

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

INSTITUTO DE PSICOLOGIA

FELIPE MARANGONI PONTES

**Ansiedade, estresse, depressão e qualidade de vida: um estudo com pós-graduandos da Universidade de São Paulo**

São Paulo

2018

FELIPE MARANGONI PONTES

**Ansiedade, estresse, depressão e qualidade de vida: um estudo com pós-graduandos da Universidade de São Paulo**

*Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências.*

*Área de concentração: Avaliação psicológica e saúde.  
Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Eda Marconi Custódio*

São Paulo  
2018

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE  
TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO,  
PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Catálogo na publicação  
Biblioteca Dante Moreira Leite  
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo  
Dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Marangoni Pontes, Felipe

Ansiedade, estresse, depressão e qualidade de vida: um estudo com pós-graduandos da Universidade de São Paulo / Felipe Marangoni Pontes; orientadora Eda Marconi Custódio. -- São Paulo, 2018. 207 f.

Dissertação (Mestrado - Programa de Pós-Graduação em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano) -- Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 2018.

1. Saúde mental. 2. Coping. 3. Burnout. 4. Universidades. 5. Pesquisadores. I. Custódio, Eda Marconi, orient. II. Título.

MARANGONI PONTES, Felipe. **Ansiedade, estresse, depressão e qualidade de vida: um estudo com pós-graduandos *Stricto Sensu* da Universidade de São Paulo**. 207 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Escolar e Desenvolvimento Humano – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2018.

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_

Julgamento \_\_\_\_\_

In memoriam  
Magdalena Marangoni

## AGRADECIMENTOS

Agradeço aos Deuses, Guias, Mestres e à Floresta, que guiam meus passos e me ajudaram nesta jornada;

Agradeço à minha mãe Rosa Marangoni, por todo suporte, paciência, amor que me dedica, sem os quais este trabalho não seria possível;

Agradeço à amiga Dra. Lígia Furusawa, por toda a orientação e franqueza, pelo acolhimento que foram essenciais para meu desenvolvimento;

À Prof. Dra. Eda Marconi Custódio pela orientação e acolhimento;

Agradeço em especial aos professores doutores: Esdras Guerreiro Vasconcelos, Helena Rinaldi Rosa e Marcelo Afonso Ribeiro pela participação na qualificação, toda orientação, críticas e ensinamentos;

Agradeço também aos muitos professores que se solidarizaram e me ajudaram neste processo, com dicas de textos, orientações e críticas. Aos Professores Doutores, Adriana Marcondes, Fraulein Vidigal de Paula, Henriette Tognetti Penha Morato, Iraí Cristina Boccato Alves, Maria Júlia Kovacs, Marie Claire Sekkel e Pedro Fernando da Silva;

Às Profs Dras. Marília Vizzotto e Miria Benincasa pela participação nas bancas e pelo auxílio com instrumentos;

Ao estatístico Ms. Luiz Silva dos Santos pela didática, pragmatismo, orientação e paciência;

Ao professor de natação e musculação José Luiz Signorini e ao professor de yoga Danilo Santaella, pela amizade, ensinamentos e orientação para minha saúde;

Às secretárias Sandra e Olívia, pela amizade, paciência e suporte;

À assistente social Gina Pimentel, pelo auxílio muito além do social;

Ao amigo livreiro Jairo pela amizade e descontos;

Agradeço ao meu amigo e acupunturista Gustavo pelo auxílio e suporte;

Agradeço aos amigos e colegas, acadêmicos ou não, por toda a diversão, suporte, risadas e por ajudarem a tornar tudo mais leve;

Agradeço, em especial, aos amigos que me ajudaram diretamente com este trabalho de alguma forma. À Elizabeth Ribeiro, Esther Hwang, Jessica Ochoa, Pablo Alejandro e Wagner Perico;

Agradeço à minha médica Dra. Paula Souza;

Agradeço os colaboradores na aplicação dos instrumentos;

Agradeço os participantes e à todas as pessoas que me procuram interessadas no tema;

Agradeço também ao financiamento da pesquisa pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de nível Superior (CAPES) e ao auxílio da Superintendência de Assistência Social (SAS) da USP.

*Quando querem transformar  
Dignidade em doença?  
Quando querem transformar  
Inteligência em traição?  
Quando querem transformar  
Estupidez em recompensa?  
Quando querem transformar  
Esperança em maldição?  
O Brasil é o país do futuro  
(RUSSO, 1994)*

*Já sei eu vou pra São Paulo  
Eu tenho essa ideia fixa  
Ter carro, terno, escritório  
Ficar rico e comer pizza  
Ter estresse e muita pressa  
E um psicanalista  
Casar com uma japonesa  
Morar na avenida Paulista.  
(Pereira, 2014)*



## RESUMO

No dia a dia acadêmico é comum presenciarmos ou vivermos situações de estresse constantes. Estudos indicam que, diante das diversas pressões e dificuldades de adaptação acadêmica, pessoais, relacionais e institucionais, cada vez mais pós-graduandos têm adoecido por conta de estresse constante, desenvolvendo transtornos ansiosos-depressivos e sintomas relacionados. Consideramos que a qualidade de vida, no conceito proposto pela OMS, composta pelos domínios físico, psicológico, das relações sociais e do meio ambiente, em seu sentido amplo, remete aos fatores de adaptação acadêmica, e que maior qualidade de vida incide em mais recursos adaptativos, ou recursos de *coping*, e melhor saúde mental. Sendo assim, pesquisas exploratórias são essenciais para conseguirmos ações preventivas e promotoras de saúde, assim como permitir maior clareza de ações e novas possibilidades de pesquisa. O objetivo desta pesquisa é: “Avaliar o nível de sintomas de depressão, ansiedade, estresse e a qualidade de vida de estudantes de pós-graduação *stricto sensu* da Universidade de São Paulo, campus Cidade Universitária, e verificar o nível de correlação entre essas variáveis”. Foi utilizada a teoria de estresse de Selye (1956) e suas atualizações de Lazarus e Folkman (1984) e Lipp (2003), por meio do paradigma da psicologia da saúde, além de levantamento do contexto político e social e estudos sobre o tema. A amostra foi composta por 200 pós-graduandos de mestrado acadêmico e doutorado de diversas unidades da USP – Cidade Universitária, em amostra por conveniência. Os instrumentos utilizados foram a escala de qualidade de vida *World Health Organization Quality of Life* – abreviado (WHOQOL-bref) e Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21), além de questionário sociodemográfico. Por meio de método quantitativo, apresentamos estatísticas descritivas da amostra e em seguida realizamos correlação *r* de *Pearson* entre qualidade de vida, ansiedade, estresse e depressão, além de análises de variância (ANOVA) ou teste *t-student* para verificar diferenças significativas entre as segmentações da amostra. Foram verificadas correlações negativas significativas em todos os níveis, com maior força para o domínio físico e psicológico. As médias dos níveis de sintomas estiveram em grau leve, no entanto de 43,5% a 51% da amostra, a depender do sintoma, apresentaram algum nível sintomático de leve a muito severo, sendo 14,5% para depressão, 17,5% para ansiedade e 20,5% para estresse entre níveis severo e muito severo. Os domínios de qualidade de vida variaram em suas médias de 13,17 a 14,26, estando mais afetado o domínio do meio ambiente. Condições mais propensas a apresentarem diferenças significativas em suas médias foram gênero, área de concentração, nacionalidade, região de origem, tipo de moradia, faixa salarial, nível de saúde, acesso à serviços de saúde e o tipo desse acesso, qualidade do suporte universitário, satisfação com perspectivas de carreira e qualidade da relação com o orientador. Consideramos necessárias intervenções transdisciplinares entre os diversos atores e setores da universidade, com objetivo de criar mais recursos de *coping* a facilitar a adaptação acadêmica em maneira preventiva, mas também mobilização com foco social, cultural e político na melhoria das condições de se fazer pesquisa, de maneira promotora de saúde.

Palavras-chave: saúde mental; coping; burnout; universidades; pesquisadores.

## ABSTRACT

In everyday academic life it is common to witness or live constant stress situations. Studies indicate that, given the different pressures and difficulties of academic personal, relational and institutional adaptation, more and more graduate students have become ill because of constant stress, developing anxiety-depressive disorders and other related symptoms. We consider that the quality of life, in the concept proposed by WHO, composed by physical, psychological, social relationships and environment domains, in a broad sense, refer to factors of academic adaption, and that higher quality of life affects in more adaptative resources, or coping resources, and better mental health. Therefore, exploratory researches are essential for achieving preventive and promotional health actions. This study aims to “evaluate the level of depression, anxiety, stress and quality of live levels of graduate students of University of São Paulo, University City campus, and verify the correlation level of this variables.” Selye's theory of stress (1956), and its updates of Lazarus and Folkman (1984) and Lipp (2003), were used, through the paradigm of health psychology, besides the political and social context and other studies about the subject. The sample was composed of 200 graduate students of academic master's and doctorate of several units of USP, in a convenience sample. Were used the quality of life scale WHOQOL-bref, the Depression Anxiety and Stress Scale (DASS-21) and sociodemographic survey. Through quantitative method, we presented the sample descriptive statistics, followed by Pearson correlation between quality of life, anxiety, stress and depression, and analysis of variance or t-student test to verify significant differences between de sample's segmentation. Was verified significant negative correlations in all levels, with higher strength for physical and psychological domain. The mean symptom levels were in a mild degree, however, from 43.5% to 51% of the sample, depending on the symptom, presented some symptomatic level from mild to very severe, being 14,5% for depression, 17,5% for anxiety and 20,5% for stress between severe and very severe levels. The quality of life domains varied in their averages from 13,17 to 14,26 being the environment domain more affected. Conditions that were more likely to present significant differences in their averages were gender, concentration area, nationality, region of origin, type of habitation, salary range, health level, access to health services and type of access, quality of university support, career prospects and quality of the relationship with supervisor. We consider necessary transdisciplinary interventions between the university's many actors and sectors, aiming to create more coping resources to facilitate academic adaption in a preventive way, but also mobilization with social, cultural and political focus on the improvement of research conditions, in a health promotive way.

Key words: mental health, coping, burnout, universities, researches.

## **LISTA DE FIGURAS**

Figura 1 - Curva de estresse versus performance .....	48
Figura 2 - Curva de estresse versus performance em detalhes .....	49
Figura 3 - Do estresse ao burnout e à resiliência: relações e dimensões .....	53

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Facetas componentes dos domínios do WHOQOL-bref.....	92
Tabela 2 - Valores de referência Kappa .....	96
Tabela 3 - Medida de concordância entre juízes, coeficiente Kappa, para a pergunta “por que escolheu cursar pós-graduação? ” .....	96
Tabela 4 - Distribuição em termos de frequência absoluta e porcentagem válida quanto à composição da amostra por nível de depressão segundo EADS-21.....	106
Tabela 5 - Distribuição em termos de frequência absoluta e porcentagem válida quanto à composição da amostra por nível de ansiedade segundo EADS-21.....	107
Tabela 6 - Distribuição em termos de frequência absoluta e porcentagem válida quanto à composição da amostra por nível de estresse segundo EADS-21.....	108
Tabela 7 - Distribuição em termos de frequência absoluta e porcentagem válida quanto à composição da amostra no que diz respeito à percepção da própria Qualidade de Vida, segundo WHOQOL-Bref.....	110
Tabela 8 - Estatísticas descritivas relativas aos Domínios de Qualidade de Vida do WHOQOL-bref.....	111
Tabela 9 - Correlação entre Domínios de Qualidade de Vida (WHOQOL-bref) e escores de sintomas (EADS-21).....	112
Tabela 10 - Correlação entre escores de sintomas da EADS-21.....	114
Tabela 11 - Comparação das médias dos domínios do WHOQOL-Bref, segundo gênero. ....	115
Tabela 12 - Comparação das médias dos escores da EADS-21, segundo gênero.....	116
Tabela 13 - Comparação das médias dos escores da EADS-21, segundo área de concentração do curso, conforme classificação USP. ....	117
Tabela 14 - Comparação das médias dos escores do WHOQOL-bref, segundo área de concentração do curso, conforme classificação USP. ....	118
Tabela 15 - Comparação das médias dos escores da EADS-21, segundo tempo gasto em minutos para chegar até a USP.....	120
Tabela 16 - Comparação das médias dos domínios do WHOQOL-bref, segundo tempo gasto em minutos para chegar até a USP.....	121
Tabela 17 - Comparação das médias dos domínios do WHOQOL-Bref, segundo nacionalidade.....	123
Tabela 18 - Comparação das médias dos escores da EADS-21, segundo nacionalidade. ....	124
Tabela 19 - Comparação das médias dos escores da EADS-21, segundo região de residência antes de estudar na USP. ....	125
Tabela 20 - Comparação das médias dos escores do WHOQOL-bref, segundo região de residência antes de estudar na USP. ....	126
Tabela 21 - Comparação das médias dos escores do WHOQOL-bref, segundo tipo de moradia.....	127

Tabela 22 - Comparação das médias dos escores da EADS-21, segundo tipo de moradia. ....	128
Tabela 23 - Comparação das médias dos escores do WHOQOL-bref, segundo faixa salarial.....	130
Tabela 24 - Comparação das médias dos escores do WHOQOL-bref, segundo horas de trabalho por semana.....	133
Tabela 25 - Comparação das médias dos domínios do WHOQOL-Bref, segundo possuir problema de saúde. ....	134
Tabela 26 - Comparação das médias dos escores da EADS-21, segundo possuir problema de saúde. ....	135
Tabela 27 - Comparação das médias dos domínios do WHOQOL-Bref, segundo acesso a tratamentos e serviços de saúde. ....	136
Tabela 28 - Comparação das médias dos escores do WHOQOL-bref, segundo tipo de acesso à serviços de saúde. ....	137
Tabela 29 - Comparação das médias dos escores do WHOQOL-bref, segundo percepção do suporte universitário. ....	140
Tabela 30 - Comparação das médias dos escores do WHOQOL-bref, segundo satisfação com perspectivas de carreira.....	142
Tabela 31 - Comparação das médias dos escores da EADS-21, segundo satisfação com perspectivas de carreira. ....	143
Tabela 32 - Comparação das médias dos escores da EADS-21, segundo relação com o orientador.....	146

## LISTA DE SIGLAS

ABC	Academia Brasileira de Ciências
ANOVA	Análise de Variância
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CNPQ	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CRUSP	Conjunto Residencial da Universidade de São Paulo
DASS	Depression Anxiety and Stress Scale
DP	Desvio Padrão
EADS 21	Escala de Ansiedade, Depressão e Stress 21
EUA	Estados Unidos da América
FAPESP	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo
FAU	Faculdade de Arquitetura e Urbanismo
FDTE	Fundação para o Desenvolvimento da Engenharia
FEA	Faculdade de Economia e Administração
FEUSP	Faculdade de Educação da Universidade de São Paulo
FFLCH	Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas
FIPE	Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas
IME	Instituto de Matemática e Estatística
MCTIC	Ministério da Ciência, Tecnologia, Inovações e Comunicações
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAE	Programa de Aperfeiçoamento de Ensino
PNPG	Plano Nacional de Pós-Graduação
QDV	Qualidade de Vida
SAS	Superintendência de Assistência Social
SBPC	Sociedade Brasileira Para o Progresso da Ciência
SIC USP	Serviço de Informação ao Cidadão da Universidade de São Paulo
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro

UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas
USP	Universidade de São Paulo
WHOQOL BREF	World Health Organization Quality of Life Bref
WHOQOL GROUP	World Health Organization Quality of Life Group

## LISTA DE APÊNDICES

Apêndice A - Distribuição em termos de frequência absoluta e porcentagem válida quanto a composição da amostra por faixa etária. - .....	170
Apêndice B - Distribuição em termos de frequência absoluta e porcentagem válida quanto à composição da amostra por gênero.....	170
Apêndice C - Distribuição em termos de frequência absoluta e porcentagem válida quanto à composição da amostra por nível cursado. ....	170
Apêndice D - Distribuição em termos de frequência absoluta e porcentagem válida quanto à composição da amostra por área da ciência conforme classificação USP.....	171
Apêndice E - Distribuição em termos de frequência absoluta e porcentagem válida quanto à composição da amostra por ano cursado. ....	171
Apêndice F - Distribuição em termos de frequência absoluta e porcentagem válida quanto à composição da amostra por nacionalidade. ....	172
Apêndice G - Distribuição em termos de frequência absoluta e porcentagem válida quanto à composição da amostra por estado civil. ....	172
Apêndice H - Distribuição em termos de frequência absoluta e porcentagem válida quanto à composição da amostra por orientação sexual.....	172
Apêndice I - Distribuição em termos de frequência absoluta e porcentagem válida quanto à composição da amostra se identificar como religiosos ou com alguma expressão de espiritualidade ou não religiosos/sem expressão de espiritualidade. ....	173
Apêndice J - Distribuição em termos de frequência absoluta e porcentagem válida quanto à composição da amostra por origem da renda.....	173
Apêndice K - Distribuição em termos de frequência absoluta e porcentagem válida quanto à composição da amostra por faixa de renda. ....	174
Apêndice L - Estatísticas descritivas do valor da renda mensal. Variação, média e desvio padrão.....	174
Apêndice M - Distribuição em termos de frequência absoluta e porcentagem válida quanto à composição da amostra por agência financiadora. ....	175
Apêndice N - Distribuição em termos de frequência absoluta e porcentagem válida quanto à composição da amostra por trabalho. ....	175
Apêndice O - Estatísticas descritivas de horas trabalhadas semanalmente. Variação, média e desvio padrão .....	176
Apêndice P - Distribuição em termos de frequência absoluta e porcentagem válida quanto à composição da amostra no que se refere ao número de horas trabalhadas....	176
Apêndice Q - Distribuição em termos de frequência absoluta e porcentagem válida quanto à composição da amostra por ter mudado de residência ao estudar na USP ....	176
Apêndice R - Distribuição em termos de frequência absoluta e porcentagem válida quanto à composição da amostra por região de residência antes de começar a estudar na USP.....	177



Apêndice S - Distribuição em termos de frequência absoluta e porcentagem válida quanto a composição da amostra por com quem vive atualmente. ....	177
Apêndice T - Distribuição em termos de frequência absoluta e porcentagem válida quanto a composição da amostra por qual tipo de moradia reside. ....	178
Apêndice U - Estatísticas descritivas de tempo total de mudança em meses. Variação, média e desvio padrão. ....	178
Apêndice V - Estatísticas descritivas de tempo total de tempo de deslocamento até a USP em minutos. Variação, média e desvio padrão. ....	178
Apêndice W - Distribuição em termos de frequência absoluta e porcentagem válida quanto a composição da amostra por como considera o suporte universitário. ....	179
Apêndice X - Distribuição em termos de frequência absoluta e porcentagem válida quanto a composição da amostra por como considera sua relação com o orientador ..	179
Apêndice Y - Estatísticas descritivas de quantas horas de estudo dedica por dia. Variação, média e desvio padrão. ....	180
Apêndice Z - Estatísticas descritivas de quantas horas de lazer dedica por dia. Variação, média e desvio padrão. ....	180
Apêndice AA - Estatísticas descritivas quanto ao número de horas de sono diário. Variação, média e desvio padrão. ....	180
Apêndice BB - Distribuição em termos de frequência absoluta e porcentagem válida quanto à composição da amostra possuir algum problema de saúde. ....	180
Apêndice CC - Distribuição em termos de frequência absoluta e porcentagem válida quanto à composição da amostra estar em tratamento .....	181
Apêndice DD - Distribuição em termos de frequência absoluta e porcentagem válida quanto à composição da amostra por ter acesso a tratamentos e serviços de saúde. ....	181
Apêndice EE - Distribuição em termos de frequência absoluta e porcentagem válida quanto ao tipo de acesso aos serviços de saúde da amostra. ....	181
Apêndice FF - Distribuição em termos de frequência absoluta e porcentagem válida quanto a composição da amostra por satisfação com a própria saúde, segundo WHOQOL-Bref. ....	182
Apêndice GG - Estatísticas descritivas de satisfação com a própria saúde, conforme WHOQOL-Bref. Variação, média e desvio padrão. ....	182
Apêndice HH - Distribuição em termos de frequência absoluta e porcentagem válida quanto à composição da amostra no que se refere à satisfação com perspectivas de carreira .....	182
Apêndice II - Distribuição em termos de frequência absoluta e porcentagem válida quanto a composição da amostra pela razão de ter escolhido cursar pós-graduação. ..	183
Apêndice JJ - Comparação das médias dos domínios do WHOQOL-bref, segundo ano cursado. ....	183
Apêndice KK - Comparação das médias dos escores da EADS-21, segundo ano cursado. ....	184
Apêndice LL - Comparação das médias dos domínios do WHOQOL-bref, segundo faixa etária. ....	184

Apêndice MM - Comparação das médias dos escores da EADS-21, segundo faixa etária. ....	185
Apêndice NN - Comparação das médias dos domínios do WHOQOL-bref, segundo nível cursado.....	185
Apêndice OO - Comparação das médias dos escores da EADS-21, segundo nível cursado.....	185
Apêndice PP - Comparação das médias dos domínios do WHOQOL-bref, segundo orientação sexual. ....	186
Apêndice QQ - Comparação das médias dos escores da EADS-21, segundo orientação sexual.....	186
Apêndice RR - Comparação das médias dos domínios do WHOQOL-bref, segundo religiosidade ou espiritualidade.....	187
Apêndice SS - Comparação das médias dos escores da EADS-21, segundo religiosidade ou espiritualidade.....	187
Apêndice TT - Comparação das médias dos domínios do WHOQOL-bref, segundo mudança de residência ao estudar na USP. ....	188
Apêndice UU - Comparação das médias dos escores da EADS-21, segundo mudança de residência ao estudar na USP.....	188
Apêndice VV - Comparação das médias dos domínios do WHOQOL-bref, segundo tempo de mudança ao estudar na USP em meses.....	189
Apêndice WW - Comparação das médias dos escores da EADS-21, segundo tempo de mudança ao estudar na USP em meses.....	189
Apêndice XX - Comparação das médias dos escores da EADS-21, segundo estado civil. ....	190
Apêndice YY - Comparação das médias dos domínios do WHOQOL-bref, segundo estado civil.....	190
Apêndice ZZ - Comparação das médias dos domínios do WHOQOL-bref, segundo com quem vive atualmente.....	191
Apêndice AAA - Comparação das médias dos escores da EADS-21 segundo com quem vive atualmente.....	191
Apêndice BBB - Comparação das médias dos escores da EADS-21, segundo faixa salarial.....	192
Apêndice CCC - Comparação das médias dos domínios do WHOQOL-bref, segundo trabalhar.....	192
Apêndice DDD - Comparação das médias dos escores da EADS-21, segundo trabalhar. ....	192
Apêndice EEE - Comparação das médias dos domínios do WHOQOL-bref, segundo possuir bolsa. ....	193
Apêndice FFF - Comparação das médias dos escores da EADS-21, segundo possuir bolsa.....	193
Apêndice GGG - Comparação das médias dos escores da EADS-21, segundo horas de trabalho por semana.....	193

Apêndice HHH - Comparação das médias dos escores da EADS-21, segundo horas de estudo diário. ....	194
Apêndice III - Comparação das médias dos domínios do WHOQOL-bref, segundo horas de estudo diário.....	194
Apêndice JJJ - Comparação das médias dos escores da EADS-21, segundo acesso a tratamentos e serviços de saúde.....	195
Apêndice KKK - Comparação das médias dos escores da EADS-21, segundo tipo de acesso à serviços de saúde .....	195
Apêndice LLL - Comparação das médias dos escores da EADS-21, segundo horas de lazer. ....	196
Apêndice MMM - Comparação das médias dos domínios do WHOQOL-bref, segundo horas de lazer.....	196
Apêndice NNN - Comparação das médias dos escores da EADS-21, segundo percepção do suporte universitário. ....	197
Apêndice OOO - Comparação das médias dos domínios do WHOQOL-bref, segundo razão de ter escolhido cursar pós-graduação. ....	197
Apêndice PPP - Comparação das médias dos escores da EADS-21 segundo razão de ter escolhido cursar pós-graduação.....	198
Apêndice QQQ - Comparação das médias dos domínios do WHOQOL-bref, segundo relação com o orientador. ....	198
Apêndice RRR - Comparação das médias dos domínios do WHOQOL-bref, segundo horas de sono. ....	199
Apêndice SSS - Comparação das médias dos escores da EADS-21, segundo horas de sono.....	199

## LISTA DE ANEXOS

ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....	201
ANEXO B - Questionário sociodemográfico.....	202
ANEXO C - WHOQOL-Bref .....	203
ANEXO D - EADS-21 .....	207

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO E OBJETIVOS</b> .....	23
Por que estudar sobre adoecimento em pós-graduandos? .....	23
<b>1 SAÚDE: UM BREVE HISTÓRICO</b> .....	27
<b>2. QUALIDADE DE VIDA, HISTÓRICO E DEFINIÇÕES</b> .....	32
2.1 Qualidade de vida ao longo das décadas .....	32
2.2 QDV – Multidimensionalidade: do meio ao indivíduo. Do geral ao focal.....	34
2.3 Qualidade de Vida e Bem-estar .....	39
<b>3 O PROCESSO DE ESTRESSE</b> .....	41
3.1 Histórico, homeostase e alostase.....	41
3.2 A avaliação cognitiva, a percepção de estresse e os tipos de estresse .....	46
3.3 <i>Coping</i> e recursos de <i>coping</i> .....	50
3.4 Sintomas de estresse constante, a síndrome de <i>Burnout</i> .....	53
3.4.1 Ansiedade e depressão .....	57
<b>4 O MEIO ACADÊMICO</b> .....	<b>61</b>
4.1 Adaptação acadêmica.....	61
4.2 A pós-graduação no Brasil e na USP, uma breve contextualização .....	64
4.2.1 Breve história da pós-graduação brasileira .....	64
4.2.2 Os Últimos Anos .....	67
4.2.3 O contexto e os números USP.....	72
4.3 O mal-estar, o estresse e os estressores entre pós-graduandos: alguns estudos....	75
<b>5 MÉTODO</b> .....	89
5.1 Participantes e local .....	89
5.2 Instrumentos.....	90
5.2.1 Questionário sociodemográfico.....	90
5.2.2 WHOQOL – Bref – Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde – Versão Abreviada.....	91
5.2.3 Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse – EADS – 21 .....	93
5.3 Procedimentos.....	94
<b>6 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</b> .....	98
6.1 Resultados descritivos.....	98

6.2 Resultados das análises paramétricas.....	112
<b>7 CONCLUSÃO.....</b>	<b>148</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>152</b>
<b>APÊNDICE .....</b>	<b>170</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>200</b>

## INTRODUÇÃO E OBJETIVOS

O projeto desta pesquisa foi criado durante o andamento do curso de mestrado, durante o segundo semestre, uma vez que não foi possível dar continuidade ao projeto original o qual vínhamos nos dedicando. Este surgiu de forma qualitativa, quase fenomenológica, levando em conta os diversos relatos recebidos de sofrimento de pós-graduandos, da minha própria vivência, e de acontecimentos sociais relacionados.

Muito foi cortado da ideia original, - como entrevistas e técnicas de desenho – pois agora era também importante pensar no tempo hábil, que era curtíssimo. Decidimos também por não dar seguimento com a aprovação do comitê de ética por conta do tempo do processo de análise, e que isso impediria a coleta de dados ainda no mesmo ano, embora mantivemos todos os protocolos éticos comuns a esse tipo de pesquisa, assim como tivemos de postergar o exame de qualificação. No entanto, por adoecimento posterior, inevitavelmente o andamento acabou acontecendo.

Sendo assim, apresento este projeto que possui dedicação e olhar que é muito nosso – o olhar do psicólogo – percebendo pesquisa onde há vivências.

### **Por que estudar sobre adoecimento em pós-graduandos?**

O senso comum, muitas vezes, é dotado de sabedoria única, ou, ainda, sabedoria advinda da observação. Há muito ouço de diversas pessoas a seguinte colocação em tom de piada: “Quem estuda demais vai à loucura”.

Ao ingressar na academia, mais propriamente na graduação em psicologia, esta mesma piada toma uma nova dinâmica: os chistes acadêmicos. Principalmente sobre aqueles que se envolvem mais profundamente com a pesquisa. O descobrimento de uma série de tirinhas chamadas “*PHD Comics: Piled, Higher and Deeper*”, que também faz diversas piadas sobre o meio acadêmico, onde os personagens normalmente se mostram muito ansiosos, estressados, sem dormir, sem comer, em relações difíceis com orientadores, etc. chamou minha atenção ainda mais. De origem norte-americana, o PHD possui um site desde 1997 que, em 2014, teve 69 milhões de acessos e possui uma página no Facebook que até março de 2016 possuía mais de 322 mil seguidores (CHAM, 2016).

Tais chistes começaram a revelar algo nem um pouco engraçado: o adoecimento de docentes e discentes. Ao ingressar na pós-graduação, essa realidade pareceu se intensificar, ao presenciar a paralização dos estudantes da graduação do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (IPUSP), para discutir saúde mental dos alunos, diante da repercussão de um caso específico, que acabou levando a pós-graduação a paralisar e discutir a questão, por conta do piquete realizado por graduandos. Como Representante Discente na Comissão Coordenadora de Programa, também pude acompanhar um pouco mais de perto as discussões, com outros Representantes, que envolviam entre seus temas centrais, o adoecimento de discentes. Nesse sentido pude também conhecer um pouco da realidade da Faculdade de Arquitetura e Urbanismo (FAU), do Instituto de Matemática e Estatística (IME) e da Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas (FFLCH) e outros, onde a temática também aparecia e era uma questão importante para estudantes, sobretudo de pós-graduação.

Blogs e redes sociais também foram de fundamental importância como o [posgraduando.com](http://posgraduando.com), grupos da rede social Facebook, como o “Bolsistas Capes”, “Alunos da Pós Psico Usp” e “Pós-graduação da depressão”, que com frequência traziam textos informais de pós-graduandos sobre sua vivência, assim como muitos pedidos de ajuda e orientação em publicações, de estudantes com transtornos de depressão e ansiedade, piadas e imagens que refletiam problemas diários - dificuldades financeiras, desvalorização do acadêmico pela sociedade e pelo país, problemas com orientação, pressão por publicação, falta de tempo para estudos e sobretudo vida pessoal, falta de emprego e perspectivas de carreira, etc. Daí, tive conhecimento de um grupo chamado “Depressão na graduação e na pós-graduação”, onde seus membros se dedicam a discutir, informalmente, maneiras de lidar com esta realidade que parece atingir cada vez mais universitários.

Um texto amplamente circulado é “There’s an awful cost to getting a PhD that no one talks about” de Jennifer Walker. Traduzido para o português por Marina Legroski (2015) – “O terrível custo sobre o qual ninguém fala de ter um doutorado”, relatando alguns casos e pesquisas de pessoas que desenvolveram problemas de saúde mental ao realizar um doutorado ao encarar a produção, o isolamento, falta de apoio, etc. As pesquisas a que se referiam este artigo de blog estão referenciadas neste trabalho.



Um breve levantamento mostrou que, no Brasil, embora tenha-se pesquisado sobre o adoecimento docente, pouco tem se estudado sobre o adoecimento discente, em especial o estudante de pós-graduação *Stricto Sensu*. Embora a literatura encontrada no exterior seja maior, seus autores comumente relatam que a produção é muito escassa. Nesse sentido, indagamos: o estudante de pós-graduação *strictu sensu* está adoecido?

Durante o desenvolvimento da pesquisa, em todas as disciplinas onde apresentei a proposta, como parte da apresentação comum no começo do curso, todos os pós-graduandos costumavam rir, se identificar, realizar piadas sobre seu próprio sofrimento e se dispor a participar da pesquisa. Alguns vieram relatar seus casos para mim posteriormente. Além disso, houveram pedidos de alunos de graduação, professores e funcionários para participação na mesma pesquisa, sempre acompanhada de reclamação com seguinte teor: “não fazem este tipo de pesquisa conosco, precisamos dessa atenção especializada”. Tanto a afirmação quanto os pedidos destes são, por si só, altamente significativos.

Embora este seja um estudo quantitativo, não foi desprezado o aspecto qualitativo da pesquisa, que muitas vezes acontece de maneira informal, fora de um processo específico de coleta de dados, contudo, mantive visão de que o campo também é tema, é campo-tema (BOGDAN; BIKLEN, 1994; CHATAWAY, 2001; SPINK, 2003), ou seja, acontece em todo lugar, assim como relatado, também ouvi de pós-graduandos relatos de sua vivência adoecedora em pontos de ônibus, festas universitárias, restaurante universitário, reuniões de discentes, relatos de professores sobre sua vivência e sobre alunos durante o café, relatos de funcionários durante entrega de documentos, etc.

Sendo assim, com base na dissertação de mestrado de Guimarães (2014), onde procurou estudar as mesmas variáveis, contudo, comparando estudantes de graduação de uma universidade pública e uma federal de distintas regiões do país, destacamos nosso objetivo geral: "Avaliar o nível de sintomas de depressão, ansiedade, estresse e a qualidade de vida de estudantes de pós-graduação *stricto sensu* da Universidade de São Paulo, campus Cidade Universitária e verificar o nível de correlação entre essas variáveis". Compreendemos que há correlação negativa entre qualidade de vida e sintomatologia.

Destacamos também nossos objetivos específicos:

- a) Avaliar a qualidade de vida dos participantes;

- b) Avaliar os índices de depressão, ansiedade e estresse;
- c) Correlacionar qualidade de vida e estresse;
- d) Correlacionar qualidade e vida e depressão;
- e) Correlacionar qualidade de vida e ansiedade;

Nossa pesquisa é de tipo exploratória e de método quantitativo. A revisão teórica foi construída de maneira a procurar refletir sobre as variáveis estudadas em contexto de saúde e social, assim como para justificar a presença de estudos na área. Em nossa revisão, me deparei com conceitos complexos, nem sempre concordantes, dessa maneira pareceu importante também situar o desenvolvimento histórico de alguns conceitos e deixar claro qual aspecto consideramos neste estudo, assim como o local de onde falamos – a psicologia da saúde, a psicologia comunitária e a avaliação psicológica – que consideramos complementares.

Primeiramente apresentaremos um o conceito de saúde, prevenção e promoção que apresenta nosso paradigma ideológico, a psicologia da saúde. Em seguida, é realizado um breve levantamento histórico sobre o conceito de qualidade de vida e bem-estar e qual o conceito adotado; em seguida é apresentada a teoria de estresse, realizando levantamento histórico e gradual, a teoria de Hans Selye, que é complementada por Lazarus e Folkman (1984), Lipp (2003), e McEwen (2007), principalmente. Apresentamos a síndrome de burnout e a adaptação acadêmica por serem assuntos complementares – sintomas de estresse e relações com qualidade de vida e  *coping*, além de ansiedade e depressão que são as variáveis medidas em específico. Na sequência levantamos um breve histórico da pós-graduação no Brasil e na USP, que caracterizam o estado atual de nossa realidade e o nosso local de pesquisa. Finalmente, são apresentados estudos realizados principalmente acerca de pós-graduandos, com raras exceções para universitários em geral. Em seguida apresentamos o método, procedimento, instrumentos, análise estatística, discussão e conclusão.

## 1 SAÚDE: UM BREVE HISTÓRICO

Tradicionalmente, na Grécia Antiga, havia uma visão holística da relação do homem com saúde, com aspectos de tratamento e medicação, mas também da prevenção e do bem-estar por meio do equilíbrio de aspectos humanos. A visão holística/ecológica/interativa perduraria pela idade média até meados do século XIX e foi abandonada com o advento do modelo biomédico, sendo apenas recuperada na segunda metade do século XX (PAIS-RIBEIRO, 2011).

A **primeira revolução da saúde** foi a aplicação prática do modelo biomédico. Constatou-se que se as condições facilitadoras para a disseminação de agentes patogênicos fossem evitadas ou extinguidas, e transformadas em condições mais salubres, as infecções seriam diminuídas, assim como a morte decorrente delas. Dessa maneira, o modelo biomédico deu vazão à prevenção de doenças, reduzindo drasticamente as enfermidades agudas e a mortalidade. Este foi considerado como o nascimento da saúde pública (HELENO; VIZZOTO; BONFIM, 2008.; PAIS-RIBEIRO, 2011).

No fim do século XIX, por conta de parâmetros mensuráveis, observáveis e específicos para definir doenças, classificações universais das mesmas foram criadas. Sendo esse outro marco na história da saúde, uma vez que facilitou os diagnósticos e guiou a escolha de tratamentos além de auxiliar programas de prevenção. Por outro lado, tornou os conceitos rígidos em uma explicação puramente biológica do adoecimento. Pais-Ribeiro (2011.), Heleno, Vizzoto e Bonfim (2008) apontam o modelo biomédico como reducionista, buscando uma única causa para doenças complexas e instaurando a dicotomia entre corpo e mente.

No século XX, em meados da década de 70, surgiu a **segunda revolução da saúde**. Essa revolução teve a **promoção da saúde** em destaque, uma vez que o modelo biomédico tinha a doença como foco e a primeira revolução a prevenção contra o adoecimento. Também se constatou cientificamente, principalmente nos Estados Unidos, que as maiores causas de morbidade e mortalidade deste século eram derivadas de comportamentos humanos, como a falta de hábitos saudáveis, presença de comportamentos de risco, etc. Ou seja, verificou-se a importância das influências psicossociais e culturais, como educação, economia e meio ambiente em tais causas (HELENO; VIZZOTO; BONFIM, 2008; PAIS-RIBEIRO, 2011).

Nas décadas de 1960 e 1970, junto aos avanços das áreas de medicina preventiva, social e saúde pública, houve a articulação dos processos de saúde e doença articulados ao trabalho, baseados principalmente em escritos marxistas, de maneira a considerar o sujeito e sua enfermidade ou saúde dentro de uma dimensão social, histórica e multicausal. Dessa maneira, exigindo participação ativa interdisciplinar, a considerar o contexto político, cultural e econômico que define relações em diversos grupos humanos e nas relações de trabalho e a sua possível repercussão na saúde. Os próprios trabalhadores são considerados parte fundamental na compreensão e na transformação da saúde coletiva. Muitos destes preceitos seriam incorporados ao Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro (GOMEZ; VASCONCELLOS; MACHADO, 2018).

Sendo assim, uma das maiores críticas foi a necessidade de se voltar à visão ecológica e humanista da saúde, apontando as limitações do modelo puramente biomédico, que já não conseguia atender por completo as novas epidemias com grande influência comportamental em sua origem, assim como não atendia de maneira eficaz e humana aos doentes mentais. Segundo Buss (2009), Vieira et al. (2014), Heleno, Vizzoto e Bonfim (2008), diversas foram as propostas e as críticas nesse período, dirigidas principalmente ao modelo hospitalocêntrico no que se refere à saúde mental, como:

- A constituição diversificada do binômio saúde/doença;
- Ao modo de realizar ações preventivas, principalmente em relação a grupos considerados de risco;
- Da inserção da promoção e proteção à saúde nas políticas públicas;
- Da participação ativa da comunidade.

A definição da Organização Mundial da Saúde (OMS/World Health Organization - WHO) sobre saúde é de completo bem-estar físico, mental e social e não somente a ausência de doença (WHO, 1948/2016). Com o resultado das pesquisas que demonstravam a multicausalidade sobre o comportamento humano e o surgimento do conceito de promoção de saúde, logo a OMS (WHO, 1986/2016, p.1), na Primeira Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde, publicou:

To reach a state of complete physical, mental and social well-being, an individual or group must be able to identify and to realize aspirations, to satisfy

needs, and to change or **cope** with the environment. Health is, therefore, seen as a **resource** for everyday life, not the objective of living. Health is a positive concept **emphasizing social and personal resources, as well as physical capacities**. Therefore, **health promotion is not just the responsibility of the health sector, but goes beyond healthy life-styles to well-being.**<sup>1</sup>

Diversas são as críticas acerca da definição de saúde da OMS, como um conceito que não é uma definição nem científica, nem vulgar, pois se dirige a uma impossibilidade – o completo bem-estar – e reduz-se a uma categoria: a humanidade (SÁ JUNIOR, 2004). No entanto, a despeito das críticas, essa definição traz à tona questões importantes: da saúde como um conceito abrangente, perpassando diversos setores e se caracterizando como uma necessidade de políticas públicas. É o conceito de saúde adotado por nós neste estudo.

Em 1974, surgiu o documento *A new perspective on the health of Canadians*, escrito por Lalonde, ministro da saúde do Canadá na época. Tal informe foi revolucionário pois decompôs o campo da saúde em quatro pilares determinantes:

- biologia humana: sendo a biologia e genética do ser-humano;
- ambiente: as causas e fatores que influenciam a saúde e são externos ao organismo humano em si, onde a pessoa tem pouco ou nenhum controle;
- estilo de vida: que se refere às decisões da pessoa em relação a sua saúde, muito embora nem sempre suas decisões sejam totalmente claras e/ou conscientes e;
- organização da assistência à saúde: melhora tanto em quantidade quanto qualidade do sistema de saúde e sua organização (BUSS, 2009 LALONDE, 1974).

A promoção de saúde leva em conta a multicausalidade e também lida com a ideia de responsabilização múltipla e combinação de estratégias do Estado, da comunidade, dos indivíduos, do sistema de saúde e de parcerias intersetoriais, de maneira fortemente internacionalizada em seus documentos políticos. Sendo assim, se relaciona diretamente com desenvolvimento estrutural e sustentável da sociedade, com a equidade social, na distribuição de renda justa, de acesso a bens e serviços, de ambientes saudáveis, pacíficos,

---

<sup>1</sup> Grifo nosso.

de melhores condições de trabalho, educação e relações sociais, de implementação de processos de governança, respeito às diferenças e não discriminação, enfim, no respeito aos direitos humanos. Traz a concepção de saúde como um processo global (BUSS, 2009) Destacamos nesse processo a necessidade de práticas sociais abrangentes que promovam qualidade de vida a todos.

Dessa maneira, a OMS (WHO, 1998) definiu os 7 princípios da promoção de saúde, de maneira a poder criar maior assertividade nas ações, sendo:

- Empoderamento: de maneira a promover nos indivíduos e comunidades mais poder sobre os diversos fatores que afetam sua saúde;
- Participação social: procurando envolver os interessados em todos os estágios de uma política de promoção de saúde;
- Concepção holística: que leva em conta a saúde física, mental, social e espiritual;
- Intersetorialidade: envolve a cooperação entre diversas agências;
- Equidade: imparcialidade e justiça social;
- Sustentabilidade: que garanta a manutenção, pelas pessoas e comunidades, das mudanças implementadas e;
- Ações multiestratégicas: buscando usar de diversas abordagens para implementação, como educação, legislação, desenvolvimento estrutural de comunidades, etc.

Em suma, a promoção de saúde tem como foco a melhoria do estado da saúde nas pessoas e nas comunidades, estimular potencialidades e aumentar a qualidade de vida e o bem-estar e, como destacam Heleno, Vizzoto e Bonfim (2008), uma adaptação eficaz, a prevenção de doenças. O objetivo é exatamente evitar o adoecimento. Suas ações são direcionadas a diminuir os fatores de risco ou fatores causais de enfermidades, ou seja, o recorte é realizado de acordo com estudos epidemiológicos, pela incidência e prevalência das doenças (BUSS, 2009; ALVES; EULÁLIO, 2011). Uma ação pode ser tanto preventiva como promotora de saúde, pode ser interventiva ou não.

As estratégias promotoras de saúde procuram uma mediação adequada entre indivíduo e ambiente, tendo clareza que a escolha individual é mediada por diversos fatores em uma complexa rede. Os hábitos saudáveis e a prevenção de riscos estão relacionados às condições que garantem as necessidades básicas, acesso e interpretação de informação e mais. Não se pode culpabilizar totalmente o sujeito, e suas decisões individuais, por sua saúde e bem-estar, se não existem condições dignas de vida que possam garantir condições físicas, econômicas e culturais que facilitem esse processo (GONÇALVES; VILARTA, 2004; GONÇALVES, 2004).

Este tipo de paradigma vai na contramão do paradigma vigente, que busca o indivíduo individualista, particular, privado. Supostamente independente das condições políticas, econômicas, sociais, culturais, etc. que o circundam. Falamos aqui de recursos de *coping*, como veremos mais à frente.

Compreendemos a Psicologia da Saúde como um paradigma do qual podemos observar a doença como uma deterioração da qualidade de vida. Bleger (1984), aponta alguns objetivos para a higiene mental, entendida como “atividades e técnicas que promovem e mantêm a saúde mental” (p.25) como: mudança da assistência psiquiátrica para uma forma mais humana, diagnósticos precoces e prevenção de doenças mentais, a reabilitação e a melhoria do nível de saúde da população. As ações para atingir tais objetivos aconteceriam concomitantemente e se complementariam, ainda que possam haver prioridades.

## 2. QUALIDADE DE VIDA, HISTÓRICO E DEFINIÇÕES

Apresentaremos breve histórico sobre o conceito de qualidade de vida, sua multidimensionalidade, o conceito adotado e, de forma breve, sua relação com bem-estar.

### 2.1 Qualidade de vida ao longo das décadas

Diversos autores apontam que o conceito de qualidade de vida é alvo de diversos debates e que ainda não haveria consenso acerca de sua definição e sobre seu surgimento histórico, muito embora alguns aspectos parecem ter se tornado definitivos. (ASSUMPCÃO JR, 2010, CONSTANTINO, 2007, FLECK, 2008, OLIVEIRA, J.; OLIVEIRA, N., 2011, PAIS-RIBEIRO, 2009, SOUZA, 2008).

Alguns autores (ASSUMPCÃO JR, op. cit.; CONSTANTINO, op. cit.; OSTENFELD, 1994; OLIVEIRA, J.; OLIVEIRA, N., op. cit.) remetem a discussão da temática à antiguidade, com Aristóteles no século IV a.C. ao refletir sobre um bem maior ou uma boa vida, uma condição plena que se busca atingir: a *eudaimonia*. A atividade virtuosa seria o caminho para atingir tal status, a pessoa que atinge e realiza suas potencialidades construtivas, em direção a viver bem e fazer o bem. Posteriormente, Hipócrates apontaria a saúde, como aquela que evita excessos e a luxúria como bem-estar.

Tais preceitos se mantêm na idade média, onde um modelo social de bem-estar seria imposto por desígnio divino e pelo trabalho, sem excessos e pecados (ASSUMPCÃO JR, op. cit.).

Já no século XX, o conceito teria sido usado depois da revolução industrial, para se referir às condições de trabalho e o bem-estar dos trabalhadores, por volta de 1920. O termo qualidade de vida foi mencionado pela primeira vez no livro *The economics of welfare*, em 1920 por Arthur Pigou, discutindo o apoio do governo a classes sociais desfavorecidas (OLIVEIRA, J.; OLIVEIRA, N., op. cit.; PAIS-RIBEIRO, op. cit.). Na década de 30 há indícios de que o termo apareceria em escritos médicos, em referência a avaliação de qualidade de vida e a uma possível definição do conceito (SEIDL; ZANNON, 2004).



Na década de 40 foram criadas metodologias para garantir qualidade em produtos manufaturados. De 1945 em diante, a qualidade de vida foi associada à obtenção destes bens, e técnicas de mensuração do conceito começaram a ser desenvolvidas (CONSTANTINO, 2007).

