJIA, J.; GIVENS, J. L.; SHEA, J. A. Factors Associated With Undertreatment of Medical Student Depression. **Journal of American College Health**. v. 53, n. 5, p. 219-224, 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.3200/JACH.53.5.219-224>. Acessado em 10/01/2020.

VILLAÇA, F. M.; PALÁCIOS, M. Concepções sobre assédio moral: bullying e trote em uma escola médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**. v.34, n.4, p.506-514, 2010.

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

Anexos

Anexo I

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) RESOLUÇÃO 466/2012

CONVIDO, o Senhor (a) _____ para participar do Projeto de Pesquisa intitulado “SAÚDE MENTAL DE UNIVERSITÁRIOS: UM ESTUDO EXPLORATÓRIO SOBRE O PAPEL DA VIOLÊNCIA”, que será desenvolvido por mim João Paulo Pereira de Souza, Psicólogo, com orientação da Médica e Professora Dra. Maria Cristina Pereira Lima da Faculdade de Medicina de Botucatu –UNESP.

O(A) Senhor(a) não terá benefícios diretos em participar da pesquisa, porém estará contribuindo para o esclarecimento da relação entre saúde mental e violência, após os pesquisadores terem o conhecimento dos resultados da pesquisa.

Fique ciente de que sua participação neste estudo é voluntária e que mesmo após ter dado seu consentimento para participar da pesquisa, você poderá retirá-lo a qualquer momento, sem qualquer prejuízo.

Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será elaborado em 2 vias de igual teor, o qual 01 via será entregue ao Senhor (a) devidamente rubricada, e a outra via será arquivada e mantida pelos pesquisadores por um período de 5 anos após o término da pesquisa.

Qualquer dúvida adicional você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa através dos telefones (14) 3880-1608 ou 3880-1609 que funciona de 2ª a 6ª feira das 8.00 às 11.30 e das 14.00 às 17horas, na Chácara Butignolli s/nº em Rubião Júnior – Botucatu - São Paulo. Os dados de localização dos pesquisadores estão descritos abaixo.

Após terem sido sanadas todas minhas dúvidas a respeito deste estudo, CONCORDO EM PARTICIPAR de forma voluntária, estando ciente que todos os meus dados estarão resguardados através do sigilo que os pesquisadores se comprometeram. Estou ciente que os resultados desse estudo poderão ser publicados em revistas científicas, sem no entanto, que minha identidade seja revelada.

Botucatu, ____/____/____

Pesquisador

Participante da Pesquisa

Pesquisadores:

Maria Cristina Pereira Lima– Departamento de Neurologia, Psicologia e Psiquiatria – Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP. Fone 3880-1239. Maria.cristina@unesp.br

João Paulo Pereira de Souza - Departamento de Neurologia, Psicologia e Psiquiatria – Faculdade de Medicina Botucatu – UNESP e-mail: joaopaulopso@hotmail.com

Anexo II**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU****QUESTIONÁRIO PARA LEVANTAMENTO DE CONDIÇÕES DE VIDA E SAÚDE ENTRE
ESTUDANTES DO CAMPUS DE BOTUCATU**

Este questionário foi elaborado com o objetivo de estudar diversos aspectos de vida, da saúde e as opiniões dos alunos da área da saúde na Faculdade de Medicina de Botucatu, possibilitando 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.

Bloco A

A1) Você ingressou na UNESP no ano de |_|_|_|_|

A2) Você tem: |_|_| (anos)

A3) Qual seu curso?

A4) Está cursando:

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

A5) Sexo:

- a) Masculino
 - b) Feminino
-

A6) Você se considera de cor:

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

A7) Seu estado civil atual é:

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

A8) Você possui filhos?

- a) Sim – quantos: _____
 - b) Não
-

A9) Em Botucatu, você mora com quem?

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

A10) Em Botucatu, qual meio de transporte você utiliza com maior frequência?

- a) Carro como condutor
 - b) Carro como passageiro (carona)
 - c) Ônibus
 - d) Motocicleta
 - e) Bicicleta
 - f) À pé
 - g) Disque-moto/táxi/uber
 - h) Outros: _____
-

A11) Frequência de visitas à família:

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

A12) Qual a sua religião:

A13) Você é

- a) Praticante
 - b) Não Praticante
-

A14) Você trabalhou com remuneração nos últimos 6 meses?