Na década de 50, por conta do final da Segunda Guerra Mundial, a Organização das Nações Unidas (ONU) fez recomendação de que se estudasse os fatores que influenciavam as condições de vida das pessoas. Sendo assim, pesquisadores das mais diversas áreas começaram a estudar o que chamaram de “boa vida”. Primeiramente isso se referiu a posse de bens materiais, depois ao desenvolvimento econômico do país e mais posteriormente ao desenvolvimento social, o que levaria à construção de indicadores de desenvolvimento dos países. A primeira relação foi entre o Produto Interno Bruto (PIB), com a boa-vida, caso que foi prontamente criticado uma vez que a distribuição de renda não é igualitária (OLIVEIRA, J.; OLIVEIRA, N., 2011).

Na década de 60, o presidente Eisenhower aponta como uma das metas nacionais dos Estados Unidos a qualidade de vida da população. Já em 1964, o presidente dos Estados Unidos Lyndon Johnson declarou que os objetivos da população deveriam ser medidos pela qualidade de vida das pessoas e não pela riqueza nos bancos. Tal afirmação parecia mudar o foco das ciências duras para as ciências moles, ou seja, para aspectos subjetivos da população, sem, no entanto, desprezar os aspectos objetivos dos indicadores sociais. Embora não tenha sido a primeira vez que o termo Qualidade de Vida fora empregado, este é considerado o pontapé inicial para o estudo deste tema (PAIS-RIBEIRO, 2009; WHOQOL GROUP, 1995).

Ainda na década de 60, Wood-Dauphinee, (1999) afirma que surgiram movimentos sociais e iniciativas políticas que buscariam mitigar as desigualdades sociais e buscar maior bem-estar para as pessoas.

Diversas definições foram criadas a partir da década de 70, até os dias de hoje. Cada uma delas apontava indicadores diversos: biológicos, psicológicos, sociais, econômicos, tecnológicos, da saúde, do meio-ambiente, etc. Todavia, se tornou claro que a multidimensionalidade era o conceito fundamental para compreensão do construto.

O número de estudos criando instrumentos de avaliação aumentou exponencialmente, atingindo números altíssimos na década de 80, assim como estudos

usando tais instrumentos. Contudo, a maior parte dessas produções não definia claramente o conceito de qualidade de vida, ou mesmo justificava a escolha de tais instrumentos, com exceção de que qualidade de vida estava relacionada com saúde. Dessa maneira, os instrumentos não tinham consistência e validade clínica para de fato medir qualidade de vida (GILL; FEINSTEIN, 1994).

A partir de meados da década de 90, o olhar para a qualidade de vida relacionada à saúde aumentou. Principalmente com a expectativa de vida aumentando, devido a avanços tecnológicos na área da saúde e com isso o aumento da incidência de doenças crônicas. Dessa maneira, o olhar não era apenas para conservação de uma sobrevida, mas também a qualidade da mesma (ASSUMPCÃO JR, 2010; SOUZA, 2008).

O *World Health Organization Quality Of Life Group*, (WHOQOL GROUP, 1995, 1998), procurou se debruçar sobre este tema para desenvolver um conceito e um método de avaliação que pudessem ser transculturais. Partindo da visão holística de saúde da própria OMS, estudos foram realizados em diversos centros de pesquisa no mundo, de maneira a chegar a um conceito que levasse em conta que a qualidade de vida é multideterminada em aspectos positivos e negativos, e envolve diversas dimensões biopsicossociais.

A definição de qualidade de vida pela OMS é:

A percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto de sua cultura e dos sistemas de valores em que vive e em relação a suas expectativas, seus padrões e preocupações. É um conceito bem abrangente, afetado de maneira complexa pela saúde física, pelo estado psicológico, pelo nível de independência, pelas relações sociais da pessoa, suas crenças e por suas relações com características significativas do ambiente.

(WHOQOL GROUP, 1995, p.1405).<sup>2</sup>

## **2.2 QDV – Multidimensionalidade: do meio ao indivíduo. Do geral ao focal.**

A ampla definição da OMS começou a se tornar a mais utilizada, mas havendo divergências em relação aos aspectos da qualidade de vida, ou então a um olhar destinado

---

<sup>2</sup> Tradução de Power (2008, p.50)

especificamente a esses aspectos, como saúde, trabalho, etc., Contudo, ainda estão implícitos três aspectos fundamentais nesta mesma definição (FLECK, 2008):

- Subjetividade, ou seja, a perspectiva que o sujeito tem da sua própria vida;
- Multidimensionalidade, sendo desejável que os instrumentos de avaliação tenham diversos domínios, uma vez que o conceito é multifacetado;
- Presença de dimensões positivas e negativas. Considerando que para uma qualidade de vida considerada boa, alguns elementos como mobilidade, suporte social, entre outros devem estar presentes, e outros elementos devem estar ausentes, como dor por exemplo.

Fleck (2008) aponta que pelo menos seis grandes vertentes convergiram em direção à definição do conceito e às pesquisas realizadas:

- Estudos de base epidemiológica sobre a felicidade e o bem-estar: realizados em países desenvolvidos, onde a eliminação da miséria já não era mais a meta principal, pois a sociedade mais desenvolvida procurava objetivos mais amplos, houve influência de teorias de necessidades básicas como a de Maslow (1970);
- Busca de indicadores sociais: como Produto Interno Bruto, renda *per capita*, Índice de Mortalidade Infantil, Índice de Desenvolvimento Humano, etc. como indicadores de saúde, educação, aspectos sociais e culturais;
- Insuficiência das medidas objetivas de desfecho em saúde: como medidas laboratoriais e de diagnóstico, que mediam apenas a condição da doença. Procuraram-se medidas baseadas na percepção do doente, o que incluiria a qualidade de vida, interação e apoio social, bem-estar psicológico, etc.
- Psicologia positiva: direcionando o olhar teórico e as pesquisas para aspectos humanos positivos como resiliência, esperança, criatividade, coragem, bem-estar e outros;
- Satisfação do cliente: como citado anteriormente, os serviços de qualidade do produto foram estendidos aos serviços de saúde e qualidade de vida de usuários se tornou uma meta dos mesmos;
- Movimento de humanização da medicina: ao iluminar a importância da relação entre médicos e pacientes no sucesso de intervenções. Como um contraponto aos avanços tecnológicos e posturas tecnocratas.

Em suma, nos dias de hoje, Pais-Ribeiro (2009) considera ser consenso quanto a qualidade de vida: “é multifatorial, é uma variável baseada em percepção pessoal; varia com o tempo; é subjetiva” (p.34). Adicionaríamos a essa afirmação: é influenciada pelo meio, pelas condições e modo de vida, pelos aspectos sociais objetivos.

Ao reconhecerem a multidimensionalidade do conceito, o Whoqol Group elaborou um instrumento de avaliação da qualidade de vida, em cem questões, que se baseou em seis domínios, cada um com facetas próprias, sendo:

- |                                   |   |
|-----------------------------------|---|
| ➤ Domínio físico;                 | Facetas:                                |
| Facetas:                          | 16. Segurança física e proteção;        |
| 1. Dor e desconforto;             | 17. Ambiente no lar;                    |
| 2. Energia e fadiga;              | 18. Recursos financeiros;               |
| 3. Sono e repouso;                | 19. Cuidados de saúde e sociais:        |
| ➤ Domínio psicológico;            | disponibilidade e qualidade;            |
| Facetas:                          | 20. Oportunidades de adquirir novas     |
| 4. Sentimentos positivos;         | informações e habilidades;              |
| 5. Pensar, aprender, memória e    | 21. Participação em, e oportunidades de |
| concentração;                     | recreação/lazer;                        |
| 6. Autoestima;                    | 22. Ambiente físico (poluição/ruído,    |
| 7. Imagem corporal e aparência;   | trânsito/clima);                        |
| 8. Sentimentos negativos;         | 23. Transporte;                         |
| ➤ Nível de independência;         | ➤ Espiritualidade/religião/crenças      |
| Facetas:                          | personais.                              |
| 9. Mobilidade;                    | Faceta:                                 |
| 10. Atividades da vida cotidiana; | 24. Espiritualidade/religião/crenças    |
| 11. Dependência de medicação e    | personais. (FLECK et al., 1999).        |
| tratamentos;                      |   |
| 12. Capacidade de trabalho;       |   |
| ➤ Relações sociais;               |   |
| Facetas:                          |   |
| 13. Relações pessoais;            |   |
| 14. Apoio social;                 |   |
| 15. Atividade sexual;             |   |
| ➤ Meio ambiente;                  |   |

Posteriormente, para elaboração de um instrumento abreviado para vinte e quatro questões, as facetas foram mantidas, porém em quatro domínios – Físico, psicológico, das relações sociais e do meio ambiente, e cada faceta foi representada por uma questão (FLECK, 2000).<sup>3</sup>

A solução para os problemas de qualidade de vida é sempre intersetorial e transdisciplinar (OLIVEIRA, J.; OLIVEIRA, N., 2011). Além de que tanto metodologias quantitativas quanto qualitativas devem ser aliadas para compreender tal fenômeno (FLECK, 2008).

Há de se tomar cuidado com a busca de adaptações individuais e as avaliações de indicadores de bem-estar. Um dos perigos é a chamada “culpabilização” do sujeito, por conta de adoção de estilo de vida pouco ou não saudável. Assumpção Jr (2010), aponta que as sociedades pouco se preocupam com qualidade de vida, mas muito propõem bem-estar social à mercê de critérios ideológicos e mercadológicos.

O autor critica que há uma simplificação do que são tais conceitos de qualidade de vida e bem-estar a um mero funcionalismo relacionado ao manejo do estresse, como uma redução à mudança de estilo de vida: procurando alimentar-se bem, praticar atividades físicas, ter repouso adequado, lazer e diversão, inserção em grupo social e ter um trabalho que possibilite realização pessoal.

Isso se revela apenas como mecanismos compensatórios para manejo de estresse, muito embora sejam sim essenciais para a saúde, não resolvem a situação, ou mesmo ideais que culturalmente são de difícil realização. Uma vez que vivemos em uma sociedade produtivista e de consumo, sendo o valor pessoal medido no que se tem e produz, se faz extremamente necessário criticar este modelo competitivo, funcionalista que tanto nos desgasta cotidianamente, em vez de adotar receitas prontas para diminuir o *distress* e aumentar a qualidade de vida. É necessário promover as individualidades em vez do individualismo. Tal tarefa não é fácil, uma vez que tal postura faz parte do sistema e desde crianças aprendemos com este tipo de cultura (ASSUMPCÃO JR, 2010).

Assumpção Jr (2010) faz analogia a este tipo de modelo adaptativo aos escritos de ficção de Huxley (1972), em Admirável Mundo Novo. Uma distopia onde as classes e suas funções são predeterminadas geneticamente, e todas as necessidades são convertidas em

---

<sup>3</sup> Para detalhes desta versão, veja a seção “instrumentos”.

produtos. Ora, como ter uma alimentação saudável sem levar em conta a renda, os interesses econômicos, a cultura? Ou afirmar que autoimagem e autoestima melhoram conforme uma atividade física é afirmar que existe um modelo normativo de beleza. Como ter repouso e tempo de sono adequados em um modelo de produção com horário de trabalho determinado e baseado em índices de produtividade? Ser obrigado a escolher um *hobby*, uma vez que horas de ócio podem ser prazerosas e prover possibilidades de convívio, amizade e introspecção. Ou como considerar o modelo de trabalho de capitalismo industrial, o modelo de mais-valia, que descarta criatividade, individualidade, impõe regras predeterminadas, avaliações constantes e toma a maior parte do tempo de vida de uma pessoa? Afirmer discursos como “trabalhe com o que gosta, e não terá de trabalhar nenhum dia” pode ser falacioso, pois nem sempre o que se gosta estará no gosto ou na disponibilidade do mercado, e a urgência das necessidades básicas farão voltar a qualquer fonte de renda possível, não necessariamente a desejada, entre outros possíveis exemplos. Não se leva em conta o fator humano individual e se despersonalizam pessoas em uma massa globalizada a seguir manuais de qualidade de vida criados por empresas, acadêmicos e políticos, que podem favorecer o sofrimento mental

Simões (2001) aponta que estas exigências massificadas se assemelham à solicitação de rendimento feita por professores à alunos. Em um contexto universitário, isso se faz duplamente real, pelas exigências de dentro e de fora da universidade.

Sendo assim, se faz necessário o entendimento e o respeito, além da participação, dos sujeitos em determinar sua qualidade de vida. O ideal para o desenvolvimento real de qualidade de vida, além de algum consenso em sua definição, é a participação das pessoas em uma gestão colaborativa. Compreendemos que os trabalhadores devem estar participando das decisões que definem qualidade de vida para trabalhadores, assim como estudantes participando das decisões referentes a si, assim como aos mais diversos grupos e classes.

Essa colaboração, como na universidade, onde os estudantes, funcionários, professores, etc., com seus diferentes valores, culturas, referências se encontram em um mesmo ambiente, se faz necessária e requer tolerância e compreensão dos interlocutores de maneira a se obter entendimento. Contudo, dados normativos e avaliações locais, e sua comparação, também são importantes para compreender a população participante e facilitar a relação entre os grupos (OLIVEIRA, J.; OLIVEIRA, N., 2011).

## 2.3 Qualidade de Vida e Bem-estar

Ribeiro<sup>4</sup> (1998 apud, JESUS; REZENDE, 2009.), aponta que o bem-estar subjetivo é composto por três características: a experiência pessoal, a aspectos positivos da vida e não apenas ausência de aspectos negativos, além de uma avaliação global dos aspectos gerais da vida, tal como a avaliação de qualidade de vida.

Compton<sup>5</sup> (2005 apud, JESUS; REZENDE, 2009) propõe seis variáveis que predizem o bem-estar subjetivo, sendo: autoestima positiva, sentimento de controle percebido, otimismo, sentimento de significado e propósito na vida, extroversão e relações sociais positivas. Percebemos alguma semelhança às teorias sobre motivação de Maslow (1970). Entendemos que sem as necessidades mais básicas completas, não seria possível atingir todas as variáveis.

No entanto, diversos estudos meta-analíticos (GARCIA; ERLANDSSON, 2011; HAYES; JOSEPH, 2003; SIMÕES et al., 2000; STEEL; SCHMIDT; SHULTZ, 2008), têm apontado que fatores de personalidade possuem forte influência no bem-estar subjetivo. A personalidade chegou a explicar de 32% a 56% da variância de bem-estar subjetivo.

Quanto aos fatores extrínsecos, Fischer e Van de Vliert (2011) apontaram em sua meta-análise que clima e riqueza explicaram 35% da variância, sugerindo que em climas desfavoráveis, a falta de recursos financeiros para lidar com os mesmos afetara o bem-estar. Lever, Piñol e Uralde (2005) e Minkov (2009), apontam que a pobreza influenciou 29,16% e 31% nas variâncias de bem-estar, respectivamente. Contudo, Diener e Martin (2004), afirmam que salário aumenta o bem-estar subjetivo em países pobres, mas não o faz em países ricos.

Por sua vez, outras pesquisas apontam que existe uma relação proporcional entre suporte social e bem-estar subjetivo (KHAN; HUSAIN, 2010; KUTEK; TURNBULL; FAIRWEATHER-SCHMIDT, 2011). Tendo então, quem recebe mais suporte, melhores níveis de bem-estar subjetivo, e quem tem menos ou nenhum suporte, menor bem-estar subjetivo e suscetibilidade a estresse e doenças psicológicas (KIRANA; ROSEN; HATZICHRISTOU, 2009).

Além disso, pesquisas apontam que eventos de vida afetam o bem-estar subjetivo dependendo de como são percebidos – positivamente, negativamente ou neutros. E

---

<sup>4</sup> RIBEIRO, J. P. Psicologia da saúde. Lisboa, ISPA, 1998.

<sup>5</sup> COMPTON, W. An introduction to Positive Psychology. London, Thomson, 2005.

que eventos negativos podem não afetar o indivíduo, de acordo com sua resiliência, embora o bem-estar diminua se a frequência de eventos negativos ou críticos forem altas (GOMEZ, et al. 2009; WOYCIEKOSKI; NATIVIDAD; HUTZ, 2012).

Em outras pesquisas, a satisfação pessoal é associada com comparações a pessoas consideradas significativas para o sujeito, ou ainda influenciam suas decisões e aspirações, como membros familiares, tribos ou grupos (CHENG; LEUNG; CHAN, 2011; MAIR; THIVIERGE-RIKARD, 2010; VERA et al., 2008).

Jesus e Rezende (2009) apontam que tanto o bem-estar quanto o mal-estar estão intimamente relacionados com conceitos como *coping*, resiliência e estresse.

Escolhemos ter o ser-humano como o foco da avaliação, seguindo uma tendência atual, também escolhemos a definição da OMS, embora não a consideremos absoluta, mas a mais próxima da transdisciplinaridade, pois o conceito foi cunhado e testado por profissionais de diversas áreas em diversos países, levando em conta a multidimensionalidade e também a percepção individual do seu bem-estar. Escolhemos ainda, a qualidade de vida em vez de outros indicadores como adaptação universitária ou traços de personalidade, pois entendemos que esta traria um panorama muito mais geral, inclusive para se pensar as questões de adaptação individual como produto também social, e identificar, em pesquisa exploratória, dados mais relevantes para análises e pesquisas futuras.



### **3 O PROCESSO DE ESTRESSE**

Apresentaremos aqui os conceitos parte do processo de estresse: teoria das quatro fases, homeostase, alostase, carga e sobrecarga alostática, avaliação cognitiva, *coping* e recursos de *coping* e *burnout*.

#### **3.1 Histórico, homeostase e alostase**

Existem algumas confusões acerca do conceito de estresse, ou stress, em terminologia internacional. Originalmente era um termo usado em engenharia e física para se referir ao desgaste de materiais sob algum tipo de pressão ou tensão, se relacionando também à resistência do material. Selye (1956), cunhou o termo para se referir à sintomas fisiológicos e psicológicos advindos de uma reação a algum estímulo estressor desestabilizador do equilíbrio corporal, este último chamado de homeostase. Esta reação seria uma tentativa de restaurar tal equilíbrio.

A confusão mais comum é quanto à terminologia. Muitos autores, quando se referem à estresse, nem sempre especificam se processo, estímulo, reação, etc. Conforme Selye (1956) estresse é um processo que possui estímulo estressor, reação de stress – psicofisiológica e comportamental e ainda definido como uma alteração fisiológica do organismo quando este necessita ter uma reação mais forte do que seu funcionamento normal, para poder lidar com a situação estressora.

Embora haja muitas teorias sobre estresse, alguns autores definem que é equivocada a noção de que não há um consenso sobre sua definição, podendo ser compreendido por relato de experiência subjetiva, mas também mensurado (GUIMARÃES; FREIRE, 2004; COX; GRIFFITHS; RIAL-GONZÁLEZ, 2000). Há costume de separar as diversas formas de estresse como: fisiológico, psicológico, psicossocial, ocupacional, muitas vezes para fins de pesquisa ou didáticos.

A teoria de stress de Hans Selye ainda é a mais aceita, embora algumas revisões e atualizações tenham sido realizadas. Seu trabalho foi principalmente baseado em dois autores: Claude Bernard, no século XIX, propôs que animais complexos possuíam sistemas de manutenção do equilíbrio corporal frente à pressão externa, sendo estes também de manutenção da vida. E Walter Cannon no começo do século XX, que criou o conceito de homeostase para

se referir ao equilíbrio interno, a partir de estudos realizados acerca dos mecanismos do corpo na manutenção da estabilidade frente às mudanças no ambiente externo, estudando tanto os sistemas nervoso e endócrino como também realizou uma descrição do comportamento em momentos de reequilíbrio. (BAPTISTA,2009).

Selye, popularizou o conceito de estresse em meio científico a partir da teoria da síndrome de adaptação geral, consistida em três fases, quando ao perceber que para o organismo animal se adaptar perante o estímulo estressor, era emitida uma resposta estereotipada, hormonal e comportamental, além de perceber que o tempo e a repetição de exposição ao estressor causariam doenças na repetida tentativa de adaptação (BAPTISTA, 2009; GALASSO, 2005).

O modelo trifásico de estresse consiste na fase de alerta – considerada uma fase normal e saudável, uma vez que o organismo prepara sua defesa e cria uma mobilização hormonal para que o corpo possa melhor responder à situação estressora, conhecida como reação de luta ou fuga. Sintomas comuns desta fase são taquicardia, dor de cabeça, pressão alta ou muito baixa, sudorese, irritabilidade, tensão muscular, distúrbios gastrointestinais, entre outros. Caso a situação seja resolvida, uma sensação de plenitude ou leveza é alcançada, caso contrário, o organismo se dirige à próxima fase.

A fase de resistência surge se a fase de alerta se mantém por períodos prolongados ou se os estressores se acumulam. Existe aumento e acúmulo de secreção hormonal e maior gasto energético, de maneira a poder lidar com o estressor e restaurar o equilíbrio. Sintomas como falta de memória, sensação de cansaço generalizado, incapacidade de relaxar, impotência, incapacidade social, entre outros, se fazem presentes.

Por fim a fase de exaustão ocorre quando não foi possível resolver a situação estressante ou eliminar seus agentes e pelo desequilíbrio constante da homeostase por meio da regular excreção de hormônios relacionados ao estresse e o esgotamento da energia dirigida à adaptação. Os sintomas são mais intensificados, podendo levar a doenças graves como doenças auto imunes, depressões, transtornos de ansiedade, exaustão física, dentre outros, e até mesmo a morte (BAPTISTA, 2009; LIPP, 2002; LIPP; MALAGRIS, NOVAIS, 2007, VASCONCELLOS, 2002).

Posteriormente, Lipp (2003), descobriu uma nova fase intermediária entre a resistência e a exaustão, denominada de quase-exaustão – momento em que a resistência física e emocional começa a deteriorar. Existe aumento da ansiedade e surgimento de sintomas e doenças, por

conta da deficiência imunológica causada por excesso hormonal, em especial os corticoides, muito embora, diante de grande esforço, o sujeito ainda consiga ter momentos de funcionamento normal. Sendo assim, o modelo trifásico foi atualizado para um modelo quadrifásico (LIPP; MALAGRIS, NOVAIS, 2007; LIPP, 2003).

É sabido que o stress é condição inevitável da vida, e certo dizer que sem o mesmo ela não existiria. A todo momento estamos respondendo a demandas e estímulos. Dessa maneira, o conceito de homeostase começou se tornar incompleto, uma vez que um equilíbrio perfeito seria impossível diante do stress diário (VASCONCELLOS, 2017).

O conceito de homeostase, desenvolvido por Cannon, diz respeito à “a habilidade de um organismo manter o ambiente interno do corpo dentro de limites que permitam que o mesmo sobreviva; auto regulando processos que retornam sistemas críticos do corpo a um parâmetro consistente com a sobrevivência do organismo” (MCEWEN, 2007, p. 347). Significa estabilidade através da constância.

Conforme Sterling (2004), o pressuposto derivado é: se algum parâmetro desvia do valor esperado, é porque algum mecanismo do corpo não está funcionando corretamente e, portanto, necessita de uma terapia, ou seja, o corpo está doente. No entanto, diante de um estressor, conforme Cannon<sup>6</sup> (1929, apud MCEWEN, 2007), o organismo seria mobilizado para uma resposta de luta ou fuga, que seria, de certo modo, um desequilíbrio temporário que busca manter a homeostase.

Todavia, diversos autores apontam que um estado ideal e constante de equilíbrio é inexistente e não desejado. Como aponta Vasconcellos (2002), em um mesmo dia não temos as mesmas condições climáticas, assim como não comemos a mesma quantidade de comida todas as vezes, nossa concentração oscila, e todo o estresse diário, e sua necessidade de adaptação, nunca é exatamente a mesma.

Os parâmetros não são constantes, sua variação é realizada de maneira a manter o equilíbrio. Não só variando os tipos de resposta, mas muitas vezes garantindo adaptação do corpo a estados do ciclo da vida, suspendendo respostas comuns de estresse, como no caso de sexo e reprodução (STERLING, 2004; MCEWEN; WINGFIELD, 2010).

---

<sup>6</sup> CANNON, W.B. The wisdom of the body, New York: W. W. Norton, 1939.

Dessa maneira, foi criado o conceito de alostase (STERLING; EYER, 1988<sup>7</sup> apud BAPTISTA, 2009), para apontar as mudanças nos pontos ideais dos parâmetros de equilíbrio, além de manter os sistemas que garantem a sobrevivência, a homeostase em si. Sendo então alostase a estabilidade através da mudança e homeostase, novamente, estabilidade através da constância.

Em suma, processos essenciais à vida como oxigênio no sangue, pH do mesmo, temperatura do corpo, etc., que possuem variações pequenas e devem ser sempre controlados, referem-se à homeostase. Já a alostase é a habilidade de produzir hormônios e outras substâncias, por meio dos sistemas apropriados, tanto para se adaptar ao estado físico, como dormindo, acordado, fazendo exercícios, etc., como para se adaptar à “barulho, locais muito cheios, isolamento, fome, extremos de temperatura, perigo físico, stress psicossocial, além de infecções microbiais ou parasíticas” (MCEWEN, WINGFIELD, 2007, p. 136). O sistema alostático é aquele responsável pela resposta de estresse, sendo, portanto, um sistema direcionado à adaptação às mudanças, enquanto produz hormônios e outros mediadores para a adaptação à situação estressora de maneira a manter ou reestabelecer a homeostase, enquanto que esta última é responsável pelos processos que mantêm a vida, e não as mudanças, agindo em espectro bem menor (ROMERO; DICKENS; CYR, 2009; MCEWEN; WINGFIELD, 2010).

Manter estes sistemas e a própria homeostase possui custos energéticos, assim como, diante de elevada demanda, podem exceder ou diminuir a quantidade de hormônios e mediadores produzidos, podendo levar a disfunções ou enfermidades (MCEWEN, 2007; MCEWEN; WINGFIELD, 2007).

O estado alostático (*allostatic state*) é aquele onde o sistema alostático funciona de maneira elevada ou abaixo do normal, conforme a demanda. Sua ativação por longos períodos pode gerar a chamada carga alostática (*allostatic load*), onde o organismo já está desbalanceado, mas ainda assim de acordo com uma demanda como, por exemplo, o excesso de gordura de um urso prestes a hibernar. No entanto, se outros estressores/demandas se sobrepõem àqueles já ativos à carga alostática, poderá ocorrer uma sobrecarga alostática (*allostatic overload*), de tipo 1 ou 2.

---

<sup>7</sup> STERLING, P.; EYER, J. Allostasis: A new paradigm to explain arousal pathology. In: FISHER, S.; REASON, J. (org.) Handbook of life stress, cognition and health. New York, John Wiley & Sons, 1988. P.629-649.

No tipo 1, se a demanda de energia é maior que a energia obtida ou mesmo do consumo das reservas, os mediadores levam a respostas cognitivas e comportamentais que, por sua vez, levam a um estado de sobrevivência, deixando as necessidades diárias ou sazonais de lado. Podemos criar um paralelo com a pirâmide de necessidades de Maslow (1974), na qual as necessidades básicas devem ser alcançadas antes de outras.

No tipo 2, se as demandas de energia não excedem o consumo e, pelo contrário, há mais consumo do que gasto, até como uma possível maneira de lidar com o próprio estresse, podem surgir doenças como psoríase, artrite, deficiências imunológicas, hiperglicemia, hipertrofia do coração, etc. Nesse caso, se fazem necessárias mudanças no ambiente ou aprendizado na maneira de lidar ou evitar a fonte de estresse ou medicação (MCEWEN; WINGFIELD, 2007).

Em resumo, a frequente presença de agentes estressores pode criar manutenção do estado alostático, ativando-o por antecipação ou por preocupação no aguardo do estímulo estressor. Mesmo sendo um sistema de função protetora, por seu custo energético ao corpo e por ativar sistemas psicofisiológicos com frequência, acaba por criar um desequilíbrio crônico e causam danos cumulativos conforme o tempo.

Existem quatro causas que podem levar à sobrecarga alostática:

- 1) Estresse frequente;
- 2) Inabilidade de se habituar a desafios contínuos, como alto estresse diante de apresentação de palestras, por exemplo;
- 3) Inabilidade de encerrar a resposta alostática, ou seja, manter a liberação dos hormônios e mediadores mesmo quando não há mais estressor, sendo mais relacionado com condições genéticas e de idade. Acrescentamos também que se deve considerar os processos psicológicos como ansiedade e de reviver mentalmente a situação estressora.
- 4) Falha em algum sistema de resposta, levando outro a sobrecarregar para compensar essa falha. No caso de ratos tipo lewis, a inabilidade de resposta de estresse (eixo hipotalâmico-pituitária-adrenal), leva a perturbações autoimunes e inflamatórias.

Estes estados podem ser piorados ou melhorados conforme comportamentos relacionados à saúde, como fumar, fazer exercícios, dietas, psicoterapia, etc.

Em suma, diante de estímulos estressores desafiadores, de maneira inesperada e contínua, entra em função a alostase, sendo o sistema regulador da homeostase. Aquele que gera as reações de estresse do organismo para a busca de uma resposta e posterior

reequilíbrio à homeostase. É um recurso equilibrado que procura não sobrecarregar os sistemas fisiológicos, assim como diminui a magnitude da resposta conforme a experiência adquirida

De uma maneira geral, em sobrecarga alostática, podem se fazer presentes sintomas cardiovasculares e metabólicos, perda de memória, disfunção hormonal, transtornos depressivos e ansiosos, exaustão, dor crônica, deficiência ou hiper-reatividade do sistema imunológico, problemas de pele, do sistema digestório, declínio cognitivo, entre outros (SOUSA; SILVA; GALVÃO-COELHO, 2015; MCEWEN, 2007; MCEWEN; WINGFIELD, 2010).

### **3.2 A avaliação cognitiva, a percepção de estresse e os tipos de estresse**

Embora o processo biológico de estresse aconteça no nosso corpo independentemente da nossa escolha, ele pode sofrer intervenção do aparelho psíquico, aumentando ou diminuindo a intensidade da reação (VASCONCELLOS, 2002).

Lazarus e Folkman (1984) afirmam haver três tipos de avaliações do aparelho psíquico:

> *primary appraisal* ou avaliação primária - categoriza o estímulo entre perigo de dano ou perda ou desafio, que pode gerar uma reação de medo mais intensa ou mais leve, por exemplo. Neste momento se faz presente a “reação de luta ou fuga”;

> *secondary appraisal* ou avaliação secundária - é realizada nos centros cognitivos de avaliação e preparo da reação, nesse momento são consideradas as opções e possibilidades de enfrentamento – as estratégias de *coping*;

> *reappraisal* ou reavaliação - é realizada após a ação realizada na tentativa de controle do estresse, e os centros límbicos e corticais, a consciência, registram o sucesso e insucesso para uma posterior resposta.

Logo, fica evidente a relação entre a pessoa e o meio e a influência concomitante entre tais. As interações são ajustadas conforme percepções e estratégias, e os resultados advindos das estratégias.

O estressor pode ser real fisicamente ou psicologicamente, uma vez que os humanos possuem a capacidade cognitiva de prever, antecipar, pensar sobre passado ou futuro, etc.

Podemos entender esta expectativa por um estressor como ansiedade. No entanto o processo biológico e psíquico que ocorre é o mesmo. Sapolsky (2004), em seu famoso livro “as zebras não têm úlceras”, afirma que os animais emitem respostas conforme a necessidade, no caso da zebra, de fugir de um leão, por exemplo, e ativar seu sistema alostático e, ao fugir, voltar à homeostase. Mas os humanos revivem o momento, pensam sobre ele e dessa maneira o reforçam, mesmo que o estímulo estressor em si não esteja mais presente fisicamente.

Todavia a ansiedade é um mecanismo humano normal, que, desprovido de grande capacidade física, mantém as pessoas em possível perigo em estado de alerta. Isso foi fundamental na sobrevivência do homem pré-histórico, contudo, seu excesso é danoso.

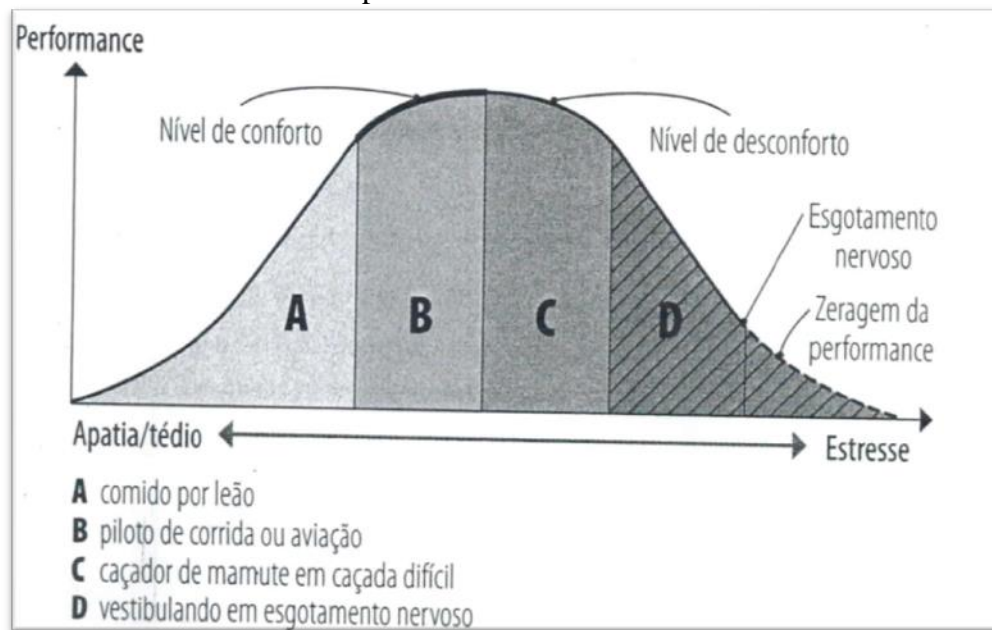
Conforme Lazarus (1993), o estresse psicológico deveria ser considerado como um subtópico do tema das emoções. Ele afirma que saber que o estresse influencia a adaptação do indivíduo diz muito pouco, e que o ideal seria também estarmos atentos ao que este indivíduo sente durante uma reação de estresse e  *coping*, como estar nervoso, irritado, ansioso, culpado, triste, feliz, etc. Sabemos também que a reação de estresse provoca sentimentos de ansiedade, e no caso de  *distress*, sobretudo durante longo tempo, também estados depressivos, muito embora, como já afirmado, estes podem ser reavaliados pelo sujeito. Temos uma resposta que, nos tempos de Selye (1956) era considerada estereotipada e hoje, como afirma Lipp (2003), ela é mais ou menos estereotipada, ou até certo ponto.

Estudos clássicos como de Clark e Watson (1991) propuseram um modelo tripartido entre ansiedade, depressão e  *distress* geral. Lovibond e Lovibond (1995), na criação da DASS 42 e 21 (Escala de Ansiedade, Depressão e Stress- EADS 42 e 21), confirmaram este modelo e afirmaram existir alta correlação entre ansiedade, considerada hiper estimulação fisiológica relacionada a ataques de pânico, medo, tremores, etc., depressão, considerada anedonia, humor disfórico como tristeza ou sentimento de inutilidade, baixa motivação, desesperança, etc.; e  *distress* geral considerados como tensão, irritabilidade e tendência a reagir em demasia a eventos estressantes. A correlação entre ansiedade e  *distress* geral é maior, visto a proximidade sintomática, embora tenha sido confirmado serem construtos distintos. Por sua vez, depressão se correlaciona mais com a ansiedade (ANTONY et al. 1998, APÓSTOLO; MENDES; AZEREDO, 2006, ROAZZI et al. 2010).

Serson (2016) aponta que sem uma resposta adequada a um estressor, como um leão faminto na antiguidade, nossa espécie estaria extinta. Ou nos dias de hoje, por exemplo, um nível de ansiedade adequado mantém um piloto alerta – sendo níveis normais de estresse e conseqüente aumento de performance. Voltando ao passado, uma caçada muito problemática

de um mamute, com apenas uma lança precária, por sua vez, já elevaria o nível de estresse a desconfortável e cansativo, causando uma posterior resposta depressiva para período de recuperação. Por fim, se há um esgotamento nervoso, a doença se instala e a performance zera. Esse gráfico em U invertido é baseado na lei de Yerkes e Dodson, apontando que a performance é melhorada por stress até certo ponto, levando a perda da mesma depois de certa intensidade e tempo na curva. Obviamente, este gráfico é uma ilustração didática, uma vez que para cada indivíduo, o ápice da curva será diferente de acordo com sua condição biopsicossocial.

Figura 1 - Curva de estresse versus performance

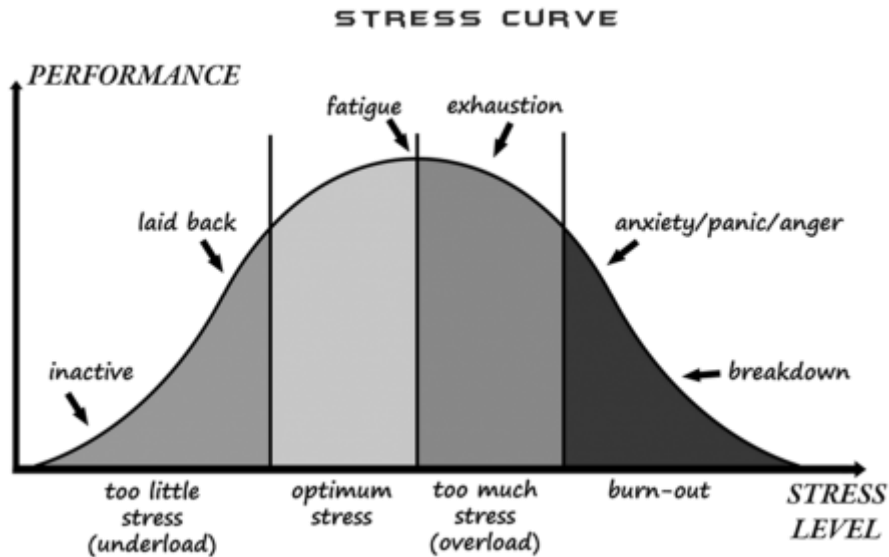


Fonte: Serson, (2016, p.15).

A figura abaixo aponta a mesma curva, mas em detalhes, o termo *overload* pode ser considerado em relação à sobrecarga alostática (*allostatic overload*), podemos também verificar a proximidade de sintomas como ansiedade, pânico e nervosismo com o *burn-out*, ou a síndrome de burnout.



Figura 2 - Curva de estresse versus performance em detalhes



Fonte: Conner, (2013).

O mal-estar e emoções de valência negativa são normalmente acompanhados pela reação de estresse ou por meio do agente estressor. Contudo, esse é um mecanismo normal para identificação de alterações no equilíbrio, assim como ativação do processo de resposta, na busca desse equilíbrio (BAPTISTA, 2009).

O estresse é um processo biopsicossocial muito complexo, que envolve os sistemas nervoso, endócrino e imune, envolve a cognição, que por sua vez envolve a cultura, os símbolos e valores sociais, envolve traços e estrutura de personalidade, estrutura genética, além do aparelho psíquico. Dessa maneira, o mesmo estímulo pode ser estressor para uma pessoa, mas não para outra. Seus mecanismos de *coping*, sua resiliência e adaptação serão diferentes, e a resposta alostática será mais ou menos intensa, danosa ou não. Ainda assim, alguns estímulos são normalmente estressores, como o exemplo do leão atacando, ou um chefe abusivo – alguns responderão melhor que outros, no entanto, a contínua exposição a estes estímulos, será danosa a qualquer um.

Certamente, não apenas sintomas físicos serão desenvolvidos por estresse, mas também sintomas psicológicos e transtornos psíquicos.

Nesse sentido, estratégias de *coping*, ou seja, maneiras de resistir e/ou diminuir o estresse se fazem necessárias.

Até o momento, entendemos que estresse é um processo que compõe o estressor, a reação hormonal de estresse e a resposta do sujeito em relação a situação estressora.

Compreendemos que é uma situação de desequilíbrio normal e desejada para a vida, regulada pelos sistemas alostáticos, assim como apontamos que os danos e mal-estar causados pelo estresse se devem pela intensidade e quantidade de tempo com o qual o mesmo se faz presente, sobrecarregando os sistemas alostáticos e porventura desequilibrando a homeostase. Apontamos ainda que todo este processo, que inclui a percepção de stress, a estratégia para lidar com ele e a resposta emitida, são variáveis conforme a pessoa, levando em conta múltiplos fatores biológicos, físicos, genéticos, sociais, psicológicos, etc. Embora em algum grau a reação hormonal seja estereotipada, a genética e fisiologia, mas sobretudo a avaliação cognitiva, altera essa reação em algum grau. Nos resta apontar os tipos de estresse, uma vez que nem todo stress gera uma sensação desagradável, assim como as estratégias de enfrentamento, as quais chamamos de *coping*.

Conforme Vasconcellos (2017), o stress se divide em dois tipos:

*Eustress* – aquele que gera sentimento prazeroso, como uma promoção no trabalho, ver a pessoa amada, ganhar na loteria, etc. Normalmente acompanhados por felicidade e euforia;

*Distress* – aquele que é desagradável e gera algum grau de sofrimento. Por exemplo, perdas, abandono, tensão, abuso, desvalorização, etc. Normalmente acompanhados por sentimentos depressivos, angústia, ódio, entre outros.

O mesmo autor aponta que no caso de estressores positivos estes seriam os eustressores, e em caso negativo, distressores.

Diante de todo estressor, depois da avaliação primária (*primary appraisal*) e durante a avaliação secundária (*secondary appraisal*), surge uma estratégia de enfrentamento da mesma – o *coping*.

### **3.3 *Coping* e recursos de *coping***

*Coping* são estratégias de enfrentamento de estresse, são processos que se dão entre características da pessoa e do ambiente durante a avaliação cognitiva secundária. (LAZARUS; FOLKMAN, 1986). Diferem dos mecanismos de defesa inconscientes por serem mais flexíveis e por serem tomadas de decisões intencionais, muito embora consideramos que possa haver alguma influência do inconsciente nessa decisão. (ANTONIAZZI; DELL'AGLIO; BANDEIRA, 1998). Os esforços cognitivos e comportamentais são realizados de maneira a reduzir, minimizar ou tolerar os efeitos de estresse.

O *coping* procura diminuir os efeitos estresse agindo como um intermediário, aumentando ou diminuindo tais efeitos, a depender da eficácia da estratégia usada. O estressor pode ainda influenciar a resposta de *coping* e vice-versa (LEPORE; EVANS, 1996).

Assim como a percepção do que seja estresse é variável de pessoa para pessoa, conforme condições genéticas, sociais, culturais, psicológicas, etc., assim também é quanto ao *coping*. O que permitem as estratégias são os chamados recursos de *coping*.

Tais recursos são compostos tanto por recursos pessoais quanto sócio ecológicos, muito embora saibamos que características do meio e do sujeito interferem umas nas outras. Alguns exemplos de recursos pessoais podem ser elucidados como: saúde física e psicológica, idade, inteligência, educação, experiências passadas, aprendizagem, moral, crenças ideológicas, tipo de personalidade, auto eficácia, habilidades para resolver problemas, habilidades sociais, etc. E exemplos de recursos sócio ecológicos: suporte social (dos pares, amigos, família, relacionamentos conjugais, do orientador, redes sociais, etc.), recursos financeiros, privacidade, circunstâncias econômicas, recursos funcionais ou práticos. Salientamos no caso dos universitários, suporte de pesquisa, acesso à internet, salas de estudo, orientação burocrática, acesso a artigos e livros, permanência estudantil, etc. Este conceito é fundamental, pois se relaciona diretamente com qualidade de vida e adaptação acadêmica, sendo muitas vezes um indicador parte de mais de um conceito, como, por exemplo, a permanência estudantil é um indicador de qualidade de vida, de adaptação universitária e também recurso de *coping*.

A presença ou falta destes recursos afeta não só a avaliação do indivíduo diante da situação estressora, como a percepção se há controle ou não de tal situação, como o leque de estratégias de *coping* passíveis de serem utilizadas pela pessoa (DELONGIS; PUTERMAN, 2007).

Por outro lado, mesmo com a presença de recursos, estes podem não serem utilizados por uma restrição pessoal, ambiental ou mesmo devido ao nível de ameaça do estressor.

As restrições pessoais são os valores culturais e institucionais internalizados pela pessoa, assim como suas próprias limitações psíquicas. O uso de um recurso pode gerar outras situações estressoras, como aceitar ajuda de alguém pode levar a um sentimento de incompetência ou de obrigação, ou mesmo a negação pode advir de desconfiança daquele que oferece ajuda (LAZARUS; FOLKMAN, 1986). Tais situações são comuns em locais em que se valoriza o individual em detrimento do social ou, como exemplos, o produto em detrimento do processo, ou crenças de que um ingressante em mestrado na USP, por ter passado na seleção,

já está apto a realizar uma pesquisa com todos seus pormenores, não necessitando de suporte de banco de dados, de escrita científica, etc.

Restrições ambientais normalmente se devem à finitude dos recursos, como por exemplo dinheiro, ou falta de vagas na creche para filhos de mães pós-graduandas, ou falta de comida, ou de vagas em moradia, etc.

Quanto ao nível de ameaça, é sabido que níveis muito altos prejudicam a cognição, afetando o *coping*, tanto o tipo de estratégia como mesmo sua presença (LAZARUS; FOLKMAN, 1986).

As estratégias de *coping* são, segundo algumas linhas teóricas, classificadas em focadas no problema ou focadas na emoção. Quanto à primeira, são estratégias voltadas para a resolução da situação causadora de estresse, como criar um plano de ação, verificar custos e benefícios, comparar alternativas e colocar o plano em prática. Outras estratégias são voltadas para si, como aprender novas habilidades (DELONGIS; PUTERMAN, 2007; ANTONIAZZI, DELL'AGLIO; BANDEIRA, 1998).

Em relação às estratégias de *coping* focadas na emoção, são aquelas que possuem como meta diminuir os efeitos da reação de *stress*, evitando ou se distanciando do estressor, ou mesmo por meio de fantasias ou uso de substâncias que possam diminuir os efeitos no corpo, ou mesmo encarar o problema de outra forma, de maneira a não percebê-lo mais como estressor (DELONGIS; PUTERMAN, 2007; ANTONIAZZI, DELL'AGLIO; BANDEIRA, 1998).

Ambas as estratégias são mais vinculadas a fatores situacionais do que do indivíduo. A estratégia focada na emoção também pode ajudar que uma estratégia focada no problema tenha sucesso, uma vez que pode acalmar o indivíduo para aplicar uma resolução de problemas, por exemplo (DELONGIS; PUTERMAN, 2007; ANTONIAZZI, DELL'AGLIO; BANDEIRA, 1998).

Nem sempre o *coping* será bem-sucedido. É possível que uma estratégia má utilizada possa criar outra situação estressora, que se somará à situação original.

Vasconcellos (2017) aponta os termos *eu coping* para se referir a estratégias eficazes que podem gerar sentimento prazeroso e *dis coping* para se referir a estratégias não eficazes que podem gerar desconforto. Este mesmo autor aponta que pode haver um ciclo de evolução de uma estratégia, como uma estratégia causar mais *distress* inicialmente, mas resolver a situação posteriormente, criando as relações *eu coping-dis coping* e *dis coping-eu coping*.

Aprofundando ainda mais, as categorias de *distress* e *eustress* podem ser relacionadas com as de  *coping* de maneira a referenciar as mais diversas possibilidades de resultados entre percepção de estresse e aplicação de estratégia. Tais relações são ilustradas no gráfico a seguir:

Figura 3 - Do estresse ao burnout e à resiliência: relações e dimensões



Fonte: Vasconcellos, (2017, p. 290).

O autor aponta que algumas combinações podem levar ao *burnout* ou à resiliência. Ele afirma que o *burnout*, ou exaustão, se deve à uma falha no  *coping*, enquanto que a resiliência se dá pela sua eficácia em relação ao  *distress*.

### 3.4 Sintomas de estresse constante, a síndrome de *Burnout*

Diversos são os modelos das causas e processo de *burnout*, indo de uma concepção individual a uma mais social (BENEVIDES-PEREIRA, 2002). Contudo, alguns autores apontam que *burnout* e estresse ocupacional são conceitos distintos.

Compreendemos *burnout* como uma síndrome que advém do estresse ocupacional, podendo atingir diversas pessoas em suas ocupações. Vale ressaltar o aspecto ocupacional laboral, e não necessariamente profissional ou emprego. Sua relação com o mundo do trabalho é essencial, o que a diferencia de exaustão de estresse de outras fontes. Mesmo situações semelhantes à trabalho, como o estudo (SCHAUFELI et al, 2002), o voluntariado, entre outros, é suscetível a *burnout*. Conforme Schaufeli et al. (2005), o contexto estruturado, coercitivo por natureza e dirigido a um objetivo específico, são similares à trabalho e o são psicologicamente semelhantes, causando uma relação semelhante – o estresse ocupacional.

O conceito de *Burnout*, assim como o de estresse, teve mais de um modelo teórico desenvolvido, contudo, o modelo criado por Christina Maslach na década de 70, é o mais difundido, sendo uma perspectiva social-psicológica. Este modelo tem sido atualizado e expandido até os dias de hoje por outros teóricos, assim como por Maslach e colaboradores (CARLOTTO; CÂMARA, 2004; BENEVIDES-PEREIRA, 2002; TAMAYO, 2008).

Originalmente, o *burnout* era entendido como uma síndrome desenvolvida a partir de estresse ocupacional crônico de profissionais cuja prestação de serviços se dão diretamente com pessoas, como médicos, enfermeiros, psicólogos, professores, bombeiros, etc. Posteriormente, foi verificada que essa suposição era inválida e todo trabalhador poderia sofrer de *burnout*. Sendo assim, os construtos que compõem a síndrome tiveram de ser mais generalizados, e não mais focados no aspecto da relação interpessoal no trabalho. Temos:

- Exaustão: relacionada à fadiga, física ou mental, mas não mais em referência direta à pessoas, à sensação de não ter mais energia, de não suportar mais um dia ou tarefa. Representa a dimensão básica de estresse individual;

- Cinismo: refletindo a indiferença, hostilidade, e atitude distanciada do trabalho em geral, normalmente associada à perda de idealismo, podendo levar à desumanização. É o componente interpessoal do *burnout*;

- Ineficácia profissional: embora muito semelhante à reduzida realização profissional, considera um espectro mais amplo dos aspectos sociais e não sociais da ocupação. Tendo maior foco nas expectativas de eficácia, os sentimentos de fracasso e inadequação são presentes. É o aspecto da auto avaliação (LEITER; SCHAUFELI, 1996; SCHAUFELI et al. 2002; MASLACH, LEITER, 2007; CAMPOS; MAROCO, 2012).

Em oposição ao *burnout*, seguindo as tendências da psicologia positiva, está o engajamento. Considerado um estado positivo, com sentimento de plenitude, relacionado ao trabalho. Seus construtos são:

- Vigor ou estado de alta energia (*vigor; State of high energy*), caracterizado por altos níveis de energia e resiliência mental;

- Dedicção ou forte envolvimento (*dedication; Strong involvment*), caracterizado por um senso de entusiasmo, inspiração, orgulho, desafio e significância;

- Absorção ou senso de eficácia (*absorption; Sense of efficacy*), caracterizado por concentração, satisfação com o trabalho, sensação de leveza, onde o tempo passa rápido enquanto se trabalha (SCHAUFELI et al., 2002; MASLACH; LEITER, 2007).

Como aponta Benevides-Pereira (2002), diversas são as pesquisas que apontam as características pessoais como sexo, personalidade, estado civil, etc. e sua relação com o *burnout* como, por exemplo, a tendência a *burnout* de indivíduos muito motivados ou idealistas, ou de padrão de personalidade tipo A (GIL-MONTE, PEIRÓ, 1997<sup>8</sup> apud, BENEVIDES-PEREIRA, 2002), contudo, para Maslach e Leiter (2007), mais influentes são os fatores do trabalho que o influenciam (incluídas as características do trabalho em si, da organização e as sociais como cultura organizacional, por exemplo), embora ambos devam ser considerados em conjunto.

Autores apontam seis áreas da vida do trabalho que influenciam no que chamam de contínuo *burnout*-engajamento: carga de trabalho, controle, recompensa, comunidade, equidade e valores (TAMAYO, 2008; MASLACH; LEITER, 2007). O *burnout* se desenvolveria pelo descompasso negativo destes indicadores, ou seja, sobrecarga de trabalho, falta de controle, recompensas insuficientes, falta de coletividade, suporte social e confiança, falta de equidade e justiça, e conflito entre valores pessoais com os valores organizacionais.

Diversos autores destacaram aspectos diferentes em suas pesquisas, contudo, hoje temos modelos mais integradores. Para Tamayo (2008), um modelo integrador leva em conta as expectativas e motivações dos indivíduos, o relacionamento interpessoal com os usuários, as características do ambiente de trabalho, as estratégias de *coping*, e os fenômenos antagônicos da relação *burnout*-engajamento.

Conforme Benevides-Pereira (2002), e Tamayo (2008), os sintomas de *burnout* se apresentam como os seguintes:

Sintomas físicos: fadiga constante e progressiva, distúrbios do sono, dores musculares ou osteomusculares, cefaleias, enxaquecas, perturbações gastrointestinais, imunodeficiência, transtornos cardiovasculares, distúrbios do sistema respiratório, disfunções sexuais, alterações menstruais, tremores;

Sintomas psíquicos (afetivos, cognitivos,): falta de atenção e concentração, alterações de memória, lentificação do pensamento, sentimento de alienação, sentimento de solidão,

---

<sup>8</sup> GIL-MONTE, P. Peiró J. **Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse. Madrid: Síntesis**, v. 71, 1997.

impaciência, sentimento de insuficiência, baixa autoestima, labilidade emocional, dificuldade de auto aceitação, astenia, desânimo, disforia, depressão, desconfiança, paranoia, desesperança, ansiedade, baixa tolerância à frustração, hipersensibilidade à crítica, irritabilidade;

Sintomas comportamentais (comportamentais, atitudinais e defensivos): atitude de hostilidade, dificuldade para tomar decisões, agitação, dificuldade para relaxar, frieza, insensibilidade, distanciamento, isolamento, indiferença, cinismo, sentimento de onipotência, absenteísmo, ironia, negligência ou excesso de escrúpulos, agressividade, dificuldade na aceitação de mudanças, aumento em consumo de substâncias, comportamento de alto risco, suicídio, condutas de fuga ou evitação, queda na produtividade, atrasos, acidentes de trabalho, roubos;

Sintomas sociais e do ambiente de trabalho: problemas com clientes, colegas, superiores e subalternos, interferência dos problemas do trabalho na vida familiar, intenção de abandonar o emprego, diminuição de envolvimento com clientes, com o trabalho e a organização.

Muita semelhança se apresenta entre *burnout* e depressão. Alguns debates consideram o *burnout* como uma síndrome que pode causar depressão. Contudo, foi verificado que ambos são quadros diferentes, tendo em comum humor disfórico e desânimo. No entanto, estresse e desenvolvimento de transtornos mentais têm apresentado relação, assim como apresentam indícios de afetar o desempenho e a vida acadêmica. Já quadros depressivos têm sido notados negativamente como incidentes na qualidade de vida (SCHAUFELI et al., 2002; GLASS; MCKNIGHT, 1996; MERLIN; BAPTISTA, A.; BAPTISTA, M. 2004).

Rahe (2007), propõe um modelo em 6 passos para a compreensão do processo de estresse-*coping-burnout*, que resume o exposto anteriormente. No primeiro passo se dá a percepção do que é estresse, baseado nas experiências passadas, suporte social e recursos, o que é percebido, passará no passo 2 pelos mecanismos de defesa inconscientes, no caso de alguns mecanismos como repressão ou negação, por exemplo, o processo não continuaria, mas em outros casos dá-se o passo 3, onde acontecem as respostas psicofisiológicas que ocorrem percebidas ou com consciência, como mudança de humor, dor de cabeça, tensão, ou sem consciência, como aumento da pressão arterial ou cortisol, etc. Tais respostas demandam estratégias de *coping* no passo 4, como exercícios físicos, medicamentos, tentativa de resolução de problemas, entre muitas outras. Neste momento, podemos voltar ao passo 1 (percepção de estresse após *coping*), ou seguir ao passo 5, quando as estratégias de *coping* falham, e surge um quadro crônico derivando as doenças e seus problemas, como sintomas em si, disfunção dos



órgãos, perda de produtividade, absenteísmo, etc, nesse momento pode surgir a necessidade de busca médica, seguindo ao passo 6 – o diagnóstico em si (hipertensão, por exemplo) e tratamento. Um processo normal e saudável se dá até o passo 4.

### **3.4.1 Ansiedade e depressão**

Quando estamos em vias de lidar com uma situação estressante, nosso organismo fica em estado de alerta, de maneira que possamos responder o melhor possível quando surgir o estressor, este estado é chamado de ansiedade. É uma reação de defesa, sobrevivência e proteção, experienciada por todos e normal (SERSON, 2016; SAVOIA, 2009).

Esta experiência se manifesta em sintomas fisiológicos e uma sensação desagradável como batimentos cardíacos acelerados, suor, tensão, secura na boca, tremores, calafrios, urgência para urinar, etc.; em sintomas psicológicos como insegurança, dificuldade de concentração, preocupação, nervosismo, entre outros; além de sintomas comportamentais como ficar inquieto, não conseguir dormir, fugir, paralisar, etc. (SAVOIA, 2009; BERNIK et al., 2012).

Embora universal, a ansiedade vai ser experienciada de maneiras diferentes e em situações diferentes conforme cada pessoa interpreta a situação vivida, diante de um estressor físico ou mental, real ou interpretado como real. Pode também ser aprendida e alguns padrões de comportamento são mais suscetíveis a reações de ansiedade (SAVOIA, 2009; SERSON, 2016).

Quando em excesso, a ansiedade normal pode se tornar crônica e patológica, como ansiedade generalizada com intensidade de sintomas ou transtornos ansioso-depressivos, como pânico, fobias, hipocondrias e somatizações, ou ainda relacionada com condições mais graves, como estresse pós-traumático ou transtorno obsessivo-compulsivo (DALGALARRONDO, 2008; SERSON, 2016; SAVOIA, 2009).

Emoções são um impulso neural para uma ação, sentimento é a capacidade de perceber as impressões mentais que as coisas provocam em si, sendo relacionado com a própria vivência e aprendizado. Dessa maneira, a maneira como aprendemos a lidar com o mundo influenciará também em nossos estados ansiosos (SAVOIA, 2009).

Ansiedade crônica é muito relacionada com pressão e excesso de responsabilidades. No atual mundo globalizado e pós-moderno, cada vez mais um padrão de comportamento estereotipado, voltado para pressão externa e interna, excesso de controle, competição, busca infundável por realização, etc., é reproduzido. Medo de falhar, necessidade de dar conta de todas as tarefas, modelos de status e poder muitas vezes inatingíveis, tentativa de controlar todas as variáveis da vida, exigência de processar uma grande quantidade de informações com rapidez, cobrança em demasia relacionado à um desempenho quase mítico, entre outras situações semelhantes, têm levado as pessoas que seguem tal padrão a uma estafa mental e física, tornando-se irritadiças, apreensivas, angustiadas, agressivas, com falhas de memória, sem vida afetiva e familiar satisfatórias, etc. (SILVA, LAGE, 2009).

Este modelo de vida, ensinado desde cedo às nossas crianças, afeta severamente a qualidade de vida, que se volta para ter e não para o ser. Como exemplo, temos crianças tratadas como miniempresários, com tarefas diversas – escola, esportes, estudo de línguas – sem tempo para brincar, para o ócio, tão necessário para o desenvolvimento. Vemos cotidianamente, uma criança de 6 anos de idade, ao ingressar na escola, ter de realizar 18 provas anuais, por exemplo (ASSUMPCÃO JR, 2010). Esse padrão parece continuar para o resto da vida, na universidade, no emprego, até mesmo nas relações pessoais, cada vez mais reforçado pelo poder econômico, como atualmente vemos em nosso país uma contrarreforma da previdência, devendo uma pessoa trabalhar até 49 anos para se aposentar. Como evitar a ansiedade patológica se ela parece ser um problema sistêmico?

Já no que se refere à depressão, esta é considerada uma doença, um desequilíbrio ou transtorno mental. Diversos são os tipos de depressão e seus sintomas associados, sendo tais de intensidade leve, moderada ou severa. Características comuns, conforme DSM-V (2014, p. 155), são “humor triste, vazio ou irritável, acompanhado de alterações somáticas e cognitivas que afetam significativamente a capacidade de funcionamento do indivíduo”. Falta de vontade, de energia e prazer, confusão, ideias negativas, dentre variados sintomas e combinações dos mesmos.

Considerada a quarta principal causa de incapacitação no mundo e prevista para se tornar a primeira até 2030. Atualmente cerca de 350 milhões de pessoas sofrem de depressão em todo o planeta. Pouquíssimas pessoas, sendo em alguns países menos de 10% , recebem tratamento (WHO, 2016; OMS/OPAS 2001).

A depressão doença não deve ser confundida com estados depressivos, uma vez que este estado pode ou não ser parte do considerado doença. Estados depressivos são naturais e possuem uma função adaptativa à vida humana, como um momento de recuperação de algum estresse sofrido, como a morte de um ente querido ou alguma violência sofrida, ou ainda no isolamento na cura de fadiga física ou mesmo estresse psíquico. No entanto, assim como na ansiedade e no estresse, a desproporção de um estado depressivo que se torna problemática (SERSON, 2016).

Damous (2012) chama atenção ao perigo de “patologizar” os estados depressivos constituintes e inerentes à vida psíquica, evitando todo sofrimento psíquico, comumente por meio de fármacos, evitando assim o desenvolvimento mais profundo da subjetividade e do próprio aparelho psíquico, na interface entre a realidade e o princípio do prazer.

Muito são os fatores de predisposição à depressão, ou seja, que nos deixam mais ou menos vulnerável a esta condição, sendo eles biológicos, psicológicos e sociais, e complexos. Serson (2016., p.15) realiza uma analogia com seus pacientes para explicar momentos de estresse e depressão: a imagem do coqueiro e do vendaval:

Há um tremendo estresse, o coqueiro se dobra com a tempestade, às vezes perde umas folhas, mas torna a ficar em pé. Porém, algumas pessoas, em certos momentos frágeis, assim como certas árvores, mesmo com uma ventania não tão forte, quebram. A tempestade passa e elas não se levantam. Há uma ruptura.

Podemos considerar a curvatura da árvore na tempestade como um estado depressivo e sua ruptura como depressão.

Sintomas e transtornos de depressão e ansiedade costumam estar relacionados entre si, assim como relacionados com males como fobias, transtorno do pânico, somatizações e hipocondrias. Uma vez que o desequilíbrio psíquico se reflete no corporal, é muito comum o acúmulo de diversos sintomas e doenças associadas à depressão (SERSON, 2016; VIEIRA, 2016).

Os sintomas de ansiedade, estresse e depressão são muitas vezes semelhantes ou mesmo interligados. Muitas vezes fica claro para uma pessoa que sofre, e também para as pessoas a seu redor, de que algo não está bem, se vive em sofrimento psíquico constante, que afeta toda sua vida, mas não se sabe muitas vezes o que ou a razão.

Embora haja características biológicas, assim como da personalidade e da constituição psíquica e de conflitos não elaborados, por exemplo, que influenciam em estados ansiosos e depressivos, o quanto que vivências de estresse constante também influenciam o emergir destas características? Tal pergunta é realizada pensando na responsabilidade da comunidade e cultura acadêmica no mal-estar de seus membros, em vez de centrarmos no tradicional individualismo e culpabilização do sujeito por seu próprio bem-estar. É de suma importância garantir recursos de *coping* e de fatores de resiliência. O quanto é possível evitar, amenizar este incômodo por meio de políticas e serviços de apoio ou mesmo de organizações para repensar o “*modus*” acadêmico? Ou ainda de garantir algum tipo de apoio para aquele que sofre, mas não está (e nem precisa estar) em uma categoria nosográfica e não tem como ou aonde conseguir algum tipo de apoio?

## 4 O MEIO ACADÊMICO

Apresentaremos o conceito de adaptação acadêmica, o histórico e contexto da pós-graduação no Brasil e na USP e por fim estudos realizados sobre o mal-estar em pós-graduandos e universitários.

### 4.1 Adaptação acadêmica

A despeito da complexidade de indicadores de desistência e adesão, do contexto político, cultural e das relações de poder onde se dão as atividades acadêmicas, entende-se que aqueles que concluem o processo da pós-graduação são aqueles que responderam positivamente a chamada “adaptação acadêmica”. A depender do autor, chamada de ajustamento, resiliência, integração ou adaptação, tem como ideia central a qualidade da resposta às demandas acadêmicas (FELDT; GRAHAM; DEW, 2011; SANTOS, PERRONE; DIAS, 2015, TEIXEIRA, et al., 2008; MARTIN; MARSH, 2006).

Feldt, Graham e Dew (2011, p. 92) apontam numerosos construtos relacionados à adaptação, contudo, ainda assim, limitados, como: “ajustamento psicológico, doença mental, ansiedade, depressão, irritabilidade, humor, *coping*, adaptação positiva, satisfação, funcionamento psicológico efetivo e bem-estar.” Obviamente, estresse e qualidade de vida também são relacionados.

Diversos autores apontam que os fatores que constituem a adaptação acadêmica são múltiplos. (CREDÉ; NIEHORSTER, 2012, FELDT; GRAHAM; DEW, 2011, IGUE; BARIANI; MILANESI, 2008, POLYDORO et al., 2001, KERNAN; BOGART; WHEAT, 2011, CANTWELL et al. 2012). Santos, Perrone e Dias (2015) os organizaram em três grandes grupos: os fatores pessoais, institucionais e relacionais.

Os fatores pessoais englobam as condições físicas e psíquicas, sendo tanto o bem-estar quanto mal-estar, assim como condições financeiras e condição social. Os fatores relacionais se referem à socialização do discente com seus pares, com os professores e orientador, e formação de laços sociais, adotando valores, atitudes, normas para adesão a tal grupo, assim como as relações afetivas com amigos de fora da universidade e familiares. Por sua vez, quanto aos fatores institucionais, embora a responsabilidade de adaptação e formação ao curso seja individual, a universidade tem papel fundamental nesse processo, com uma orientação clara e

de fácil acesso sobre processos burocráticos, estrutura e funcionamento do programa, comissões, etc., assim como prédios, laboratórios, bibliotecas e recursos eletrônicos bem equipados e acessíveis. E ainda suporte a serviços de aconselhamento, moradia estudantil, alimentação, transporte e outros (ALMEIDA; FERREIRA<sup>9</sup>, 1999 apud SANTOS; PERRONE; DIAS 2015; GARDNER, 2000; IGUE; BARIANI; MILANESI, 2008, TEIXEIRA, 2008).

Podemos perceber a relação, ou mesmo a semelhança, entre conceitos como estresse, *coping*, resiliência, *burnout*, qualidade de vida e adaptação acadêmica.

No caso da qualidade de vida, no WHOQOL – bref, temos os domínios social, psicológico, físico e do meio-ambiente, presentes aí, enquanto facetas, também as questões de crenças pessoais e nível de independência. A adaptação acadêmica traz fatores pessoais, institucionais e relacionais. Os processos de estresse e *coping* são parte do contínuo entre resiliência e *burnout*. Nossa percepção do que pode ser estressante, assim como a elaboração do *coping*, dependem da nossa história de vida, do meio social e cultural no qual vivemos, da nossa personalidade, da nossa constituição genética, da nossa visão de mundo, do nosso acesso a serviços básicos, do suporte social, etc. Diversas pesquisas apontam que existem fatores de risco para *burnout* ou fases de exaustão de estresse, assim como apontam fatores de promoção de engajamento no trabalho, resiliência e *eu coping*.

A teoria de estresse é entendida como uma teoria de adaptação, que envolve os conceitos supracitados. Ao compreender que o estresse é parte essencial da vida, é possível também analisar quais aspectos deste processo são saudáveis ou não, assim como as estratégias de enfrentamento, etc., em nível macro ou micro. Não é nosso objetivo fazer esta análise aprofundada, contudo, como pesquisa exploratória, é necessário compreender, ao menos que superficialmente, algumas engrenagens desta complexa relação.

Compreendemos ainda, que esta teoria pode trabalhar em consonância com abordagens teóricas diversas. Percebemos também pontos semelhantes com a teoria de adaptação de Simon (2005, 2010).

Conforme Simon (2005, p. 24), adaptação é “... o conjunto de respostas de um organismo vivo a situações que a cada momento o modificam permitindo a manutenção de sua organização, por mínima que seja, compatível com a vida”. A adequação da adaptação se refere

---

<sup>9</sup> Almeida, L. S. & Ferreira, J. A. G. (1999). Adaptação e rendimento acadêmico no ensino superior: fundamentação e validação de uma escala de avaliação de vivências acadêmicas. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 1, 157-170.

a “adequado”, quando resolve, gratifica e não cria conflitos; “pouco adequado” quando atende dois destes critérios e “pouquíssimo adequado” quando apenas resolve. Quando não há solução para o problema, o sujeito se encontraria em crise adaptativa.

Ainda, as áreas da adaptação se dividem em quatro setores, afetivo-relacional, produtividade, sociocultural e orgânico (SIMON, 2005). Mesmo sem entrar em detalhes, podemos perceber a semelhança entre domínios de qualidade de vida e adaptação acadêmica, assim como podemos compreender que lidamos com *coping* perante estressores.

Outros autores, como Pichon-Riviere (2009) e Knobel (1989), consideram que a doença surge no fracasso da tentativa de adaptação do sujeito ao meio, afetando sua aprendizagem e até mesmo funções egóicas. Em outra orientação, Maslow (1970), aponta que o sujeito está em processo adaptativo constante, em relação, e muitas vezes disputa, com o meio, procurando realizar suas potencialidades e necessidades até uma dimensão de autorrealização.

No contexto de adaptação, normalidade e saúde, Knobel (1989) considera que a saúde mental é capacidade que o ser humano tem de viver dentro dos limites impostos por seu físico, com outros seres humanos, sentindo-se feliz, produtivamente e sem ser um estorvo, contudo, esta deveria ser uma adaptação crítica e não submissa.

Infante (2005), adverte que há de se tomar cuidado com a definição de adaptação positiva, uma vez que esta possui conotações ideológicas: o que é positivo para este contexto, para esta instituição? O que é apropriado para esta faixa de desenvolvimento? Nem sempre o imposto como positivo, o é de fato. Na USP, são comuns relatos de discursos institucionais e de docentes de que é normal ficar sem dormir para estudar, ou sem lazer, sem contato familiar, etc. Em contrapartida, com frequência são expostos pôsteres feitos por discentes com dizeres como “não é normal ter depressão por causa dos estudos, não é normal ficar sem dormir por causa da faculdade”, etc.

O processo de pós-graduação é comumente considerado estressante, pela necessidade de longas horas de estudos, desenvolvimento de atividades complexas, cobrança de produtividade intensa, etc. (SANTOS; PERRONE; DIAS, 2015). Podemos supor, que, diante de estressores prolongados, favorecidos pela cultura organizacional, condição política, financeira, etc., ou seja, fatores de risco; falta de fatores de prevenção e promoção de *eu coping*, resiliência, etc.; ao longo do tempo, a performance de um pós-graduando pode diminuir, assim como o aumento de sintomas, devido a conjunção de fatores envolvidos. Embora sejam necessários estudos que comprovem a relação ou mesmo equivalência de construtos como

qualidade de vida e adaptação acadêmica, consideramos que a qualidade de vida na academia, que se traduz nas condições adequadas para um desenvolvimento e aproveitamento adequado e saudável do processo de pós-graduação, são semelhantes.

## **4.2 A pós-graduação no Brasil e na USP, uma breve contextualização**

Compõe a história da pós-graduação no Brasil que nos levou ao atual momento, seguida da crise e visões políticas dos últimos anos, além da caracterização da pós-graduação na USP.

### **4.2.1 Breve história da pós-graduação brasileira**

Embora a pós-graduação *Stricto Sensu* já existisse, sua criação oficial no Brasil se deu muito tardiamente, apenas em 1965 (BALBACHEVSKY, 2005), pelo parecer 977, conhecido como parecer Sucupira por conta do seu principal relator, Prof. Newton Sucupira.

Segundo Agopyan (2016), foi adotado o modelo americano de créditos e áreas de concentração, com alunos em tempo integral e treinamento em docência para doutorandos. O autor afirma que a USP já estava preparada para esse modelo, pois, dentre as diversas atividades, priorizava a pesquisa. Realidade que temos ainda hoje.

Agopyan (2016), vice-reitor da USP na época, hoje atual reitor, afirma que dois são os pilares fundamentais da pós-graduação: o planejamento, via Planos Nacionais de Pós-Graduação (PNPG), e a avaliação que define as áreas prioritárias, ambos realizados pela CAPES.

Em 11 de julho de 1951, o decreto nº 29.741 criou a CAPES. Sua principal função era a concessão de bolsas de estudo. Depois do golpe militar de 1964, houve drástica redução da já pequena quantidade de bolsas, de mais de 100 para menos de 20. Isso se devia aos recursos reduzidíssimos para educação, divididos entre ensinos primário, secundário e superior. Posteriormente, foi fixado orçamento para a CAPES e feito empréstimo junto ao Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID). A CAPES, nesta época, já privilegiava áreas de exatas e tecnologia, sobretudo com foco em agricultura. A presidente da época, Suzana Gonçalves, afirma: “E um percentualzinho, só para não dizer que não havia nada, para as ciências humanas e sociais; foram sempre preteridas” (CAPES, 2011, p. 10). No mesmo ano, foi criado o Conselho Nacional de



Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pela lei Nº 1.310 (BRASIL, 1951). Ambas as criações seguiram um modelo nacionalista que buscava deixar de lado financiadores internacionais como Ford e Rockefeller, para financiar pesquisa pública no próprio país. Antes, no período do Estado Novo, esse teve como objetivo o de promover industrialização sem abalos sociais” (FAUSTO, 2008). Durante a época da Segunda Guerra Mundial, foram criados fundos de pesquisa para a Defesa Nacional, para campos de telecomunicações, produção de aços especiais, equipamentos aeronáuticos e bélicos, etc. (SCHMIDT et al., 2010), que foram a pedra fundamental para fundação do Fundo de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), posteriormente. Dessa maneira, começamos a perceber uma tendência entre os objetivos governamentais, fomento e desenvolvimento de pesquisas.

Durante o período da ditadura militar, ainda havia o veto ideológico que proibia bolsas a cerca de 5% do total requisitado, verificando o perfil do pesquisador requisitante, se fez parte de greve ou organização política, etc. (CAPES, 2011).

Contudo, o período militarista nacionalista teve apoio das lideranças científicas, majoritariamente de esquerda, no desenvolvimento científico e tecnológico. A ideia de fomento à pesquisa era de quebrar o cerco tecnológico e a dependência do Brasil de outros países nesse sentido. No entanto, o setor empresarial teve pouco interesse em se arriscar na produção de novas tecnologias. Dado o investimento e boas condições das universidades, os profissionais pós-graduados acabaram se voltando à academia e à pesquisa (BALBACHEVSKY, 2005).

Os Planos Nacionais de Pós-Graduação (PNPG) definiram metas para a pós-graduação no Brasil. O plano atual (2011-2020), é o primeiro a ser incorporado no Plano Nacional de Educação (PNE). Conforme o último presidente da CAPES, Jorge Almeida Guimarães: “A proposta é de aumentar o número de doutores por mil habitantes de 1,4 para 2,8 em 2020, ter titulado 150mil doutores e 450 mil mestres no período, além de posicionar o Brasil entre os dez países maiores produtores de conhecimentos novos” (CAPES, 2011, p. 38). Entre outras propostas, está a de priorizar formação para educação básica e para área de tecnologia, consideradas com defasagem de pessoal qualificado, estimular a interdisciplinaridade, programas e linhas de pesquisa que compartilham problemas e convergem temas, formação diversificada, etc., e aumento da publicação científica, de maneira a concorrer com países de primeiro mundo. Compreendemos que a defasagem nas áreas supracitadas se dá pois a área acadêmica e a área de educação básica carecem de diversos incentivos, sobretudo financeiros. No caso da tecnologia, é uma área que o mercado possui interesse, diferentemente da área de humanas, onde a maior parte dos profissionais muitas vezes tem de se dirigir à área acadêmica

para poder ter emprego, sendo uma área com excesso de profissionais e falta de investimento. Ainda compreendemos que a tendência em acadêmicos generalistas acompanha a tendência global e de mercado, que busca, por exemplo, gerentes que possam administrar grandes sistemas de informação e pessoal ao mesmo tempo.

Os cursos de pós-graduação são avaliados desde a década de 80 pela CAPES. Atualmente todos os cursos devem ser aprovados e avaliados por ela a cada quatro anos, com critérios que variam de 1 a 7. Sendo 1 e 2 não aceitável, 3,4 e 5 adequados e 6 e 7 de excelência e impacto internacional. As maiores verbas são destinadas aos programas com maiores notas (AGOPYAN, 2016). Uma das inconsistências desta avaliação é de que nem todos os programas podem ter notas 6 ou 7, pois não há verba para todos os programas, sendo assim, temos um sistema competitivo. Muitíssimos são os critérios de avaliação, contudo, nem sempre claros para professores, discentes e mesmo para coordenadores de programas. No entanto, é sabido que boa parte do peso avaliativo é destinado à publicações, avaliadas, por sua vez, pelo Qualis periódicos, sistema que avalia a nota do periódico por área, por meio de diversos critérios, como fator de impacto e internacionalização. Pela extensão do assunto, não entraremos em detalhes, contudo, ressaltamos que a insistência por maior número de publicações aumentou, de fato, a quantidade, aumentando também a pressão sob programas, professores e discentes pela produtividade com foco no produto, e não no processo. Conhecido em geral pelos programas, mas eventualmente em publicações, como “publicar ou perecer”. Para maiores detalhes sobre Qualis, recomendamos a leitura de Barata (2017).

Antes do modelo americano, reproduzíamos o modelo europeu de cátedras. Como afirma Balbachevsky (2005, p.277):

O elemento central desse modelo era a relação tutorial que se estabelecia entre o professor catedrático e um pequeno grupo de discípulos, os quais também atuavam como auxiliares do professor nas atividades de ensino e/ou pesquisa. Nesse formato, o treinamento era bastante informal e estava centrado no desenvolvimento da tese. A autoridade acadêmica do professor era absoluta: apenas a ele cabia estabelecer o conteúdo e o volume das atividades acadêmicas a serem cumpridas pelos candidatos antes da defesa da tese. Da mesma forma, era esse professor quem determinava quais questões e métodos de demonstração eram aceitáveis para uma dissertação e quais técnicas eram admissíveis para a pesquisa.

Para Dos Santos (2003) uma das contradições é a de que apesar de termos importado o modelo americano, ainda reproduzíamos o modelo europeu. Ressalta ainda que este último marcou muito a USP. De fato, é muito comum encontrarmos o modelo centralizado em volta

de professores que detém toda, senão boa parte, da autoridade acadêmica, delegação de aulas e outras atividades para seus assistentes, funcionários do departamento e pós-graduandos, assim como treinamento informal voltado para produção da dissertação ou tese. Sendo assim, podemos considerar que temos um amálgama de modelos, com a estrutura americana, avaliação e exigência europeus não-anglo-saxões e o baixo prestígio dos mestrados americanos.

O autor ainda aponta algumas inconsistências no modelo de pós-graduação adotado como a reprodução de modelos de países desenvolvidos, e a internacionalização, que se traduz na publicação nos periódicos destes países, acaba por se traduzir em responder às necessidades dos países centrais, em detrimento, muitas vezes, da necessidade doméstica e da nossa comunidade, inclusive falhando em avaliar o quão, de fato, é necessário um cientista ou uma ciência específica para nosso país. Ou ainda, adotar o mesmo modelo de internacionalização para todas as áreas, sendo muito adequadas para ciências exatas e biológicas, por exemplo, mas não para especificidades culturais e locais das ciências humanas, como aponta:

Como tornar viável a publicação internacional de um trabalho sobre os índios caiapós ou sobre o movimento dos sem-terra no Pontal do Paranapanema? Há, efetivamente, interesse das editoras estrangeiras por esses temas”? (DOS SANTOS, 2003, p. 631).

Dos Santos (2003) critica também o rigor de nossos mestrados, entendidos como pequenos doutorados, que demandam muito esforço e investimentos para serem produzidos, e pouca valia possuem internacionalmente – outra contradição num modelo que entende excelência como internacionalização.

#### **4.2.2 Os Últimos Anos**

Embora a pós-graduação tenha sido implementada tardiamente, seu crescimento tem sido exponencial. Em 1976 possuíamos 673 programas de pós-graduação reconhecidos e em 2016 temos 4311 programas provendo 6438 cursos, entre mestrado acadêmico, mestrado profissional e doutorado, reconhecidos pela CAPES tendo matriculado, no ano de 2015, 121.451 alunos de mestrado, 102.365 alunos de doutorado e 27.865 alunos de mestrado profissional (CAPES, 2016a; CAPES, 2016b).

Do total de pós-graduados no país, na proporção de gênero e idade, no caso de mestres e doutores, a maior parte são mulheres até 59 anos, no caso de mestres e até 44 anos no caso de doutores (CNPQ, 2016).

De 2009 a 2014, a população de mestres cresceu 60,6%, de 277.351 a 445.562, dos quais apenas 293.381 estavam empregados formalmente. Uma taxa que diminuiu de 66,7% em 2009, para 65,8% em 2014 (CGEE, 2016).

No caso de doutores, no mesmo período, o crescimento foi de 70,42%, de 98.665 a 168.143 titulados. A taxa de emprego aumentou pouco, de 74,8% para 75,5% (CGEE, 2016).

Como apontado, a pós-graduação e a formação de mestres e doutores teve crescimento exponencial nas últimas décadas, assim como foram criadas diversas Universidades e campi públicos nas últimas duas décadas.

Por outro lado, a crise, aliada a políticas de redução de gastos, má administração, sucateamento da educação e da ciência, etc., acabou por gerar mais pós-graduados do que o mercado absorve. Sendo ele público ou privado, acadêmico ou não. Muitas vezes, no setor privado, mesmo para áreas nas quais possa haver interesse em pós-graduados, esses são considerados superqualificados e dispensados pelas empresas. Começamos a notar que embora a formação tenha aumentado, a criação de vagas não aumentou proporcionalmente gerando pessoas qualificadas, mas desempregadas.

A própria formação de pesquisadores tem sofrido com os cortes de verbas e bolsas, falta de reajuste nas bolsas em mais de 10 anos, as quais nunca incluíram direitos trabalhistas, embora sejam acompanhadas de contrato de exclusividade. Os cortes estão levando até mesmo ao fechamento de cursos de graduação, programas de pós-graduação e laboratórios (OLIVEIRA, 2017).

Em 2017, o corte no orçamento de 6 bilhões para o Ministério da Ciência, Tecnologia, Inovações e Comunicações (MCTIC) foi de 44%, levando a 3,2 bilhões. Em 2018, foi aprovado 4,8 bilhões, que sofreu corte de cerca de 10%, indo a 4,1 bilhões, sendo que, cerca de 700 a 800 milhões são destinados à comunicações e não à ciência. Somados à emenda constitucional que congelam os gastos públicos por 20 anos, temos um retrocesso de pelo menos 12 anos atrás, que se traduzirá em muito mais tempo se levarmos em conta o impacto gerado. Sem contar a venda, ou tentativa de venda, de grandes empresas nacionais, parceiras de universidades como a Petrobrás e a Embraer, claramente, o desmonte da ciência faz parte do desmonte do país,

afetando a nossa soberania nacional, uma vez que a ciência e tecnologia são áreas estratégicas de desenvolvimento (KLEBIS, 2018; LEWER, 2017; ANGELO, 2017a; ANGELO, 2017b, ANGELO, 2016).

Conforme Helena Nader, ex-presidente da Sociedade Brasileira Para o Progresso da Ciência (SBPC) e Luiz Davidovich, presidente da Academia Brasileira de Ciências (ABC), encarar a ciência como despesa e não investimento, nos levará a uma era de atraso científico e tecnológico onde serão necessárias décadas para nos recuperarmos. Também tem ocorrido a fuga dos pesquisadores do país, levando anos de investimento e perda do chamado capital intelectual (CARNEIRO, 2017; LEWER, 2017).

No mercado acadêmico privado, após a reforma trabalhista que retirou diversos direitos dos trabalhadores, diversas universidades e faculdades demitiram centenas, e mesmo milhares, de professores universitários (BASILIO, 2017).

Neste contexto, cada vez mais são frequentes notícias e relatos de pós-graduandos e pós-graduados, muitas vezes com títulos estrangeiros, dependendo financeiramente da família, em subempregos, atuando em áreas que exigem apenas ensino médio como garçom, vendendo doces, freelances diversos, etc. Uma alternativa comum, como as bolsas de pós-doutorado, também se tornaram algo escasso, com diminuição do número de bolsas e aumento da procura (MACHADO, 2018; SAYURI, 2018a; SAYURI, 2018b). Não pretendemos dizer que esta é a regra ou a maioria dos casos, mas uma realidade que cotidianamente nos defrontamos.

Não obstante, temos a fundação do primeiro instituto privado de pesquisa, criado por Moreira Salles, que dos 15 milhões de Reais que serão destinados a financiamentos, nenhum centavo será destinado às ciências humanas, fortalecendo um projeto de ciência específico. Ao tempo que ainda possuímos perseguições ideológicas contra pesquisadores, como, por exemplo, o caso da perseguição ao grupo de estudos marxistas da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) (ALVES, 2017; ADUFES, 2017).

Tal conjuntura, aliada à uma visão cultural de que pós-graduação é apenas estudo e não trabalho, além dos problemas estruturais da pós-graduação em si, podem favorecer problemas como ansiedade, depressão e mesmo o suicídio, se levarmos em conta que temos pouco ou nenhum controle sobre este tipo de estressor. Casos como estes têm sido cada vez mais frequentes na academia e cada vez mais noticiados, embora o tabu sobre o tema ainda exista. Na USP, anualmente existem tentativas ou mesmo casos de suicídio entre graduandos e pós-

graduandos, nem sempre divulgados na mídia. Em 2017, um doutorando se suicidou dentro do laboratório no próprio departamento (MORAES, 2017).

Também frequentes, são notícias ou blogs sobre os assuntos estresse, ansiedade, depressão, bloqueio na escrita, dificuldades com o orientador, síndrome do impostor, e outros. Na rede social *Facebook*, existem grupos de pós-graduandos com depressão, que discutem alternativas de como se ajudar. Frequentes são relatos de abuso de poder de professores, abuso moral, machismo, racismo, homofobia, dificuldades com escrita, pressão por desempenho e produtividade, competitividade, além de abuso de remédios, tentativas de suicídio, depressão, pânico, sentimento de desvalorização, vontade de abandonar tudo, etc. (JUNTA, 2017). Em contrapartida, comuns são as sugestões de psicoterapia, meditação, acupuntura, atendimento psiquiátrico ou mesmo trancamento da matrícula. No jornal Folha de São Paulo, após publicar matéria sobre saúde mental na pós-graduação, 272 relatos de pós-graduandos de todo o país em sofrimento psíquico relacionado com questões da pós, foram recebidos (MORAES, 2017b). Outros jornais começaram a publicar relatos de pós-graduandos em dificuldades diversas, com orientador, ou com sintomas, etc. (SOUZA; NASCIMENTO, 2018; DRECHSEL, 2017). Assim como análises da cultura da comunidade acadêmica, muitas vezes baseada no status, competitividade, abuso de poder, etc. (PINHEIRO-MACHADO, 2016). Comunidades e grupos de pós-graduação também têm produzido, frequentemente, *memes* com temáticas da vivência pós-graduanda. Entendidos como uma comunicação voltada ao humor, mas que traduz a realidade diária, nem sempre engraçada, como questões de se sentir perdido, sem orientação, sem suporte institucional, estressados, sem dinheiro, sem reconhecimento, etc. Também tem aumentado o número de publicações científicas ou artigos em revistas como *Nature* e Pesquisa FAPESP. Impulsionados por alguns estudos acadêmicos internacionais e pela vivência diária nesse meio, o tabu sobre este tema tem sido deixado de lado.

Diante desta realidade, a Folha de São Paulo enviou a pergunta “qual é o diagnóstico da instituição sobre a saúde mental de seus alunos de pós-graduação?” para 19 universidades públicas, das quais sete afirmaram não possuir um, seis não responderam e seis manifestaram preocupação com o assunto mas não emitiram resposta concreta (MORAES, 2017c). Podemos então perceber que, mesmo que haja discussões, as universidades não estão preparadas para lidar com este problema, e não existe uma cultura que sequer entenda sofrimento psíquico como um problema. Este problema poderia ser minimizado com diversas ações em conjunto, desde oficinas destinadas à escrita até ao atendimento psicológico, muito embora ressaltamos que seriam ações para minimizar.

Todos estes relatos, podem ser compreendidos com uma sintomática advinda de um contexto cultural-organizacional. O período de pós-graduação pode ser um período de crise e mesmo de desafios e algum estresse e ansiedade são, inclusive, saudáveis até certo ponto. Também é esperado que haja adoecimento de alguns discentes, uma vez que existe a vida pessoal e características individuais que podem levar a isso. Levamos em conta também, que males como ansiedade, estresse e depressão, e mesmo o suicídio, atingem o mundo todo e estão intimamente relacionados ao sistema vigente, contudo temos percebido não só pelos relatos, mas pelas pesquisas a seguir apresentadas, um desvio do que se esperaria do “normal”, mesmo nessa sociedade adoecida.

Essa realidade não é exclusiva do Brasil, se apresentando, inclusive, em países de primeiro mundo. Notícias apontaram que nos Estados Unidos, há estudantes em situações precárias de moradia, alimentação, pobreza, etc. (BBC BRASIL, 2018). No Japão, o Ministro da Educação recomendou às universidades que fechem os cursos de humanidades e sociais, incluindo cursos de Direito e Economia, de maneira que a produção científica seja voltada para produção de tecnologia e às “reais” necessidades da população, criando atrito com a comunidade acadêmica e resistência por parte de algumas das melhores universidades do mundo (BASSO, 2017). Dessa maneira, ressaltamos que muito mais se desvela ao se olhar sobre o tema do adoecimento de pós-graduandos, de maneira que não é possível ao menos considerar as complexas relações políticas, locais e mundiais que tem levado a um padrão de “excelência” nas pesquisas e universidades, com critérios e rankings com foco na internacionalização, o que, por sua vez, cria à universidade novos modelos e finalidades baseados no modelo de lucro do sistema capitalista (THIENGO, 2018).

No que se refere à evasão, conforme a Folha de São Paulo (MAIA, 2014), a desistência total de cursos de pós-graduação no Brasil chega a 11,5%, sendo esta a realidade da Universidade de São Paulo no período de 2009 a 2013, e da Universidade Federal de São Carlos em 2013, tendo o programa de Matemática Aplicada e Computacional da Universidade de Campinas atingido 70% de evasão. Alguns pró-reitores apontam o baixo valor e baixo acesso a bolsas de estudo como principal causa.

### 4.2.3 O contexto e os números USP

A USP é considerada uma das melhores universidades da América Latina e do mundo. Conforme ranking da *Times Higher Education*, a USP é a segunda melhor da América Latina pois a Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) tem mais citações em trabalhos internacionais e transfere mais conhecimento para indústria, conforme Phil Baty, editor do ranking (BBC BRASIL, 2017). Contudo, conforme o *Academic Ranking of World Universities* (ARWU, 2017), a USP é colocada como uma das 200 melhores do mundo (estando no grupo entre 151º e 200º) e a melhor da América Latina.

Criada em 1934, a partir de mobilização de intelectuais que se reuniam no jornal o Estado de São Paulo, assinada pelo interventor federal do Estado, Armando Salles de Oliveira, considerava a formação das classes dirigentes, pela investigação científica e pela cultura livre. Seu primeiro objetivo foi o de “promover, pela pesquisa, o progresso da ciência”, mas também o ensino, a formação de especialistas e técnicos em todas as áreas e a vulgarização de ciências, letras e artes., entre outros (BRASIL, 1934, p .1).

Conforme Schmidt et al. (2010), o tripé inicial foi o de ensino, pesquisa e extensão, e podemos considerar que ainda o é hoje em dia. O lema do brasão da USP é “*Scientia Vincet*” ou “Vencerás pela Ciência”. Como apontado, a USP funcionava por modelo de Cátedras, principalmente com base nos modelos alemão e francês, e em grande parte acompanhou as tendências nacionais desenvolvimentistas. Sua população sofreu grande repressão e perseguição durante a ditadura militar, contudo, neste meio foram criadas resistências de acadêmicos e estudantis, no entanto, com instauração do Ato institucional Nº 5, ocorreram muitas demissões, afastamentos, e muitos de seus alunos e acadêmicos foram exilados ou desapareceram. Em 1962, em resposta à manifestações estudantis, todos os cursos foram fechados. Mas em 1965, mesmo durante a ditadura, houve a instauração do parecer Sucupira, o qual alterou o sistema de funcionamento da pós-graduação (MOTOYAMA, 2006). Todo este contexto histórico ainda reverbera no funcionamento da USP nos dias de hoje, seja ideologicamente, na cultura organizacional e/ou burocraticamente.

Referente à pós-graduação, possuía em 2016, 222 programas, dos quais aproximadamente 28% possuem nota 5, 25% nota 4, 20% nota 6, 19% nota 7 e 8% nota 3; sendo números bem mais expressivos do que a média nacional, com meta expressa de aumentar a nota de todos os programas que não possuam nota 7. Neste ano, 6.970 títulos (3879 mestres e 3091 doutores) foram outorgados, sendo 5,16% para estrangeiros. Foram 30.000 alunos



matriculados, além de 7.541 (20,06%) alunos especiais, sendo 14.106 do mestrado e 15.894 do doutorado, 30.75% do total da população USP, estando a maior parte, 69,56%, na cidade de São Paulo. Entre o total de alunos da pós-graduação, 18.527 são do sexo masculino e 19.014 do sexo feminino e 1.819 são estrangeiros. Foram fornecidas, dentre as diversas agências de fomento (CNPq, CAPES e FAPESP), 11.677 bolsas de mestrado e doutorado. O total de pós-graduandos titulados soma 128.201, destes 77.813 mestres e 50.388 doutores (CARLOTTI JUNIOR, 2016, UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, 2017).