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

A15) Você recebe bolsa de estudo? (monitoria, FAPESP, PAE, CNPq, PIBIC, etc)

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

A16) Qual o grau de escolaridade de seu pai?

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

A17) Qual o grau de escolaridade de sua mãe?

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

A18) Qual a renda mensal de sua família em salários mínimos (**salário mínimo = 998,00 reais**)? Se seus pais são separados, considere a renda total daquele com quem você vive. Se você é casado, considere sua renda e do cônjuge:

|_|_| Salários mínimos

A19) Quanto você gasta mensalmente (em média) para viver na cidade onde estuda? (em reais)

|_|_| Salários mínimos

A20) Com relação à sua “mesada”, você diria que:

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

A21) Seus pais ou padrastos vivem:

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

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

- a) Não
- b) Sim

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

- a) Não
- b) Sim

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

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

A25) Você está satisfeito com a sua escolha profissional?

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

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

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

A27) Você já pensou em abandonar o seu curso?

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

A28) Você ingressou na UNESP pelo:

- a) Sistema universal
- b) Sistema de reserva de vagas para escola pública
- c) Sistema de reserva de vagas para preto, pardo, indígena

Bloco B

AS QUESTOES ABAIXO REFEREM-SE AO ÚLTIMO MÊS:

	Não	Sim
B1) Tem tido dores de cabeça com frequência?	0	1
B2) Tem falta de apetite?	0	1
B3) Dorme mal	0	1
B4) Assusta-se com facilidade?	0	1
B5) Tem tremores de mãos?	0	1
B6) Sente-se nervoso(a), tenso(a), preocupado(a)	0	1
B7) Tem má digestão?	0	1
B8) Tem dificuldade de pensar com clareza?	0	1
B9) Tem se sentido triste ultimamente?	0	1
B10) Tem chorado mais do que de costume?	0	1
B11) Encontra dificuldades para realizar com satisfação suas atividades diárias	0	1
B12) Tem dificuldade para tomar decisões?	0	1
B13) Tem dificuldades na faculdade (é penoso, causa-lhe sofrimento?)	0	1
B14) É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?	0	1
B15) Tem perdido o interesse pelas coisas?	0	1
B16) Você se sente uma pessoa inútil sem préstimo?	0	1
B17) Tem tido a idéia de acabar com a vida?	0	1
B18) Sente-se cansado o tempo todo?	0	1
B19) Tem sensações desagradáveis no estômago?	0	1
B20) Você se cansa com facilidade?	0	1

Bloco C

C1) Qual é sua bebida alcoólica preferida? _____

C2) Qual a frequência do seu consumo de bebidas alcoólicas?

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



C3) Quantas doses contendo álcool você consome em um dia típico quando você está bebendo? (veja acima quanto vale uma dose)

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

C4) Qual a frequência com que você consome 6 ou mais doses de bebidas alcoólicas em uma ocasião? (veja acima quanto vale uma dose)

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

C5) 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
-

C6) Quantas vezes durante os últimos 12 meses você deixou de fazer o que era esperado devido ao uso de bebidas alcoólicas?

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

C7) 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
-

C8) Quantas vezes durante os últimos 12 meses você se sentiu culpado ou com remorso depois de beber?

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

C9) Quantas vezes durante os últimos 12 meses você não conseguiu lembrar o que aconteceu na noite anterior porque você estava bebendo?

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

C10) Você foi criticado pelo resultado de suas bebedeiras?

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

C11) Algum parente, amigo, médico ou qualquer outro operário da área referiu-se às suas bebedeiras ou sugeriu a você parar de beber?

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

C12) Você já foi submetido a algum trote que você considerou abusivo?

- a) Sim
 - b) Não
-

C13) Você já aplicou algum trote que o fez se sentir arrependido ou culpado posteriormente?

- a) Sim
- b) Não

ATENÇÃO

Instruções

Nas próximas páginas você vai receber três dilemas éticos para serem analisados:

- I) Dilema dos operários,
- II) Dilema do médico e
- III) Dilema do Juiz.