A USP está localizada em diversas unidades espalhadas pelo estado de São Paulo em 7 cidades, embora possua estações de pesquisa também em Rondônia e Paraná. A cidade de São Paulo possui a maior parte de pesquisadores e instituições de ensino, divididos entre a Cidade Universitária Armando Salles de Oliveira, o Complexo de Saúde, Faculdade de Direito e a USP Leste, além de diversos centro de pesquisa, artes, e museus (UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, 2018).

A Cidade Universitária, localizada na Zona Oeste de São Paulo, no bairro Butantã, foi inaugurada em 1968. Embora não sejam divulgados os números de sua população, se levarmos em conta o número de pós-graduandos matriculados por programa de origem na cidade universitária (que leva em conta alunos especiais), temos 19.979 pós-graduandos. Conforme o Serviço de informação ao Cidadão (SIC USP, 2018), 846 alunos foram desligados sem concluir o processo de pós-graduação, sendo 529 deles de programas localizados na Cidade Universitária. Não é divulgado o número exato de alunos de mestrado e doutorado *stricto sensu* da Cidade Universitária (UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, 2017).

Notável é a importância da USP na história brasileira, no processo de formação de cientistas, beletristas e artistas, assim como na produção e publicização de ciências, letras e artes no Brasil e no mundo. Contudo, a USP não é imune e depende de políticas públicas, das agências de fomento, de movimentos políticos, modas e tendências científicas e de mercado, assim como os diversos problemas que acompanham a pós-graduação, sendo, muitas vezes, uma reprodutora destes problemas e posições que afetam o processo formativo e a produção científica e artística.

Para o atual reitor (AGOPYAN, 2016), tal crescimento no número de titulados é uma exigência do século XXI, que necessita de profissionais altamente qualificados para desenvolver o país e atuar em empresas, indústrias, no governo, criando políticas públicas de

qualidade, na academia e no terceiro setor. Contudo, não é a realidade que temos vivenciado, ao menos nos últimos anos.

Na USP a questão da saúde mental de discentes tem estado cada vez mais evidentes, nos últimos anos, grupos de trabalho e uma frente de saúde mental foram criadas por alunos de diversos cursos, Representantes Discentes têm discutido a questão, palestrantes e professores tem sido convidados para discutir ou apresentar pesquisas e dados, como suicídio e depressão de alunos e acadêmicos, comunicações via rede social ou pôsteres – “lambe-lambe”, tem expressado que estar doente por conta dos estudos não é algo que deveria ser aceito como normal. Com a mesma frequência, o Jornal do Campus e o Jornal da USP têm veiculado notícias sobre saúde mental de graduandos e pós-graduandos, assim como temas correlatos, como a fragilidade dos serviços de apoio psicológico e de assistência social dos estudantes, dificuldades com moradia precária, transporte, procrastinação, pressão de conservadores pelo fim de cursos de humanas, etc. A maior parte destas ações é voltada ao público de graduandos, contudo, muitas vezes, conta com participação de pós-graduandos (GOMES, 2017; TANAKA, KOVÁCS, 2018; FERREIRA, 2017; ANDRADE, 2018; ARRUDA; MARTINS, 2017, ALMEIDA, 2017; CAMPOS, 2018; BRUCOLI, 2018).

Para o pró-reitor de pós-graduação, Carlos Gadotti, estão sendo tomadas iniciativas para discutir e melhorar a formação em docência e também medidas de acolhimento e socialização para prevenir o adoecimento mental. Até o momento, foi criada uma série de vídeo aulas introdutórias sobre bolsas, internacionalização, serviços USP, ética, etc. No entanto, querem estimular atividades esportivas e artísticas entre pós-graduandos e processos de *coaching* e *mentoring* em modelos empresariais propostos pela Faculdade de Economia e Administração (FEA), para que os professores, além de orientar, sigam estes modelos. Afirma ainda que um escritório de acolhimento será criado para entender quais são os perfis de risco. Podemos perceber que muito falta em termos de compreensão e de ações nesse sentido (LOPES, 2017; CONCLI, 2018). Após uma série de suicídios na USP, o Escritório de Saúde mental foi criado sob direção do Prof. Andrés Antunés, do departamento de Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia. No entanto, ao menos a princípio, tal escritório realiza atendimentos de plantão por meio do próprio professor, encaminhando, se necessário, para pós-graduandos do instituto (REDAÇÃO, 2018; VIEIRA, 2018).

### 4.3 O mal-estar, o estresse e os estressores entre pós-graduandos: alguns estudos

Poucos são os estudos relativos à saúde de pós-graduandos, no entanto, matérias em jornais sobre o tema têm sido frequentes. A discussão e publicação de artigos têm aumentado mundialmente apenas nos últimos anos, embora sejam apontados que a maioria dos estudos são destinados a verificar a presença de sintomas e identificar os estressores relacionados, com amostras limitadas, falta de dados em população de pós-doutorandos, estudos longitudinais, e dados inadequados em caso de intervenções de sucesso, assim como falta de estudos sistemáticos acompanhando a formação. (SCHWARTZ-METTE, 2009; SANTOS; PERRONE; DIAS, 2015; LEVECQUE et al., 2017; HORTALE et al., 2014, GARCIA-WILLIAMS; MOFFITT, KASLOW; 2014).

É um problema complexo que envolve uma série de variáveis em níveis micro e macro, indo de estressores diários com o processo de formação e escrita, por exemplo, até às questões político-culturais, os quais se inter-relacionam em algum nível. Algumas tendências são encontradas mundialmente, como: alto nível de *distress*, presença de sintomas de ansiedade e depressão, aumento do número de pós-graduandos e pós-graduados, preocupações com identidade ocupacional e empregabilidade, assim como maior tendência a estresse e sintomas do que a população geral, entre outros indicadores. Algumas respostas não foram encontradas, como: os pós-graduandos estão adoecendo mais, ou estão aumentando o número de publicações sobre o assunto, as quais eram escassas anteriormente? Há uma taxa maior de adoecimento por conta de uma taxa maior de incentivo à produção de mestres e doutores? De qualquer maneira, compreendemos que este é um problema que pode ser considerado novo e que soluções para o tal ainda estão em andamento, em algumas universidades do mundo. Sendo assim, apresentaremos a seguir alguns estudos que levam em conta a saúde e o adoecimento de pós-graduandos além de questões de estresse e estressores que afetam a adaptação acadêmica.

Cruz (2017) aponta que o bloqueio na escrita acadêmica é um sintoma comum que advém de falhas no processo de pós-graduação, como valorização romântica da escrita acadêmica, como algo que acontece por súbita inspiração, em vez de trabalho constante. Por desconhecer técnicas de escrita e análise, por pressão social, que impõe, de certa maneira, que habilidades de pesquisa já estejam desenvolvidas para um ingressante em mestrado e este acaba por se sentir incompetente por desconhecê-las, etc. Também como aponta Silvia (2014), por trabalhar até a exaustão em grandes períodos, e manter outros grandes períodos evitando o

trabalho, sacrificando feriados e horas de descanso para a escrita, pareando sensações de desprazer ao trabalho acadêmico com perda em produtividade.

Schwartz-Mette (2009), afirma que pós-graduandos são uma população vulnerável a *burnout*, além de problemas físicos e psicológicos, devido à necessidade de adaptação ao meio acadêmico, conciliando as necessidades sociais, expectativas profissionais, intensa carga laboral, responsabilidades de pesquisa, de aulas, orientação, etc., comumente permeadas pela falta de experiência com o meio acadêmico. Os sintomas de *burnout* podem piorar ainda mais a situação, uma vez que podem levar à exaustão, absenteísmo, abuso de substâncias, menor participação, menor desempenho, etc. Que pode ser interpretado pelo orientador, mas também por colegas, professores e pelo próprio programa, como falta de dedicação, preguiça, procrastinação, etc., agravando a imagem da pessoa para com os pares e com sua autoimagem. No caso de pós-graduandos da área da saúde, o estresse é ainda maior, pela especificidade do trabalho deste tipo de profissional. A autora aponta que pode ser difícil para o pós-graduando identificar áreas que comprometem o bem-estar e desempenho, sobretudo aqueles alunos que emendam a graduação à pós-graduação, por comumente terem menos obrigações, modo de vida mais relaxado e cronograma menos estruturado, maior uso de substância e menos conhecimento e expectativa real sobre a vida profissional, tendo de aprender estas habilidades e conhecimentos ao longo do processo, sem muita estrutura, estando aí um potencial para se sentir sem saber o que fazer, fontes de ansiedade, etc. Para a autora, a saúde mental, assim como a identificação dos potenciais de risco é responsabilidade tanto dos estudantes quanto dos orientadores e do próprio programa, em um conjunto de práticas saudáveis, suporte social e institucional, atenção do orientador de maneira proativa e mudança do paradigma organizacional de maneira a colocar em pauta discussões sobre adoecimento, além de metas claras da universidade e dos programas no que se refere à saúde mental, de maneira a levantar coletivamente quais são os potenciais de risco.

Levecque et al. (2015), usando o *General Health Questionnaire* (GHQ-12), investigaram a saúde mental de 3.659 *Phd students* (doutorandos) belgas, em comparação com a população em geral, empregados e estudantes, formados em nível superior, considerados o bacharel, o mestrado e o doutorado *lato sensu*, e programas educativos fora da universidade com duração de 3 a 5 anos. Dos doutorandos (Phd), 32% apresentaram risco de desordem psiquiátrica, especialmente depressão, apresentando 4 sintomas conforme o GHQ-12, 40% apresentaram 3 sintomas e 51% apresentaram pelo menos 2 sintomas. Os sintomas principais se apresentaram como tensão constante, tristeza e depressão, dificuldades para dormir por conta

de preocupações, inabilidade de superar dificuldades e impossibilidade de desfrutar as atividades diárias. Quanto à prevalência de risco de doença psiquiátrica, esta foi de 2.43 maior se comparada à população geral com ensino superior, 2.84 maior do que os empregados com nível superior e 1.85 maior que estudantes em nível superior. Na Bélgica, embora o número de pós-graduados também esteja em ascensão e a incerteza de uma área com excesso de profissionais exista, todos os pós-graduandos são contratados em contrato formal de emprego, considerados comumente como pesquisadores júnior, e seu salário costuma ser melhor do que a maior parte dos salários do setor privado. Este dado chama a atenção, uma vez que no Brasil é o oposto que ocorre, contudo, no estudo belga, esta situação não impediu índices significantes de sofrimento mental.

Para Hyun et al. (2006), há um aumento no número de pós-graduandos com sofrimento psíquico de alguma ordem. Em sua pesquisa, com 3.121 estudantes de pós-graduação *stricto-sensu*, em questionário sobre necessidades de saúde mental, 44,7% relataram ter algum problema emocional ou relacionado a estresse no último ano, sendo destes a maior parte (51,7%) mulheres. Do total, 46,3% relataram estarem sobrecarregados e 39,6% sob esgotamento mental constante, 57,7% relataram ter algum amigo com problemas emocionais ou relacionados à estresse. Outras variáveis foram analisadas, como relação funcional com orientador, status financeiro, fardo familiar (se referindo às responsabilidades para com o lar e família), disciplina acadêmica (área de concentração do programa), competitividade do programa, suporte social, raça/etnia e nacionalidade e utilização de serviços de saúde mental. Homens tiveram média significativamente menor do que mulheres no que se refere à sintomas depressivos, assim como consideraram procurar ajuda significativamente menos que mulheres e, ainda, mulheres também ouviram mais sugestões de procurar ajuda do que homens. Dos 50,2% que relataram que procurariam ajuda, mais de um terço seria por um problema acadêmico, um quarto por problemas de carreira, mais da metade por problemas emocionais, 13,7% por preocupações financeiras, 30,9% por problemas de relacionamento, 4,7% por outros problemas e 2% por problemas de identidade sexual. Estudantes de humanidades apresentaram 11% a mais de tendência a reportar problemas mentais do que estudantes de sociais aplicadas; a saúde mental reportada esteve negativamente correlacionada com estabilidade financeira, maior relação funcional com orientador, contato regular com amigos e estar casado. Apenas marginalmente significativa, doutorandos foram 8% menos tendenciosos a apresentar necessidades de saúde mental. Quase três quartos dos respondentes tinham ciência da existência do serviço de aconselhamento do campus. Houve relação com ser estrangeiro ou ter etnia não-branca, mas não o suficiente para ser significante, com exceção de asiáticos que o foram

marginalmente. 30,9% revelaram ter usado algum tipo de serviço mental durante a pós-graduação, sendo este número menor do que aqueles que relataram sintomas. O autor ainda afirma que pós-graduandos não comumente socializam em locais como centros e repúblicas estudantis e mesmo podem visitar a área administrativa do programa com pouca regularidade. Tal contexto facilita situações de solidão e dificuldades de relacionamento, assim como dificulta suporte social, por exemplo.

Malagris et al. (2009), investigaram as fases de estresse de 140 alunos de pós-graduação da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), além de dados sócio biográficos. 58,6% foram considerados estressados, estando acima do índice nacional que fica em torno de 35%, (LIPP; MALAGRIS, 2004). Do total dos sujeitos estressados, 56% eram do mestrado e 62% do doutorado. 50% dos alunos estressados estavam na fase de resistência, 6,4% na quase-exaustão e 1,4% na exaustão, estando apenas 0,7% na fase de alerta. Dos sintomas prevalentes, 74,4% eram psicológicos, 17,1% físicos e 8,5% ambos. Não houve diferença significativa entre os centros universitários estudados. As mulheres estavam mais estressadas que os homens (67,6%) e aqueles que tinham a pós-graduação como atividade única estavam mais estressados do que os que não tinham (67,6%). A faixa média de idade foi de 30 anos, com número superior de mulheres (53%).

Stecker (2004), procurou investigar necessidades psiquiátricas de pós-graduandos e estudantes de profissões (semelhante a *lato sensu* neste último caso) de centros médico-acadêmicos dos EUA. Foram investigados construtos de estresse acadêmico, estresse relativo à saúde, estresse psicossocial, estresse externo, estratégias de *coping*, sintomas depressivos e uso de drogas. O mesmo questionário foi entregue em épocas diferentes. Em primeiro momento, 461 estudantes responderam, 20% do total de alunos e, em segundo momento, 191 alunos, parte da amostra menor se deve à que não foram entregues formulários aos alunos da área médica novamente. O índice de depressão variou entre 25% e 35%, 10% tinham pelos menos 5 sintomas de depressão e cerca de 9% relataram ideação suicida e 2% a 4% relataram ter planos para suicídio. O total de estresse e de suporte social foram preditivos para o índice de depressão. No caso de drogas, o uso de álcool variou entre 80% e 77%, drogas ilegais – 19% a 25%, sendo a maior parte maconha (84%), e no primeiro caso houve relato de uso de várias drogas (8%). Nas duas coletas houve pouquíssima variação de estresse e os sujeitos foram considerados com nível alto, embora o estresse acadêmico que se refere à orientação, disciplinas, performance, etc. tenha se mantido em cerca de um terço do estresse total. Contudo, itens das outras escalas de estresse como solidão, tempo para lazer, preocupações financeiras,

entre outros, ao nosso ver, são estritamente ligados às questões acadêmicas, muitas vezes em relação dialética.

Eisenberg (2007), em pesquisa com 2.843 estudantes (56.6% do total destinado), sendo 65,8% pós-graduandos de uma universidade pública nos EUA, verificou desordens de origem depressiva ou ansiosa, além de dados sociodemográficos. Dos pós-graduandos, 13% apresentaram alguma desordem em nível de depressão ou ansiedade, sendo a prevalência maior para depressão. No caso da prevalência de ansiedade, mulheres tiveram uma tendência mais de duas vezes maior de apresentar sintomas do que homens. Pensamentos suicidas foram reportados por 1,6% dos pós-graduandos e menos de 1% relataram planos suicidas. Quanto à performance acadêmica, foi relatado que sintomas afetaram 41,2% dos pós-graduandos e 14,1% relataram ter perdido obrigações acadêmicas por conta de mal-estar. Significativamente, do total de estudantes, não-brancos tiveram maior tendência à ansiedade e depressão assim como bissexuais em relação à heterossexuais. Também houve significância na comparação de ideais suicidas entre pessoas que moravam em moradias fora do campus mas sem pais ou guardiões e pessoas que moravam com pais ou guardiões, sendo maior a tendência destes últimos. Apresentaram também maior tendência à depressão e ansiedade estudantes com dificuldades financeiras e os que cresceram em família pobre, sendo maior a tendência a pensamentos suicidas destes últimos em relação aos que relataram terem sido criados em situação financeira confortável. No entanto, os que foram criados em famílias ricas, apresentaram maior tendência suicida do que os que foram criados em situação financeira confortável. Características que apresentaram menor incidência foram ser mais velho que 25 anos, em comparação com a faixa de 18 a 22 anos, viver em moradia dentro do campus, em comparação com fora do campus mas não com pais ou guardiões, ou ser casado ou em união estável em comparação à ser solteiro.

Nogueira-Martins et al. (2004), analisaram diagnósticos e características de 146 alunos de pós-graduação (99 de mestrado e 47 de doutorado) que procuraram o serviço de saúde mental da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). A maior parte apresentou diagnósticos variados de depressão ou dificuldades de ajustamento de tipo depressivo, 32,8%, contudo, não apresentaram diagnóstico, mas foram considerados em crise adaptativa. Dificuldades apresentadas com frequência foram desconforto e desânimo com as responsabilidades, sensação de estar perdido, ansioso ou de incompetência em relação à própria pesquisa. Outros sintomas comuns como dor de cabeça, dor muscular, alergias, resfriados frequentes, dificuldades para dormir e disfunções no apetite também foram apresentados.

Outras dificuldades recorrentes foram dificuldades financeiras, pelo valor baixo da bolsa e pelo contrato de exclusividade que impede de procurar outras fontes de renda, falta de insumos, equipamentos e materiais para andamento da pesquisa, burocracia na busca de fomento, falta de espaço físico em laboratórios gerando disputa e conflito entre colegas e dificuldades com orientadores, apontados como inacessíveis, insensíveis ou autoritários. Características pessoais e de personalidade também foram apontadas como agravantes, assim como situações de preconceito. A maior parte dos encaminhados ao serviço eram do primeiro ano. Ideação suicida foi relatada por 18% dos participantes.

Kernan, Bogart e Wheat (2011) realizaram uma pesquisa com 1355 pós-graduandos da área da saúde, em um centro médico acadêmico nos USA, Nova York, e procuraram verificar como se relacionavam problemas de saúde e desempenho acadêmico. Altos níveis de exigência acadêmica, desafios financeiros, longas horas de trabalho, falta de apoio do programa de pós-graduação, intensa concorrência entre pares e excessiva cobrança por parte dos professores, tiveram alto impacto psicossocial sobre os alunos, que desenvolviam mecanismos de *coping* pouco saudáveis ou doenças relacionadas com estresse (26,9%), ansiedade, depressão (43,6%) e problemas de relacionamento (28,7%), assim como dificuldades para dormir (22,9%), problemas respiratórios e resfriados (19,4%), preocupações com amigos e/ou familiares (19,4%), além de uso intensivo de internet e jogos de computador e uso de álcool (+40%). Outras dificuldades relatadas foram mononucleose (38,9%), gravidez (30,1%), doença crônica (22,8%), abuso sexual (21,7%) e morte de um amigo ou familiar (19,9%). Por sua vez, tais problemas influenciavam no desenvolvimento de dificuldades de aprendizagem e atenção, os quais 60,5% e 58,1% relataram dificuldades, respectivamente. Neste estudo, ficam mais evidentes algumas questões mais voltadas às particularidades da área da saúde e do local, como alto índice de abuso sexual e de mononucleose. Esta última, além do risco maior em um hospital, também poderia ser associada à baixa imunidade, sintoma comum em níveis de estresse mais altos.

Nyquist e Woodford (2000) apontam que, para doutorandos entrevistados em sua pesquisa, as principais preocupações e incômodos se apresentam na quantidade de tarefas acadêmicas e na falta de clareza de expectativas sobre elas, na quantidade excessiva de trabalho, sendo percebida como um sacrifício, principalmente da vida pessoal, da falta de preparação adequada de um profissional doutor, não sendo claro qual é realmente uma boa formação, na falta de orientação adequada, muitas vezes os doutorandos se sentindo sem orientação alguma, dificuldades financeiras advindas do baixo valor pago para bolsas e salários, prejudicando



perspectivas de carreira e dificuldade em situar seu treinamento e conhecimento de maneira globalizada. Muitos relataram dificuldades emocionais e cognitivas durante seus estudos, sendo considerada como uma luta emocional e intelectual continuar com o doutoramento. Também foi verificado que, nos EUA, houve uma grande demanda por formação de graduandos e criação de laboratórios que, por sua vez, gerou demanda de doutores. No entanto, a formação dos mesmos foi excessiva, criando mais doutores do que vagas disponíveis, com uma formação voltada à qualidade da pesquisa e não da formação, dificultando ainda mais o acesso de acadêmicos ao mercado de trabalho, uma vez que houve preparação inadequada para docência, avaliação, uso de tecnologias, planejamento curricular, prestação de serviços para comunidade, universidade e indústrias e empresas, também não desenvolvendo habilidades em equipe para resoluções de problemas e tarefas diárias. Este contexto tendeu a criar uma crise na formação, emprego e mercado de doutores, que, para as pessoas com tais títulos, se traduzem como estressores, que, porventura, podem levar à sintomas. Sem dúvida, esta também é a realidade atual do Brasil.

Gardner (2010), considerando que a cultura departamental e institucional dos programas de pós-graduação influencia a maneira de socialização dos estudantes, procurou verificar a relação desta com as dificuldades de doutorandos. Considerou que o processo de pós-graduação é uma situação que gera ansiedade naturalmente, uma vez que o aluno começa em uma situação de transição, a de adaptar-se a um novo local, a novas pessoas, a um novo modo de trabalho, assim como aprender o linguajar acadêmico, a escrita acadêmica e as teorias. Verificou que a ambiguidade do que se espera de um programa de pós-graduação foi quase predominante, não se sabia o que se aguardar do programa, do departamento, ou mesmo do que é esperado em uma tese. A ambiguidade aliada à chamada “auto direção”, que é o aprendizado autônomo envolvendo a criação e aprendizado de pesquisas, sem nenhum ou pouco feedback, influenciam as expectativas e a produtividade dos estudantes, assim como sentimentos de solidão, ansiedade, de se sentir perdido, etc. Por outro lado, mentoria e apoio de outros alunos de pós-graduação foi algo considerado de grande valor, pois facilitava a troca de experiência e suporte social. O trabalho de laboratório em grupo, comum em áreas de ciências exatas, facilitou o apoio mútuo e a socialização, diferentemente das artes e humanas que muitas vezes seguiam uma produção solitária, ideia corroborada por outros autores (LEVECQUE et al. 2015, GRADUATE ASSEMBLY, 2014). Vale apontar, em um dos relatos descritos, um dos diversos mecanismos criados para lidar com o *modus* acadêmico (GARDNER, 2010, p. 73):

One of the things I found intimidating was that everyone was talking about the theories and sounded like they knew what they were talking about and I was like,

“Oh my God, I don’t know anything!” And then somebody said, “You know, none of those people know what they’re talking about. They’re just bullshitting. That’s just what they do.” So I’ve learned to bullshit because you just have to.

Resultados semelhantes foram encontrados por Louzada e Souza Filho (2005), em estudo qualitativo com pós-graduandos da área biomédica em universidade pública no Brasil. O sofrimento psíquico relatado como angústia, estresse, tensão, ansiedade, preocupação, um cenário nacional e institucional de intensidade no aumento da formação de pós-graduandos e aumento das exigências, sobretudo de publicação, a ambiguidade e a independência, dúvidas e desconhecimento sobre como levar o projeto de pesquisa, divulgar os trabalhos, lidar com problemas institucionais, alta carga de trabalho chegando a 12 horas diárias, mesmo aos finais de semana. Contudo, foi encontrado alto apoio entre os pares, principalmente por conta de que os pós-graduandos ficavam a maior parte do seu tempo em conjunto no laboratório, e eram também responsáveis pela manutenção do mesmo, criando, para a maioria, um ambiente de ajuda mútua e mesmo de orientação, quando o orientador não podia orientar por alguma razão. Dessa maneira, não se pode compreender o sofrimento sem considerar a organização do trabalho.

Evans et al. (2018), aplicaram escalas de ansiedade e depressão, além de questionário sociodemográfico em 2.279 pós-graduandos de 26 países e 234 instituições, sendo 90% doutorandos Phd e 10% mestrandos. Foi verificado que pós-graduandos têm seis vezes maior risco de viver sintomas de ansiedade e depressão do que a população geral, 41% apresentaram níveis de ansiedade moderados a severos, 39% apresentaram sintomas de depressão moderados a severos, a prevalência em pessoas transgênero e em não conformidade com gênero foi significativamente maior do que pessoas cis gênero masculinas. Também foi verificada a relação entre sintomas e orientação. Foi perguntado se o orientador provia orientação, provia suporte amplo, tinha impacto emocional positivo, se era um recurso para carreira e se a pessoa se sentia valorizada pelo orientador, em todos os casos que pessoas com alta ansiedade e depressão discordavam destas perguntas, a relação foi significativa. Aqueles que concordavam com as afirmações tinham por volta de 15% a 30% menor escore para sintomas.

Garcia-Williams (2014), verificou com 316 pós-graduandos de Atlanta, Georgia, EUA, que 7,3% relataram ideação suicida, 2,3% relataram ter planos para tal e 1,7% se auto mutilaram nas duas semanas anteriores, sendo que 9,9% já haviam tentado suicídio em algum momento da vida. Foram encontrados também sintomas de depressão leve, tensão, irritação, estresse, ansiedade, solidão e frequência em discussões ou brigas, estando 22,2% tomando

algum tipo de medicação e 18,5% em terapia ou aconselhamento. Aqueles com maior índice de depressão são os que tiveram tentativas de suicídio nas duas últimas semanas e também apresentavam problemas com uso de substâncias e problemas de alimentação. Embora não tenha havido significância, houveram 7 estudantes com depressão severa, e todas eram mulheres. Foi verificado também que significativamente, mulheres tinham mais preocupações com seu peso.

Um estudo realizado na Universidade de Berkeley, na Califórnia, (GRADUATE ASSEMBLY, 2014) com 2.500 alunos - dos quais 790 responderam - sobre bem-estar e depressão em estudantes de pós-graduação relata que 47% de seus alunos de doutorado e 37% de mestrado possuem depressão. Destes, a população de lésbicas, gays e bissexuais, assim como os de etnia não branca e de maior idade tinham um índice de bem-estar menor que a amostra geral, além dos estudantes de artes e humanidades serem aqueles com maiores escores para depressão. Ainda, os 10 principais indicadores para bem-estar, caso presente, e depressão, caso ausente, se apresentam como:

1. Chances de carreira
2. Saúde geral
3. Condições de vida
4. Empenho acadêmico
5. Suporte social
6. Segurança financeira
7. Progresso e preparação acadêmica
8. Sono
9. Sentir-se valorizado e incluso
10. Relação com o orientador

Entre as principais dificuldades ou indicadores de depressão se apresentaram dificuldades para dormir, com a saúde em geral e com o empenho acadêmico. Já os principais indicadores de bem-estar e satisfação com a vida se apresentaram como boas condições de vida, chances de carreira e segurança financeira. Aqueles que viviam em cidades diferentes do

campus, eram menos satisfeitos com suas condições de vida e mais financeiramente inseguros. Vale destacar que esta pesquisa foi realizada por um comitê de saúde mental de estudantes, o que por si só já denota o nível avançado de cuidado para com estudantes, pesquisadores, qualidade de vida e também qualidade da produção acadêmica. Diversas pesquisas apresentam uma taxa de resposta bem menor quando o alvo é uma população maior, como a população de pós-graduandos de um campus, isto pode indicar um viés de que apenas as pessoas que acham a questão da saúde mental importante, ou mesmo estejam em sofrimento, que sejam as respondentes, aumentando índices de sofrimento e sintomas.

Pascarella e Terenzini, (1991) indicam que os índices de saúde de estudantes de artes e humanas geralmente são menores. Compreende-se que a consciência destas questões sociais e existenciais, e a pouca ou quase nenhuma possibilidade de alterá-las, é uma característica que contribui para o mal-estar.

Silva e Heleno (2012), em estudo com graduandos, procurou verificar o nível de qualidade de vida e bem-estar subjetivo de 257 sujeitos. Apresentaram, no WHOQOL-bref, médias do domínio físico 14,58 (dp=2,27); domínio psicológico 14,48 (dp=2,47); domínio relações sociais 15,23 (2,88) e domínio meio ambiente 12,87 (dp=2,34). Já para o bem-estar foram encontrados 13,6% em nível baixo, 72% em nível moderado e 14,4% em nível elevado. As autoras apontam que os resultados de qualidade de vida são insatisfatórios, sobretudo o meio ambiente, se devendo às inseguranças da contemporaneidade brasileira, além de frequentes sentimentos negativos de ansiedade, mau humor, tristeza, assim como dificuldades com sono, etc. Consideram que são necessárias pesquisas e intervenções que facilitem o bem-estar dos estudantes, pensando também em seu aproveitamento e rendimento acadêmico.

Almondes e Araújo (2003) e Medeiros et al. (2001), verificaram que existiu relação significativa entre traço de ansiedade e sono e apontam que dificuldades de sono afetaram a performance acadêmica, assim como apontam que é possível afetar a saúde física e psicológica ao afetar a produção adequada de hormônios produzidos durante o sono. A USA National Sleep Foundation indica que o ideal horas dormidas fica entre 7 e 9 horas,

Em revisão de literatura feita por Santos, Perrone e Dias (2015), entre as diversas condições que levam o pós-graduando a não terminar seu curso, as principais foram apontadas como relação não gratificante entre orientando e orientador, falta de ambientação com as normas e demandas do programa de pós-graduação e falta de segurança financeira.

Para Voltarelli (2002), a produção intensificada, dentre outros fatores, têm sido um estressor significativo para pós-graduandos e também pós-graduados, somados às outras atribuições. As queixas se traduzem como falta de tempo para as obrigações e para a vida pessoal e cronificação de estresse. Este último implica na saúde que, por sua vez, implica contra o desempenho e também desestimula a continuação da carreira acadêmica.

Faro (2013a) procurou identificar os principais estressores segundo pós-graduandos *stricto sensu*, o índice de estresse e variáveis associadas. A média do índice de estresse da amostra, com 2.157 participantes de todo o Brasil, indicou estresse acima do esperado. Do total, 24,2% de participantes tinham escores altos de estresse e 22,6% escores muito altos.

Dos estressores mais significativos, a baixa renda se apresenta como um deles, sendo o valor das bolsas baixíssimo para graduados ou mestres e a maioria dos estudantes não trabalham enquanto realizam seus estudos, criando uma expectativa negativa sobre perspectivas de carreira, levando em conta que os contratos de bolsas exigem dedicação exclusiva. Os níveis de estresse também foram maiores com a proximidade do fim do curso, uma vez que a exigência aumenta, além das expectativas em relação à defesa e à carreira, como mencionado. A relação entre orientador e orientando também foi considerada como estressora, contudo, esta relação tem potencial para ser também minimizadora de estresse se for uma boa relação (FARO, 2013a). Nesse sentido, estratégias para aumentar o bem-estar subjetivo, assim como fortalecer estratégias de enfrentamento melhorariam não só a produção e o funcionamento institucional como a saúde dos estudantes (FARO, 2013b).

Santos e Alves Junior (2007), em estudo com 27 mestrados da Universidade Federal de Sergipe sobre estresse, estressores e estratégias de enfrentamento, verificou que 40,7% dos participantes estavam estressados, sendo 18,2% em fase de alerta e 81,8% em fase de resistência com 63,6% com sintomas físicos com a média em torno de 9 sintomas. Entre os principais estressores, dificuldade na articulação do tempo, dificuldades financeiras e falta de incentivo e motivação foram os principais, além das preocupações de não atender as exigências da banca, das disciplinas e de calendário e horários. No grupo sem estresse, as principais estratégias de enfrentamento foram foco no problema, predominante para homens, e foco na emoção, predominante para mulheres.

Em entrevistas com 66 alunos de pós-graduação em veterinária de universidades públicas de São Paulo, Duque, Brondani e Luna (2005) indagaram sobre presença de sintomas de estresse, sendo que 89% responderam estar ansiosos, 77% irritados, 64% angustiados, 62%

desanimados e 61% com dificuldades de concentração, outros sintomas acima de 50% foram: acordar cansado, memória diminuída, dores nas costas, tristeza, falta ou excesso de apetite, dor de cabeça, e outros sintomas se apresentaram entre 14% e 42%. Alunos de doutorado foram os que apresentaram a maior quantidade de sintomas, sendo 17% de 16 a 19 sintomas, contudo a maior parte dos doutorandos apresentava percepção de que seu estresse era moderado (63%). As principais formas de liberar ou aliviar o estresse foram consideradas esporte (27%) e lazer (22%). Quanto à satisfação pessoal, mais de 80% apresentaram insatisfação com a remuneração, assim como 43% relataram que a pós-graduação não preencheu as expectativas iniciais, 40% não estão satisfeitos com a qualidade de seu trabalho, cerca de 60% relatam ter dificuldade para acompanhar as mudanças na área e 74% relatam terem pendências administrativas para com o programa. Contudo, doutorandos e mestrandos relataram que seu trabalho é prestigiado, 69% e 77%, respectivamente.

Pfeifer, Kranz e Scoggin (2008), investigaram o nível de percepção de estresse de 29 mestrandos em terapia ocupacional de uma universidade do Texas. Relataram 41,4% que o estresse era acima do normal e 24,2% relataram que era o maior de suas vidas. Contudo, 37,8% e 45% relataram ter suporte dos pares acima do normal e o maior de suas vidas, respectivamente. Assim como suporte de amigos foi 34,5% moderado, e 48,% acima do normal, suporte da família 45% acima do normal e 34,4% o maior de suas vidas e suporte da faculdade 62% moderado e 17,2% acima do normal. Outros problemas percebidos foram a ambiguidade de expectativas, dificuldade em integrar práticas técnicas diárias com práticas de pesquisa, assim como dificuldade para lidar com tempo e cronograma, principalmente por terem experiência acadêmica apenas como graduandos e ter tempo para família e trabalho além da pós-graduação. Aproximadamente a metade dos participantes citaram esportes como uma maneira de lidar com estresse.

De Meis et al. (2003), investigaram, com 26 entrevistas abertas e 124 entrevistas semiestruturadas, pós-graduandos e professores de um departamento de bioquímica da Universidade Federal do Rio de Janeiro, sobre estressores, relações e percepções sobre o meio acadêmico. Verificaram que a competição entre pares tem aumentado, assim como desapontamento e incertezas sobre suas carreiras, contudo, acompanhado de alto nível de envolvimento com o trabalho, uma das características comuns do *burnout*. Um dado curioso foi que 26 dos 39 pesquisadores do departamento eram casados entre si, sendo 13 casais, outros 2 casados com outros cientistas, 3 solteiros e 8 casados com profissionais de outras áreas. Isso foi justificado pela falta de tempo para atividades fora do trabalho, tendo como oportunidade

de relacionamento apenas a academia. Outros estressores apresentados foram a alta carga de trabalho, pressão para publicação, descaso de orientadores, sensação de estar perdido, incerteza sobre conseguir um emprego ao obter um título de doutor, sentimentos de mal-estar relacionados ao trabalho, de querer parar, de raiva em relação ao trabalho e aos pares, exaustão mental, etc. O autor justifica que a falta de financiamento aliada à pressão para publicação internacional é um dos principais fatores para estas situações de deterioração de qualidade de vida.

Stubb, Pyhältö e Lonka (2011), em estudo na Universidade de Helsinki, na Finlândia, encontraram resultados semelhantes. De 669 doutorandos, 56% relataram a experiência como um fardo, contudo, 44% relataram ter experiências de empoderamento e inspiração. O engajamento foi positivamente correlacionado com empoderamento e inspiração, enquanto que estresse, ansiedade e exaustão, ou consideremos como *burnout*, foram correlacionados com a sensação de fardo.

McAlpine (2012), em investigações sobre a construção de identidade de doutorandos, verificou que, diante de problemas de desajustamento ou dificuldade de adaptação, os alunos relatavam não saber aonde e/ou com quem relatar tais problemas e procurar ajuda, por não haver nenhum programa de suporte universitário.

Conforme Santos, Perrone e Dias (2015), Kernan et al. (2008), Hyun et al. (2006), Faro, (2013a), Silva e Bardagi, (2015) pouquíssimas são as pesquisas que investigam a saúde de pós-graduandos, como se adaptam, desenvolvimento de carreira, formação, relação orientador-orientando, além da razão de escolherem a pós-graduação, uma vez que as bolsas e salários são muito insatisfatórios e a quantidade de trabalho e pressão é muito grande, embora as oportunidades de emprego sejam escassas. Contudo, dos estudos realizados, é mais comum que este tipo de pesquisa seja feita com profissionais da área da saúde.

É esperado que, diante da baixa qualidade de vida, saúde e do suporte acadêmico, a qualidade das pesquisas também diminua com o tempo.

A saturação do mercado acadêmico, com número muito alto de titulados e estabilidade do número de vagas leva a um sucateamento das vagas e contratos de trabalho, gerando contratos temporários, ou mesmo voluntários, podendo levar à um desinteresse pela carreira acadêmica, a qual é estratégica para o desenvolvimento e soberania de um país.

É possível perceber uma tendência mundial ao adoecimento de pós-graduandos, sem possuir, no entanto, um único fator responsável e sim uma relação complexa entre indicadores pessoais, sociais, culturais, e relacionais, tal como indicadores de adaptação acadêmica. São necessários estudos, em diversas áreas e campos, que procurem compreender, relacionar e intervir sob aspectos dessa realidade.

Dada a contextualização, compreendemos que esses diversos indicadores biopsicossociais compõem grande parte do construto de qualidade de vida adotado e que esses estarão correlacionados em nível maior ou menor, a depender do domínio, com a sintomatologia de estresse, depressão e ansiedade. Contudo, também levamos em conta que os domínios de qualidade de vida influenciam uns aos outros, assim como a sintomatologias entre si, sobretudo a de estresse.

Relembramos nossos objetivos:

"Avaliar o nível de sintomas de depressão, ansiedade, estresse e a qualidade de vida de estudantes de pós-graduação *stricto sensu* da Universidade de São Paulo, campus Cidade Universitária e verificar o nível de correlação entre essas variáveis". Consideramos que há correlação negativa entre qualidade de vida e escores de sintomas.

Objetivos específicos:

- a) Avaliar a qualidade de vida dos participantes;
- b) Avaliar os índices de depressão, ansiedade e estresse;
- c) Correlacionar qualidade de vida e estresse;
- d) Correlacionar qualidade e vida e depressão;
- e) Correlacionar qualidade de vida e ansiedade;



## 5 MÉTODO

Este trabalho se constitui em uma pesquisa de tipo exploratório, quantitativa, usando do método estatístico. Conforme Gil (1995, p.44), as pesquisas exploratórias “têm como principal finalidade desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias, com vistas na formulação de problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores”. Ou seja, buscamos com essa pesquisa, facilitar a possibilidade de novas pesquisas sobre o tema, em especial na própria USP.

Sendo o tema “saúde de pós-graduandos” um tema relativamente recente, com pouca literatura, com nenhum estudo encontrado sobre a saúde de pós-graduandos da Universidade de São Paulo e levando em conta a multiplicidade de variáveis e aspectos envolvidos neste tema, escolhemos a pesquisa exploratória por permitir maior flexibilidade em conhecer um panorama sobre este tema e esta população, de maneira a definir mais possibilidades de pesquisas futuras. No entanto, esta pesquisa possui algum caráter descritivo, embora não exaustivo nem conclusivo. Relembramos que nosso objetivo principal foi o de correlacionar qualidade de vida e sintomas de ansiedade, depressão e estresse de amostra de pós-graduandos do Campus Cidade Universitária.

### 5.1 Participantes e local

A pesquisa contou com alunos de pós-graduação *stricto sensu*, ou seja, mestrandos e doutorandos, da Universidade de São Paulo, campus Cidade Universitária “Armando Salles de Oliveira”.

O critério de inclusão foi ser aluno *stricto sensu* de doutorado ou mestrado de programas do campus Cidade Universitária, não estando incluídos mestrados profissionais, alunos especiais, doutoramento direto, alunos de outros campi, alunos ouvintes ou outra categoria que não a descrita.

A amostragem foi por conveniência, procurando coletar dados nas diversas faculdades e institutos do campus, contando inicialmente com meta de 250 participantes. Após perda amostral tivemos o número total de 200 participantes.

O contato foi realizado diretamente com os alunos em salas de convivência, laboratórios e salas de aula do próprio campus, assim como no Conjunto Residencial da USP (CRUSP), que também se localiza dentro do campus e/ou por meio eletrônico: via e-mail, Facebook e Whatsapp.

A aplicação das escalas e do questionário foi realizada de forma presencial, em grupo a partir de duas pessoas, pois, a princípio possuíamos a intenção de coletar entrevistas, mas também para conhecer um pouco das reações dos alunos quanto ao tema.

Quanto ao local, garantimos a presença de mesa para aplicação, condições calmas e sem barulho e com iluminação adequada, mesmo quando a aplicação foi em grupo, sendo salas de aula, salas de estudo, bibliotecas e residência dos moradores do CRUSP.

A pesquisa e seus objetivos foram explicados aos participantes, assim como, foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), redigido conforme resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e a participação só ocorreu mediante consentimento feito por assinatura do termo (ANEXO A).

## **5.2 Instrumentos**

Apresentamos a seguir os instrumentos utilizados.

### **5.2.1 Questionário sociodemográfico**

Elaborado de maneira a obter informações gerais sobre o participante, sexo, etnia, orientação sexual, renda, país de origem, área e horas de estudo, saúde, etc. (ANEXO B).

As perguntas foram realizadas pensando nas facetas do WHOQOL-bref presentes dos domínios psicológico, social, meio ambiente e físico, podendo criar possibilidades de análise entre as respostas subjetivas e dados informados, assim como baseadas nos estudos deste tema. Foi criada uma versão preliminar do questionário que apontou a necessidade de inserção de algumas perguntas e exclusão de outras. Por erro, não foi incluída a pergunta sobre cor de pele/etnia, embora houvesse planejamento para a inserção da mesma, uma vez que alguns estudos apontam índices menores em alguns casos por conta de racismo e discriminação.

### **5.2.2 WHOQOL – Bref – Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde – Versão Abreviada**

Diante da necessidade de um instrumento que avaliasse qualidade de vida de uma forma geral, a OMS desenvolveu o World Health Organization Quality of Life – 100, em parceria com 15 centros de pesquisa internacionais, de maneira a criar um instrumento que pudesse ser utilizado em diversas culturas. (WHOQOL GROUP, 1995).

Este instrumento avalia qualidade de vida a partir 24 facetas que, em conjunto, compõe 6 domínios, sendo eles: Físico, Psicológico, Nível de Independência, Relações sociais, Meio-ambiente e Espiritualidade/Crenças Pessoais; tais facetas são exploradas em 100 questões. Sua versão em português foi desenvolvida por Fleck e colegas 1999 (FLECK, 1999, 2000; WHOQOL GROUP, 1995).

Posteriormente, por conta da necessidade de avaliar qualidade de vida em grandes estudos epidemiológicos sem perder, com isso, sua validade psicométrica e sem alterar suas posições conceituais, foi desenvolvida uma versão abreviada deste instrumento, o WHOQOL-Bref (ANEXO C).

Para tal, o número de domínios diminuiu para 4, sendo eles: físico, psicológico, das relações sociais e do meio ambiente. As 24 facetas do instrumento original foram mantidas, mas exploradas com apenas uma questão para cada uma delas e 2 itens respectivos à percepção de qualidade de vida geral e saúde geral foram adicionados, sendo o total de 26 questões do tipo *likert* em uma escala de 1 a 5.

Tabela 1 - Facetas componentes dos domínios do WHOQOL-bref.

Item 3 – Dor e desconforto Item 10 – Energia e fadiga Item 16 – Sono e repouso Item 15 - Mobilidade Item 17 – Atividades da vida cotidiana Item 4 – Dependência de medicação Item 18 – Capacidade de trabalho	Domínio Físico
Item 5 – Sentimentos Positivos Item 7 – Pensar, aprender Item 19 – Autoestima Item 11 – Imagem corporal Item 26 – Sentimentos negativos Item 6 – Espiritualidade	Domínio Psicológico
Item 20 – Relações pessoais Item 22 – Apoio social Item 21 – Atividade sexual	Domínio das Relações Sociais
Item 8 – Segurança física Item 23 – Ambiente no lar Item 12 – Recursos financeiros Item 24 – Cuidados de saúde Item 13 – Informação Item 14 – Recreação e lazer Item 9 – Ambiente físico Item 25 - Transporte	Domínio do Meio Ambiente

Fonte: Chachamovich e Fleck, (2008, p.75)

A versão brasileira foi adaptada por Fleck (2000), e o WHOQOL-bref tem se mostrado uma ferramenta eficaz tendo sido usada em diversos estudos. No entanto, existem algumas desvantagens: o instrumento não pode ser avaliado a partir de suas facetas, que são representadas por apenas um item, diferentemente do WHOQOL-100, perdendo o

detalhamento do processo, mas ganhando em praticidade na aplicação em grandes estudos. Além disso, considerando que qualidade de vida é um conceito multidimensional, não é recomendável expressar um valor de QDV geral, mas sim apenas a partir de seus domínios. (WHOQOL GROUP, 1996. 1998, 2004). Apesar disso, diversos estudos têm realizado escores gerais e avaliação por meio de facetas, de maneira a contribuir com alguma informação na análise de dados, ainda que incompleta. Em adição a isso, o instrumento não propõe categorias de avaliação da QDV, mas aponta que quanto maior o resultado, melhor a qualidade de vida.

O instrumento é autoaplicável, contudo, se necessário, pode ser assistido ou mesmo lido pelo entrevistador sem nenhum prejuízo. A média dos escores das facetas pertencentes a cada domínio é realizada para se chegar a um resultado final entre 4-20. É possível converter tais valores para 0-100, caso seja necessária comparação com os valores do WHOQOL-100. (WHOQOL GROUP, 1996. 1998, 2004).

A avaliação pode ser feita manualmente, mas não recomendável. Sendo sugerida uma sintaxe para SPSS.

### **5.2.3 Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse – EADS – 21**

Originalmente criada em língua inglesa, a DASS (Depression Anxiety and Stress Scale) desenvolvida por Lovibond & Lovibond (1995), conta com 42 itens que investiga fatores associados às subescalas de depressão, ansiedade e estresse. Seu intuito primeiro era discriminar empiricamente ansiedade e depressão, a partir do modelo tripartite de Clark e Watson (1991). Após análise fatorial, alguns itens que não discriminavam nem um, nem outro, foram categorizados como estresse, conforme teorias de Selye das fases de estresse.