Leia atentamente a descrição de cada situação e a solução para ela apresentada.

Você deve então, em primeiro lugar, julgar o comportamento dos operários. O que você acha da atitude tomada? Por favor, responda no item A, na escala de -3,-2,-1,0,1,2, 3 o quanto você concorda ou discorda com o comportamento dos operários.

Em seguida, na parte B encontram-se 6 argumentos A FAVOR da atitude dos operários e na parte C, 6 argumentos CONTRA essa mesma atitude. A sua tarefa é decidir, em uma escala de -4, -3,-2,-1,0,1,2,3,4 o quanto você aceita ou não, cada um dos argumentos oferecidos em ambas as partes. Assim que terminar, siga as mesmas instruções para o dilema do médico que se encontra no verso e, em seguida, para o do juiz.

Bloco D

Moral Competence Test (MCT_xt)

Edição em Português

O proprietário do copyright de todas as versões do Teste de Competência Moral é o autor, Dr Georg Lind. O MCT pode ser copiado livremente quando usado para investigação e ensino em instituições públicas. Para o uso do MCT em instituições privadas ou em projetos comerciais (programas de avaliação ou semelhantes), por favor contacte o autor. O copyright conjunto para a versão em português é com a Dra Patricia Unger Raphael Bataglia.

O MCT foi elaborado para uso em investigações e projetos de avaliação. Ele não foi desenhado como instrumento para diagnóstico individual ou com propósitos de seleção. O seu objetivo é acessar a competência de juízo moral de sujeitos. Esta competência foi definida por Kohlberg como a capacidade de tomar decisões e emitir juízos e agir de acordo com tais juízos.

Idade: ____ Universidade: _____ Data: ____ / ____ / ____ Sexo: (M) (F) Código: _____
 Naturalidade (Cidade): _____ Religião: _____ Praticante: (S) (N)

Instruções

Você está recebendo três dilemas éticos para serem analisados: I) Dilema dos operários, II) Dilema do médico e III) Dilema do Juiz. Inicie com o dilema dos operários (I). Leia atentamente a descrição do dilema e a solução para ele apresentada. Você deve então, em primeiro lugar, julgar o comportamento dos operários. O que você acha da atitude tomada? Por favor, responda no item A, na escala de -3,-2,-1,0,1,2, 3 o quanto você concorda ou discorda com o comportamento dos operários. Em seguida, na parte B encontram-se 6 argumentos A FAVOR da atitude dos operários e na parte C, 6 argumentos CONTRA essa mesma atitude. A sua tarefa é decidir, em uma escala de -4, -3,-2,-1,0,1,2,3,4 o quanto você aceita ou não, cada um dos argumentos oferecidos em ambas as partes. Assim que terminar, siga as mesmas instruções para o dilema do médico que se encontra no verso e, em seguida, para o do juiz.

Note que as escalas que você encontrará devem ser interpretadas da seguinte forma:

- 4 Rejeito completamente
- 3 Rejeito muito
- 2 Rejeito bastante
- 1 Rejeito um pouco
- 0 Indeciso ou impossível decidir
- 1 Aceito um pouco
- 2 Aceito bastante
- 3 Aceito muito
- 4 Aceito completamente

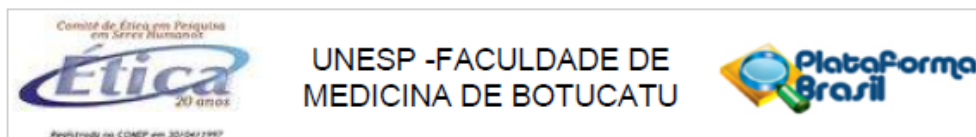
1 Endereço do autor: Prof. Dr. Georg Lind, University of Konstanz, Department of Psychology, D- 78457 Konstanz, Germany. Fax: +49- 7531 882899, Phone: +49-7531 882895.
 E-mail: Georg.Lind@uni-konstanz.de. <http://www.uni-konstanz.de/ag-moral>

OBSERVAÇÃO: Por solicitação do autor não podemos divulgar o Teste do Juízo Moral na íntegra. Quem desejar conhecer melhor o instrumento poderá entrar em contato com o Prof. Georg Lind (email: georg.lind@uni-konstanz.de) ou com a Prof. Patrícia Unger Raphael Bataglia (patriciaurbataglia@gmail.com), responsável pela validação do instrumento no Brasil.

**Muito obrigada pela sua
participação.**

Anexo III

**Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (1ª aprovação): Parecer nº 3.009.185.
Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa de 08 de Novembro de 2018.**



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: SAÚDE MENTAL DE UNIVERSITÁRIOS: UM ESTUDO EXPLORATÓRIO SOBRE O PAPEL DA VIOLÊNCIA.

Pesquisador: MARIA CRISTINA PEREIRA LIMA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 01577018.5.0000.5411

Instituição Proponente: Faculdade de Medicina de Botucatu/UNESP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.009.185

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de pesquisa com vários recortes. Parte do estudo será para a obtenção de título de mestrado.

Segundo a literatura da área, a prevalência de Transtorno Mental Comum entre estudantes universitários varia de 20 a 48%. Em uma revisão recente de estudos brasileiros, foi constatada uma prevalência de 31,5% de TMCs entre estudantes de Medicina.

Nesse sentido, o objetivo do presente estudo é estimar a prevalência de Transtorno Mental Comum entre estudantes de medicina e enfermagem e sua associação com: violências sofridas na forma de assédio, experiências adversas na infância, resiliência e capacidade de julgamento moral.

Serão convidados a participarem desta pesquisa alunos matriculados nos dois cursos de Medicina e Enfermagem no ano de 2019, que consentam em participar do estudo, após esclarecimento e assinatura de termo de consentimento. Como são 30 alunos do curso de enfermagem e 90 alunos do curso de medicina o total de alunos potencialmente participantes deverá ser de 660 alunos.

Para a avaliação será utilizado um questionário para autopsiquiatria, composto pelas

Endereço: Chácara Butignolli, s/n

Bairro: Rubião Junior

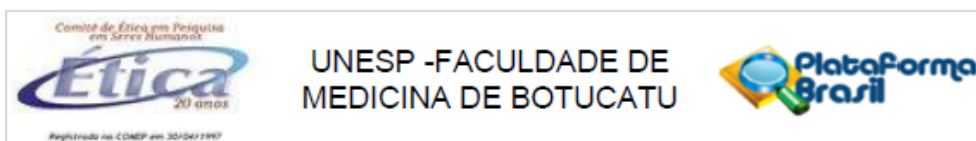
UF: SP

Município: BOTUCATU

Telefone: (14)3880-1609

CEP: 18.618-970

E-mail: cep@fmb.unesp.br



Continuação do Parecer: 3.009.185

seguintes partes.

- BLOCO A: Caracterização sócio demográfica e de aspectos da vida universitária
- BLOCO B: Self Reporting Questionnaire (SRQ-20).
- BLOCO C: Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)
- BLOCO D: Instrumento de avaliação de competência moral
- BLOCO E: Escala de Resiliência
- BLOCO F: Experiências adversas na infância
- BLOCO G: Situações de violência recentes (QUARA)

Os dados serão coletados em salas de aula ou em salas de atividade, após agendamento prévio com os professores. Na aplicação serão apresentados os objetivos da pesquisa e o caráter voluntário da participação. Os termos de consentimento serão impressos em folhas com cor diferente dos questionários, para assegurar os participantes, mesmo à distância, que os questionários não serão identificados de modo algum.

Critério de Inclusão:

Todos os alunos que:

- estejam presentes nas salas de aula e/ou de atividades no momento da aplicação do questionário,
- que consentam em responder ao questionário após esclarecimento

Objetivo da Pesquisa:

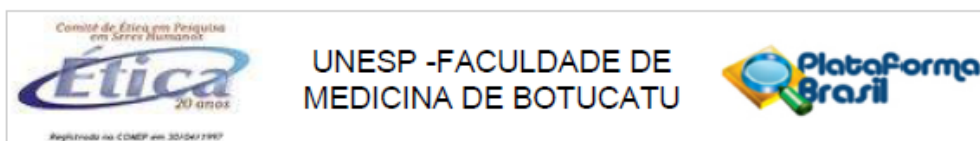
Investigar a prevalência de Transtorno Mental Comum entre estudantes de medicina e enfermagem e sua associação com: violências sofridas na forma de assédio, experiências adversas na infância, resiliência e capacidade de julgamento moral.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

RISCOS: mínimos. Os pesquisadores garantem o sigilo das informações de identificação. Nenhum dado será utilizado individualmente.