A versão com 21 itens, também foi descrita por Lovibond e Lovibond (1993 manual), embora os estudos de validade tenham sido realizados posteriormente. (ANTONY et al., 1998; HENRY; CRAWFORD, 2005).

São considerados para este instrumento:

– Depressão: Caracterizada principalmente pela perda de autoestima e motivação e pela percepção de baixa probabilidade de atingir metas de vida significativas para o sujeito como pessoa;

– Ansiedade: Ênfase na presença de sintomas relacionados com o medo;

– Estresse: Estado persistente de tensão e excitação, relacionada à baixa resistência à desilusão e frustração. (LOVIBOND, 1995; ROAZZI, 2010).

Tanto a escala de 42 itens, como a de 21 foram adaptadas e validadas para a língua portuguesa (PAIS-RIBEIRO, HONRADO E LEAL, 2004a, 2004b APÓSTOLO et al. 2006, Alves et al. 1999), mantendo semelhantes suas propriedades psicométricas. Recentemente a EADS-21 foi adaptada e validada para a realidade brasileira (MASCARENHAS; SILVA; PAIS-RIBEIRO, 2011, ROAZZI, et al., 2010)

O instrumento possui 21 questões em escala *likert* de 0 a 3, sendo 7 delas referentes a cada uma das subescalas. O respondente escolhe uma opção entre: 1. não aplicou-se nada a mim; 2. aplicou-se a mim algumas vezes; 3. aplicou-se a mim muitas vezes; 4. aplicou-se a mim a maior parte das vezes; em referência a quanto aquela afirmação se aplica à sua vida durante última semana. É autoaplicável, mas se necessário pode ser assistido ou lido pelo entrevistador.

A pontuação é realizada para cada subescala, e a classificação do escore é realizada em 5 níveis: Normal, leve, moderado, severo e muito severo.

### **5.3 Procedimentos**

Primeiramente, foram realizadas perguntas abertas à 10 pós-graduandos, de maneira assistemática, em amostra por conveniência a saber: “como está sua saúde durante a pós-graduação?”, “está conseguindo dar conta das disciplinas?”, “está conseguindo dar conta da pesquisa?”, “você trabalha?”, “como é trabalhar e fazer mestrado (ou doutorado) ao mesmo tempo?”, “foi uma boa escolha fazer pós-graduação?”. Estas perguntas nortearam a construção do questionário socio demográfico, assim como a justificativa do estudo. Feita de maneira assistemática, não havia ordem para as perguntas e outros assuntos ou perguntas podiam envolver estes tópicos. Também não foram tomadas notas da maior parte das mesmas. Contudo, eram frequentes reclamações sobre saúde, cansaço e dificuldade em dar conta das tarefas.

Uma equipe composta por três estudantes de psicologia e dois psicólogos foi orientada e treinada para a aplicação e correção dos instrumentos.

As aplicações foram realizadas de maneira presencial e coletiva em ambientes adequados para a coleta pelos colaboradores e pelo próprio pesquisador. Foram descartados os instrumentos de coletas em que foram verificados erros de aplicação ou preenchimento.

Todos os dados foram transcritos e tratados pelo próprio pesquisador em bancos de dados no SPSS por instrumento, posteriormente convertidos em um banco de dados geral.

Para análise de dados, foi realizada análise quantitativa. Foram emitidas as estatísticas descritivas e frequências relativas e absolutas das variáveis, que assim permitiram, presentes no questionário sócio demográfico assim como dos níveis de domínios do WHOQOL-bref e níveis de sintomas da EADS-21.

Por não haver uma informação conclusiva do N total de pós-graduandos matriculados na Cidade Universitária, e devido à natureza da amostragem por conveniência, temos ciência de que o N (200) não é representativo da população investigada, que necessitaria de cerca de 350 participantes. Contudo, decidimos realizar algumas estatísticas paramétricas para verificar se nesta amostra existem tendências que acompanham os estudos citados.

Para análise estatística, foi utilizado o software estatístico *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versão 21.

Foram realizados testes de comparação de médias *t* de *student* e Análise de Variância (ANOVA) a um fator. Neste caso, seguida de teste *post hoc* de *Tukey*. O nível de significância foi de  $p \leq 0,05$  e intervalo de confiança de 95%.

Foi também realizada análise de correlação *r* de *Pearson* entre os domínios de qualidade de vida do WHOQOL-bref com os escores de sintomas da EADS-21, assim como entre os escores da própria EADS-21.

Para as análises estatísticas, foi utilizado o software *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versão 21.

Para a pergunta aberta “Por que escolheu cursar pós-graduação?”, as respostas foram colocadas em categorias conforme orientações de Carlomagno e Rocha (2016), que gerou 5 categorias conforme Apêndice BP e Apêndice BO, criando critérios de inclusão e exclusão para cada categoria. Após a criação das categorias, a categorização das respostas foi submetida a 3 juízes imparciais, psicólogos pesquisadores, que as categorizaram e posteriormente foi aplicado o coeficiente Kappa, que se trata de uma medida para verificar o grau de concordância entre as

respostas dadas e garantir maior objetividade (BALTAR; OKANO, 2017). Os níveis de concordância são apresentados na tabela abaixo. Em alguns casos, os respondentes deram mais de uma resposta, que poderia ser colocada em mais de uma categoria, consideramos apenas a primeira resposta dada.

Tabela 2 - Valores de referência Kappa

Valores do Kappa	Interpretação
<0	Sem acordo
0-0.19	Acordo pobre
0.20-0.39	Acordo fraco
0.40-0.59	Acordo moderado
0.60-0.79	Acordo substancial
0.80-1.00	Acordo quase perfeito

Fonte: Baltar e Okano (2017).

A seguinte tabela aponta os níveis de concordância encontrados entre os juízes.

Tabela 3 - Medida de concordância entre juízes, coeficiente Kappa, para a pergunta “por que escolheu cursar pós-graduação?”

Juízes	J1	J2	J3
J1		0,90	0,89
J2	0,90		0,79
J3	0,89	0,79	

Tabela elaborada pelo autor. Fonte: dados da pesquisa

Podemos verificar que o acordo entre juízes ficou entre acordo substancial e acordo quase perfeito.

As características sociodemográficas foram descritas, seguidas de análises e comparações com outros estudos, procurando manter a ótica da teoria de estresse, considerando



os possíveis recursos de *coping* necessários para adaptação acadêmica. As tabelas com tais resultados estão dispostas no Apêndice. Posteriormente, para análises paramétricas de correlação e comparação de médias, mantivemos no texto as tabelas que evidenciaram significância estatística e no apêndice aquelas que não evidenciaram.

## 6 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Apresentaremos os resultados descritivos, seguidos das análises de *r* de *Pearson*, ANOVA e Teste T.

### 6.1 Resultados descritivos

A primeira faixa etária, de 21 a 26 anos, concentrou a maior parte de participantes, 61 pessoas (30,7%), a segunda de 27 a 30 anos foi constituída de 52 pessoas (26,1%), a faixa de 31 a 33 anos foi a faixa com menos participantes, 46 pessoas (20%), por fim, a faixa de 34 a 59 apresentou 46 pessoas (23,1%). Uma pessoa não respondeu à questão. As faixas etárias foram criadas por meio de quartis (Apêndice A).

Conforme CNPq (2016), a maior parte de mestres formados tinha idade entre 30 e 34 anos, seguidos pelas faixas de 25 a 29 anos e 35 a 39 anos. Já para doutores, a maior faixa foi de 35 a 39 anos, seguidas por 40 a 44 anos e 30 a 34 anos. Se levarmos em conta que as faixas apresentadas na pesquisa são estudantes, em maioria em primeiro ano, podemos perceber tendência à formação nas mesmas faixas publicadas pelo CNPq. Levamos em conta que a USP, por tradição em pesquisa, comumente tem seus recém graduados ingressando no mestrado. É sabido, ainda, que quanto maior a idade, maior a tendência a ter menos energia, mais risco de adoecimento, etc. Mas também tendência a mais recursos financeiros, mais informação, etc. Relacionando-se, portanto com facetas de domínio físico e meio ambiente principalmente.

O gênero masculino esteve representado por 111 pessoas (55,5%) da amostra e o gênero feminino por 89 pessoas (44,5%). Não levamos em conta se a pessoa se identificava como cis gênero, transgênero, etc. (Apêndice B).

A diferença entre gêneros é pequena, assim como esperado nos dados nacionais que (CNPQ, 2016), contudo, tem demonstrado uma leve tendência a maior quantidade de mulheres mais jovens na carreira acadêmica. Todavia, a pequena amostragem não obrigatoriamente acompanharia a totalidade, que inclusive varia conforme a tradição do curso de possuir mais homens ou mulheres.

Quanto ao nível cursado, 100 pessoas (55,9%) cursavam mestrado e 79 pessoas (44,1%) cursavam doutorado. Deixaram de responder a esta questão 21 indivíduos (apêndice C).

Os cursos descritos foram categorizados conforme as grandes áreas da ciência segundo o padrão USP. Sendo 9 pessoas (4,5%) da área de Biológicas e da Saúde, 65 pessoas (32,5%) da área de Exatas e da Terra e 126 pessoas (63%) da área de Humanas (apêndice D). A maior concentração da amostra em Humanas e a pequena em Biológicas e da Saúde se justifica uma vez que o curso de letras é um dos maiores da USP, assim como FFLCH é uma de suas maiores unidades além de boa parte da área de biológicas e saúde, como medicina e saúde pública por exemplo, encontrarem-se fora do campus Cidade Universitária.

Referente ao ano cursado, 123 pessoas (66,8%) eram do primeiro ano, 36 (19,6%) do segundo ano, 9 (4,9%) do terceiro ano, 10 (5,4%) do quarto ano e 6 (3,3%) do quinto ano. Não responderam à pergunta 16 pessoas (Apêndice E). A alta frequência em primeiro e segundo anos se justifica, pois, é nesse período que a maior parte dos alunos está cursando disciplinas presenciais, sendo comum a dedicação à dissertação ou tese nos anos posteriores, não havendo necessariamente a obrigação da presença constante do aluno no campus. Vale ressaltar que a escolha do método de aplicação presencial foi adequada para evitar um viés de pesquisa comum: a tendência de resposta apenas de pessoas adoecidas ou que se interessam pelo assunto. Contudo, a dificuldade de se encontrar os alunos presencialmente criou outro viés: alta concentração em pessoas no primeiro ano, que, embora possam estar sofrendo com o estresse adaptativo a um novo local e rotina, não necessariamente estão ainda familiarizados ou estressados com a vicissitude do sistema acadêmico, como produção, pesquisa, prazos, qualidade, etc.

Quanto à nacionalidade dos alunos, a maioria, 171 pessoas (85,5%), eram brasileiros e 29 pessoas (14,5%) eram estrangeiros (Apêndice F). Do total de títulos outorgados em 2016 em toda a USP, apenas 5,16% eram para estrangeiros, traduzindo em 6.970 pessoas (UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, 2016). No entanto, é sabido que em alguns cursos existem maiores concentrações de estrangeiros, como os cursos do Instituto de Matemática e Estatística (IME), de onde vêm a maior parte da amostra de estrangeiros.

Relataram estado civil casado ou união estável 35 pessoas (18,1%), divorciado 5 pessoas (2,6%) e a maioria, 153 pessoas (79,3%), em estado civil solteiro. Ficaram 7 pessoas sem responder à questão (Apêndice G). Conforme IBGE (2016), a proporção de pessoas com mais de 15 anos em casamento civil ou religioso foi de 36,5%, e unidas de forma consensual 19,8%. Além de acompanhar a tendência nacional, é sabido que a dedicação às tarefas de pós-graduação toma bastante tempo, delegando outros aspectos da vida para segundo plano (DE MEIS et al. 2003).

Relativo à orientação sexual, 165 pessoas (89,2%) afirmaram heterossexualidade, 15 pessoas (8,1%) homossexualidade e 5 pessoas (2,7%) bissexualidade. Não houve respostas de 15 pessoas (Apêndice H). Pesquisa realizada pela Rede Nossa São Paulo e IBOPE Inteligência (2018), apontou que da amostra de 800 paulistanos, 3% e 2% se declararam homossexuais e bissexuais respectivamente, assim como 5% não sabiam ou não declararam. Tendência semelhante é encontrada em nosso levantamento, assim como reafirma o status de minoria destas populações.

Declararam algum tipo de religião ou espiritualidade 94 pessoas (58%), declararam não possuir ou não acreditar em religião ou espiritualidade 68 pessoas (42%). 38 pessoas deixaram de responder à pergunta (Apêndice I). Conforme IBGE (2010), no Brasil, mais de 190 milhões de pessoas possuem alguma religião ou espiritualidade e mais de 15 milhões não possuem. A expressão de não religiosos pode ser considerada forte em nossa amostra. Podemos considerar a associação histórica entre ciência e abstenção à religião como um fator presente. Questão que se relaciona com o domínio psicológico de qualidade de vida, pois esta é uma faceta que a compõe.

Relataram como origem de sua renda: 81 pessoas (40,5%) - bolsas de estudos, 63 pessoas (31,5%) - trabalho, 27 pessoas (13,5%) - trabalho e bolsa, 28 pessoas (14 %) não especificaram a origem da renda e 1 pessoa (0,5%) relatou possuir bolsa e outra fonte não especificada. Afirmaram não possuir algum tipo de bolsa, 91 pessoas (45,5%) e 109 pessoas (54,5%) afirmaram possuir (Apêndice J).

Vale ressaltar que existem possibilidades de conciliar emprego e bolsa de estudos, contanto que a carga horária não ultrapasse 10 horas semanais (a depender do contrato), tenha relação em algum grau com a pesquisa e seja autorizado pelo orientador. Questões de renda se relacionam com o domínio do meio ambiente, em questão de qualidade de vida.

Relataram possuir renda abaixo de 1 salário mínimo 21 pessoas (11,2%); de 1 a 3 salários mínimos 111 pessoas (59,4%); de 3 a 6 salários mínimos 20 pessoas (10,7%); de 6 a 9 salários mínimos 31 pessoas (16,6%) e mais que 9 salários mínimos 4 pessoas (2,1%). Deixaram de responder à questão 13 pessoas (Apêndice K). A média da renda mensal foi de R\$ 2558,77 (DP= R\$ 1821,08) e a mediana foi de R\$2200,00. A renda variou de R\$ 100,00 a R\$ 10.000,00 (Apêndice L).

A concentração entre 1 a 3 salários mínimos, assim como a média apresentada se deve às bolsas de estudo de mestrado e doutorado que variam entre R\$1500,00 a cerca de R\$3000,00,

a depender da agência financiadora. O valor médio está próximo ao rendimento médio do trabalhador brasileiro, segundo o IBGE (2017 PNAD CONTÍNUA), de R\$2112,00.

Foram descritas como agências financiadoras para bolsas em geral: CAPES com 56 bolsistas (51,4%), CNPq com 24 bolsistas (22%), FAPESP com 12 bolsistas (11%), Fundação para o Desenvolvimento da Engenharia (FDTE) com 7 bolsistas (6,4%), Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas (FIPE) com 3 bolsistas (2,8%), além de outras bolsas providas pela USP via Programa de Aperfeiçoamento de Ensino (PAE) e pela Faculdade de Educação da USP (FEUSP, tipo de bolsa não especificada) ou pela Caixa Econômica Federal (bolsa não especificada), todos com financiamento a 1 pessoa cada (0,9%). 4 pessoas (3,7%) não declararam a agência financiadora (Apêndice M). Vale ressaltar que o valor da bolsa pode variar drasticamente, a depender do tipo de bolsa, contudo, a bolsa PAE é a única no valor de R\$600,00, enquanto não foi possível confirmar os valores das bolsas FEUSP e Caixa.

Afirmaram não trabalhar 106 pessoas (54,1%) e afirmaram trabalhar 90 pessoas (45,9%). 4 pessoas não responderam (Apêndice N).

Para aqueles que trabalham além da pós-graduação, a média de horas trabalhadas foi de 25,92, tendo desvio padrão de 14,60. Sendo o mínimo de 2 horas e o máximo de 60 horas. Oito pessoas não responderam (Apêndice O). Algumas pessoas, como a que apontou trabalhar 60 horas, não tinham tempo para estudo. Fica a indagação de como cursar a pós-graduação adequadamente em casos como estes.

Estavam na faixa de 2 a 11 horas trabalhadas, 21 pessoas (25,6%); na faixa de 12 a 30 horas, 31 pessoas (37,8%); na faixa de 31 a 40 horas, 23 pessoas (28%), e na faixa de 41 a 60 horas, 7 pessoas (8,5%). Oito pessoas não responderam. As faixas foram criadas por meio de quartis (Apêndice P). Houve uma distribuição aproximada entre as faixas, na primeira faixa houve maior concentração de bolsistas, uma vez que é possível trabalhar até 10h semanais contratualmente. As seguintes duas faixas incluem jornadas que compreendem àquelas mais comuns ao mercado de trabalho, como jornadas de 30 horas e de 44 horas. Questão que se relaciona ao domínio físico de qualidade de vida em facetas como: capacidade de trabalho, sono e repouso, atividades da vida cotidiana, etc.

Relataram que mudaram de residência ao estudar na USP: 112 pessoas (56,9%) “sim” e 85 pessoas (43,1%) “não”. Três pessoas não responderam. Das 85 pessoas que não mudaram, todas eram da região Sudeste (Apêndice Q).

Das regiões de origem antes de ingressar na USP, 9 pessoas (4,6%) eram do Centro-Oeste, 15 pessoas (7,7%) do Nordeste, 7 pessoas (3,6%) do Norte, 127 pessoas (64,8%) do Sudeste, 12 pessoas (6,1%) do Sul e 26 pessoas (13,3%) de fora do país. 4 pessoas não responderam à questão (Apêndice R). A USP, por conta de sua qualidade e reputação, atrai pessoas de todo o país e estrangeiros, no entanto, a maior parte da amostra era da própria região sudeste.

Relataram com quem vivem atualmente, 53 pessoas (32,3%) moram com familiares, 77 pessoas (47%) com colegas, 11 pessoas (6,7%) com namorado(a) ou companheiro(a), 23 pessoas (14%) sozinhos. 36 pessoas não responderam à questão (Apêndice S). Das pessoas que declararam estado civil casado, 60% declararam morar com familiares, enquanto 5,7% declararam cada uma das outras categorias, mas 22,9% não responderam, enquanto que apenas 1,6% responderam morar na casa da família. Embora não perguntado diretamente, isso pode indicar a presença de filhos.

Relataram o tipo de moradia na qual residem: Conjunto Residencial da USP (CRUSP) – 46 pessoas (24,1%), casa da família – 3 pessoas (1,6%), casa própria – 52 pessoas (27,2%), casa alugada – 61 pessoas (31,9%), república, pensão ou alojamento – 21 pessoas (11%), outras – 8 pessoas (4,2%). 9 pessoas não responderam (Apêndice T). Conforme Eisenberg (2007), o tipo de moradia na qual o estudante reside e com quem, podem influenciar na saúde mental do mesmo.

A média do tempo de mudança até o momento foi de 40,4 meses (DP= 37,48) ou cerca de 3,3 anos. Indo do mínimo de 2 meses a 156 meses (13 anos). Deixaram de responder 40 pessoas (20%) (Apêndice U). Esta pergunta se relaciona com o domínio de relações sociais e do meio ambiente, como estar afastado da família, criar novas relações, etc.

A média do tempo de deslocamento até a USP foi de 39,11 minutos (DP=43,84). Indo de 0 minutos a 240 minutos (4 horas). 16 pessoas deixaram de responder à pergunta (Apêndice V). Esta pergunta se relaciona ao domínio meio ambiente, em especial à faceta transporte. Podemos, contudo, conjecturar ainda sobre domínio físico, pois as pessoas que moram longe precisam acordar mais cedo e com isso podem ter menos tempo de sono e, por sua vez, menos energia.

Sobre a relação com o orientador, 1 pessoa (0,5%) considera péssima, 2 pessoas (1%) consideram ruim, 27 pessoas (13,6%) consideram média, 82 pessoas (41,2%) consideram boa e 87 pessoas consideram ótima (43,7%). 1 pessoa não respondeu (Apêndice X).

Diversos autores apontam a relação com o orientador como de fundamental importância no desenvolvimento da pesquisa e da saúde mental (NYQUIST; WOODFORD 2000; LOUZADA; SOUZA FILHO, 2005; HYUN et al., 2006; EVANS et al. 2018). Consideramos parte essencial da adaptação acadêmica em níveis relacional e institucional. Na nossa amostra, a maioria relatou relações boas ou ótimas.

Sobre como consideram o suporte universitário: 1 pessoa (0,5%) considera péssimo, 4 pessoas (2%) consideram ruim, 48 pessoas (24,2%) consideram médio, 114 pessoas (57,6%) consideram bom e 31 pessoas (15,7%) consideram ótimo. 2 pessoas não responderam (Apêndice W). Assim como a relação com o orientador, o suporte institucional é fundamental para o desenvolvimento das atividades e prevenção de saúde mental, de maneira a garantir estratégias de  *coping*  e a adaptação acadêmica, obviamente, em nível institucional.

A média de horas dedicadas aos estudos por dia foi de 6,09 (DP 3,15). Variando de 0 a 16 horas. Quatro pessoas não responderam (Apêndice Y). Autores como Silvia (2014) apontam a necessidade de constância no trabalho acadêmico, de preferência diariamente em quantidades não exaustivas. Podemos criar uma analogia à atividade esportiva, que necessita de constância, repetições e cargas que não levem à exaustão e a lesões, para aumento de performance; assim é o trabalho acadêmico. Contudo, alguns participantes junto ao número de horas escreveram “não tenho tempo!” (sic) para estudar, enquanto que alguns relataram verbalmente estudar até a exaustão. Cruz (2017) aponta para o risco da modelagem do comportamento ao se estudar até a exaustão: associa-se tal atividade ao cansaço, tédio, dor, etc., e tal pareamento pode criar um sentimento de evitamento constante. Exageros, sobretudo sem recompensas, podem ser associadas à fatores de  *burnout* .

A média de horas diárias dedicadas ao lazer foi de 2,16, com desvio padrão de 1,18. Variando de 0 a 7 horas. 54 pessoas não responderam (27%) (Apêndice Z).

As atividades de lazer são essenciais para o bem-estar e a saúde mental, inclusive como parte do domínio do meio ambiente em qualidade de vida. São sabidos os benefícios de esportes, hobbies, atividades com amigos e familiares e mesmo o ócio para o corpo e a psique humanos. Obviamente estas não deveriam ser a única saída para lidar com o estresse, e nem mesmo está perto de ser uma solução definitiva, como apontado por Assumpção Jr (2010), contudo, na conjuntura atual, acabam sendo as únicas vias para isso. Entendemos como adequada uma média de 2 horas diárias para lazer. No entanto, nos chama atenção os casos em

que 27% sequer responderam, alguns casos que relataram não ter tempo para lazer, mas também o caso que dedica boa parte do dia para tal. Encaramos os “outliers” como sinais sintomáticos.

A média de horas de sono diárias foi de 7,24, com desvio padrão de 1,14. Tendo mínimo de 4 horas e máximo de 10 horas (Apêndice AA). Esta média está próxima do recomendado pela *USA National Sleep Foudation* (HIRSHKOWITZ et al., 2015), entre 7 a 9 horas. Autores afirmam que alteração no ciclo do sono pode levar a alterações hormonais, como hormônios do crescimento e cortisol e levar a sintomas físicos e psicológicos, como a ansiedade. No caso de estudantes, as demandas acadêmicas poderiam levar a alteração desse ciclo, e a estes sintomas (ALMONDES; ARAÚJO, 2003; MEDEIROS et al., 2001).

39 pessoas (23,6%) relataram possuir algum problema de saúde, 125 pessoas (75,8%) relataram não possuir nenhum problema de saúde e 1 pessoa (0,6%) relatou não saber. 35 pessoas não responderam (Apêndice BB).

Das pessoas que afirmaram ter alguma doença, 6 (15,4%) responderam não estar em tratamento e 7 pessoas (17,9%) afirmaram estar em tratamento, 26 pessoas (66,7%) não declararam estar ou não em tratamento (Apêndice CC).

Muitas pessoas não responderam a esta questão. Supomos que assumir tratamento pode significar estar doente, estar frágil e talvez possa ser difícil assumir para si esta necessidade, e mesmo abri-la para outros.

Quanto ao acesso a tratamentos e serviços de saúde, 27 pessoas (13,9%) relataram não terem acesso, 167 pessoas (86,1%) relataram terem acesso. 6 pessoas não responderam (Apêndice DD).

Quanto ao tipo de acesso à saúde, 71 (55,5%) pessoas relataram acessar meios privados, 50 pessoas (39,1%) relataram acesso público e 7 pessoas (5,5%) relataram ambos os meios. 39 pessoas deixaram de responder (Apêndice EE).

Quanto à própria satisfação com sua saúde, segundo WHOQOL-bref: 3 pessoas (1,5%) relataram estar “muito insatisfeito”, 45 pessoas (22,5%) relataram “insatisfeito”, 46 pessoas (23%) relataram “nem satisfeito, nem insatisfeito”, 81 pessoas (40,5%) relataram “satisfeito” e 25 pessoas (12,5%) relataram “muito satisfeito” (Apêndice FF).

A média da satisfação com a saúde, segundo WHOQOL-bref, foi de 3,40 (DP 1,01), estando entre “nem satisfeito, nem insatisfeito” e “satisfeito” (Apêndice GG).



Saúde é um fator que se relaciona às facetas do domínio físico e seu acesso e cuidado se relaciona com o domínio do meio ambiente. Relacionados também à sensação de bem-estar e também à produtividade. Uma das necessidades mais básicas quando pensamos em motivação e adaptação.

39 pessoas relataram ter algum problema de saúde, 27 pessoas relataram não ter acesso à saúde, mesmo público. Embora o acesso no SUS, seja universal, diversas são as razões para qual esse acesso pode ser postergado ou impedido, como grandes filas de espera, ineficiência dos serviços, etc. 45,5% da amostra declararam estar insatisfeito ou neutro em relação a sua saúde, enquanto que 40,5% relataram estarem satisfeitos. Estes podem vir a ser impeditivos da adaptação acadêmica, pois a saúde se refere à uma necessidade pessoal mais urgente.

Responderam não estarem satisfeitos com as perspectivas de carreira, 29 pessoas (14,6%); responderam estar satisfeitos 59 pessoas (29,5%) e responderam estarem parcialmente satisfeitos 110 pessoas (55,6%). Duas pessoas omitiram resposta (Apêndice HH).

Mais da metade da amostra relatou estar parcialmente satisfeita com as perspectivas de carreira. Isso pode estar relacionado às possibilidades de carreira possíveis como pesquisador, mas em contrapartida com a baixa oferta dessas possibilidades, com o mercado da pesquisa e ciência saturado, em crise e desvalorizado.

Relativo à razão de ter escolhido cursar pós-graduação, 62 (31,2%) pessoas estiveram na categoria “por prazer, desejo ou vocação”, 55 (27,6%) pessoas na categoria “para seguir carreira acadêmica”, 27 (13,6%) na categoria “desenvolvimento pessoal”, 38 pessoas (19,1%) na categoria “melhor colocação no mercado de trabalho” e 17 pessoas (8,5%) em “outras”. Apenas uma pessoa não respondeu (Apêndice II).

Esta pergunta foi pensada levando em conta questões de motivação e resiliência, uma vez que uma forte motivação pode ser um fator de resiliência positivo e, mais ou menos de acordo com a realidade. Ou seja, supomos que alguém com motivação de se melhor colocar no mercado de trabalho tem mais chances de frustração, se levarmos em conta o andamento atual do mercado, do que aquela que busca apenas o desenvolvimento pessoal.

A seguir passamos a apresentar os dados obtidos na EADS-21.

Tabela 4 - Distribuição em termos de frequência absoluta e porcentagem válida quanto à composição da amostra por nível de depressão segundo EADS-21.

Nível de depressão	Frequência (f)	Porcentagem válida (%)
Normal (0-9)	100	50,0
Leve (10-13)	32	16,0
Moderado (14-20)	39	19,5
Severo (21-27)	8	4,0
Muito Severo (28+)	21	10,5
Total	200	100,0

Tabela elaborada pelo autor. Fonte: dados da pesquisa.

Quanto aos níveis gerais de depressão: 100 pessoas (50%) estiveram em nível normal, 32 pessoas (16%) estiveram em nível leve, 39 pessoas (19,5%) estiveram em nível moderado, 8 pessoas (4%) estiveram em nível severo e 21 pessoas (10,5%) estiveram em nível muito severo.

A média do escore de depressão foi de 11,53 com desvio padrão de 9,47. Considerada como depressão leve.

Embora metade do total dos participantes não tenham apresentado níveis sintomáticos, metade da amostra apresentou tais estados, mesmo que divididos entre quatro níveis de “leve” a “muito severo”. Se temos 35,5% de participantes com níveis de depressão entre leve e moderado, poderíamos considerar que esses estariam em início sintomático, possivelmente na segunda e começo da terceira fases de estresse, conforme Serson (2016) e Lipp (2003) já que os sintomas depressivos surgiriam entre o fim e o começo da terceira fase, a fase de quase-exaustão. Onde, depois de contínuo gasto energético, e ineficiência do *coping*, começaria a ocorrer sobrecarga alostática e necessidade de recuperação ao estado normal por meio de resposta depressiva. Sendo assim, embora a média do escore tenha se localizado em “leve”, tivemos uma variação alta e grande concentração de pessoas com sintomas depressivos. Se considerarmos que o nível “muito severo” é aquele no qual a síndrome de *burnout* já se instalou e a produtividade já está seriamente afetada, consideramos grave a presença de 10,5% (21 pessoas) da amostra em nível “muito severo”. No estudo de Stecker (2004), o índice de depressão variou entre 25% e 35% (n=461), já no estudo de Eisenberg (2007) as desordens de ansiedade ou depressão foram apresentadas por 13% da amostra (n=2.843), contudo, 41,2%

afirmaram que algum sintoma afetou sua performance acadêmica. Para Evans et al. (2018), 39% (n=2.279) apresentaram sintomas de depressão moderados a severos. Já no estudo de Graduate Assembly (2014) houve 47% de doutorandos e 37% mestrandos possuindo depressão (n=790); para Duque, Brondani e Luna (2005), 50% relataram sentimento constante de tristeza, cansaço e falta ou excesso de apetite, sintomas comuns de estados depressivos. Evans et al. (2018) afirma que pós-graduandos apresentaram seis vezes mais risco de desenvolver sintomas de ansiedade e depressão, em seu estudo 39% (n=2279) apresentaram níveis de depressão moderado a severo. Levecque et al. (2015), apontou que dos doutorandos, 32% (n=3.659) apresentaram risco de desordem psiquiátrica, 51% apresentaram pelo menos 2 sintomas. Dessa maneira, embora metade dos casos não chegue a apresentar sintomas depressivos, nosso estudo acompanha as tendências citadas de que uma grande parte de pesquisadores chega a apresentar, nesse caso a outra metade.

Tabela 5 - Distribuição em termos de frequência absoluta e porcentagem válida quanto à composição da amostra por nível de ansiedade segundo EADS-21.

Nível de ansiedade	Frequência (f)	Porcentagem válida (%)
Normal (0-7)	113	56,5
Leve (8-9)	10	5,0
Moderado (10-14)	42	21,0
Severo (15-19)	18	9,0
Muito Severo 20+	17	8,5
Total	200	100,0

Tabela elaborada pelo autor. Fonte: dados da pesquisa.

Quanto aos níveis gerais de ansiedade: 113 pessoas (56,5%) apresentaram nível normal; 10 pessoas (5%), nível leve; 42 pessoas (21%), nível moderado, 18 pessoas (9%) em nível severo e 17 pessoas (8,5%) em nível muito severo.

A média de ansiedade foi de 7,83, com desvio padrão de 8,22. Considerado nível de ansiedade leve, mas quase normal.

Pouco mais da metade dos participantes estiveram em níveis normais de ansiedade (56,5%), contudo, se considerarmos todos os níveis da escala, 43,5% dos participantes apresentaram algum nível de ansiedade entre “leve” e “moderado”, como podemos verificar também pelo desvio padrão, que foi maior do que a média. Estes números, assim como os

apresentados no índice de depressão, acompanham tendências como de Hyun et al. (2006), que encontrou em 44,7% de 3.121 pós-graduandos, relatos de problema emocional ou relacionado ao estresse e 57,7% em esgotamento mental, que lembramos sendo um sinal de *burnout* e comum a fases mais avançadas de estresse. Já para Kernan, Bogarth e Wheat (2011) 43,6% (n=1.355) apresentaram algum problema relacionado com ansiedade e depressão e em Evans et al. (2018) 41% apresentaram níveis de ansiedade moderados a severos (n=2.279), Para Duque, Brondani e Luna (2005), 89% (n=66) relataram estarem ansiosos. No estudo de Evans et al. (2018) (n=2279) 41% apresentaram sintomas de ansiedade moderada a severa. Embora nossa amostra seja muito menor do que os estudos apresentados, a proporção acompanha as tendências dos mesmos, podendo ser um indicador de que nossa comunidade está sendo afetada como as demais comunidades de pesquisadores. Poderíamos considerar, assim como nos outros sintomas, aquelas pessoas em nível severo ou muito severo como em ansiedade crônica, que, como apontam Silva e Lage (2009), costumam estar associada à pressa e excesso de responsabilidades. Embora não tenhamos medido este dado, consideramos que este é um contexto comum durante o período de pós-graduação e a ansiedade dificulta ainda mais o uso adequado de estratégias de *coping*, sendo necessário, nestes casos, intervenção psicológica e/ou médica e suporte, a se descobrir quais as razões para seu estado ter se tornado tão grave, se estes afetam sua performance e como ajudar a tempo hábil para desenvolvimento da pesquisa.

Tabela 6 - Distribuição em termos de frequência absoluta e porcentagem válida quanto à composição da amostra por nível de estresse segundo EADS-21.

Nível de estresse	Frequência (f)	Porcentagem válida (%)
Normal (0-14)	98	49,0
Leve (15-18)	31	15,5
Moderado (19-25)	30	15,0
Severo (26-33)	30	15,0
Muito Severo (34+)	11	5,5
Total	200	100,0

Tabela elaborada pelo autor. Fonte: dados da pesquisa.

Quanto aos níveis gerais de estresse: 98 pessoas (49%) estiveram em nível normal, 31 pessoas (15,5%) estiveram em nível leve, 30 pessoas (15%) estiveram em nível moderado, 30

pessoas (15%) estiveram em nível severo e 11 pessoas (5,5%) estiveram em nível muito severo. A média do escore de estresse foi de 16,25, com desvio padrão de 9,81. Considerado estresse de nível leve.

Assim como os níveis de depressão e ansiedade, embora haja grande concentração no nível normal, o nível de estresse teve grande parte da amostra apresentando sintomas com variação de “leve” a “muito severo”, nesse caso ainda mais do que ansiedade e depressão – 51%. Este resultado é esperado, uma vez que o estresse acontece antes dos sintomas de ansiedade, depressão e *burnout*, que aconteceriam em um estágio mais avançado do contínuo tempo/intensidade de estresse.

Estes resultados acompanham os apresentados por Hyun et al. (2006), onde 44,7% (n=3.121) relataram problemas emocionais ou relacionados à estresse e 57,7% conheciam algum amigo em mesma situação. Os de Malagris et al. (2009) que encontraram 58,6% (n=140) estudantes estressados, acima do índice nacional próximo a 35% (LIPP; MALAGRIS, 2004), dos quais 50% estavam na fase de resistência, 6,4% na quase exaustão, 1,4% na exaustão e 0,7% em alerta, diferentemente da nossa amostra melhor distribuída, que, embora não meça diretamente as fases, podemos considerar a intensidade de sintoma semelhante às fases. Já para Kernan, Bogart e Wheat (2011), 26,9% apresentaram doenças relacionadas à estresse; Faro (2013a) apresentou 24,2% da amostra com escore alto de estresse e 22,6% com escore muito alto (n=2.157); Santos e Alves Junior (2007) relatou 40,7% (n=27) de pós-graduandos estressados com 81,8% em fase de resistência; Pfeifer, Kranz e Socoggin (2008) tiveram índices de 41,4% de relatos de que o estresse estava acima do normal e 24,2% estavam vivenciando o maior estresse de suas vidas (n=29).

Podemos considerar aqueles em níveis severo ou muito severo como em início ou em estágio avançado de *burnout* e sobrecarga alostática. Se considerarmos que o *burnout* é falha no *coping*, como aponta Vasconcellos (2017), isso indicaria também falha nos recursos de *coping*, criando um efeito bola de neve, com aumento dos sintomas e incapacidade para lidar e mesmo buscar, outros recursos. Tais pessoas necessitam de uma intervenção a nível psicológico e/ou médico além do já citado suporte social.

Tabela 7 - Distribuição em termos de frequência absoluta e porcentagem válida quanto à composição da amostra no que diz respeito à percepção da própria Qualidade de Vida, segundo WHOQOL-Bref.

Percepção de QDV	Frequência (f)	Porcentagem válida (%)
Ruim	29	14,5
Nem Ruim Nem Boa	45	22,5
Boa	103	51,5
Muito Boa	23	11,5
Total	200	100,0

Tabela elaborada pelo autor. Fonte: dados da pesquisa.

Relataram sua percepção em relação a sua qualidade de vida: 29 pessoas (14,5%) – ruim, 45 pessoas (22,5%) – nem ruim, nem boa, 103 pessoas (51,5%) – boa, 23 pessoas (11,5%) – muito boa. Não houve nenhuma resposta na categoria “muito ruim”. A média para a própria percepção da qualidade de vida foi de 3,6 (DP 0,87), considerada intermediária entre “nem ruim, nem boa” e “boa”.

A maior parte das pessoas considera sua própria qualidade de vida como boa ou muito boa (63%). Como apontam Ribeiro (1998 apud JESUS; REZENDE, 2009), Compton (2005 apud JESUS; REZENDE, 2009) além de Garcia e Erlandsson, (2011), Hayes e Joseph (2003), Simões et al. (2000) e Steel Schmidt e Shultz (2008), o bem-estar subjetivo é composto pela experiência, pelos aspectos positivos e ausência de negativos e pela avaliação global da própria vida, influenciados sobretudo pela personalidade, autoestima positiva, otimismo, sentimento de significado, etc. Temos a maioria da amostra com percepções positivas sobre sua qualidade de vida, melhores do que nos índices obtidos pelos domínios. Este dado pode indicar a influência da percepção subjetiva global sobre os resultados de bem-estar.

Tabela 8 - Estatísticas descritivas relativas aos Domínios de Qualidade de Vida do WHOQOL-bref.

<b>Domínios WHOQOL-bref (N=200)</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio Padrão</b>
Domínio Físico	5,14	20	14,26	2,59
Domínio Psicológico	6,00	20	14,00	2,55
Domínio Relações Sociais	5,33	20	14,01	3,40
Domínio Meio Ambiente	7,00	19,00	13,17	2,31

Tabela elaborada pelo autor. Fonte: dados da pesquisa.

Quanto ao domínio físico, a média da qualidade de vida foi de 14,26% (DP=2,59), variando de 5,14 a 20.

Quanto ao domínio psicológico, a média de qualidade de vida foi de 14% (DP=2,55). Variando de 6 a 20.

Quanto ao domínio das relações sociais, a qualidade de vida teve média de 14,01% (DP=3,40), variando de 5,33 a 20.

Quanto ao domínio do meio ambiente, a qualidade de vida teve média de 13,17% (DP=2,31) com valores dispersos entre 7 e 19.

Os resultados das médias dos quatro domínios foram semelhantes, havendo maiores diferenças no desvio padrão do domínio de relações sociais e na média do domínio meio ambiente, mas em ambos, apenas 1 ponto. Embora não haja uma classificação para os níveis de QDV, considera-se que quanto maior, até o valor máximo de 20, melhor seria a qualidade da QDV. Embora tenha havido valores muito baixos, a variação foi pequena. Podemos considerar que os escores de qualidade de vida ultrapassam o ponto médio de 0 a 20, podendo, hipoteticamente, estar algo entre nem ruim nem boa e boa em uma escala likert. Embora autoras como Silva e Heleno (2012), considerem este nível de QDV já um nível ruim, ou não adequado.

## 6.2 Resultados das análises paramétricas

Tabela 9 - Correlação entre Domínios de Qualidade de Vida (WHOQOL-bref) e escores de sintomas (EADS-21)

Domínios WHOQOL-bref	Escore EADS-21		
	Depressão	Ansiedade	Estresse
	Nível de correlação ( <i>r de Pearson</i> )*		
Domínio Físico	-0,57	-0,50	-0,54
Domínio Psicológico	-0,71	-0,55	-0,59
Domínio Relações Sociais	-0,42	-0,35	-0,37
Domínio Meio Ambiente	-0,36	-0,29	-0,29

Tabela elaborada pelo autor. Fonte: dados da pesquisa. \*Correlação significativa  $p \leq 0,01$

Foi verificado o nível de correlação entre os 4 domínios de Qualidade de Vida do WHOQOL-bref e os 3 escores de sintomas da EADS-21.

Para o Domínio Físico:

- Depressão – correlação negativa moderada (-0,57);
- Ansiedade – correlação negativa moderada (-0,50);
- Estresse – correlação negativa moderada (-0,50).

O domínio físico está associado às facetas de dor e desconforto, energia e fadiga, sono e repouso, mobilidade, atividades da vida cotidiana, dependência de medicação e capacidade de trabalho. A correlação negativa indica que quanto mais afetados estão tais aspectos e, por sua vez, o domínio, maior a tendência a sintomas depressivos, de ansiedade e estresse. Compreendemos que estas facetas estão principalmente relacionadas aos fatores pessoais da adaptação acadêmica, o quanto condições de saúde e doença afetam o bem-estar e o desempenho, assim como a percepção de controle destas situações e as estratégias de *coping* utilizadas. A falta de condições para independência (não depender de remédios ou ter fácil acesso a eles, de acesso especial para mobilidade, se sentir com energia, por exemplo) e para manter a capacidade de trabalho, podem se revelar como fontes de estresse e porventura gerar sentimentos de impotência, frustração, receio, fracasso, etc., como sintomas depressivos e ansiosos que também fazem parte da síndrome de *burnout*, em casos mais extremos. Entendemos que a intensa carga laboral e de responsabilidades, e a impossibilidade de lidar



totalmente com estas, como aponta Schwartz-Mette (2009), também pode afetar este domínio nas facetas de capacidade de trabalho e atividades da vida cotidiana, que poderá afetar, posteriormente, domínios como o psicológico e das relações sociais.

Temos condições físicas, influenciadas ou não por questões sociais, mas que normalmente o são, que podem levar a condições psicológicas desfavoráveis.

Para o Domínio Psicológico:

- Depressão – correlação negativa forte (-0,71);
- Ansiedade – correlação negativa moderada (-0,55);
- Estresse - correlação negativa moderada (-0,59).

O Domínio Psicológico é composto pelas facetas de sentimentos positivos, pensar e aprender, autoestima, imagem corporal, sentimentos negativos e espiritualidade. A correlação negativa aponta que quanto mais estes aspectos estejam afetados, maior a tendência a sintomas como ansiedade, estresse e, em especial, depressão, que teve uma correlação forte. Os sintomas depressivos são mais correlacionados com o domínio psicológico uma vez que podem afetar a autoestima, a imagem corporal, os sentimentos e, como sabido, podem afetar também a aprendizagem e o pensamento. Compreendemos este domínio mais relacionado aos fatores pessoais de adaptação acadêmica, contudo compreendemos que estes sintomas, principalmente a depressão, pode afetar as relações sociais.

Para o Domínio Relações Sociais:

- Depressão – correlação negativa moderada (-0,42);
- Ansiedade – correlação negativa fraca (-0,35);
- Estresse – correlação negativa fraca (-0,37).

O Domínio das Relações Sociais apresenta as facetas de relações pessoais, apoio social e atividade sexual. A correlação negativa indica que quanto mais afetado está este domínio, mais favorável é a presença de sintoma. A depressão teve correlação moderada, que, como apontado, pode afetar as relações pessoais e mesmo a atividade sexual. Contudo, embora tenha havido correlação, esta foi fraca quanto à ansiedade e estresse.

Para o Domínio Meio Ambiente:

- Depressão – correlação negativa fraca (-0,36);
- Ansiedade – correlação negativa fraca (-0,29);
- Estresse – correlação negativa fraca (-0,29).

O domínio Meio Ambiente é aquele que possui mais facetas, sendo: segurança física, ambiente no lar, recursos financeiros, cuidados de saúde, informação, recreação e lazer, ambiente físico e transporte. Nesse domínio, são mais presentes os recursos físicos e financeiros e consideramos mais presentes fatores de adaptação universitária institucionais e pessoais. Todavia, o nível de correlação com escores de sintomas foi constatada negativa e fraca. Entendemos que nesse caso, a influência deste domínio se dá muito mais nos outros domínios que possuem correlação mais forte com os sintomas medidos, sobretudo estresse.

Tabela 10 - Correlação entre escores de sintomas da EADS-21.

<b>Escores EADS-21</b>	<b>Depressão</b>	<b>Ansiedade</b>	<b>Estresse</b>
<b>Nível de correlação (<i>r de Pearson</i>)*</b>			
Depressão	1	0,63	0,66
Ansiedade		1	0,71
Estresse			1

Tabela elaborada pelo autor. Fonte: dados da pesquisa. \* $p < 0,001$

Verificou-se o nível de correlação entre os escores da EADS-21, sendo:

Depressão e ansiedade: correlação positiva moderada (0,63);

Depressão e estresse: correlação positiva moderada (0,66);

Ansiedade e estresse: correlação positiva forte (0,71).

Conforme diversos autores (ANTONY et al. 1998, APÓSTOLO; MENDES; AZEREDO, 2006; ROAZZI et al. 2010; LOVIBOND; LOVIBOND, 1995), a correlação entre ansiedade e estresse é maior devido à proximidade sintomática. Contudo, a correlação entre depressão e estresse foi ligeiramente maior do que depressão e ansiedade, contrariando a tendência de alguns estudos, embora a diferença seja de apenas 0,03, isso pode ter se dado pelo nosso número amostral.

Tabela 11 - Comparação das médias dos domínios do WHOQOL-Bref, segundo gênero.

Domínios do WHOQOL-bref	Gênero		p*
	Feminino	Masculino	
	Média (dp) n=89	Média (dp) n=111	
Domínio Físico	13,56 (2,71)	14,82 (2,36)	0,001
Domínio Psicológico	13,37 (2,66)	14,50 (2,36)	0,002
Domínio Relações Sociais	13,78 (3,74)	14,19 (3,10)	0,393
Domínio Meio Ambiente	12,85 (2,21)	13,42 (2,37)	0,082

Tabela elaborada pelo autor. Fonte: dados da pesquisa. \*Teste t

Buscamos verificar diferenças entre as médias para os domínios de Qualidade de Vida do Whoqol-bref, segundo gênero.