BENEFÍCIOS: Estimar a prevalência de sofrimento psíquico na forma de Transtorno mental comum e a identificação de experiências adversas pode subsidiar a criação de programas de apoio aos estudantes.

Endereço: Chácara Butignolli, s/n
Bairro: Rubião Junior **CEP:** 18.618-970
UF: SP **Município:** BOTUCATU
Telefone: (14)3880-1809 **E-mail:** cep@fmb.unesp.br



Continuação do Parecer: 3.009.185

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um estudo transversal, descritivo e analítico, a ser conduzido na Faculdade de Medicina de Botucatu, localizada a cerca de 240 km da capital do estado de São Paulo. Os cursos de Enfermagem e Medicina são integrais e oferecem 90 e 30 vagas anuais, respectivamente. O objetivo está bem definido, bem como procedimento de coleta e análise de dados.

O TCLE está em forma de convite, objetivo e acessível à população do estudo.

Os autores apresentaram cronograma de execução que atende as condições preconizadas pelo colegiado.

Sobre o orçamento financeiro, foi apresentado uma estimativa de custo de R\$ 9.000,00. O projeto foi submetido ao CNPq para obtenção de fomento mas ainda não houve resposta. Será submetido também a FAPESP.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os pesquisadores apresentaram todos os documentos necessários para a realização do estudo.

- Folha de rosto – Cumprimento da Resolução 466
- Documento de Anuência Institucional
- Anuência dos Conselhos de Curso da Medicina e da Enfermagem.
- TCLE

Recomendações:

Sem recomendações

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

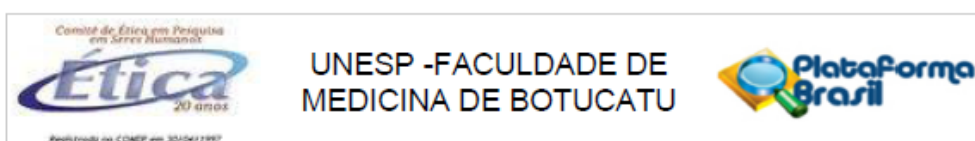
Após análise, o Colegiado deliberou APROVADO o projeto de pesquisa apresentado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Conforme deliberação do Colegiado em reunião ordinária do Comitê de Ética em Pesquisa da FMB/UNESP, realizada em 05 de novembro de 2018, o projeto encontra-se APROVADO, sem (com) necessidade de envio à CONEP.

No entanto, informamos que ao final da execução da pesquisa, seja enviado o "Relatório Final de Atividades", na forma de "Notificação", via sistema Plataforma Brasil.

Endereço: Chácara Butignolli, s/n	CEP: 18.618-970
Bairro: Rubião Junior	
UF: SP	Município: BOTUCATU
Telefone: (14)3880-1009	E-mail: cep@fmb.unesp.br



Continuação do Parecer: 3.009.185

Atenciosamente,

Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1238850.pdf	15/10/2018 11:57:59		Aceito
Outros	PARECERES_conselhos_ENF_MED.pdf	15/10/2018 11:57:44	MARIA CRISTINA PEREIRA LIMA	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rostoassinada.pdf	15/10/2018 11:50:54	MARIA CRISTINA PEREIRA LIMA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	TermoDeAnuenciainstitucional.pdf	15/10/2018 11:48:04	MARIA CRISTINA PEREIRA LIMA	Aceito
Outros	Questionario.pdf	14/10/2018 18:27:35	MARIA CRISTINA PEREIRA LIMA	Aceito
Cronograma	Cronograma_CEP.docx	14/10/2018 18:06:05	MARIA CRISTINA PEREIRA LIMA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_consentimento.docx	14/10/2018 18:05:50	MARIA CRISTINA PEREIRA LIMA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_2019.pdf	14/10/2018 15:49:42	MARIA CRISTINA PEREIRA LIMA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

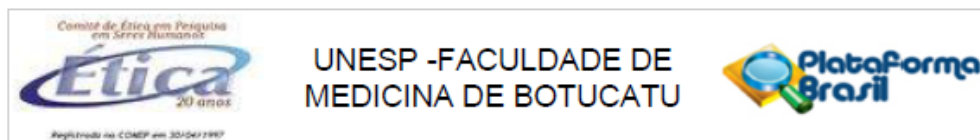
BOTUCATU, 08 de Novembro de 2018

Assinado por:
SILVANA ANDREA MOLINA LIMA
(Coordenador(a))

Endereço: Chácara Butignolli, s/n
Bairro: Rubião Junior CEP: 18.618-970
UF: SP Município: BOTUCATU
Telefone: (14)3880-1809 E-mail: cep@fmb.unesp.br

Anexo IV

**Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (2ª aprovação): Parecer nº 3.753.358.
Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa de 09 de Dezembro de 2019.**



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: SAÚDE MENTAL DE UNIVERSITÁRIOS: RELAÇÃO ENTRE TRANSTORNO MENTAL COMUM E COMPETÊNCIA MORAL.

Pesquisador: MARIA CRISTINA PEREIRA LIMA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 26061619.0.0000.5411

Instituição Proponente: Faculdade de Medicina de Botucatu/UNESP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.753.358

Apresentação do Projeto:

As informações descritas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas dos documentos e arquivo - Informações Básicas da Pesquisa.

Transtornos Mentais Comuns e outras formas de sofrimento psíquico, entre estudantes de Medicina, têm sido amplamente divulgado. No entanto pouco se sabe sobre seu impacto sobre a competência de julgamento moral.

Objetivo: Investigar a prevalência de Transtorno Mental Comum entre estudantes de medicina e sua associação com competência moral e consumo de álcool.

Método: Trata-se de uma reanálise dos dados de um estudo transversal (aprovado anteriormente CAAE: 01577018.5.0000.5411). A população deste estudo foram alunos matriculados no curso de medicina da Faculdade de Medicina de Botucatu e que consentiram em participar da pesquisa. Para coleta de dados foram utilizados os seguintes instrumentos: questionário que investiga aspectos sociodemográficos e da vida universitária; questionário para avaliação de Transtorno Mental Comum (TMC); Self Reporting Questionnaire (SRQ-20); AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test), instrumento de rastreamento criado pela Organização Mundial de Saúde com o objetivo de identificar bebedores de risco; Instrumento de avaliação de competência moral, MCTxt (Moral Competence Test versão estendida). Os dados foram coletados em salas de aula, após agendamento prévio com os professores. Foram identificadas aulas/atividade com os menores

Endereço: Chácara Butignolli, s/n

Bairro: Rubião Junior

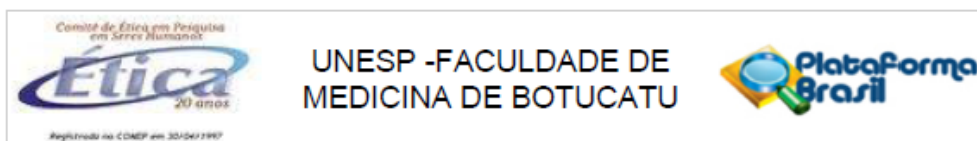
UF: SP

Município: BOTUCATU

Telefone: (14)3880-1609

CEP: 18.618-970

E-mail: cep@fmb.unesp.br



Continuação do Parecer: 3.753.358

percentuais de absenteísmo. Na reanálise que está sendo proposta o desfecho será Competência de Julgamento Moral e as principais variáveis explanatórias serão presença de TMC e uso de álcool.

Tamanho da amostra: 405 participantes

Haverá retenção de amostras para armazenamento em banco: Não

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Investigar a prevalência de Transtorno Mental Comum entre estudantes de medicina e sua associação com competência moral e consumo de álcool

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Os pesquisadores informam que os riscos são aqueles inerentes ao preenchimento de formulários sobre condições de vida. Como se trata de análise de dados já colhidos, entende-se que os potenciais riscos já foram superados. Entretanto, apresenta riscos mínimos, que devem ser minimizados com sigilo dos dados.