Para o Domínio Físico, observou-se as médias  $\bar{X}=13,56$  (DP=2,71) para gênero feminino e  $\bar{X}=14,82$  (DP=2,36) para gênero masculino. Constatou-se que existiu diferença estatisticamente significativa no nível  $p=0,001$ .

Para o Domínio Psicológico, observou-se as médias  $\bar{X}=13,37$  (DP=2,66) para gênero feminino e  $\bar{X}=14,50$  (DP=2,36) para gênero masculino. Constatou-se que existiu diferença estatisticamente significativa no nível  $p=0,002$ .

Para o Domínio Relações Sociais, observou-se as médias  $\bar{X}=13,78$  (DP=3,74) para gênero feminino e  $\bar{X}=14,19$  (DP=3,10) para gênero masculino. Constatou-se que não houve diferença estatisticamente significativa ( $p=0,393$ ).

Para o Domínio Meio Ambiente, observou-se as médias  $\bar{X}=12,85$  (DP=2,21) para gênero feminino e  $\bar{X}=13,42$  (DP=2,37) para gênero masculino. Constatou-se que não houve diferença estatisticamente significativa ( $p=0,082$ ).

Tabela 12 - Comparação das médias dos escores da EADS-21, segundo gênero.

Escores EADS-21	Gênero		p*
	Feminino	Masculino	
	Média (dp) n=89	Média (dp) n=111	
Escore de depressão	14,15 (10,79)	9,42 (7,68)	0,001**
Escore de ansiedade	10,58 (9,36)	5,62 (6,40)	0,001**
Escore de estresse	19,41 (10,14)	13,71(8,77)	0,001**

Tabela elaborada pelo autor. Fonte: dados da pesquisa. \*Teste t \*\*valor -p <0,001

Buscamos verificar diferenças entre as médias para os Escores da EADS-21, segundo gênero.

Para o Escore de Depressão, observou-se as médias ( $\bar{X}$ =14,15 (DP=10,79) para gênero feminino e  $\bar{X}$ =9,42 (DP=7,68) para gênero masculino. Constatou-se que existiu diferença estatisticamente significativa no nível p<0,001.

Para o Escore de Ansiedade, observou-se as médias ( $\bar{X}$ =10,58 (DP=9,36) para gênero feminino e  $\bar{X}$ =5,62 (DP=6,40) para gênero masculino. Constatou-se que existiu diferença estatisticamente significativa no nível p<0,001.

Para o Escore de Estresse, observou-se as médias ( $\bar{X}$ =19,41 (DP=10,14) para gênero feminino e  $\bar{X}$ =13,71 (DP=8,77) para gênero masculino. Constatou-se que existiu diferença estatisticamente significativa no nível p<0,001.

Como esperado e de acordo com os estudos de Hyun et al. (2006), Malagris et al. (2009), Eisenberg (2007) e Garcia-Williams (2014), as mulheres possuem níveis maiores de sintomas e menores nos domínios físico e psicológico de qualidade de vida. O estudo de Santos e Alves Junior (2007) apresentou que as mulheres utilizaram principalmente estratégias de *coping* com foco na emoção. Garcia-Williams (2014) e Hyun et al. (2006) também verificaram que mulheres tinham mais preocupação com seu peso e que eram as que mais ouviam sugestões de que deveriam procurar ajuda em saúde mental. Embora saibamos que alterações hormonais em mulheres favorecem alguns estados afetivos, estes dados apontam indícios também culturais e aprendidos, como o tipo de preocupação e a estratégia de enfrentamento, que podem ajudar a explicar a significância apontada. A falta de significância em relações sociais pode apontar o mesmo: hoje uma mulher tem muito mais autonomia e menos discriminação em suas relações

muitas vezes se equiparando às dos homens. No quesito meio ambiente, embora não haja significância, seu valor quase marginal pode apontar ainda questões como desigualdade quanto à recursos e segurança.

Tabela 13 - Comparação das médias dos escores da EADS-21, segundo área de concentração do curso, conforme classificação USP.

Escore EADS-21	Área de concentração			p*
	Biológicas e da Saúde	Exatas e da Terra	Humanas	
	Média (dp) n=9	Média (dp) n=65	Média (dp) n=126	
Escore de depressão	14,88 (11,00)	9,78 (8,98)	12,19 (9,53)	0,139
Escore de ansiedade	9,33 (8,60)	6,64 (7,73)	8,33 (8,43)	0,348
Escore de estresse	19,11 (11,09)	13,90 (9,06)	17,25 (9,93)	0,055

Tabela elaborada pelo autor. Fonte: dados da pesquisa. \* ANOVA

Buscamos verificar diferenças entre as médias para os Escores da EADS-21, segundo área de concentração do curso, conforme classificação USP.

Para o Escore de Depressão, observou-se as médias  $\bar{X}=14,88$  (DP=11,00) para a área de Biológicas e da saúde,  $\bar{X}=9,78$  (DP=8,98) para a área de Exatas e da Terra e  $\bar{X}=12,19$  (DP=9,53) para a área de Humanas. Constatou-se que não houve diferença estatisticamente significativa ( $p=0,139$ ).

Para o Escore de Ansiedade, observou-se as médias  $\bar{X}=9,33$  (DP=8,60) para a área de Biológicas e da saúde,  $\bar{X}=6,64$  (DP=7,73) para a área de Exatas e da Terra e  $\bar{X}=8,33$  (DP=8,43) para a área de Humanas. Constatou-se que não houve diferença estatisticamente significativa ( $p=0,348$ ).

Para o Escore de Estresse, observou-se as médias  $\bar{X}=19,11$  (DP=11,09) para a área de Biológicas e da saúde,  $\bar{X}=13,90$  (DP=9,06) para a área de Exatas e da Terra e  $\bar{X}=17,25$  (DP=9,93) para a área de Humanas. Constatou-se que a significância foi marginal, no valor  $p=0,055$ .

Tabela 14 - Comparação das médias dos escores do WHOQOL-bref, segundo área de concentração do curso, conforme classificação USP.

Domínios WHOQOL-bref	Área de concentração			p*
	Biológicas e da Saúde	Exatas e da Terra	Humanas	
	Média (dp) n=9	Média (dp) n=65	Média (dp) n=126	
Domínio Físico	12,44 (1,75)	14,98 (2,29)	14,01 (2,69)	0,005
Domínio Psicológico	13,03 (1,88)	14,70 (2,57)	13,70 (2,52)	0,019
Domínio Relações Sociais	12,00 (2,49)	14,27 (3,40)	14,02 (3,43)	0,171
Domínio Meio Ambiente	11,83 (1,87)	13,59 (2,47)	13,05 (2,22)	0,064

Tabela elaborada pelo autor. Fonte: dados da pesquisa. \* ANOVA

Buscamos verificar diferenças entre as médias para os domínios do WHOQOL-bref, segundo área de concentração do curso, conforme classificação USP.

Para o Domínio Físico, observou-se as médias  $\bar{X}=12,44$  (DP=1,75) para a área de Biológicas e da Saúde,  $\bar{X}=14,98$  (DP=2,29) para a área de Exatas e da Terra e  $\bar{X}=14,01$  (DP=2,69) para a área de Humanas. Constatou-se que existiu significância no nível  $p=0,005$ . O teste *post hoc* Tukey apontou que as diferenças significativas se deram entre “biológicas e da saúde” e “exatas e da terra” ( $p=0,015$ ) e “exatas e da terra” e “humanas” ( $p=0,037$ ).

Para o Domínio Psicológico, observou-se as médias  $\bar{X}=13,03$  (DP=1,88) para a área de Biológicas e da Saúde,  $\bar{X}=14,70$  (DP=2,57) para a área de Exatas e da Terra e  $\bar{X}=13,70$  (DP=2,52) para a área de Humanas. Constatou-se que existiu significância no nível  $p=0,019$ . O teste *post hoc* Tukey apontou que as diferenças significativas se deram entre “exatas e da terra” e “humanas” ( $p=0,027$ ).

Para o Domínio Relações Sociais, observou-se as médias  $\bar{X}=12,00$  (DP=2,49) para a área de Biológicas e da Saúde,  $\bar{X}=14,27$  (DP=3,40) para a área de Exatas e da Terra e  $\bar{X}=14,02$  (DP=3,43) para a área de Humanas. Não houve diferença estatisticamente significativa ( $p=0,171$ ).

Para o Domínio Meio Ambiente, observou-se as médias  $\bar{X}=11,83$  (DP=1,87) para a área de Biológicas e da Saúde,  $\bar{X}=13,59$  (DP=2,47) para a área de Exatas e da Terra e  $\bar{X}=14,02$

(DP=3,43) para a área de Humanas. Constatou-se que não existiu diferença estatisticamente significativa ( $p=0,064$ ).

Primeiramente, apontamos o viés relativo ao número de sujeitos presente em cada grupo e a disparidade apresentada, principalmente no que se refere às áreas de humanas e biológicas e da saúde. Por conta da amostra por conveniência e pelos cursos de humanas serem mais populosos neste campus do que os de biológicas, não foi possível conseguir uma amostra mais representativa da população dessa área. No entanto, ao se analisar esta amostra em específico, foi encontrada diferença marginalmente significativa entre as médias dos 3 grupos, sendo a maior média do grupo de exatas e da terra e a menor da área de biológicas e da saúde. Mesmo diante da amostragem, esta tendência pode ser considerada, em especial, em relação às vicissitudes das áreas da saúde como apontam Duque, Brondani e Luna (2005), Kernan, Bogart e Wheat (2011) e Schwartz-Mette (2009). Contudo, o tipo de trabalho pode influenciar ainda mais e diferenciar em subpopulações, como, por exemplo, pesquisa da área de saúde associada a trabalho de campo em hospitais, ou pesquisas biológicas de equipe em laboratório. Nesses casos, os estressores e recursos de *coping* seriam muito diferentes.

Comumente, os estudos apontam as áreas de humanas como as mais afetadas. Hyun et al. (2006) aponta que estes estudantes apresentaram maior tendência a reportar problemas de saúde mental em contraste aos trabalhos de laboratório em equipe, onde o suporte social é facilitado, diferentemente dos estudos de humanas, em sua maioria solitários, além da proximidade subjetiva com o objeto de estudo (LEVECQUE et al., 2015; GRADUATE ASSEMBLY, 2014). Todavia, compreendemos que a valorização do tipo de ciência também é um fator importante, se levarmos em conta o tipo de ciência e pesquisador buscado pelas empresas e citado pelos políticos e pela sociedade como importante, como áreas de tecnologia principalmente, enquanto que áreas de humanas e artes que não geram necessariamente um produto a ser utilizado nessa lógica sistêmica, associados à frequentes perseguições ideológicas, com menos possibilidades de emprego. (ALVES, 2017; ADUFES, 2017; BALBACHEVSKY, 2005; DOS SANTOS, 2003). Dessa maneira, as diferenças significativas entre exatas e da terra e biológicas e exatas da terra e humanas, no domínio físico; e exatas e da terra e humanas no domínio psicológico se explicam. Maiores são os recursos de *coping* (suporte social, orientação por pares) e menores estressores (solidão, proximidade com o objeto de estudo).

Quanto ao ano cursado, não houve diferença estatisticamente significativa entre as médias, provavelmente pela maioria ser do primeiro ano, dificultando a distribuição. Embora

Faro (2013a) tenha verificado que os níveis de estresse eram maiores com a proximidade do fim do curso (Apêndice JJ; Apêndice KK).

Também não houve diferença entre as médias de faixas etárias, uma vez que existe pouca diferença de idade entre as faixas (Apêndice LL; Apêndice MM).

Não houve diferença significativa entre o nível cursado, mestrado ou doutorado. Contudo, a média de todos os domínios de qualidade de vida para doutorandos, com exceção de meio ambiente, foram ligeiramente maiores, assim como todas as médias de sintomas foram ligeiramente menores (Apêndice NN; Apêndice OO).

No caso de orientação sexual, não se constatou diferença significativa entre as médias, provavelmente pela distribuição que obteve apenas 5 pessoas bissexuais e 15 homossexuais (Apêndice PP; Apêndice QQ). Todavia, todas as médias de qualidade de vida de bissexuais foram menores, assim como os escores de sintomas foram maiores, principalmente no caso de estresse, que acompanha os achados da Graduate Assembly (2014) e Eisenberg (2007).

Não foi verificada diferença significativa entre religiosos e não religiosos, embora a espiritualidade seja uma faceta do domínio psicológico em qualidade de vida (Apêndice RR; Apêndice SS).

Tabela 15 - Comparação das médias dos escores da EADS-21, segundo tempo gasto em minutos para chegar até a USP.

Escore EADS-21	Tempo gasto até a USP em minutos				p*
	0 a 5 minutos	6 a 30 minutos	31 a 60 minutos	61 minutos ou mais	
	Média (dp) n=48	Média (dp) n=61	Média (dp) n=47	Média (dp) n=28	
Escore de depressão	14,00 (11,98)	9,21 (7,62)	12,63 (9,08)	12,00 (8,82)	0,061
Escore de ansiedade	8,95 (9,55)	6,03 (6,99)	7,87 (9,34)	9,14 (7,06)	0,229
Escore de estresse	15,91 (11,16)	13,31 (8,95)	19,19 (9,89)	17,42 (8,30)	0,018

Tabela elaborada pelo autor. Fonte: dados da pesquisa. \* ANOVA

Buscamos verificar diferenças entre as médias para os Escores da EADS-21, segundo tempo gasto para chegar até a USP, em minutos.



Para o Escore de Depressão, observou-se as médias  $\bar{X}$ =14,00 (DP= 11,98) para 0 a 5 minutos, =9,21 (DP=7,62) para 6 a 30 minutos,  $\bar{X}$ =12,63 (DP=9,08) para 31 a 60 minutos e  $\bar{X}$  =12,00 (DP=8,82) para 61 minutos ou mais. Constatou-se que não houve diferença estatisticamente significativa (p=0,061).

Para o Escore de Ansiedade, observou-se as médias  $\bar{X}$ =8,95 (DP= 9,55) para 0 a 5 minutos, =6,03 (DP=6,99) para 6 a 30 minutos,  $\bar{X}$ =7,87 (DP=9,34) para 31 a 60 minutos e  $\bar{X}$  =9,14 (DP=7,06) para 61 minutos ou mais. Constatou-se que não houve diferença estatisticamente significativa (p=0,229).

Para o Escore de Estresse, observou-se as médias  $\bar{X}$ =15,91 (DP= 11,16) para 0 a 5 minutos, =13,31 (DP=8,95) para 6 a 30 minutos,  $\bar{X}$ =19,19 (DP=9,89) para 31 a 60 minutos e  $\bar{X}$ =17,42 (DP=8,30) para 61 minutos ou mais. Constatou-se que diferença estatisticamente significativa no nível p=0,018. Teste de *Tukey* indicou diferenças entre os grupos “6 a 30 minutos” e 31 a 60 minutos”.

Tabela 16 - Comparação das médias dos domínios do WHOQOL-bref, segundo tempo gasto em minutos para chegar até a USP.

Domínios WHOQOL-bref	Tempo gasto até a USP em minutos				p*
	0 a 5 minutos	6 a 30 minutos	31 a 60 minutos	61 minutos ou mais	
	Média (dp) n=48	Média (dp) n=61	Média (dp) n=47	Média (dp) n=28	
Domínio Físico	14,53 (3,10)	14,67 (2,18)	14,01 (2,81)	13,51 (2,26)	0,197
Domínio Psicológico	14,00 (3,09)	14,28 (2,23)	13,80 (2,37)	13,61 (2,77)	0,660
Domínio Relações Sociais	14,25 (3,30)	14,16 (3,09)	13,50 (3,49)	14,00 (3,86)	0,701
Domínio Meio Ambiente	12,23 (2,22)	13,93 (1,96)	13,46 (2,36)	12,44 (2,52)	0,001**

Tabela elaborada pelo autor. Fonte: dados da pesquisa. \* ANOVA \*\*p<0,001

Para o Domínio Físico, observou-se as médias  $\bar{X}$ =14,53 (DP= 3,10) para 0 a 5 minutos, =14,67 (DP=2,18) para 6 a 30 minutos,  $\bar{X}$ =14,01 (DP=2,81) para 31 a 60 minutos e  $\bar{X}$ =13,51 (DP=2,26) para 61 minutos ou mais. Constatou-se que não houve diferença estatisticamente significativa (p=0,197).

Para o Domínio Psicológico, observou-se as médias  $\bar{X}=14,53$  (DP= 3,10) para 0 a 5 minutos, =14,67 (DP=2,18) para 6 a 30 minutos,  $\bar{X}=14,01$  (DP=2,81) para 31 a 60 minutos e  $\bar{X}=13,51$  (DP=2,26) para 61 minutos ou mais. Constatou-se que não houve diferença estatisticamente significativa ( $p=0,197$ ).

Para o Domínio Relações Sociais, observou-se as médias  $\bar{X}=14,25$  (DP= 3,30) para 0 a 5 minutos, =14,16 (DP=3,09) para 6 a 30 minutos,  $\bar{X}=13,50$  (DP=3,49) para 31 a 60 minutos e  $\bar{X}=14,00$  (DP=3,86) para 61 minutos ou mais. Constatou-se que não houve diferença estatisticamente significativa ( $p=0,701$ ).

Para o Domínio Meio Ambiente, observou-se as médias  $\bar{X}=12,23$  (DP= 2,22) para 0 a 5 minutos, =13,93 (DP=1,96) para 6 a 30 minutos,  $\bar{X}=13,46$  (DP=2,36) para 31 a 60 minutos e  $\bar{X}=12,44$  (DP=2,52) para 61 minutos ou mais. Constatou-se que houve diferença estatisticamente significativa no nível  $p<0,001$ . Teste de *Tukey* indicou diferenças significativas entre os grupos “0 a 5 minutos” e “6 a 30 minutos”, “0 a 5 minutos” e “31 a 60 minutos”, “6 a 30 minutos” e “61 ou mais minutos”.

Tais resultados podem na verdade apontar um viés. O domínio meio ambiente aponta para recursos financeiros e físicos disponíveis, dentre eles as facetas transporte, ambiente físico e segurança física. Supomos, primeiramente que quanto maior o tempo gasto para chegar até a USP, maior seriam os sintomas de estresse e menores níveis no domínio meio ambiente. No entanto, aqueles que gastam pouquíssimo ou nenhum tempo, por morar no CRUSP ou nos arredores da USP, apresentaram médias significativamente menores do que as duas faixas seguintes no domínio meio ambiente. Já no quesito estresse, a diferença significativa foi entre as faixas “6 a 30 minutos” e “31 a 60 minutos”. Podemos considerar que existem outras variáveis em jogo, não analisadas, no que se refere à transporte. Como o tipo de transporte: carro, ônibus, bicicleta, etc., a segurança e o conforto durante essas viagens, e a frequência de vezes que esta viagem é realizada, se diariamente, se uma vez por semana, etc. Dessa maneira, consideramos esse dado enviesado além de possíveis análises.

Tabela 17 - Comparação das médias dos domínios do WHOQOL-Bref, segundo nacionalidade.

Domínios do WHOQOL-bref	Nacionalidade		p*
	Brasileiro	Estrangeiro	
	Média (dp) n=171	Média (dp) n=29	
Domínio Físico	14,20 (2,50)	14,56 (3,10)	0,500
Domínio Psicológico	13,78 (2,52)	15,26 (2,43)	0,004
Domínio Relações Sociais	13,86 (3,49)	14,89 (2,73)	0,131
Domínio Meio Ambiente	13,12 (2,21)	13,43 (2,91)	0,518

Tabela elaborada pelo autor. Fonte: dados da pesquisa. \*Teste t

Buscamos verificar diferenças entre as médias para os domínios de Qualidade de Vida do WHOQOL-bref, segundo nacionalidade.

Para o Domínio Físico, observou-se as médias  $\bar{X}=14,20$  (DP=2,50) para brasileiros e  $\bar{X}=14,56$  (DP=3,10) para estrangeiros. Constatou-se que não houve diferença estatisticamente significativa ( $p=0,500$ ).

Para o Domínio Psicológico, observou-se as médias  $\bar{X}=13,78$  (DP=2,52) para brasileiros e  $\bar{X}=15,26$  (DP=2,43) para estrangeiros. Constatou-se que existiu diferença estatisticamente significativa no nível  $p=0,004$ .

Para o Domínio Relações Sociais, observou-se as médias  $\bar{X}=13,86$  (DP=3,49) para brasileiros e  $\bar{X}=14,89$  (DP=2,73) para estrangeiros. Constatou-se que não houve diferença estatisticamente significativa ( $p=0,131$ ).

Para o Domínio Meio Ambiente, observou-se as médias  $\bar{X}=13,12$  (DP=2,21) para brasileiros e  $\bar{X}=13,43$  (DP=2,91) para estrangeiros. Constatou-se que não houve diferença estatisticamente significativa ( $p=0,518$ ).

Tabela 18 - Comparação das médias dos escores da EADS-21, segundo nacionalidade.

Escore EADS-21	Nacionalidade		p*
	Brasileiro	Estrangeiro	
	Média (dp) n=171	Média (dp) n=29	
Escore de depressão	11,89 (9,68)	9,37 (7,91)	0,187
Escore de ansiedade	7,70 (8,06)	8,55 (9,22)	0,610
Escore de estresse	17,00 (9,77)	11,79 (8,96)	0,008

Tabela elaborada pelo autor. Fonte: dados da pesquisa. \* Teste t.

Buscamos verificar diferenças entre as médias para os Escores da EADS-21, segundo nacionalidade.

Para o Escore de Depressão, observou-se as médias  $\bar{X}=11,89$  (DP=9,68) para brasileiros e  $\bar{X}=9,37$  (DP=7,91) para estrangeiros. Constatou-se que não houve diferença estatisticamente significativa ( $p=0,187$ ).

Para o Escore de Ansiedade, observou-se as médias  $\bar{X}=7,70$  (DP=8,06) para brasileiros e  $\bar{X}=8,55$  (DP=9,22) para estrangeiros. Constatou-se que não houve diferença estatisticamente significativa ( $p=0,610$ ).

Para o Escore de Estresse, observou-se as médias  $\bar{X}=17,00$  (DP=9,77) para brasileiros e  $\bar{X}=11,79$  (DP=8,96) para estrangeiros. Constatou-se que existiu diferença estatisticamente significativa no nível  $p=0,008$ .

Houveram diferenças significativas para o domínio de QDV psicológico e para o escore de estresse, estando mais afetados os brasileiros do que estrangeiros. Estudos como Hyun et al. (2006) e Graduate Assembly (2014) que investigaram esta variável, não encontraram diferenças entre os grupos. Era esperado que o grupo estrangeiro tivesse valores menores do que o grupo de brasileiros. Possíveis explicações se devem primeiramente ao número da amostra, que teve apenas 29 pessoas estrangeiras em sua composição assim como a variabilidade de nacionalidades, tanto de países de primeiro mundo ou de terceiro mundo, embora a maioria tenha sido de países vizinhos como Peru e Colômbia. Contudo, podemos especular que o contexto nacional político cultural poderia afetar mais os brasileiros, que são mais atingidos por estas questões, do que os estrangeiros. Mas também quanto à motivação, já que os estrangeiros conquistaram uma possibilidade de formação em outro país, normalmente algo considerado positivo. Esta questão necessitará ser melhor explorada em outras pesquisas.

Tabela 19 - Comparação das médias dos escores da EADS-21, segundo região de residência antes de estudar na USP.

Escores EADS-21	Região de residência anterior			p*
	Outras regiões	Fora do País	Sudeste	
	Média (dp) n=43	Média (dp) n=26	Média (dp) n=127	
Escore de depressão	10,93 (8,79)	9,53 (7,96)	12,09 (10,04)	0,419
Escore de ansiedade	6,93 (8,61)	8,46 (9,05)	8,01 (8,03)	0,698
Escore de estresse	14,69 (10,36)	11,92 (8,16)	17,37 (9,65)	0,020

Tabela elaborada pelo autor. Fonte: dados da pesquisa. \* ANOVA

Buscamos verificar diferenças entre as médias para os escores da EADS-21, segundo região de residência antes de estudar na USP.

Para o Escore de depressão, observou-se as médias  $\bar{X}=10,93$  (DP=8,79) para outras regiões,  $\bar{X}=9,53$  (DP=7,96) para fora do país e  $\bar{X}=12,09$  (DP=10,04) para sudeste. Constatou-se que não existiu diferença estatisticamente significativa (p=0,419).

Para o Escore de ansiedade, observou-se as médias  $\bar{X}=6,93$  (DP=8,61) para outras regiões,  $\bar{X}=8,46$  (DP=9,05) para fora do país e  $\bar{X}=8,01$  (DP=8,03) para sudeste. Constatou-se que não existiu diferença estatisticamente significativa (p=0,698).

Para o Escore de estresse, observou-se as médias  $\bar{X}=14,69$  (DP=10,36) para outras regiões,  $\bar{X}=11,92$  (DP=8,16) para fora do país e  $\bar{X}=17,37$  (DP=9,65) para sudeste. Verificou-se haver diferença significativa no valor p=0,020. Teste de *Tukey* apontou haver diferença significativa entre “fora do país” e “sudeste” no valor p=0,020.

Tabela 20 - Comparação das médias dos escores do WHOQOL-bref, segundo região de residência antes de estudar na USP.

Domínios WHOQOL-bref	Região de residência anterior			p*
	Outras regiões	Fora do País	Sudeste	
	Média (dp) n=43	Média (dp) n=26	Média (dp) n=127	
Domínio Físico	14,71 (2,42)	14,68 (3,03)	14,02 (2,58)	0,231
Domínio Psicológico	14,07 (2,36)	15,15 (2,35)	13,75 (2,64)	0,041
Domínio Relações Sociais	14,01 (3,28)	14,56 (2,63)	13,96 (3,59)	0,715
Domínio Meio Ambiente	12,83 (2,16)	13,44 (3,05)	13,24 (2,22)	0,511

Tabela elaborada pelo autor. Fonte: dados da pesquisa. \* ANOVA

Buscamos verificar diferenças entre as médias para os domínios do WHOQOL-bref, segundo região de residência antes de estudar na USP.

Para o Domínio Físico, observou-se as médias  $\bar{X}=14,71$  (DP=2,42) para outras regiões,  $\bar{X}=14,68$  (DP=3,03) para fora do país e  $\bar{X}=14,02$  (DP=2,58) para sudeste. Constatou-se que não existiu diferença estatisticamente significativa (p=0,231).

Para o Domínio Psicológico, observou-se as médias  $\bar{X}=14,07$  (DP=2,36) para outras regiões,  $\bar{X}=15,15$  (DP=2,35) para fora do país e  $\bar{X}=13,75$  (DP=2,64) para sudeste. Verificou-se haver significância estatística no nível p=0,041. Teste de Tukey verificou que a diferença significativa se deu entre “fora do país” e “sudeste”, valor p = 0,032.

Para o Domínio Relações Sociais, observou-se as médias  $\bar{X}=14,01$  (DP=3,28) para outras regiões,  $\bar{X}=14,56$  (DP=2,63) para fora do país e  $\bar{X}=13,96$  (DP=3,59) para sudeste. Constatou-se que não existiu diferença estatisticamente significativa (p=0,715).

Para o Domínio Meio ambiente, observou-se as médias  $\bar{X}=12,83$  (DP=2,16) para outras regiões,  $\bar{X}=13,44$  (DP=3,05) para fora do país e  $\bar{X}=13,24$  (DP=2,22) para sudeste. Constatou-se que não existiu diferença estatisticamente significativa (p=0,511).

Houve diferença significativa entre pessoas de origem da região sudeste com aquelas fora do país tanto no escore de estresse quanto no domínio psicológico. Assim como comentado anteriormente, o número de sujeitos em cada grupo é possivelmente o viés que explica esse resultado (26 para fora do país e 127 no sudeste), já que esta tendência não é a mesma apresentada por outros estudos, que normalmente não apresentam diferença. Possivelmente a

motivação tenha sido um fator importante, como mencionado anteriormente. Uma suposição inicial foi de que o grupo de estrangeiros apresentaria valores menores sobretudo pela necessidade de adaptação a uma nova cultura e língua, além da distância da família, contudo isso não se apresentou.

Também não houve diferença significativa entre aqueles que afirmaram mudar de residência ao estudar na USP e aqueles que relataram que não mudaram. Embora o escore de estresse tenha sido maior e quase significativo ( $p=0,061$ ) para aqueles que não mudaram, todos estes residentes da região sudeste (Apêndice TT; Apêndice UU). Este dado poderia estar relacionado com o tipo de moradia e com quem essas pessoas vivem, como veremos a seguir. Ademais, não foram encontradas diferenças significativas entre as médias de tempo de mudança desde que começou a estudar na USP (Apêndice VV, Apêndice WW).

Tabela 21 - Comparação das médias dos escores do WHOQOL-bref, segundo tipo de moradia.

Domínios WHOQOL-bref	Em qual tipo de moradia reside					p*
	CRUSP	Casa própria	Casa alugada	República, pensão ou alojamento	Outras	
	Média (dp) n=46	Média (dp) n=52	Média (dp) n=61	Média (dp) n=21	Média (dp) n=11	
Domínio Físico	14,52 (3,02)	14,13 (2,22)	14,36 (2,46)	14,39 (2,83)	13,40 (2,33)	0,747
Domínio Psicológico	13,88 (3,09)	13,84 (2,45)	14,29 (2,27)	14,41 (2,67)	13,93 (1,72)	0,824
Domínio Relações Sociais	14,14 (3,33)	13,82 (4,08)	14,09 (2,87)	14,66 (2,56)	13,93 (3,00)	0,909
Domínio Meio Ambiente	12,09 (2,15)	13,55 (2,37)	13,70 (1,98)	13,14 (2,52)	12,72 (2,60)	0,004

Tabela elaborada pelo autor. Fonte: dados da pesquisa. \* ANOVA

Buscamos verificar diferenças entre as médias para os domínios do WHOQOL-bref, segundo tipo de moradia na qual reside.

Para o Domínio Físico, observou-se as médias  $\bar{X}=14,52$  (DP=3,02) para CRUSP,  $\bar{X}=14,13$  (DP=2,22) para casa própria,  $\bar{X}=14,36$  (DP=2,46) para casa alugada,  $\bar{X}=14,39$  (DP=2,83)

para república, pensão ou alojamento e  $\bar{X}=13,40$  (DP=2,33) para outras. Não houve diferença significativa entre as médias (p=0,747).

Para o Domínio Psicológico, observou-se as médias  $\bar{X}=13,88$  (DP=3,09) para CRUSP,  $\bar{X}=13,84$  (DP=2,45) para casa própria, 14,29 (DP=2,27) para casa alugada,  $\bar{X}=14,41$  (DP=2,67) para república, pensão ou alojamento e  $\bar{X}=13,93$  (DP=1,72) para outras. Não houve diferença significativa entre as médias (p=0,824).

Para o Domínio Relações Sociais, observou-se as médias  $\bar{X}=14,14$  (DP=3,33) CRUSP,  $\bar{X}=14,82$  (DP=4,08) para casa própria, 14,09 (DP=2,87) para casa alugada,  $\bar{X}=14,66$  (DP=2,56) para república, pensão ou alojamento e  $\bar{X}=13,93$  (DP=3,00) para outras. Não houve diferença significativa entre as médias (p=0,909).

Para o Domínio Meio Ambiente observou-se as médias  $\bar{X}=12,09$  (DP=2,15) para CRUSP,  $\bar{X}=13,55$  (DP=2,37) para casa própria, 13,70 (DP=1,98) para casa alugada,  $\bar{X}=13,14$  (DP=2,52) para república, pensão ou alojamento e  $\bar{X}=12,72$  (DP=2,60) para outras. Constatou-se diferença significativa entre as médias sob valor p= 0,004. Teste *post hoc de Tukey* indicou diferenças significativas entre “CRUSP” e “casa própria (p=0,013) e “CRUSP” e “casa alugada” (p=0,003).

Tabela 22 - Comparação das médias dos escores da EADS-21, segundo tipo de moradia.

Escores EADS-21	Em qual tipo de moradia reside					p*
	CRUSP	Casa própria	Casa alugada	República, pensão ou alojamento	Outras	
	Média (dp) n=46	Média (dp) n=52	Média (dp) n=61	Média (dp) n=21	Média (dp) n=11	
Escore de depressão	14,43 (12,05)	11,76 (9,44)	10,00 (7,05)	9,33 (9,25)	12,00 (7,64)	0,129
Escore de ansiedade	9,26 (9,63)	7,84 (8,16)	7,57 (8,56)	4,38 (4,84)	10,18 (5,40)	0,206
Escore de estresse	16,08 (11,25)	18,96 (9,25)	15,57 (9,63)	10,95 (7,96)	17,45 (8,76)	0,033

Tabela elaborada pelo autor. Fonte: dados da pesquisa. \* ANOVA



Buscamos verificar diferenças entre as médias para os escores da EADS-21, segundo tipo de moradia na qual reside.

Para o Escore de depressão, observou-se as médias  $\bar{X}=14,43$  (DP=12,05) para CRUSP,  $\bar{X}=11,76$  (DP=9,44) para casa própria,  $\bar{X}=10,00$  (DP=7,05) para casa alugada,  $\bar{X}=9,33$  (DP=9,25) para república, pensão ou alojamento e  $\bar{X}=12,00$  (DP=7,64) para outras. Não houve diferença significativamente estatística entre as médias ( $p=0,129$ ).

Para o Escore de ansiedade, observou-se as médias  $\bar{X}=9,26$  (DP=9,63) para CRUSP,  $\bar{X}=7,84$  (DP=8,16) para casa própria,  $\bar{X}=7,57$  (DP=8,56) para casa alugada,  $\bar{X}=4,38$  (DP=4,84) para república, pensão ou alojamento e  $\bar{X}=10,18$  (DP=5,40) para outras. Não houve diferença significativamente estatística entre as médias ( $p=0,206$ ).

Para o Escore de estresse, observou-se as médias  $\bar{X}=16,08$  (DP=11,25) para CRUSP,  $\bar{X}=18,96$  (DP=9,25) para casa própria,  $\bar{X}=15,57$  (DP=9,63) para casa alugada,  $\bar{X}=10,95$  (DP=7,96) para república, pensão ou alojamento e  $\bar{X}=17,45$  (DP=8,76) para outras. Verificou-se diferença significante no nível  $p=0,033$ . Teste *post hoc de Tukey* indicou diferenças significativas entre “casa própria” e “república, pensão ou alojamento” no nível  $p=0,015$ .

Quanto ao tipo de moradia, foram verificadas diferenças significativas do domínio do meio ambiente entre “CRUSP” e “casa própria” e “CRUSP” e “casa alugada”, com menores médias para o CRUSP, assim como no escore de estresse entre “casa própria” e “república, pensão ou alojamento” com maior média para casa própria. Este resultado é esperado uma vez que o domínio do meio ambiente é aquele que se refere a recursos financeiros e físicos. Aqueles que moram no CRUSP não possuem recursos financeiros e recebem este benefício de assistência social mediante critérios de necessidades sociais e econômicas, por sua vez, aqueles que possuem casa alugada ou própria possuem recursos para tal além de um ambiente mais adequado, privacidade, segurança que a moradia universitária da USP não possui.

Os resultados em referência ao estresse acompanham os resultados de Eisenberg (2007) que encontrou que aqueles que viviam em moradia dentro do campus tinham menor incidência de desordem depressiva, ansiosa ou ideação suicida do que aqueles que viviam fora do campus longe de pais ou guardiões e aqueles casados ou em união estável em relação aos solteiros. E ainda maior ideação suicida entre aqueles que moravam com os pais ou guardiões em relação aqueles que não moravam com estes, mas também moravam fora do campus. No entanto, nem todas essas postulações se confirmaram nesta amostra. Se conjecturarmos quanto aos possíveis

estressores nesse caso, as repúblicas são mantidas, normalmente, pelo senhorio ou proprietário e não pelos estudantes, que ficam responsáveis apenas por seu próprio quarto e pertences, já aqueles que possuem casa própria devem ser os responsáveis pela manutenção da mesma. Também conjecturamos que as pessoas com quem se convive nesses tipos de moradia e as cobranças correspondentes às responsabilidades familiares também poderiam ser um fator influenciador, no entanto, a distribuição do estado civil não nos permite realizar tal afirmação.

No que se refere à estado civil, não foi verificada diferença estatística significativa em nenhum nível embora a média de estresse tenha sido maior do grupo “casado ou em união estável” (n=35) e o escore de depressão tenha sido maior em “solteiros” (n=153). (Apêndice XX; Apêndice YY). Muito embora o número de sujeitos entre tais grupos também tenha tido diferença, esses resultados são esperados. Santos, Perrone e Dias (2015), apontam que família e amigos podem ser fatores de suporte social em questões emocionais ou, como compreendemos, recursos de *coping*, no entanto, entendemos que a família e o casamento podem também ser fontes de estresse devido às responsabilidades para com esses grupos, diferentemente dos amigos onde não necessariamente existe esse tipo de vínculo.

Embora não tenha havido diferença significativa entre com quem os sujeitos viviam, possivelmente pela distribuição da amostra nos grupos, as médias de estresse daqueles que viviam com “familiares ou namorado (a)/companheiro (a)”, foram maiores (Apêndice ZZ; Apêndice AAA).

Tabela 23 - Comparação das médias dos escores do WHOQOL-bref, segundo faixa salarial.

Domínios WHOQOL-bref	Faixa salarial				p*
	Até 1 salário mínimo	De 1 a 3 salários mínimos	De 3 a 6 salários mínimos	Mais que 6 salários mínimos	
	Média (dp) n=21	Média (dp) n=111	Média (dp) n=20	Média (dp) n=35	
Domínio Físico	14,88 (3,30)	13,98 (2,52)	13,97 (2,29)	14,72 (2,57)	0,288
Domínio Psicológico	14,60 (3,13)	13,90 (2,53)	13,36 (2,17)	14,43 (2,56)	0,323
Domínio Relações Sociais	14,41 (3,73)	14,03 (3,39)	13,33 (3,32)	13,86 (3,39)	0,775
Domínio Meio Ambiente	12,45 (1,92)	13,09 (2,32)	13,00 (2,15)	14,22 (2,28)	0,022

Buscamos verificar diferenças entre as médias para os domínios do WHOQOL-bref, segundo faixa salarial.

Para o Domínio Físico, observou-se as médias  $\bar{X}=14,88$  (DP=3,30) para até 1 salário mínimo,  $\bar{X}=13,98$  (DP=2,52) de 1 a 3 salários mínimos,  $\bar{X}=13,97$  (DP=2,29) de 3 a 6 salários mínimos e  $\bar{X}=14,72$  (DP=2,57) para mais que 6 salários mínimos. Constatou-se que não existiu diferença estatisticamente significativa ( $p=0,288$ ).

Para o Domínio Psicológico, observou-se as médias  $\bar{X}=14,60$  (DP=3,13) para até 1 salário mínimo,  $\bar{X}=13,90$  (DP=2,53) de 1 a 3 salários mínimos,  $\bar{X}=13,36$  (DP=2,17) de 3 a 6 salários mínimos e  $\bar{X}=14,43$  (DP=2,56) para mais que 6 salários mínimos. Constatou-se que não existiu diferença estatisticamente significativa ( $p=0,323$ ).

Para o Domínio Relações Sociais, observou-se as médias  $\bar{X}=14,41$  (DP=3,73) para até 1 salário mínimo,  $\bar{X}=14,03$  (DP=3,39) de 1 a 3 salários mínimos,  $\bar{X}=13,33$  (DP=3,32) de 3 a 6 salários mínimos e  $\bar{X}=13,86$  (DP=3,39) para mais que 6 salários mínimos. Constatou-se que não existiu diferença estatisticamente significativa ( $p=0,775$ ).

Para o Domínio Meio ambiente, observou-se as médias  $\bar{X}=12,45$  (DP=1,92) para até 1 salário mínimo,  $\bar{X}=13,09$  (DP=2,32) de 1 a 3 salários mínimos,  $\bar{X}=13,00$  (DP=2,15) de 3 a 6 salários mínimos e  $\bar{X}=14,22$  (DP=2,28) para mais que 6 salários mínimos. Houve significância no nível  $p=0,022$ . Teste *post hoc* de Tukey apontou diferença significativa entre “até 1 salário mínimo” e “mais de 6 salários mínimos” ( $p=0,022$ ). Vale ressaltar que houve uma significância marginal, no valor  $p=0,052$  na diferença entre “1 a 3 salários mínimos” e “mais que 6 salários mínimos”.

O domínio do meio ambiente é aquele que se refere a recursos financeiros e físicos. Como esperado, houve diferença significativa entre o grupo com menos recursos (até 1 salário mínimo) com o grupo que possui mais recursos (mais que 6 salários mínimos) nesse domínio, como apontam Fischer e Van de Vliert (2011), a riqueza favorece recursos para lidar com certos estressores, a pobreza afeta em algum grau o bem-estar, mas o alto salário não afeta o bem-estar em países ricos e desenvolvidos, o que não é o caso do Brasil (LEVER, PIÑOL, URALDE, 2005; MINKOV, 2009; DIENER, SELIGMAN, 2004).

Quanto aos escores de sintomas, não houve diferença significativa em nenhum nível, todavia as médias dos escores de depressão e ansiedade, para mais de 6 salários, foram as mais baixas, contudo a chamamos atenção à grande variabilidade dos resultados (Apêndice BBB).

Também não se constatou diferenças significativas entre aqueles que trabalham ou não, embora as médias para qualidade de vida tenham sido ligeiramente maiores, assim como o escore de depressão (Apêndice CCC; Apêndice DDD). E não houve diferença significativa entre aqueles que recebem bolsa de estudos e os que não recebem, embora nesse caso as médias dos domínios de qualidade de vida tenham sido ligeiramente menores, e escores de sintomas ligeiramente maiores, no grupo que não recebia o recurso (Apêndice EEE; Apêndice FFF).

Embora a faixa salarial tenha influenciado o domínio meio ambiente, a fraca correlação entre este domínio e os sintomas indica que há alguma tendência, mas não tão forte, assim como maior influência sob depressão do que ansiedade e estresse, como já sugerido pelo valor da correlação. Assim como em outros casos, a distribuição entre faixas pode ter prejudicado a análise, uma vez que houve grande concentração de pessoas na segunda faixa, a qual inclui os bolsistas. Faro (2013a; 2013b) afirma que a manutenção de vínculo empregatício garante maior segurança em relação às incertezas da carreira acadêmica, uma vez que as bolsas possuem baixos valores e, ressaltamos, nenhum direito trabalhista, além de um mercado saturado e desvalorizado associado às crises econômicas e políticas do país. Um possível prisma de análise se refere ao ano cursado, ao nível e à idade. Dos 200 participantes, 91 (45,5%) eram mestrandos do primeiro ou segundo ano, do total 56,5% tinham faixa de idade de 22 a 30 anos, possivelmente, inclusive pela tradição Uspiana em pesquisa, estas pessoas tenham emendado a pós-graduação logo ao fim da graduação, sem ingressar no mercado de trabalho. Sendo que a primeira faixa de 22 a 26 anos 72,1% afirmaram não trabalhar, e na segunda faixa, 27 a 30 anos, 55,8% afirmaram não trabalhar. É comum na USP a carreira acadêmica ser focada em bolsas e emendada logo após a obtenção de cada título. Dessa maneira, é possível que estas pessoas não tenham se preocupado com o mercado de trabalho, por conta destas condições e que, ao menos até meados de 2014, a carreira acadêmica ainda não havia sofrido cortes severos e a saturação do mercado começou a ser percebida apenas nos últimos anos.

Tabela 24 - Comparação das médias dos escores do WHOQOL-bref, segundo horas de trabalho por semana.

Domínios WHOQOL-bref	Horas de trabalho semanal				p*
	2 a 11 horas	12 a 30 horas	31 a 40 horas	41 a 60 horas	
	Média (dp) n=21	Média (dp) n=31	Média (dp) n=23	Média (dp) n=7	
Domínio Físico	13,63 (3,06)	14,15 (2,65)	13,83 (2,50)	13,95 (2,35)	0,919
Domínio Psicológico	13,30 (3,32)	13,89 (2,14)	13,97 (2,41)	13,42 (2,44)	0,804
Domínio Relações Sociais	13,77 (3,35)	14,66 (3,44)	12,11 (3,99)	15,04 (2,39)	0,053
Domínio Meio Ambiente	12,90 (2,72)	13,19 (2,71)	13,17 (2,42)	13,57 (1,69)	0,942

Tabela elaborada pelo autor. Fonte: dados da pesquisa. \* ANOVA

Buscamos verificar diferenças entre as médias para os domínios do WHOQOL-bref, segundo horas de trabalho por semana.

Para o Domínio Físico, observou-se as médias  $\bar{X}=13,63$  (DP=3,06) para faixa de 2 a 11 horas semanais,  $\bar{X}=14,15$  (DP=2,65) para faixa de 12 a 30 horas semanais,  $\bar{X}=13,83$  (DP=2,50) para faixa de 32 a 40 horas semanais e  $\bar{X}=13,95$  (DP=2,35) para faixa de 41 a 60 horas semanais. Constatou-se que não existiu diferença estatisticamente significativa ( $p=0,919$ ).

Para o Domínio Psicológico, observou-se as médias  $\bar{X}=13,30$  (DP=3,32) para faixa de 2 a 11 horas semanais,  $\bar{X}=13,89$  (DP=2,14) para faixa de 12 a 30 horas semanais,  $\bar{X}=13,97$  (DP=2,41) para faixa de 32 a 40 horas semanais e  $\bar{X}=13,42$  (DP=2,44) para faixa de 41 a 60 horas semanais. Constatou-se que não existiu diferença estatisticamente significativa ( $p=0,804$ ).

Para o Domínio Relações Sociais, observou-se as médias  $\bar{X}=13,77$  (DP=3,35) para faixa de 2 a 11 horas semanais,  $\bar{X}=14,66$  (DP=3,44) para faixa de 12 a 30 horas semanais,  $\bar{X}=12,11$  (DP=3,99) para faixa de 32 a 40 horas semanais e  $\bar{X}=15,04$  (DP=2,39) para faixa de 41 a 60 horas semanais. Foi verificada significância marginal, valor  $p=0,053$ . Teste *post hoc tukey* indicou, no entanto, diferença significativa entre as faixas “12 a 30 horas” e “31 a 40 horas” no valor  $p=0,049$ .

Para o Domínio Meio Ambiente, observou-se as médias  $\bar{X}=12,90$  (DP=2,72) para faixa de 2 a 11 horas semanais,  $\bar{X}=13,19$  (DP=2,71) para faixa de 12 a 30 horas semanais,  $\bar{X}=13,17$  (DP=2,42) para faixa de 32 a 40 horas semanais e  $\bar{X}=13,57$  (DP=1,69) para faixa de 41 a 60 horas semanais. Constatou-se que não existiu diferença estatisticamente significativa ( $p=0,942$ ).

Como apontado, a diferença entre a média da faixa de 12 a 30 horas de trabalho e 31 a 40 horas apresentou resultados marginalmente significantes em relação ao domínio meio ambiente. Embora a média de 41 a 60 horas tenha sido maior, compreendemos que a distribuição dos sujeitos nas faixas não favoreceu a análise. Todavia, entendemos que aquelas na segunda faixa possuem tempo, em sua maioria, para os estudos e para o trabalho, aumentando assim o contato diversificado com outras pessoas. No entanto a faixa de 31 a 40 horas, embora possa ser possível a mesma situação, esta torna-se muito mais corrida e cansativa. Quanto aos sintomas, não foi verificada diferença significativa, embora a maior média tenha sido de escore de depressão para a faixa de 2 a 11 horas, seu desvio padrão também foi alto (Apêndice GGG). Também não foi encontrada diferença significativa quanto às horas de estudo por semana (Apêndice HHH; Apêndice III).

Tabela 25 - Comparação das médias dos domínios do WHOQOL-Bref, segundo possuir problema de saúde.

Domínios do WHOQOL-bref	Possui algum problema de saúde		p*
	Não ou não sabe	Sim	
	Média (dp) n=126	Média (dp) n=39	
Domínio Físico	14,81 (2,30)	12,04 (2,53)	0,001 **
Domínio Psicológico	14,33 (2,45)	12,73 (2,64)	0,001
Domínio Relações Sociais	14,25 (3,38)	12,82 (3,53)	0,024
Domínio Meio Ambiente	13,43 (2,32)	12,35 (2,20)	0,011

Tabela elaborada pelo autor. Fonte: dados da pesquisa. \*Teste t \*\*valor  $p<0,001$

Buscamos verificar diferenças entre as médias para os domínios do WHOQOL-bref, segundo possuir problema de saúde.

Para o Domínio Físico, observou-se as médias  $\bar{X}=14,81$  (DP=2,30) para não ou não sabe e  $\bar{X}=12,04$  (DP=2,53) para sim. Verificou-se diferença estatisticamente significativa no nível  $p<0,001$ .

Para o Domínio Psicológico, observou-se as médias  $\bar{X}=14,33$  (DP=2,45) para não ou não sabe e  $\bar{X}=12,73$  (DP=2,64) para sim. Verificou-se diferença estatisticamente significativa no nível  $p=0,001$ .

Para o Domínio Relações Sociais, observou-se as médias  $\bar{X}=14,25$  (DP=3,38) para não ou não sabe e  $\bar{X}=12,82$  (DP=3,53) para sim. Verificou-se diferença estatisticamente significativa no nível  $p=0,024$ .

Para o Domínio Meio ambiente, observou-se as médias  $\bar{X}=13,43$  (DP=2,32) para não ou não sabe e  $\bar{X}=12,35$  (DP=2,20) para sim. Verificou-se diferença estatisticamente significativa no nível  $p=0,011$ .

Tabela 26 - Comparação das médias dos escores da EADS-21, segundo possuir problema de saúde.

Escore EADS-21	Possui algum problema de saúde		p*
	Não ou não sabe	Sim	
	Média (dp) n=126	Média (dp) n=39	
Escore de depressão	10,57 (8,48)	14,87 (10,97)	0,011
Escore de ansiedade	6,36 (7,15)	12,66 (9,16)	0,001**
Escore de estresse	15,25 (9,28)	19,79 (9,34)	0,008

Tabela elaborada pelo autor. Fonte: dados da pesquisa. \* Teste t. \*\* valor  $p<0,001$

Buscamos verificar diferenças entre as médias para os escores da EADS-21, segundo possuir algum problema de saúde.

Para o Escore de depressão, observou-se as médias  $\bar{X}=10,57$  (DP=8,48) para não ou não sabe e  $\bar{X}=14,87$  (DP=10,97) para sim. Houve diferença estatisticamente significativa no nível  $p=0,011$ .

Para o Escore de ansiedade, observou-se as médias  $\bar{X}=6,36$  (DP=7,15) para não ou não sabe e  $\bar{X}=12,66$  (DP=9,16) para sim. Houve diferença estatisticamente significativa no nível  $p<0,001$ .

Para o Escore de estresse, observou-se as médias  $\bar{X}=15,25$  (DP=9,28) para não ou não sabe e  $\bar{X}=19,79$  (DP=9,34) para sim. Houve diferença estatisticamente significativa no nível  $p=0,008$ .

Tabela 27 - Comparação das médias dos domínios do WHOQOL-Bref, segundo acesso a tratamentos e serviços de saúde.

Domínios do WHOQOL-bref	Tem acesso a tratamentos e serviços de saúde		p*
	Não	Sim	
	Média (dp) n=27	Média (dp) n=167	
Domínio Físico	14,24 (2,75)	14,25 (2,58)	0,988
Domínio Psicológico	13,75 (2,66)	14,09 (2,52)	0,513
Domínio Relações Sociais	13,82 (2,74)	14,11 (3,45)	0,680
Domínio Meio Ambiente	12,00 (2,51)	13,36 (2,25)	0,005

Tabela elaborada pelo autor. Fonte: dados da pesquisa. \*Teste t

Buscamos verificar diferenças entre as médias para os domínios de Qualidade de Vida do Whoqol-bref, segundo acesso a tratamentos e serviços de saúde.

Para o Domínio Físico, observou-se as médias  $\bar{X}=14,24$  (DP=2,75) para quem não possui acesso e  $\bar{X}=14,25$  (DP=2,58) para quem possui acesso. Constatou-se que não houve diferença estatisticamente significativa (p=0,988).

Para o Domínio Psicológico, observou-se as médias  $\bar{X}=13,75$  (DP=2,66) para quem não possui acesso e  $\bar{X}=14,09$  (DP=2,52) para quem possui acesso. Constatou-se que não houve diferença estatisticamente significativa (p=0,513).

Para o Domínio Relações Sociais, observou-se as médias  $\bar{X}=13,82$  (DP=2,74) para quem não possui acesso e  $\bar{X}=14,11$  (DP=3,45) para quem possui acesso. Constatou-se que não houve diferença estatisticamente significativa (p=0,680).

Para o Domínio Meio Ambiente, observou-se as médias  $\bar{X}=12,00$  (DP=2,51) para quem não possui acesso e  $\bar{X}=13,36$  (DP=2,25) para quem possui acesso. Constatou-se que existiu diferença estatisticamente significativa no nível p=0,005.



Tabela 28 - Comparação das médias dos escores do WHOQOL-bref, segundo tipo de acesso à serviços de saúde.

Domínios WHOQOL-bref	Tipo de acesso à serviços de saúde			p*
	Privado	Público	Ambos	
	Média (dp) n=71	Média (dp) n=50	Média (dp) n=7	
Domínio Físico	14,26 (2,56)	14,25 (2,80)	13,63 (2,52)	0,830
Domínio Psicológico	13,99 (2,27)	14,29 (3,15)	14,09 (1,35)	0,823
Domínio Relações Sociais	14,40 (3,23)	13,62 (3,76)	14,66 (2,77)	0,431
Domínio Meio Ambiente	14,02 (2,20)	12,67 (2,25)	13,92 (1,85)	0,005

Tabela elaborada pelo autor. Fonte: dados da pesquisa. \* ANOVA

Buscamos verificar diferenças entre as médias para os domínios do WHOQOL-bref, segundo tipo de acesso à serviços de saúde.

Para o Domínio Físico, observou-se as médias  $\bar{X}=14,26$  (DP=2,56) para privado,  $\bar{X}=14,25$  (DP=2,80) para público e  $\bar{X}=13,63$  (DP=2,52) para ambos. Não houve diferença estatisticamente significativa ( $p=0,830$ ).

Para o Domínio Psicológico, observou-se as médias  $\bar{X}=13,99$  (DP=2,27) para privado,  $\bar{X}=14,29$  (DP=3,15) para público e  $\bar{X}=14,09$  (DP=1,35) para ambos. Não houve diferença estatisticamente significativa ( $p=0,823$ ).

Para o Domínio Relações Sociais, observou-se as médias  $\bar{X}=14,40$  (DP=3,23) para privado,  $\bar{X}=13,62$  (DP=3,76) para público e  $\bar{X}=14,66$  (DP=2,77) para ambos. Não houve diferença estatisticamente significativa ( $p=0,431$ ).

Para o Domínio Meio Ambiente, observou-se as médias  $\bar{X}=14,02$  (DP=2,20) para privado,  $\bar{X}=12,67$  (DP=2,25) para público e  $\bar{X}=13,92$  (DP=1,85) para ambos. Constatou-se diferença estatisticamente significativa no nível  $p=0,005$ . Teste *post hoc de Tukey* indicou diferença significativa entre “privado” e “público” ( $p=0,003$ ).

Historicamente, e ainda hoje, saúde é uma das principais dimensões quando se trata de qualidade de vida. Esses dois conceitos são mutáveis, e influenciam facetas relacionadas a estes fatores, e são influenciados por elas. Ou seja, um nível alto de dor e desconforto, faceta do domínio físico, influencia o nível de qualidade de vida, e vice-versa, que também poderá afetar facetas de outros domínios, como atividade sexual, ou sentimentos negativos, por exemplo.

Uma dor alta nos dá elementos para compreender que o sujeito possui um nível baixo de saúde, e algum nível de doença, em uma perspectiva clássica. Contudo, saúde, para a OMS, é estado de bem-estar físico, mental e social e que haja capacidade de *coping*, é possível ter qualidade de vida e alguma doença, se há recursos para lidar com ela. Dessa maneira, todas as perguntas relacionadas à qualidade de vida se relacionam em algum nível com a saúde. No entanto, as perguntas acima tratam da perspectiva clássica, do binômio saúde-doença e à serviços que procuram lidar neste âmbito.

Foi verificada diferença estatisticamente significativa em todos os domínios de qualidade de vida e em todos os escores de sintomas para aqueles que possuíam algum problema de saúde. Este resultado é esperado e demonstra que essa dimensão pode afetar outros aspectos da vida, como as relações, o trabalho, etc., que, por sua vez, podem afetar ainda mais os sintomas de estresse, ansiedade e depressão em um efeito bola de neve.

O domínio meio ambiente foi afetado por ter ou não acesso à serviços de saúde. Tal resultado é coerente, uma vez que este domínio se refere a recursos físicos e financeiros, como o acesso à um serviço. Contudo, não foi verificada diferença significativa em questão de sintomatologia (Apêndice JJJ). Esse mesmo caso se aplica segundo o tipo de acesso à serviços de saúde, já que aqueles que podem acessar o meio privado, apresentaram médias significativamente melhores do que aqueles que acessam os meios públicos. Nesse caso também não foi encontrada diferença significativa entre as médias dos escores de sintomas (Apêndice KKK).

Um problema de saúde, no entanto, não precisa necessariamente estar doente, tampouco em alguma categoria diagnóstica. Como apontam Nogueira-Martins et al. (2004), dos alunos que procuraram o serviço de saúde mental, 32,8% não apresentaram diagnóstico algum e foram considerados em crise adaptativa, com sintomas psicológicos e físicos semelhantes aos de estresse crônico que eram agravados por questões sociais, como recursos financeiros e discriminação, por exemplo. Assim como na amostra de Kernan, Bogart e Wheat (2011) que apresentou 22,8% (n=1355) dos participantes com alguma doença crônica que, dentre outros problemas, influenciava na aprendizagem e na atenção. Graduate Assembly (2014) apontou que a saúde geral foi o segundo mais importante indicador de bem-estar para pós-graduandos. Ainda assim, Levecque et al. (2015), apontaram risco 2.43 maior de doença psiquiátrica em doutorandos do que na população em geral.

Uma das grandes questões ao pensar na saúde mental universitária, mas também na saúde das pessoas em geral, é a atenção a aqueles que estão em sofrimento psíquico, inclusive com perturbações físicas leves, que podemos considerar a sobrecarga do sistema alostático, sem estar, no entanto, em uma categoria diagnóstica. Sem serem considerados “doentes o suficiente” para serem atendidos por serviços de saúde, principalmente para as pessoas que não possuem condições financeiras para serviços como psicoterapia, para citar apenas um exemplo. É sabido que diversas práticas podem ser de ajuda terapêutica, preventiva e mesmo promotoras de saúde, como a psicoterapia, acupuntura, esportes, boa alimentação, entre muitas outras, inclusive o lazer. Ainda assim, é sabido que mesmo que existisse serviço de psicoterapia para todos os alunos, por exemplo, os problemas não seriam resolvidos por completo, uma vez que consideramos a origem desse mal-estar não somente individual, mas contextualizada em meio socio-histórico e consideramos também que não é possível apenas um único serviço dar conta de toda esta complexidade.

Duque, Brondani e Luna (2005) apontam que as principais formas de aliviar o estresse para pós-graduandos entrevistados foram esporte e lazer. Contudo, não foram encontradas diferenças significativas nas médias daqueles que tinham mais tempo destinado ao lazer daqueles que tinham menos ou nenhum tempo (Apêndice LLL; Apêndice MMM). Como aponta Assumpção Jr (2010), são importantes e sabidos os benefícios do esporte e do lazer, inclusive no manejo do estresse, mas esse não deveria ser o foco, uma vez que lida apenas com a ponta – o sintoma, e não com as raízes do mesmo, que o autor aponta principalmente como o estilo de vida e consumo imposto sistemicamente pela sociedade.

Tabela 29 - Comparação das médias dos escores do WHOQOL-bref, segundo percepção do suporte universitário.

Domínios WHOQOL-bref	Como considera o suporte universitário				p*
	Péssimo ou Ruim	Médio	Bom	Ótimo	
	Média (dp) n=5	Média (dp) n=48	Média (dp) n=114	Média (dp) n=31	
Domínio Físico	15,20 (3,51)	13,13 (2,69)	14,54 (2,46)	14,80 (2,53)	0,006
Domínio Psicológico	13,73 (3,69)	13,26 (2,39)	14,19 (2,58)	14,47 (2,50)	0,126
Domínio Relações Sociais	11,46 (4,27)	13,72 (3,84)	14,15 (3,12)	14,23 (3,46)	0,324
Domínio Meio Ambiente	11,90 (2,65)	12,35 (2,32)	13,42 (2,27)	13,56 (2,13)	0,020

Tabela elaborada pelo autor. Fonte: dados da pesquisa. \* ANOVA

Buscamos verificar diferenças entre as médias para os domínios do WHOQOL-bref, segundo percepção do suporte universitário.

Para o Domínio Físico, observou-se as médias  $\bar{X}=15,20$  (DP=3,51) para péssimo ou ruim,  $\bar{X}=13,13$  (DP=2,69) para médio,  $\bar{X}=14,54$  (DP=2,46) para bom e  $\bar{X}=14,80$  (DP=2,53) para ótimo. Verificou-se significância estatística em valor  $p=0,006$ . Teste *post hoc* de Tukey indicou diferenças significantes entre os grupos “médio” e “bom” ( $p=0,008$ ) e “médio” e “ótimo” ( $p=0,025$ ).

Para o Domínio Psicológico, observou-se as médias  $\bar{X}=13,73$  (DP=3,69) para péssimo ou ruim,  $\bar{X}=13,26$  (DP=2,39) para médio,  $\bar{X}=14,19$  (DP=2,58) para bom e  $\bar{X}=14,47$  (DP=2,50) para ótimo. Não se constatou diferença significativamente estatística ( $p=0,126$ ).

Para o Domínio Relações Sociais, observou-se as médias  $\bar{X}=11,46$  (DP=4,27) para péssimo ou ruim,  $\bar{X}=13,72$  (DP=3,84) para médio,  $\bar{X}=14,15$  (DP=3,12) para bom e  $\bar{X}=14,23$  (DP=3,46) para ótimo. Não se constatou diferença significativamente estatística ( $p=0,324$ ).

Para o Domínio Meio Ambiente, observou-se as médias  $\bar{X}=11,90$  (DP=2,65) para péssimo ou ruim,  $\bar{X}=12,35$  (DP=2,32) para médio,  $\bar{X}=13,42$  (DP=2,27) para bom e  $\bar{X}=13,56$  (DP=2,13) para ótimo. Verificou-se significância estatística em valor  $p=0,020$ . Teste *post hoc* de Tukey indicou diferenças significantes entre os grupos “médio” e “bom” ( $p=0,035$ ).

Houve diferença significativa entre as médias do domínio físico entre os grupos “médio” e “bom”, e “médio” e “ótimo” e no domínio meio ambiente entre grupos “médio” e “bom”. Não houve significância estatística em relação aos sintomas, provavelmente pela distribuição de participantes no primeiro grupo, “péssimo ou ruim”, contudo, foi o que apresentou médias mais altas em todos os níveis (Apêndice NNN). O suporte universitário faz parte dos fatores institucionais de adaptação acadêmica e são mais relacionados aos domínios físicos e do meio ambiente, uma vez que dizem respeito a aspectos como acessibilidade, locais para estudo, acesso a materiais acadêmicos como livros, laboratórios, etc., mas também à serviços de orientação, de esporte, de arte, etc. e ainda ao suporte dos professores e funcionários, outros suportes que garantem o bom aproveitamento e desenvolvimento do curso. Em termos técnicos, são os recursos de *coping* disponibilizados pela universidade, não só diretamente aos estudos, mas de promoção de saúde, qualidade de vida e suporte social. A USP possui diversos serviços como esses, em sua maior parte considerados de qualidade, embora haja muito a melhorar. No caso do suporte ao desenvolvimento de pesquisa, nossa visão é de que deveria haver mais meios institucionais com foco no desenvolvimento, no processo de pesquisa que, hoje, ainda está muito pautado no estilo de trabalho do orientador, sobretudo nas áreas de humanas. Processo este que valorizasse a pedagogia universitária, métodos de estudo e escrita, métodos de pesquisa, métodos de apresentação dos dados, maneiras de divulgação e colaboração entre pares, etc. A pró reitoria tem se mobilizado para alterar essas questões, assim como diversos alunos e docentes. Como apenas um exemplo, em 2017 foi lançada uma disciplina para pós-graduação no Instituto de Ciências Biomédicas sobre como comunicar seus dados de pesquisa de forma oral, que teve centenas de inscrições de alunos de toda a USP, via sistema institucional Janus, e, portanto, foi necessária rigorosa seleção pois as vagas não atingiam duas dezenas. Com frequência os jornais do Campus e da USP divulgam matérias sobre a necessidade de se rever o “*modus operandi*” da pós-graduação, e grupos de alunos, muitas vezes articulados com professores, têm se reunido para discutir essas questões, como nas faculdades de ciências sociais, história, filosofia, medicina, direito, nos institutos de química, psicologia, física e outros, para citar apenas os grupos de pós-graduação. Como apontam Schwartz-Mette (2009), Nyquist e Woodford (2000), Gardner (2010), e Louzada e Souza Filho (2005) essa população é vulnerável a *burnout* pelas diversas variáveis envolvidas no processo de adaptação universitária e que existe dificuldade do próprio pesquisador afetado para identificar as áreas que comprometem seu bem-estar e seu desempenho, favorecendo estratégias de *coping* inadequadas. Para McAlpine (2012), a falta de suporte universitário pode afetar a construção da identidade de doutorandos. Dessa maneira, se faz essencial o trabalho

em conjunto entre todos os atores envolvidos nesse processo para se identificar os potenciais de risco e criar estruturas que previnam esse risco e ainda mais, promovam melhor qualidade de vida na universidade. Isso não quer dizer que programas prontos e institucionalizados são a resposta para todos os problemas, mas sim a integração e o diálogo entre organizações estudantis, de professores e alunos, entre os programas da universidade, entre os serviços existentes, e também a sociedade e o governo, de maneira inter, se não trans, disciplinar. Um ambiente que promova as diversidades, sobretudo de pensamento e possa ter a universidade como um grande “laboratório”, ou seja, criar práticas, técnicas, processos, meios que, advindos das pesquisas, da construção coletiva e diálogo entre diversos setores, possa ser implementada na própria USP como uma pesquisa-ação ou experimento e, posteriormente, possa ser replicada na cidade, nas empresas, grupos, enfim, fora da universidade. Falamos aqui de inovação e autonomia universitária e também de prevenção e promoção de saúde, de promover a universalidade que deveria existir em uma universidade.

Tabela 30 - Comparação das médias dos escores do WHOQOL-bref, segundo satisfação com perspectivas de carreira.

Domínios WHOQOL-bref	Está satisfeito com perspectivas de carreira			p*
	Não	Sim	Parcialmente	
	Média (dp) n=29	Média (dp) n=59	Média (dp) n=110	
Domínio Físico	12,92 (2,51)	15,78 (2,33)	13,77 (2,39)	0,001**
Domínio Psicológico	12,62 (2,68)	15,38 (2,28)	13,63 (2,35)	0,001**
Domínio Relações Sociais	12,36 (3,61)	14,87 (2,96)	13,96 (3,45)	0,005
Domínio Meio Ambiente	12,15 (2,59)	14,13 (2,22)	12,92 (2,14)	0,001**

Tabela elaborada pelo autor. Fonte: dados da pesquisa. \* ANOVA \*\*valor p= <0,001

Buscamos verificar diferenças entre as médias para os domínios do WHOQOL-bref, segundo satisfação com perspectivas de carreira.

Para o Domínio Físico, observou-se as médias  $\bar{X}=12,92$  (DP=2,51) para não satisfeito,  $\bar{X}=15,78$  (DP=2,33) para satisfeito e  $\bar{X}=13,77$  (DP=2,39) para parcialmente satisfeito. Verificou-se significância estatística em valor p<0,001. Teste *post hoc* de Tukey indicou

diferenças significantes entre os grupos “não satisfeito” e “satisfeito” ( $p < 0,001$ ) e “satisfeito” com “parcialmente satisfeito” ( $p < 0,001$ ).

Para o Domínio Psicológico, observou-se as médias  $\bar{X} = 12,62$  (DP=2,68) para não satisfeito,  $\bar{X} = 15,38$  (DP=2,28) para satisfeito e  $\bar{X} = 13,63$  (DP=2,35) para parcialmente satisfeito. Verificou-se significância estatística em valor  $p < 0,001$ . Teste *post hoc* de Tukey indicou diferenças significantes entre os grupos “não satisfeito” e “satisfeito” ( $p < 0,001$ ) e “satisfeito” com “parcialmente satisfeito” ( $p < 0,001$ ).

Para o Domínio Relações Sociais, observou-se as médias  $\bar{X} = 12,36$  (DP=3,61) para não satisfeito,  $\bar{X} = 14,87$  (DP=2,96) para satisfeito e  $\bar{X} = 12,92$  (DP=2,14) para parcialmente satisfeito. Verificou-se significância estatística em valor  $p = 0,005$ . Teste *post hoc* de Tukey diferenças significantes entre os grupos “não satisfeito” e “satisfeito” ( $p = 0,003$ ).

Para o Domínio Meio Ambiente, observou-se as médias  $\bar{X} = 12,15$  (DP=2,59) para não satisfeito,  $\bar{X} = 14,13$  (DP=2,22) para satisfeito e  $\bar{X} = 12,92$  (DP=2,14) para parcialmente satisfeito. Verificou-se significância estatística em valor  $p < 0,001$ . Teste *post hoc* de Tukey diferenças significantes entre os grupos “não satisfeito” e “satisfeito” ( $p < 0,001$ ) e “satisfeito” com “parcialmente satisfeito” ( $p = 0,003$ ).

Tabela 31 - Comparação das médias dos escores da EADS-21, segundo satisfação com perspectivas de carreira.

Escores EADS-21	Está satisfeito com perspectivas de carreira			p*
	Não	Sim	Parcialmente	
	Média (dp) n=29	Média (dp) n=59	Média (dp) n=110	
Escore de depressão	16,55 (12,39)	7,32 (7,80)	12,67 (8,47)	0,001**
Escore de ansiedade	11,44 (10,22)	6,23 (7,31)	7,74 (7,88)	0,019
Escore de estresse	21,93 (9,80)	12,71 (10,01)	16,61 (8,79)	0,001**

Tabela elaborada pelo autor. Fonte: dados da pesquisa. \* ANOVA \*\*valor  $p = < 0,001$

Buscamos verificar diferenças entre as médias para os escores da EADS-21, segundo satisfação com as perspectivas de carreira.

Para o Escore de depressão, observou-se as médias  $\bar{X} = 16,55$  (DP=12,39) para não satisfeito,  $\bar{X} = 7,32$  (DP=7,80) para satisfeito e  $\bar{X} = 12,67$  (DP=8,47) para parcialmente satisfeito. Constatou-se que houve diferença significativa no nível  $p < 0,001$ . Teste *post hoc* de Tukey

indicou diferenças significativas entre “não satisfeito” e “satisfeito” ( $p < 0,001$ ) e “satisfeito” e “parcialmente satisfeito” ( $p = 0,001$ ).

Para o Escore de ansiedade, observou-se as médias  $\bar{X} = 11,44$  (DP=10,22) para não satisfeito,  $\bar{X} = 6,23$  (DP=7,31) para satisfeito e  $\bar{X} = 7,74$  (DP=7,88) para parcialmente satisfeito. Constatou-se que houve diferença significativa no nível  $p = 0,019$ . Teste *post hoc* de Tukey indicou diferenças significativas entre “não satisfeito” e “satisfeito” ( $p = 0,014$ ).

Para o Escore de estresse, observou-se as médias  $\bar{X} = 21,93$  (DP=9,80) para não satisfeito,  $\bar{X} = 12,71$  (DP=10,01) para satisfeito e  $\bar{X} = 16,61$  (DP=8,79) para parcialmente satisfeito. Constatou-se que houve diferença significativa no nível  $p < 0,001$ . Teste *post hoc* de Tukey indicou diferenças significativas entre “não satisfeito” e “satisfeito” ( $p < 0,001$ ); “satisfeito” e “parcialmente satisfeito” ( $p = 0,027$ ) e “não satisfeito” e “parcialmente satisfeito” ( $p = 0,019$ ).

Todas as médias de domínios e sintomas apresentaram diferenças significativas entre si. Em todos os domínios de qualidade de vida, as diferenças significantes foram entre os “não satisfeitos” com “satisfeitos” e “parcialmente satisfeitos” com “satisfeitos”, com exceção do domínio Relações Sociais que indicou apenas entre “não satisfeito” e “satisfeito”. Se verificarmos as médias, é possível perceber que as maiores médias são dos satisfeitos, seguidos por médias intermediárias dos parcialmente satisfeitos e as menores médias dos não satisfeitos. Em resumo, temos médias que correspondem diretamente ao tipo de resposta: não > menor média; parcial > média intermediária, sim > maior média.

As diferenças significativas das médias dos sintomas seguiram a mesma tendência: entre “não satisfeito” e “satisfeito” e “satisfeito” e “parcialmente satisfeito” para depressão; entre “não satisfeito” e “satisfeito” para ansiedade e; entre “não satisfeito” e “satisfeito”; “satisfeito” e “parcialmente satisfeito” e “não satisfeito” e “parcialmente satisfeito” para estresse, que teve algumas das maiores médias de todas as análises de comparação de médias.

Contudo, ao comparar as médias dos grupos de categorias para a pergunta “por que escolheu cursar pós-graduação”, não encontramos diferença estatística significativa (Apêndice OOO; Apêndice PPP).

Compreendemos este resultado como coerente com o estado político e econômico o qual se encontra a pesquisa, ciência e pós-graduação no Brasil, assim como o modelo avaliativo e de desenvolvimento adotado – aquele que foca em produtividade, menor tempo e mais



formados. Entendemos que as perspectivas são, de fato, parciais. Levando em conta o congelamento do teto de gastos públicos, a crise econômica, a má administração, a falta de emprego, a saturação do mercado, a falta de diálogo entre sociedade, universidades e pesquisas, etc. No entanto, obviamente o setor de pesquisa existe e continuará existindo, a qualidade dos cursos de pós-graduação da USP é reconhecida mundialmente, os títulos acadêmicos são providos de algum *status*, principalmente o título de doutor, muitas são as parcerias realizadas com universidades mundo a fora, dessa maneira existem sim possibilidades, mas não ideais, não para todos. Não há, e nem é nosso objetivo, explicar relações causais – se uma influência direta na baixa qualidade afeta a perspectiva, ou quais os diversos fatores que podem afetar a perspectiva, que pode afetar os sintomas e a qualidade de vida, etc. Compreendemos que todas estas variáveis se interinfluenciam.

Conforme a teoria de estresse e de *burnout*, poderíamos pensar quais são as condições reais para se levar a cabo o trabalho de pesquisador no Brasil, ou seja, quais os fatores de adaptação,  *coping*, resiliência que permitiriam satisfação para com a carreira. Uma das possíveis soluções seria perguntar a razão de satisfação ou não das perspectivas, assim como perguntar quais elas eram no começo do curso e no fim e mesmo quais as expectativas e experiências para com o próprio curso e formação.

Conforme Graduate Assembly (2014) as chances de carreira se apresentaram como o principal indicador de bem-estar caso presente, e mal-estar caso ausente e a segurança financeira como sexto indicador. Entendemos que a segurança financeira, para aqueles que do trabalho dependem, é um fator intrínseco à perspectivas de carreira, levando em conta teorias de motivação como a de Maslow (1974), apontando necessidades básicas que, normalmente, são conseguidas por meio financeiro.

Tabela 32 - Comparação das médias dos escores da EADS-21, segundo relação com o orientador.

Escore EADS-21	Como considera a relação com seu orientador		p*
	Péssima, ruim ou média	Boa ou ótima	
	Média (dp) n=30	Média (dp) n=169	
Escore de depressão	13,06 (10,70)	11,13 (9,13)	0,300
Escore de ansiedade	9,93 (10,12)	7,40 (7,80)	0,121
Escore de estresse	19,86 (9,68)	15,46 (9,56)	0,022

Tabela elaborada pelo autor. Fonte: dados da pesquisa. \* Teste t.

Buscamos verificar diferenças entre as médias para os Escores da EADS-21, segundo relação com orientador.

Para o Escore de Depressão, observou-se as médias  $\bar{X}=13,06$  (DP=10,70) para relação péssima, ruim ou média e  $\bar{X}=11,13$  (DP=9,13) para relação boa ou ótima. Constatou-se que não houve diferença estatisticamente significativa ( $p=0,300$ ).

Para o Escore de Ansiedade, observou-se as médias  $\bar{X}=9,93$  (DP=10,12) para relação péssima, ruim ou média e  $\bar{X}=7,40$  (DP=7,80) para relação boa ou ótima. Constatou-se que não houve diferença estatisticamente significativa ( $p=0,121$ ).

Para o Escore de Estresse, observou-se as médias  $\bar{X}=19,86$  (DP=9,68) para relação péssima, ruim ou média e  $\bar{X}=15,46$  (DP=9,56) para relação boa ou ótima. Constatou-se que existiu diferença estatisticamente significativa no nível  $p=0,022$ .

Todas as médias do grupo que considera a relação com o orientador péssima, ruim ou média foram maiores do grupo que considera boa ou ótima. Contudo, a significância foi observada apenas no nível de estresse. Sabidamente, dificuldades nas relações com orientador podem ser fontes estressoras, como apontam Hyun et al. (2006), Nyquist e Woodford (2000), Evans et al. (2018), Graduate Assembly (2014), Santos, Perrone e Dias (2015), Faro (2013a) e De Meis et al. (2003). Este tipo de fonte estressora, são das quais se tem pouco ou nenhum controle, favorecendo ineficácia de estratégias. O pequeno número de pessoas que consideram suas relações de orientação de maneira negativa pode se dar pela maior parte da amostra ainda estar no primeiro ano e não ter tido uma relação mais profunda de orientação, ou que as orientações sejam de fato, em sua maioria, positivas. Sendo assim, não foram encontrados

níveis significantes nos domínios de qualidade de vida, embora as médias do grupo de relações negativas tenham sido ligeiramente menores como apontado no Apêndice QQQ.

Por fim, no que se refere à horas de sono, encontramos significância marginal ( $p=0,055$ ), na diferença entre as médias para o domínio físico, resultado esperado, uma vez que dificuldades no sono afetam primeiramente a saúde física, como apontam Almondes e Araújo (2003) e Medeiros et al. (2001), contudo o resultado pode ter sido marginal pois a maior parte está em faixas de sono adequadas conforme Hirshkovitz et al. (2015). É esperado que aqueles que tenham maiores problemas com sono tenham dificuldades do domínio físico, afetando gradativamente outros domínios e sintomas, no entanto, não foi encontrado nessa amostra, como apontado no Apêndice RRR e no Apêndice SSS.

## 7 CONCLUSÃO

Resgatamos a definição de qualidade de vida da OMS:

A percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto de sua cultura e dos sistemas de valores em que vive e em relação a suas expectativas, seus padrões e preocupações. É um conceito bem abrangente, afetado de maneira complexa pela saúde física, pelo estado psicológico, pelo nível de independência, pelas relações sociais da pessoa, suas crenças e por suas relações com características significativas do ambiente.

(WHOQOL GROUP, 1995, p.1405).<sup>10</sup>

Um dos paradigmas adotados neste estudo foi essa complexa relação da qualidade de vida, que nos orientou na construção do questionário e da parte teórica.

Outro paradigma é de que compreendemos que os princípios de promoção de saúde da OMS (1998), o empoderamento, a participação social, a concepção holística, a intersectorialidade, a equidade, a sustentabilidade e as ações multiestratégicas. são essenciais para o desenvolvimento de diagnósticos e práticas para a melhoria do ambiente acadêmico de uma maneira geral.

Nossa pesquisa, embora realizada de maneira mais tradicional, levou em conta estes fatores e consideramos que nenhuma ação basta em si, mesmo uma pesquisa. Mas estas podem favorecer passos e ideias na direção da promoção de saúde universitária. Compreendemos que ações preventivas, no âmbito dos indivíduos, mas também ações promotoras com foco social, político e cultural devem ser complementares, como aponta Bleger (1984), de maneira a permitir condições dignas para se desenvolver pesquisa no Brasil, para todos os envolvidos.

Entendemos que nosso objetivo principal foi atingido, o de avaliar o nível de depressão ansiedade e estresse e a qualidade de vida de estudantes de pós-graduação *stricto sensu* da USP, Cidade Universitária, e verificar o nível de correlação entre essas variáveis. Assim como a hipótese de que haveria correlação negativa entre essas variáveis, embora esta seja forte em alguns domínios e sintomas e moderada ou fraca em outros.

Verificamos que aproximadamente metade da amostra total estava apresentando algum tipo de sintoma de ansiedade, depressão e/ou estresse e cerca de 10% em estado grave. Se

---

<sup>10</sup> Tradução de Power (2008, p.50)

considerarmos juntos os graus severo e muito severo, temos 14,5% para depressão, 17,5% para ansiedade e 20,5% para estresse. Consideramos este número alarmante e que uma intervenção se faz extremamente necessária, assim como entender melhor as razões por seu adoecimento. Entendemos que o processo de pós-graduação é uma crise, um período desafiador que após encerrado leva a uma nova visão de mundo, mas que, em estado normal, não levaria a incapacitação ou adoecimento. Muitas vezes, há impressão que a crise normal parece se tornar crônica. Como em qualquer crise, a história de vida e os problemas anteriores facilitarão ou dificultarão este momento, no entanto, a ideia é de se perguntar: como melhorar este processo, com foco não só na saúde das pessoas, mas também no aprendizado e na produção de melhor conteúdo científico.

Consideramos que há relações e semelhanças entre os construtos de qualidade de vida, adaptação acadêmica,  *coping*  e recursos de  *coping* . Entendemos também que a teoria de estresse adotada é adequada para pensar e analisar o processo de estresse na academia, muito embora, para uma análise profunda, outro tipo de estudo deveria ser realizado, que levasse em conta os estressores e as estratégias de  *coping*  utilizadas.

Verificamos que em nossa amostra algumas condições estiveram mais propensas a haver diferenças significativas em questões de qualidade de vida e/ou nível de sintomas, como gênero, área de concentração, nacionalidade, região de residência, tipo de moradia, faixa salarial, nível de saúde, acesso à serviços de saúde e o tipo de acesso, percepção do suporte universitário, satisfação com perspectivas de carreira e qualidade da relação com o orientador. Esses indicadores são semelhantes aos indicadores de bem-estar descritos por Graduate Assembly (2014). Também verificamos significância marginal para horas de trabalho semanal e horas de sono diário.

Como pesquisa exploratória, buscamos ter um panorama geral para verificar algumas tendências e possibilidades de pesquisas e intervenções futuras. Isso nos trouxe grande quantidade de variáveis que, no entanto, embora identificassem possibilidades, não nos permitiu análises profundas. Este é o objetivo da pesquisa exploratória, conhecer o campo, o tema e abrir possibilidades de pesquisa.

Nesse sentido, reiteramos ser essencial a colaboração entre pesquisas quantitativas e qualitativas. Consideramos também essencial o desenvolvimento de pesquisas participantes e pesquisas-ação, em parceria com os diversos setores e grupos da universidade.

Algumas perguntas e possibilidades de pesquisa se revelam como: o quanto o mal-estar e sintomas são influenciados pelo processo de pós-graduação; o quanto a performance acadêmica está sendo afetada pelo processo da pós-graduação e de que maneira; quais são as estratégias de *coping* utilizadas por pós-graduandos e se elas são efetivas ou não, investigar mais profundamente o impacto dessas estratégias, como uso de drogas, suporte social, suporte institucional, etc. e como as aprenderam; qual a diferença entre estratégias de pessoas acometidas por mal-estar daquelas que não estão; quais os métodos de orientação realizados e se eles convergem ou divergem, quais são os métodos de estudos e escrita acadêmica e como eles influenciam no processo; quais os serviços dispostos para formação acadêmica e suporte institucional e como eles influenciam a adaptação acadêmica; verificar as diferenças qualitativas e quantitativas entre desempenho e saúde de alunos orientados em grupo ou apenas individualmente; levantamento das propostas de melhorias para o processo de pós-graduação; verificar qualitativamente as diferenças entre as diversas áreas de pesquisa e as particularidades de estressores e suporte que cada área e tipo de pesquisa facilita; quantificação de estressores e dificuldades; impacto da formação na produção da pesquisa; impacto das produções no andamento do processo de formação; levantamento dos diversos grupos de defesa de direitos e verificar possibilidades de pesquisas e intervenções; verificar possibilidades de comunicação mais efetiva entre os diversos pares e com a sociedade em geral, de maneira a universalizar a universidade; criar grupos de intervenção e suporte para as diversas particularidades do processo: manejo do tempo, escrita, publicação, orientação, valorização, etc.; verificar o estigma da doença mental entre alunos, professores, funcionários, etc.; verificar as diferenças qualitativas entre grupos estrangeiros e brasileiros no que se refere à bem-estar e estressores, mas também às estratégias e recursos de *coping*; verificar o impacto de processos como orientação profissional e de carreira acadêmica; investigar processos de escrita acadêmica e investigar procrastinação acadêmica. Estas perguntas de pesquisa podem ser levadas para graduandos, pós-doutorandos, professores em sua diversidade (doutor, livre docente, etc.), funcionários e outros. É também possível comparar estes grupos sob um mesmo prisma.

Algumas postulações que nos parecem essenciais para a viabilidade de melhorias neste processo são uma gestão colaborativa efetiva entre os diversos atores da universidade, que preze o diálogo e o respeito; a análise crítica e propositiva ao modelo competitivo imposto pelo sistema atual e favorecer saídas colaborativas, análise crítica das necessidades para o desenvolvimento formativo e também do sistema de orientação; assim como a luta política por valorização da ciência em todas as suas áreas e a valorização de sistemas de orientação em grupo, pois estes facilitam a criação de vínculos entre os alunos além de possibilidades de

pesquisa em parceria, possibilidades profissionais, de suporte social e afetivo e criação de meios mais adequados para a aprendizagem de escrita acadêmica e métodos de pesquisa.

## REFERÊNCIAS

ADUFES, Associação dos Docentes da Universidade Federal do Espírito Santo. **MPF arquiva investigação sobre Grupos de Estudos Marxista na UFMG**. Ago. 2017. Disponível em: <<http://adufes.org.br/portal/noticias/28-andes/2088-mpf-arquiva-investigacao-sobre-grupo-de-estudos-marxista-na-ufmg.html>> Acesso em 14 mar. 2018.

AGOPYAN, V. A pós-graduação no Brasil. Vídeo aula – **Introdução à pós-graduação**. PRPG001, São Paulo, Pró reitoria de Pós-graduação Usp, 2016. Disponível em: <<https://edisciplinas.usp.br/course/view.php?id=32056&section=3>> . Acesso em 02 de dezembro de 2016.

ALMEIDA, J.P. **Procrastinar pode ser um problema de saúde**. Departamento de jornalismo e Editoração da Escola de Comunicações e Artes da USP. Ago. 2017. Disponível em: <<http://www.usp.br/cje/index.php/2017/08/24/procrastinar-pode-ser-um-problema-de-saude/>> Acesso em set. 2017.

ALMONDES, K. M.; ARAÚJO, J. F. Padrão do ciclo sono-vigília e sua relação com a ansiedade em estudantes universitários. **Estudos de Psicologia**, v. 8, n. 1, p. 37-43, 2003.

APÓSTOLO, J. L.; CRUZ MENDES, A.; AGUIAR AZEREDO, Z.. Adaptação para a língua portuguesa da depression, anxiety and stress scale (dass). **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 14, n. 6, 2006. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/html/2814/281421865006/>> Acesso em 05 out 2016.

ALVES, G. João e Branca Moreira Salles lançam 1º instituto privado de apoio à ciência. **Folha de São Paulo**, Mar. 2017. Disponível em: <<https://www1.folha.uol.com.br/ciencia/2017/03/1868742-joao-moreira-salles-lanca-instituto-privado-de-apoio-a-ciencia.shtml>> Acesso em: 14 mar. 2018.

ALVES, R.F.; EULÁLIO, M.C. Abrangência e níveis de aplicação da Psicologia da Saúde. In: ALVES, R.F. (Org.) **Psicologia da saúde: teoria, intervenção e pesquisa**, Campina Grande, Eduepb, 2011.p.65-88.

ANDRADE, D. Grupos autogeridos debatem saúde mental na universidade. **Jornal do Campus**. Mai. 2018. Disponível em: <<http://www.jornaldocampus.usp.br/index.php/2018/05/grupos-autogeridos-debatem-saude-mental-na-universidade/>> Acesso em 22 mai. 2018.

ANGELO, C. Brazil's scientists battle to escape 20-year funding freeze. **Nature**, Macmillan Publishers, USA, Nov. 2016. Disponível em: < <https://www.nature.com/news/brazil-s-scientists-battle-to-escape-20-year-funding-freeze-1.21014>> Acesso em 4 mar. 2018.

\_\_\_\_\_. Brazilian scientists reeling as federal funds slashed by nearly half. **Nature**, Macmillan Publishers, USA, Abr. 2017a. Disponível em: < <https://www.nature.com/news/brazilian-scientists-reeling-as-federal-funds-slashed-by-nearly-half-1.21766>> Acesso em 4 mar. 2018.

\_\_\_\_\_. Scientists plead with Brazilian government to restore funding. **Nature**, Macmillan Publishers, USA, Oct. 2017b. Disponível em: < <https://www.nature.com/news/scientists-plead-with-brazilian-government-to-restore-funding-1.22757>> Acesso em 4 mar. 2018.



ANTONIAZZI, A. S.; DELL'AGLIO, D. D.; BANDEIRA, D. R.. O conceito de coping: uma revisão teórica. **Estudos de psicologia (Natal)**. Vol. 3, n. 2 (jul./dez. 1998), p. 273-294, 1998. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/epsic/v3n2/a06v03n2.pdf>> Acesso em 3 mar. 2017.

Antony, M. M., Bieling, P. J., Cox, B. J., Enns, M. W., & Swinson, R. P. Psychometric properties of the 42-item and 21-item versions of the Depression Anxiety Stress Scales in clinical groups and a community sample. **Psychological assessment**, v. 10, n. 2, p. 176, 1998. Disponível em: <<http://doi.apa.org/journals/pas/10/2/176.html>> Acesso em: 03 fevereiro 2017.

ARRUDA, B; MARTINS, V. Universidade não valoriza saúde mental dos alunos. **Jornal do Campus**. Set. 2017. Disponível em: <<http://www.jornaldocampus.usp.br/index.php/2017/09/universidade-nao-valoriza-saude-mental-dos-alunos/>> Acesso em 13 set. 2017.

ARWU, *Academic Ranking of World Universities*. 2017. Disponível em: <<http://www.shanghairanking.com/ARWU2017.html>> Acesso em mar. 2018.

ASSUMPCÃO JUNIOR, F. B. Evolução histórica do conceito de qualidade de vida. In: \_\_\_\_\_; KUCZYNSKI, E. (org). **Qualidade de vida na infância e na adolescência: orientação para pediatras e profissionais de saúde mental**, Porto Alegre: Artmed, 2010. p. 21-41.

BALBACHEVSKY, E. A pós-graduação no Brasil: novos desafios para uma política bem sucedida. **Os desafios da educação no Brasil**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, v. 1, p. 285-314, 2005. Disponível em: <[https://www.researchgate.net/profile/Elizabeth\\_Balbatchevsky/publication/](https://www.researchgate.net/profile/Elizabeth_Balbatchevsky/publication/)> Acesso em: 20 mai 2016.

BALTAR, V.T.; OKANO, V. **Análise de concordância - Kappa**. 2017. Disponível em <[www.lee.dante.br/pesquisa/kappa](http://www.lee.dante.br/pesquisa/kappa)>. Acesso em 15 de agosto de 2018.

BAPTISTA, A. Stresse: Aspectos psicobiológicos. In: CRUZ, J.P; JESUS, S.N; NUNES, C. (Org.) **Bem-estar e qualidade de vida** Contributos da Psicologia da Saúde. Lisboa, Textiverso, 2009.

BARATA, R. C. B. Dez coisas que você deveria saber sobre o Qualis. **RBPG**, v. 13, n. 30, p. 13-40, 2016.

BASILIO, A. L. Por que as universidades particulares estão demitindo professores? **Carta capital**. Dez. 2017. Disponível em: <<https://www.cartacapital.com.br/educacao/por-que-as-universidades-particulares-estao-demitindo-professores>> Acesso em: 6 mar. 2018.

BASSO, M. Por que o governo japonês está fechando cursos de humanas? **Gazeta do povo**. Jul. 2017. Disponível em: <<https://www.gazetadopovo.com.br/educacao/por-que-o-governo-japones-esta-fechando-cursos-de-humanas-eg6kr3nk619a18tylf3aso9um>> Acesso em: Jul. 2017.

BBC BRASIL, Milhares de universitários nos EUA passam fome e não têm onde dormir. Mai. 2018. Disponível em: <<https://www.bbc.com/portuguese/geral-44035476>> Acesso em 9 mai. 2018.

BBC BRASIL. **Por que a UNICAMP tomou da USP o 1º lugar em ranking das melhores universidades da América Latina?** Jul. 2017. Disponível em: <<https://www.bbc.com/portuguese/brasil-40663742>> Acesso em: jan. 2018.

BENEVIDES-PEREIRA, A. M. (org). **Burnout : quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador.** São Paulo, Casa do Psicólogo, 2002.

BERNIK; CORREGIARI; STELLA; ASBAHR, Transtorno de ansiedade ao longo da vida. In: FORLENZA, O.V; MIGUEL, E.C. (Orgs). **Compêndio de Clínica Psiquiátrica.** Barueri: Manole, 2012, p.337-362.

BLEGER, J. **Psico-higiene e psicologia institucional.** Porto Alegre, Artes Medicas, 1984.