Benefícios: Os benefícios de identificar fatores associados a TMC estão relacionados a podermos estabelecer políticas apropriadas para o acolhimento destes sujeitos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto com temática relevante. Não será proposto nenhum dado adicional, apenas reanálise dos dados já coletados. Custo do projeto: R\$800,00 por. Financiamento: próprio.

Cronograma de Execução: análise de dados a partir de 06 de dezembro de 2020.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta projeto completo, folha de rosto e anuência do EAP da FMB.

Solicita dispensa de TCLE: sim. Justificativa: por tratar-se de reanálise de dados originados de pesquisa já aprovada pelo CEP, com alunos de medicina que já finalizaram o curso, não sendo possível contatá-los e os que ainda estão matriculados não tem como identificação pelos questionários preenchidos.

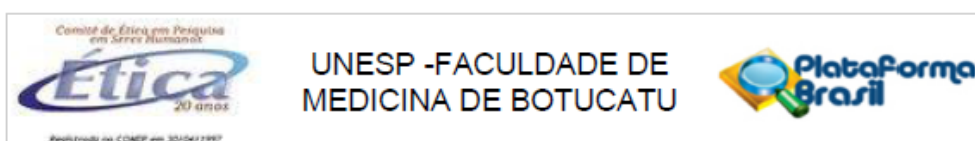
Recomendações:

Apresentar relatório final de atividades após finalização da pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após análise em REUNIÃO ORDINÁRIA, o Colegiado deliberou APROVADO o projeto de pesquisa

Endereço: Chácara Butignolli, s/n
 Bairro: Rubião Junior CEP: 18.618-970
 UF: SP Município: BOTUCATU
 Telefone: (14)3880-1809 E-mail: cep@fmb.unesp.br



Continuação do Parecer: 3.753.358

apresentado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Conforme deliberação do Colegiado, em REUNIÃO ORDINÁRIA do Comitê de Ética em Pesquisa FMB/UNESP, realizada em 02/12/2019, o Projeto de Pesquisa encontra-se APROVADO.

O Projeto de Pesquisa deverá ser iniciado após aprovação do CEP.

Ao final da execução da Pesquisa, o Pesquisador deverá enviar o Relatório Final de Atividades, na forma de Notificação, via Plataforma Brasil.

Atenciosamente,

Comitê de Ética em Pesquisa FMB/UNESP

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	fmova.pdf	25/11/2019 11:35:52	Léia	Aceito
Outros	anuencianova.pdf	25/11/2019 11:35:29	Léia	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1472076.pdf	14/11/2019 15:02:29		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_SIPE.pdf	14/11/2019 14:56:23	MARIA CRISTINA PEREIRA LIMA	Aceito
Folha de Rosto	FolhaDeRostoAssinada_nova.pdf	14/11/2019 10:00:23	MARIA CRISTINA PEREIRA LIMA	Aceito
Parecer Anterior	PB_PARECER_CONSUBSTANCIADO_CEP_3009185.pdf	13/11/2019 23:18:38	MARIA CRISTINA PEREIRA LIMA	Aceito

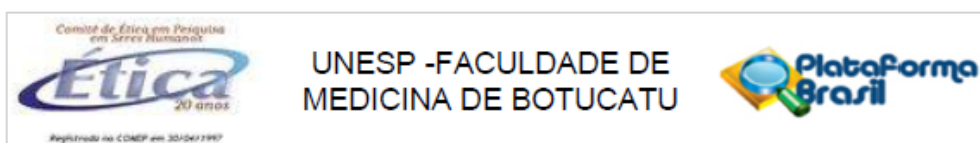
Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Chácara Butignolli, s/n
 Bairro: Rubião Junior CEP: 18.618-970
 UF: SP Município: BOTUCATU
 Telefone: (14)3880-1809 E-mail: cep@fmb.unesp.br



Continuação do Parecer: 3.753.358

BOTUCATU, 09 de Dezembro de 2019

Assinado por:
SILVANA ANDREA MOLINA LIMA
(Coordenador(a))

Endereço: Chácara Butignolli, s/n
Bairro: Rubião Junior CEP: 18.618-970
UF: SP Município: BOTUCATU
Telefone: (14)3880-1609 E-mail: cep@fmb.unesp.br