BOGDAN, R; BIKLEN, S. **Investigação qualitativa em educação.** Portugal, porto, 1994.

BRASIL, **Lei nº1.310** de 15 de Janeiro de 1951. Cria o conselho nacional de pesquisas e dá outras providências. Casa civil, Brasília, DF, 1951.

BRASIL. **Decreto nº 6.283** de 25 de Janeiro de 1934. Cria a Universidade de São Paulo e dá outras providências.1934. Disponível em: <<https://governo-sp.jusbrasil.com.br/legislacao/225246/decreto-6283-34>> Acesso em: mar. 2018.

BRASIL. **Decreto Nº 6.283** de janeiro de 1934. Cria a Universidade de São Paulo e dá outras providências. Secretaria de Estado de Educação e da Saúde Pública, São Paulo, 1934. Disponível em < <http://www.leginf.usp.br/?historica=decreto-n-o-6-283-de-25-de-janeiro-de-1934>> Acesso em 15 de março de 2018.

BRUCOLI, R. Conservadores querem acabar com cursos de humanidades. **Jornal do campus.** Jun. 2018. Disponível em: <<http://www.jornaldocampus.usp.br/index.php/2018/06/conservadores-querem-acabar-com-cursos-de-humanidades/>> Acesso em 22 jun. 2018.

BUSS, P. M. Uma introdução ao conceito de promoção de saúde In: CZERESNIA, D; FREITAS, C. M. (Org). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências.** 2. ed. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2009.

CAMPOS, L. Pensões são anunciadas como repúblicas. **Jornal do Campus.** Ago. 2017. Disponível em: <<http://www.jornaldocampus.usp.br/index.php/2018/05/pensoes-sao-anunciadas-como-republicas/>> Acesso em 21 Set. 2017.

CANTWELL, R. H., SCEVAK, J. J., BOURKE, S., HOLBROOK, A. Identifying individual differences among doctoral candidates: A framework for understanding problematic candidature. **International Journal of Educational Research**, v. 53, p. 68-79, 2012. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0883035512000067>> Acesso em: 11 nov 2016.

CAPES. Dados quantitativos de programas recomendados e reconhecidos. **Plataforma Sucupira.** 2016a. Disponível em: <<https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/programa/quantitativos/quantitativoRegiao.jsf>> Acesso em: 7 dez 2016.

\_\_\_\_\_. **Revista comemorativa CAPES 60 anos,** Brasília, Edição única, 2011.

\_\_\_\_\_. Sistema de informações georreferenciadas – dados estatísticos. **GEOCAPES**, 2016b. Disponível em: < <http://geocapes.capes.gov.br/geocapes2/#>> Acesso em: 7 dez 2016.

CARLOMAGNO, M. C.; ROCHA, L. C. Como criar e classificar categorias para fazer análise de conteúdo: uma questão metodológica. **Revista Eletrônica de Ciência Política**, v. 7, n. 1, 2016.

CARLOTTI JUNIOR, C. G. A pós-graduação na USP – Momento atual da Pró-reitoria de Pós-graduação. Vídeo aula – **Introdução à pós-graduação**. PRPG001, São Paulo, Pró reitoria de Pós-graduação Usp, 2016. Disponível em: < <https://edisciplinas.usp.br/course/view.php?id=32056&section=2>>. Acesso em 02 de dezembro de 2016.

CARLOTTO, M. S.; CÂMARA, S. G. Análise fatorial do Maslach Burnout Inventory (MBI) em uma amostra de professores de instituições particulares. **Psicologia em estudo**, v. 9, n. 3, p. 499-505, 2004.

CARNEIRO, J. **Cortes na ciência geram êxodo de cérebros, congelam pesquisas e vão punir Brasil por décadas, diz presidente da academia**. BBC Brasil, Rio de Janeiro, Jul. 2017. Disponível em: <<https://www.bbc.com/portuguese/brasil-40504128>> Acesso em: 5 mar. 2018.

CGEE Centro de Gestão e Estudos Estratégicos, Mestres e doutores 2015: **Estudos da demografia da base técnico-científica brasileira**. Brasília, DF, 2016. Disponível em <[https://www.cgee.org.br/documents/10182/734063/Mestres\\_Doutores\\_2015\\_Vs3.pdf](https://www.cgee.org.br/documents/10182/734063/Mestres_Doutores_2015_Vs3.pdf)> Acesso em 15 mar. 2018.

CHAM, J. “**Piled Higher and Deeper**”. Disponível em: <[www.phdcomics.com](http://www.phdcomics.com).> Acesso em 11 fev. 2016.

CHATAWAY, C. J. Negotiating the observer-observed relationship: participatory action research. In: TOLMAN, D. BRYDON-MILLER, M. (Orgs) **From subjects to subjectivities** – a handbook of interpretative and participatory methods. USA, New York University Press, 2001. p.239-255.

CHENG, S. T., LI, K. K., LEUNG, E. M., CHAN, A. C. Social exchanges and subjective well-being: Do sources of positive and negative exchanges matter? **The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences**, v. 66, n. 6, p. 708-718, 2011. Disponível em: <<http://psychogerontology.oxfordjournals.org/content/66B/6/708.short>> Acesso em: 23 jun 2016.

CLARK, L. A.; WATSON, D.. Tripartite model of anxiety and depression: psychometric evidence and taxonomic implications. **Journal of abnormal psychology**, v. 100, n. 3, p. 316, 1991. Disponível em: <<http://doi.apa.org/journals/abn/100/3/316.html>> Acesso em 4 de janeiro 2018.

CNPQ, Diretório dos grupos de pesquisa no Brasil – **Censo 2016**, Brasília, 2016. disponível em: < <http://lattes.cnpq.br/web/dgp/por-lideranca-sexo-e-idade>> Acesso em 05 mar. 2018.

CONCLI, R. O que a USP está fazendo com seus pós-graduandos. **Jornal do campus**. Mai 2018. Disponível em: < <http://www.jornaldocampus.usp.br/index.php/2018/05/o-que-a-usp-esta-fazendo-com-os-seus-pos-graduandos/>> Acesso em 27 mai. 2018.

- CONNER, W. **The leadership to hire in today's market**. 2013. Disponível em <<http://vistratess.com/?p=269>> Acesso em: 26 de setembro de 2017.
- CONSTANTINO, M. A. C. **Avaliação da qualidade de vida: desenvolvimento e validação de um instrumento, por meio de indicadores biopsicossociais, junto à comunidade da Universidade de São Paulo – Tese de doutorado**. São Paulo, PRONUT USP, 2007.
- COX, T.; GRIFFITHS, A.; RIAL-GONZÁLEZ, E. **Research on work-related stress**. European agency for safety and health, Luxembourg, 2000. Disponível em: <[osha.europa.eu](http://osha.europa.eu)> Acesso em: 22 mai. 2016.
- CREDÉ, M; NIEHORSTER, S. Adjustment to college as measured by the student adaptation to college questionnaire: A quantitative review of its structure and relationships with correlates and consequences. **Educational Psychology Review**, v. 24, n. 1, p. 133-165, 2012.
- CRUZ, R. **Saúde mental e bloqueio da escrita pós-graduação**. Palestra realizada na Universidade Federal do Paraná – 2017 Disponível em: < [https://youtu.be/S\\_ZqLekL3tY](https://youtu.be/S_ZqLekL3tY)> . Acesso em 02 de fevereiro de 2018.
- DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. 2. ed. Porto Alegre, Artmed, 2008.
- DAMOUS, I. **Depressão e lógica do desespero na contemporaneidade: uma visão psicanalítica**. Curitiba, Juruá, 2012.
- DE MEIS, L., VELLOSO, A., LANNES, D., CARMO, M. S., DE MEIS, C. The growing competition in Brazilian science: rites of passage, stress and burnout. **Brazilian Journal of Medical and Biological Research**, v. 36, n. 9, p. 1135-1141, 2003. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-879X2003000900001&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-879X2003000900001&script=sci_arttext&tlng=pt)> Acesso em 8 maio 2018.
- DELONGIS, A.; PUTERMAN, E. Coping Skills In: FINK, G. (edt). **Encyclopedia of stress**. 2nd ed. San Diego, Academic Press, 2007.
- DIENER, E; SELIGMAN, M. E. P. Beyond money toward an economy of well-being. **Psychological science in the public interest**, v. 5, n. 1, p. 1-31, 2004. Disponível em: < <http://psi.sagepub.com/content/5/1/1.short>> Acesso em 10 dez 2016.
- DOS SANTOS, C. M. Tradições e contradições da pós-graduação no Brasil. **Educação & sociedade**, v. 24, n. 83, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/es/v24n83/a16v2483.pdf>> Acesso em 7 abril 2017.
- DRECHSEL, D. Orientador que não orienta: você não é o único a sofrer desse mal. **Gazeta do povo**. Jan. 2017. Disponível em: <<https://www.gazetadopovo.com.br/educacao/orientador-que-nao-orienta-voce-nao-e-o-unico-a-sofrer-desse-mal-62y0op5vst6efbwpsma8vnwg/>> Acesso em 8 mar. 2018.
- DSM- V. CORDIOLI, A. V. (coord). **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5**. 5. ed. Porto Alegre, Artmed, 2014.

DUQUE, J. C.; BRONDANI, J. B.; LUNA, S. P. L. Estresse e pós-graduação em Medicina Veterinária. **Revista Brasileira de Pós-Graduação**, v. 2, n. 3, 2005. Disponível em: <<http://ojs.rbpg.capes.gov.br/index.php/rbpg/article/view/63>> Acesso em 5 de julho de 2018.

EISENBERG, D., GOLLUST, S. E., GOLBERSTEIN, E., HEFNER, J. L. Prevalence and correlates of depression, anxiety, and suicidality among university students. **American Journal of Orthopsychiatry**, v. 77, n. 4, p. 534-542, 2007. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1037/0002-9432.77.4.534>> Acesso em 11 fevereiro 2017.

EVANS, T. M., BIRA, L., GASTELUM, J. B., WEISS, L. T., VANDERFORD, N. L. EVANS, Evidence for a mental health crisis in graduate education. **Nature biotechnology**, v. 36, n. 3, p. 282, 2018. Disponível em: <<http://www.nature.com/articles/nbt.4089.pdf?origin=ppub>> Acesso em 20 fev 2017.

FARO, A. Estresse e estressores na pós-graduação: Estudo com mestrandos e doutorandos no Brasil. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 29, n. 1, p. 51-60, 2013a. Disponível em: <<https://revistapt.unb.br/index.php/ptp/article/view/717>> Acesso em: 1 dez 2016.

\_\_\_\_\_. Um modelo explicativo para o bem-estar subjetivo: estudo com mestrandos e doutorandos no Brasil. **Psicologia Reflexão e Crítica**, v. 26, n. 4, p. 654-62, 2013b. Disponível em: <[https://www.researchgate.net/profile/Andre\\_Faro2](https://www.researchgate.net/profile/Andre_Faro2)> Acesso em: 7 dez 2016.

FAUSTO, B. **História do Brasil**. 13 ed. São Paulo, EDUSP, 2008.

FELDT, R. C.; GRAHAM, M.; DEW, D.. Measuring adjustment to college: Construct validity of the student adaptation to college questionnaire. **Measurement and Evaluation in Counseling and Development**, v. 44, n. 2, p. 92-104, 2011. Disponível em: <[journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0748175611400291](http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0748175611400291)> Acesso em 7 março 2017.

FERREIRA, I. Aumenta índice de depressão entre estudantes universitários. **Jornal da USP**. Out. 2017. Disponível em: <<http://jornal.usp.br/atualidades/aumenta-indice-de-depressao-entre-estudantes-universitarios/>> Acesso em dez. 2017.

FISCHER, R.; VAN DE VLIERT, E. Does climate undermine subjective well-being? A 58-nation study. **Personality and Social Psychology Bulletin**, v. 37, n. 8, p. 1031-1041, 2011. Disponível em: <<http://psp.sagepub.com/content/37/8/1031.short>> Acesso em 17 set 2016.

FLECK, M. P. A. Problemas conceituais em qualidade de vida. In: FLECK, M. P. A. **A avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais da saúde**. Porto Alegre, São Paulo, Artmed, 2008.

\_\_\_\_\_. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. *Ciência e saúde coletiva*, v.5, n.1, Rio de Janeiro, 2000. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232000000100004](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232000000100004)> Acesso em: 03 mar. 2016.

FLECK, M. P. A.; LEAL, O.F.; LOUZADA, S.; XAVIER, M.; CHACHAMOVICH, E.; VIEIRA, G.; SANTOS, L.; PINZON, V. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). **Revista brasileira de psiquiatria**. São Paulo, SP. Vol. 21, n. 1 (jan./mar.), p. 19-28, 1999.

GALASSO, L. M. R. **Humor e estresse no trabalho:** fatores psicossociais estressores e benéficos no trabalho dos operadores de telemarketing. Tese de Doutorado. Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo, 2005.

GARCIA, D.; ERLANDSSON, A. The relationship between personality and subjective well-being: Different association patterns when measuring the affective component in frequency and intensity. **Journal of Happiness Studies**, v. 12, n. 6, p. 1023-1034, 2011. Disponível em: <<http://link.springer.com/article/10.1007/s10902-010-9242-6>> Acesso em 30 ago 2016.

GARCIA-WILLIAMS, A. G.; MOFFITT, L.; KASLOW, N. J. Mental health and suicidal behavior among graduate students. **Academic psychiatry**, v. 38, n. 5, p. 554-560, 2014. Disponível em: <<https://link.springer.com/article/10.1007/s40596-014-0041-y>> Acesso em 21 set 2017.

GARDNER, S. K. Contrasting the socialization experiences of doctoral students in high-and low-completing departments: A qualitative analysis of disciplinary contexts at one institution. **The Journal of Higher Education**, v. 81, n. 1, p. 61-81, 2010. Disponível em: <<https://muse.jhu.edu/article/371686>> Acesso em: 26 nov 2016.

GILL, T. M.; FEINSTEIN, A. R. A critical appraisal of the quality of quality-of-life measurements. **Jama**, v. 272, n. 8, p. 619-626, 1994. Disponível em: <<https://sci-hub.tw/https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/378367>> Acesso em 5 fev 2016.

GLASS, D. C.; MCKNIGHT, J. D. Perceived control, depressive symptomatology, and professional burnout: A review of the evidence. **Psychology and Health**, v. 11, n. 1, p. 23-48, 1996. Disponível em: <<https://sci-hub.tw/https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/08870449608401975>> Acesso em 15 jul 2016.

GOMES, J. P. Estresse: quando a faculdade vira “máquina de moer gente”. **Jornal da USP**. Jul. 2017. Disponível em: <<https://jornal.usp.br/ciencias/estresse-quando-a-faculdade-vira-maquina-de-moer-gente/>> Acesso em: fev 2018.

GOMEZ, C. M.; VASCONCELLOS, L. C. F.; MACHADO, J. M. H. Saúde do trabalhador: aspectos históricos, avanços e desafios no Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 1963-1970, 2018. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/article/csc/2018.v23n6/1963-1970/en/>> Acesso em 11 janeiro 2018.

GOMEZ, V., KRINGS, F., BANGERTER, A.; GROB, A. The influence of personality and life events on subjective well-being from a life span perspective. **Journal of Research in Personality**, v. 43, n. 3, p. 345-354, 2009. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0092656608001724>> Acesso em: 17 jun 2016.

GONÇALVES, A. Em busca do diálogo do controle social sobre o estilo de vida. In: VILARTA, R. (Org.). **Qualidade de vida e políticas públicas**. Campinas: IPES, 2004. p.17-26.

GONÇALVES, A.; VILARTA. Qualidade de vida: identidades e indicadores. In: \_\_\_\_\_ **Qualidade de vida e atividade física: explorando teorias e práticas**. Barueri, SP, Manole, 2004.

GRADUATE ASSEMBLY, Graduate Student Happiness & Well-Being Report, Berkeley, University of California, 2014. Disponível em: <[ga.berkeley.edu/wellbeingreport](http://ga.berkeley.edu/wellbeingreport)> Acesso em: 01 Abr. 2016

GUIMARÃES, L.A.M; FREIRE, H.B.G. Sobre o Estresse ocupacional e suas repercussões na saúde. In: GUIMARÃES, L.A.M; GRUBITS, S. (Org) Série saúde mental e trabalho, v.2, São Paulo, Casa do Psicólogo, 2004.

HAYES, N.; JOSEPH, S. Big 5 correlates of three measures of subjective well-being. **Personality and Individual Differences**, v. 34, n. 4, p. 723-727, 2003. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0191886902000570>> Acesso em 17 set 2016.

HELENO, M.G.V; VIZZOTTO, M.M; BONFIM, T. E. Da cura à psicohigiene: a importância da compreensão da eficácia adaptativa em psicologia da saúde. In: SIQUEIRA, M.M.M; JESUS, S.N; OLIVEIRA, V.B (Org.) **Psicologia da Saúde: teoria e pesquisa**, São Bernardo do Campo, Editora Metodista, 2008.

HIRSHKOWITZ, M. et al. National Sleep Foundation's sleep time duration recommendations: methodology and results summary. **Sleep Health**, v. 1, n. 1, p. 40-43, 2015. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2352721815000157>> Acesso em 13 out 2018.

HORTALE, V. A.; MOREIRA, C. O. F.; BOCHNER, R.; LEAL, M. do C. Trajetória profissional de egressos de cursos de doutorado nas áreas da saúde e biociências. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n. 1, p. 1-9, 2014.

HUXLEY, A. **Admirável mundo novo**. 8. ed. Rio de Janeiro, Cia. Brasileira de Divulgação do Livro, 1972.

HYUN, J.K.; QUINN, B.C.; MADON, T.; LUSTIG, S. Graduate student mental health: needs assessment and utilization of counseling services. **Journal of College Student Development**, v.47, n.3, p.247-266, 2006. Disponível em: <<https://muse.jhu.edu/>> Acesso em: 19 mai. 2016.

IBGE, Censo demográfico 2010. **Sistema IBGE de Recuperação Automática**, Brasília, 2010. Disponível em: <<https://sidra.ibge.gov.br/Tabela/137>> Acesso em 05 de agosto de 2018.

IBGE, **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua PNAD**, Brasília, 2017. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/estatisticas-novoportal/sociais/rendimento-despesa-e-consumo/17270-pnad-continua.html?=&t=o-que-e>>. Acesso em 5 de agosto de 2018.

IBGE, **Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira**. Brasília, 2016. Disponível em: <<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv98965.pdf>> Acesso em 5 de agosto de 2018.

IGUE, E. A.; BARIANI, I. C. D.; MILANESI, P. V. B. Vivência acadêmica e expectativas de universitários ingressantes e concluintes. **PsicoUSF**, v. 13, n. 2, p. 155-164, 2008. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-82712008000200003](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-82712008000200003)> Acesso em: 1 mai 2016.

IGUE, E. A.; BARIANI, I. C. D.; MILANESI, P. V. B. Vivência acadêmica e expectativas de universitários ingressantes e concluintes. **PsicoUSF**, v. 13, n. 2, p. 155-164, 2008. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-82712008000200003](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-82712008000200003)> Acesso em: 1 mai 2016.

INFANTE, F. A resiliência como processo: uma revisão da literatura recente. **Resiliência: descobrindo as próprias fortalezas**, p. 23-38, 2005.

JESUS, S.N.; REZENDE, M. Saúde e bem-estar. In: CRUZ, J.P; JESUS, S.N; NUNES, C. (Org.) **Bem-estar e qualidade de vida: Contributos da Psicologia da Saúde**. Lisboa, Textiverso, 2009.

JUNTA, C. **Quando a relação professor/estudante se torna abusiva na pós-graduação?** Associação Nacional de Pós-graduandos (ANPG). Abr. 2017. Disponível em: <<http://www.anpg.org.br/quando-a-relacao-professorestudante-se-torna-abusiva-na-pos-graduacao/>> Acesso em set. 2017.

KERNAN, W.; BOGART, J.; WHEAT, M. E. Health-related barriers to learning among graduate students. **Health Education**, v. 111, n. 5, p. 425-445, 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1108/09654281111161248>> Acesso em: 26 mar 2016.

KERNAN, W.; BOGART, J.; WHEAT, M. E. Health-related barriers to learning among graduate students. **Health Education**, v. 111, n. 5, p. 425-445, 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1108/09654281111161248>> Acesso em: 26 mar 2016.

KHAN, A.; HUSAIN, A. Social support as a moderator of positive psychological strengths and subjective well-being. **Psychological reports**, v. 106, n. 2, p. 534-538, 2010. Disponível em: <<http://prx.sagepub.com/content/106/2/534.short>> Acesso em: 30 out 2016.

KIRANA, P. S.; ROSEN, R.; HATZICHRISTOU, D. Subjective well-being as a determinant of individuals responses to symptoms: a biopsychosocial perspective. **International journal of clinical practice**, v. 63, n. 10, p. 1435-1445, 2009. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1742-1241.2009.02183.x/full>>. Acesso em: 11 jun 2016.

KLEBIS, D. **Contingenciamento reduz em 10% o orçamento para o MCTIC em 2018**. Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência SBPC. Fev. 2018. Disponível em: <<http://portal.sbpcnet.org.br/noticias/contingenciamento-reduz-em-10-o-orcamento-para-o-mctic-em-2018/>> Acesso em 11 fev. 2018.

Knobel, M. **Psicoterapia breve**. 2. ed. Sao Paulo, Epu, 1989.

KUTEK, S. M.; TURNBULL, D.; FAIRWEATHER-SCHMIDT, A. K. Rural men's subjective well-being and the role of social support and sense of community: Evidence for the potential benefit of enhancing informal networks. **Australian Journal of Rural Health**, v. 19, n. 1, p. 20-26, 2011. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1440-1584.2010.01172.x/full>> Acesso em: 11 jun 2016.



LALONDE, M. **A new perspective on the health of Canadians**. A working document. Ottawa, Government of Canada, 1974. Disponível em: < <http://www.phac-aspc.gc.ca/>> Acesso em: 21 abr. 2016.

LAZARUS, R. S. Coping theory and research: Past, present, and future. **Fifty years of the research and theory of RS Lazarus: An analysis of historical and perennial issues**, p. 366-388, 1993.

Lazarus, R. S.. Folkman, S. **Stress, appraisal, and coping**. New York, Springer Pub. Co., c1984.

LEITER, M. P.; SCHAUFELI, W. B. Consistency of the burnout construct across occupations. **Anxiety, stress, and coping**, v. 9, n. 3, p. 229-243, 1996. Disponível em: <<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/10615809608249404>> Acesso em 1 abril 2017.

LEPORE, S. J.; EVANS, G. W. Coping with multiple stressors in the environment. In: ZEIDNER, M.; ENDLER, N. S. (ed) **Handbook of coping – Theory, Research, Applications**. New York, John Wiley & Sons, 1996. P.350-380.

LEVECQUE, K.; ANSEEL, F.; BEUCKELAER, A.; VAN DER HEYDEN, J.; GISLE, L. Work organization and mental health problems in PhD students. **Research Policy**, v. 46, n. 4, p. 868-879, 2017. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0048733317300422>> Acesso em 1 julho 2018.

LEVER, J. P.; PIÑOL, N. L.; URALDE, J. H. Poverty, psychological resources and subjective well-being. **Social Indicators Research**, v. 73, n. 3, p. 375-408, 2005. Disponível em: < <http://link.springer.com/article/10.1007/s11205-004-1072-7>> Acesso em 12 dez. 2016.

LEWER, L. Ganhadores de Nobel pedem que Temer interrompa cortes na ciência. **Folha de São Paulo**, São Paulo, set. 2017. Disponível em: < <https://www1.folha.uol.com.br/ciencia/2017/09/1923338-ganhadores-de-nobel-pedem-que-temer-interrompa-cortes-na-ciencia.shtml>> Acesso em 11 fev. 2018.

Lipp, M. E. N. & Malagris, L. E. N. (2004). O estresse no Brasil de hoje. In: M. E. N. Lipp (org.). **O estresse no Brasil: pesquisas avançadas**. (p. 215-222). Campinas: Papirus.

LIPP, M. E. N.; MALAGRIS, L. E. N.; NOVAIS, L. E. **Stress ao longo da vida**. São Paulo, Ícone, 2007.

Lipp, M. E. N. (org). **Mecanismos neuropsicofisiológicos do stress : teoria a aplicações clínicas**. São Paulo, Casa do Psicólogo, 2003.

\_\_\_\_\_. **Manual do inventário de sintomas de stress para adultos de Lipp (ISSL)**. 2. ed. São Paulo, Casa do Psicólogo, 2002

LOPES, L. USP quer preparar pós-graduandos para docência. **Jornal da USP**. Jun. 2017. Disponível em: <<https://jornal.usp.br/universidade/comunidade-usp/usp-quer-preparar-pos-graduandos-para-a-docencia/>> Acesso em: 1 Jul. 2017.

LOUZADA, R. C. R. ; SILVA FILHO, J. F. Formação do pesquisador e sofrimento mental: um estudo de caso. **Psicologia em Estudo**, v. 10, n. 3, p. 451-461, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v10n3/v10n3a12>> Acesso em 8 jan 2016.

LOVIBOND, P. F.; LOVIBOND, S. H. The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. **Behaviour research and therapy**, v. 33, n. 3, p. 335-343, 1995. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/000579679400075U>> Acesso em 5 março 2016.

MACHADO, L. 'Faço doutorado e vivo de doação': atraso em bolsas faz cientistas passarem necessidade em MG. BBC Brasil, São Paulo, Mar, 2018. Disponível em: <<https://www.bbc.com/portuguese/brasil-43408852>> Acesso em 19 mar. 2018.

MAIA, D. Falta de bolsas faz mestrado atingir 70% da evasão. **Folha de São Paulo**. 2014. Disponível em: <[folha.uol.br](http://folha.uol.br)> Acesso em: 15 Abr. 2016.

MAIR, C. A.; THIVIERGE-RIKARD, R. V. The strength of strong ties for older rural adults: Regional distinctions in the relationship between social interaction and subjective well-being. **The International Journal of Aging and Human Development**, v. 70, n. 2, p. 119-143, 2010. Disponível em: <<http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.2190/AG.70.2.b>>. Acesso em: 23 jun 2016.

MALAGRIS, L. E. N.; SUASSUNA, A. T. R.; BEZERRA, D. V.; HIRATA, H. P.; MONTEIRO, J. L. F.; SILVA, L. R., LOPES, M. C. M.; SANTOS, T. S. Níveis de estresse e características sociobiográficas de alunos de pós-graduação. **Psicologia em Revista**, v. 15, n. 2, p. 184-203, 2009. Disponível em: <<http://200.229.32.55/index.php/psicologiaemrevista/article/view/P.1678-9563.2009v15n2p184>> Acesso em 14 dez 2017.

MARTIN, A. J.; MARSH, H. W. Academic resilience and its psychological and educational correlates: A construct validity approach. **Psychology in the Schools**, v. 43, n. 3, p. 267-281, 2006. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/pits.20149>> Acesso em 2 out 2017.

MASLACH, C; LEITER, M. P. Burnout In: FINK, G. **Encyclopedia of stress**. 2nd ed. San Diego, Academic Press, 2007.

MASLOW, A. H. **Motivation and personality**. 2d ed. New York, Harper & Row, 1970.

MCALPINE, L. Identity-trajectories: Doctoral journeys from past to present to future. **Australian Universities' Review, The**, v. 54, n. 1, p. 38, 2012. Disponível em: <<https://search.informit.com.au/documentSummary;dn=424355529639257;res=IELAPA>> Acesso em: 11 dez 2016.

MCEWEN, B. S. Allostasis and allostatic load: implications for neuropsychopharmacology. **Neuropsychopharmacology**, v. 22, n. 2, p. 108-124, 2000. Disponível em:<<http://www.nature.com/npp/journal/v22/n2/pdf/1395453a.pdf>> Acesso em: 20 jul 2016.

\_\_\_\_\_. Mood disorders and allostatic load. **Biological psychiatry**, v. 54, n. 3, p. 200-207, 2003. Disponível em:

<<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S000632230300177X>> Acesso em: 20 jul 2016.

MCEWEN, B.S. Homeostasis. In: FINK, G. (edt). **Encyclopedia of stress**. 2nd ed. San Diego, Academic Press, c2007.

MCEWEN, B. S.; WINGFIELD, J. C. What's in a name? Integrating homeostasis, allostasis and stress. **Hormones and behavior**, v. 57, n. 2, p. 105, 2010. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2815096/>> Acesso em 20 jul 2016.

\_\_\_\_\_. Allostasis and allostatic load. In: FINK, G. (edt). **Encyclopedia of stress**. 2nd ed. San Diego, Academic Press, c2007.

MEDEIROS, A. L. D., MENDES, D. B., LIMA, P. F., ARAUJO, J. F. The relationships between sleep-wake cycle and academic performance in medical students. **Biological Rhythm Research**, v. 32, n. 2, p. 263-270, 2001. Disponível em: <<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1076/brhm.32.2.263.1359>> Acesso em 3 julho 2018.

MERLIN, M. S.; BAPTISTA, A. S. D.; BAPTISTA, M. N. Depressão e suicídio na terceira idade. In: **Suicídio e depressão: Atualizações**, p. 195-216, 2004.

MINKOV, M. Predictors of differences in subjective well-being across 97 nations. **Cross-Cultural Research**, v. 43, n. 2, p. 152-179, 2009. Disponível em: <<http://ccr.sagepub.com/content/43/2/152.short>> Acesso em: 1 dez 2016.

MORAES, F. T. Estudantes de mestrado e doutorado relatam suas dores na pós-graduação. **Folha de São Paulo**, Dez. 2017b. Disponível em: <<https://www1.folha.uol.com.br/ciencia/2017/12/1943862-estudantes-de-mestrado-e-doutorado-relatam-suas-dores-na-pos-graduacao.shtml>> Acesso em: 8 Mar. 2018.

\_\_\_\_\_. Suicídio de doutorando da USP levanta questões sobre saúde mental da pós. **Folha de São Paulo**, Folhapress. Out. 2017. Disponível em: <<https://m.folha.uol.com.br/ciencia/2017/10/1930625-suicidio-de-doutorando-da-usp-levanta-questoes-sobre-saude-mental-na-pos.shtml>> Acesso em: Jan. 2017.

\_\_\_\_\_. Universidades não têm diagnóstico da saúde mental de seus alunos de pós. **Folha de São Paulo**. Dez. 2017c. Disponível em: <<https://www1.folha.uol.com.br/ciencia/2017/12/1944690-universidades-nao-tem-diagnostico-da-saude-mental-dos-alunos-de-pos.shtml?loggedpaywall>> Acesso em: 4 mar. 2018.

MOTOYAMA, S. **USP 70 anos: imagens de uma história vivida**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2006.

NOGUEIRA-MARTINS, L. A., FAGNANI NETO, R., MACEDO, P. C. M., CITERO, V. D. A., MARI, J. D. J. The mental health of graduate students at the Federal University of São Paulo: a preliminary report. **Brazilian Journal of Medical and Biological Research**, v. 37, n. 10, p. 1519-1524, 2004. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-879X2004001000011&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-879X2004001000011&script=sci_arttext)> Acesso em 12 janeiro 2018.

NYQUIST, J. D.; WOODFORD, B. J. **Re-envisioning the Ph. D.: What Concerns to We Have?** Seattle: University of Washington, 2000. Disponível em: <

<https://depts.washington.edu/envision/resources/ConcernsBrief.pdf>> Acesso em: 10 dez 2016.

OLIVEIRA, C. **Universidades federais fecham laboratórios e cursos após corte de verbas**. Pragmatismo Político, Ago. 2017. Disponível em: <<https://www.pragmatismopolitico.com.br/2017/08/universidades-federais-fecham-laboratorios-cursos.html>> Acesso em 11 fev. 2018.

OLIVEIRA, J. A. C.; OLIVEIRA, N.L.C. Qualidade de vida: evolução do conceito. In: SOUZA, J. C. (org). **Qualidade de vida e saúde**. São Paulo, Vetor, 2011. P.11-18.

OMS (Organização Mundial da Saúde)/ OPAS (Organização Pan-Americana de Saúde). **Relatório sobre a saúde no mundo 2001**. Saúde mental: nova concepção, nova esperança. Genebra. 2001. Disponível em: <who.int> Acesso em 03 maio 2016.

OSTENFELD, E. Aristotle on the good life and quality of life. In: NORDENFELT, L. (org), **Concepts and measurement of quality of life in health care**. Dordrecht; Boston: Kluwer Academic Publishers, 1994.

PAIS-RIBEIRO, J. L. A importância da qualidade de vida para a psicologia da saúde. In: CRUZ, J.P; JESUS, S.N; NUNES, C. (Org.) **Bem-estar e qualidade de vida** Contributos da Psicologia da Saúde. Lisboa, Textiverso, 2009.

\_\_\_\_\_. A Psicologia da Saúde In: ALVES, R.F. (Org.) **Psicologia da saúde: teoria, intervenção e pesquisa**, Campina Grande, Eduepb, 2011.p.23-63.

PASCARELLA, E. T.; TERENCEZINI, P. T. **How college affects students**. San Francisco: Jossey-Bass, 1991.

PEREIRA, M.; LOBO, C. **Pra onde que eu tava indo**. Música, Tratore musical, 2014.

PFEIFER, T. A.; KRANZ, P. L.; SCOGGIN, A. E. Perceived stress in occupational therapy students. **Occupational Therapy International**, v. 15, n. 4, p. 221-231, 2008. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/oti.256>> Acesso em 21 setembro 2017.

PICHON-RIVIÈRE, E. **O processo grupal**. Coleção textos de psicologia. 8.ed. São Paulo, Martins Fontes, 2009.

PINHEIRO-MACHADO, R. Precisamos falar sobre a vaidade na vida acadêmica. **Carta Capital**. Fev. 2016. Disponível em: <<https://www.cartacapital.com.br/sociedade/precisamos-falar-sobre-a-vaidade-na-vida-academica>> Acesso em: 14 mar. 2018.

Polydoro, S. A., Primi, R., Serpa, M. D. N. D. F., Zaroni, M. M. H., Pombal, K. C. P. Desenvolvimento de uma escala de integração ao ensino superior. **PsicoUSF**, v. 6, n. 1, p. 11-17, 2001.

POWER, M. Qualidade de vida: visão geral do Projeto WHOQOL. In: FLECK, M. P. A. **A avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais da saúde**. Porto Alegre, São Paulo, Artmed, 2008.

RAHE, R. H. Coping and stress: A lens and a filter model. In: FINK, G. (edt). **Encyclopedia of stress**. 2nd ed. San Diego, Academic Press, 2007.

REDAÇÃO. Escritório de saúde mental da USP atende alunos em sofrimento. **Jornal da USP**. Ago. 2018. Disponível em: <<https://jornal.usp.br/atualidades/escritorio-de-saude-mental-da-usp-atende-alunos-em-sofrimento/>> Acesso em: 22 ago. 2018.

REDE NOSSA SÃO PAULO, IBOPE. **Pesquisa viver em São Paulo diversidade**. São Paulo, 2018. Disponível em: <[https://www.nossasaopaulo.org.br/portal/arquivos/viver\\_em\\_sp\\_diversidade\\_apresentacao.pdf](https://www.nossasaopaulo.org.br/portal/arquivos/viver_em_sp_diversidade_apresentacao.pdf)> Acesso em 5 de agosto de 2018.

ROAZZI, A., MASCARENHAS, S. A. D. N., GUTIERREZ, D. M. D., RIBEIRO, J. L. P., MÔNICA, G. Avaliação das escalas de ansiedade, depressão e estresse (EADS): um estudo com universitários do Amazonas. In: **Saúde, sexualidade e gênero: actas do 8º congresso nacional de psicologia da saúde**. 2010.

ROMERO L. M. , DICKENS M. J. , CYR N. E. The reactive scope model – a new model integrating homeostasis, allostasis and stress. **Hormones and Behavior**, Elsevier, 2009. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0018506X08003383>> Acesso em 3 maio 2017.

RUSSO, R., BONFÁ, M.; VILLA-LOBOS, D **1965 (Duas Tribos)**. Música. Som livre. 1994.

SÁ JUNIOR, L.S.M. Desconstruindo a definição de saúde, **Jornal do Conselho Federal de Medicina (CFM)**, jul/ago/set de 2004, p. 15-16. Disponível em: <http://www.portalmédico.org.br/index.asp?opcao=bibliotecaJornalJulAgoSet2004#> Acesso 27 jun 2016.

SANTOS, A. F.; ALVES JÚNIOR, A. Estresse e estratégias de enfrentamento em mestrandos de ciências da saúde. **Psicologia: Reflexão e crítica**, v. 20, n. 1, p. 104-113, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/prc/v20n1/a14v20n1.pdf>> Acesso em: 2 dez 2016.

SANTOS, A. S.; PERRONE, C. M.; DIAS, A. C. G.. Adaptação à pós-graduação stricto sensu: uma revisão sistemática de literatura. **Psico USF**, v. 20, n. 1, p. 141-152, 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1413-82712015200113>> Acesso em: 21 abr 2016.

SAPOLSKY, R. M. **Why zebras don't get ulcers**. 3rd ed. New York, Owl Book/Henry Holt and Co., 2004.

SAVOIA, N. G. A ansiedade. In: LIPP, M. E. N. (org). **Sentimentos que causam stress: como lidar com eles**. 2. ed. Campinas, Papirus, 2009.

SAYURI, J. **Com crise e cortes na ciência, jovens doutores encaram o desemprego: 'Título não paga aluguel'**. BBC Brasil, São Paulo, jul. 2018b. Disponível em: <<https://www.bbc.com/portuguese/brasil-44696697>> Acesso em 19 jul. 2018.

\_\_\_\_\_ Depois de pós-doutorado na Inglaterra, biólogo vira figurante e tenta bico de modelo nu para se sustentar no Brasil. BBC Brasil, São Paulo. Jul. 2018a. Disponível em: <<https://www.bbc.com/portuguese/brasil-44696698>> Acesso em 19 jul. 2018.

SCHAUFELI, W. B., MARTINEZ, I. M., PINTO, A. M., SALANOVA, M., BAKKER, A. B.. Burnout and engagement in university students: A cross-national study. **Journal of cross-cultural psychology**, v. 33, n. 5, p. 464-481, 2002. Disponível em: <<http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0022022102033005003>> Acesso em 23 abr 2017.

SCHMIDT, M. L. S. (Org). SEKKEL, M. C. (Org). SOUZA, M. P. R. (Org). BARBOSA, D. R. (Org). SANTOS, A. A. L. (Org). **Programa de pós-graduação em psicologia escolar e do desenvolvimento humano: 40 anos.** São Paulo, Instituto de Psicologia, 2010.

SCHWARTZ-METTE, R. A. Challenges in addressing graduate student impairment in academic professional psychology programs. **Ethics & Behavior**, v. 19, n. 2, p. 91-102, 2009. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1080/10508420902768973>> Acesso em: 1 dez 2016.

SEIDL, E. M. F.; ZANNON, C. M. L. C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cad. Saúde Pública**. v.20, n.2, p.580-588, 2004. Disponível em: <[http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0102-311X2004000200027&script=sci\\_abstract&lng=en](http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0102-311X2004000200027&script=sci_abstract&lng=en)> Acesso em: 1 ago 2016.

SELYE, H. **The stress of life.** New York, McGraw-Hill, 1956.

SERSON, B. **Transtornos de ansiedade, estresse e depressões: conhecer e tratar.** São Paulo, MG Editores, 2016.

SERVIÇO DE INFORMAÇÃO AO CIDADÃO SIC USP. **Alunos desligados.** [Mensagem pessoal eletrônica]. Solicitação feita à: <[https://transparencia.usp.br/?page\\_id=11](https://transparencia.usp.br/?page_id=11)> recebido por <[felipe.marangoni@usp.br](mailto:felipe.marangoni@usp.br)> em 5 mai. 2018.

SILVA, E. K.; HELENO, M. G. V. Qualidade de vida e bem-estar subjetivo de estudantes universitários. **Revista Psicologia e Saúde**, v. 4, n. 1, 2012. Disponível em: <[www.gpec.ucdb.br/pssa/index.php/pssa/article/download/126/228](http://www.gpec.ucdb.br/pssa/index.php/pssa/article/download/126/228)> Acesso em 15 set. 2018.

SILVA, T. C.; BARDAGI, M. P. O aluno de pós-graduação stricto sensu no Brasil: revisão da literatura dos últimos 20 anos. **Revista Brasileira de Pós-Graduação**, v. 12, n. 29, 2016. Disponível em: <<http://ojs.rbpg.capes.gov.br/index.php/rbpg/article/view/853>> Acesso em: 30 nov 2016.

SILVA, T. E.; LAGE, R. F. Pressa e excesso de responsabilidade. In: LIPP, M. E. N. (org). **Sentimentos que causam stress: como lidar com eles.** 2. ed. Campinas, Papirus, 2009.

SILVIA, P. J. **How to write a lot: a practical guide to productive academic writing.** Washington, APA, 2014.

SIMÕES, A., FERREIRA, J. A. G. A., LIMA, M., PINHEIRO, M. R. M. M., VIEIRA, C., MATOS, A., OLIVEIRA, A. O bem-estar subjetivo: Estado actual dos conhecimentos. **Psicologia, Educação e Cultura**, v. 4, n. 2, p. 243-279, 2000.

SIMÕES, R. (Qual)idade de vida na (qual)idade de vida. In: Moreira, Wagner Wey. **Qualidade de vida: complexidade e educação.** Campinas, Papirus, 2001.

SIMON, R. **Psicologia clínica preventiva: novos fundamentos.** 2. ed. São Paulo, E.P.U, 2010

\_\_\_\_\_. **Psicoterapia breve operacionalizada: teoria e técnica.** São Paulo, Casa do Psicólogo, 2005.

SOUZA, M. B. C.; SILVA, H. P. A.; GALVÃO-COELHO, N. L. Resposta ao estresse: I. Homeostase e teoria da alostase. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 20, n. 1, p. 2-11, 2015.

Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-294X2015000100002&script=sci\\_abstract&tlng=es](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-294X2015000100002&script=sci_abstract&tlng=es)> Acesso em: 30 março 2017.

SOUZA, A.; NASCIMENTO, A. O lado B de ser cientista no Brasil. **Diário de Pernambuco**, Mar. 2018. Disponível em: <[http://www.diariodepernambuco.com.br/app/noticia/vida-urbana/2018/02/18/interna\\_vidaurbana,741859/o-lado-b-de-ser-cientista-no-brasil.shtml](http://www.diariodepernambuco.com.br/app/noticia/vida-urbana/2018/02/18/interna_vidaurbana,741859/o-lado-b-de-ser-cientista-no-brasil.shtml)> Acesso em 20 mar. 2018.

SOUZA, C. B. Qualidade de Vida e Saúde. In: SIQUEIRA, M. M.M; JESUS, S.N; OLIVEIRA, V.B (Org.) **Psicologia da Saúde: teoria e pesquisa**, São Bernardo do Campo, Editora Metodista, 2008.

SPINK, P. K. Pesquisa de campo em psicologia social: uma perspectiva pós-construcionista. **Psicologia Social**, v.15, n.2, p.18-42, 2003.

STECKER, T. Well-being in an academic environment. **Medical education**, v. 38, n. 5, p. 465-478, 2004. Disponível em: <[onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1046/j.1365-2929.2004.01812.x](http://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1046/j.1365-2929.2004.01812.x)> Acesso em: 15 outubro 2018.

STEEL, P.; SCHMIDT, J.; SHULTZ, J. Refining the relationship between personality and subjective well-being. **Psychological bulletin**, v. 134, n. 1, p. 138, 2008. Disponível em: <<http://doi.apa.org/index.cfm?doi=10.1037/0033-2909.134.1.138>> Acesso em: 7 out 2016.

STERLING, P. Principles of allostasis: optimal design, predictive regulation, pathophysiology, and rational therapeutics. In: SCHULKIN, J. (org) **Allostasis, homesotasis and the costs of physiological adaptation**. Cambridge, Cambridge university press. p.17-64, 2004. Disponível em: [http://unhealthywork.org/wp-content/uploads/Session\\_2\\_Sterling\\_Article.pdf](http://unhealthywork.org/wp-content/uploads/Session_2_Sterling_Article.pdf)> Acesso em: 1 ago 2016.

STUBB, J.; PYHÄLTÖ, K.; LONKA, K.. Balancing between inspiration and exhaustion: PhD students' experienced socio-psychological well-being. **Studies in Continuing Education**, v. 33, n. 1, p. 33-50, 2011. Disponível em: <<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/0158037X.2010.515572>> Acesso em 13 de dezembro 2017.

TAMAYO, R. M. *Burnout* – Aspectos gerais e relação com o estresse no trabalho. In: TAMAYO, A. (ORG.) **Estresse e cultura organizacional**. São Paulo, Casa do psicólogo, 2008.

TANAKA, L.; KOVACS, M. J. – Suicídio de universitários alarma psicólogos – entrevista com Maria Júlia Kovacs. **Jornal da USP**. Jul. 2018. Disponível em: <[https://jornal.usp.br/atualidades/\\_trashed-8/](https://jornal.usp.br/atualidades/_trashed-8/)> Acesso em: 19 jul. 2018.

TEIXEIRA, M. A. P., DIAS, A. C. G., WOTTRICH, S. H., OLIVEIRA, A. M. Adaptação à universidade em jovens calouros. **Psicologia escolar e educacional**, v. 12, n. 1, p. 185-202, 2008. Disponível em:< [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1413-85572008000100013&script=sci\\_arttext&tlng=en](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1413-85572008000100013&script=sci_arttext&tlng=en)> Acesso em: 14 mai 2016.

TERENZINI, P. T.; PASCARELLA, E. T. Twenty years of research on college students: Lessons for future research. **Research in Higher Education**, v. 32, n. 1, p. 83-92, 1991. Disponível em: <[link.springer.com/article/10.1007/BF00992835](http://link.springer.com/article/10.1007/BF00992835)> Acesso em 3 agosto 2017.

THIENGO, C. **Universidades de classe mundial e o consenso pela excelência: tendências e manifestações globais e locais**. Tese (Doutorado em educação). Programa de pós-graduação em Educação, Universidade Federal de Santa Catarina, 2018.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. **Anuário estatístico USP**. São Paulo, 2017. Disponível em: <[https://uspdigital.usp.br/anuario/br/acervo/AnuarioUSP\\_2017.pdf](https://uspdigital.usp.br/anuario/br/acervo/AnuarioUSP_2017.pdf)> Acesso em: 12 fev. 2018.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. **USP mapas**. 2018. Disponível em: <[http://www.usp.br/mapas/cidade\\_universitaria.html](http://www.usp.br/mapas/cidade_universitaria.html)> Acesso em mar. 2018.

VASCONCELLOS, E. G. O modelo psiconeuroendocrinológico de stress. In SEGER, L. (org) **Psicologia e odontologia: uma abordagem integradora**. 4. ed. rev. São Paulo, Santos, 2002.

VASCONCELLOS, E.G. Stress, coping, burnout, resiliência: troncos da mesma raiz In: SILVA JUNIOR, N.; ZANGARI, W., org. **A Psicologia social e a questão do hífen**, São Paulo: Blucher, 2017.

VASCONCELLOS, E. G. O modelo psiconeuroendocrinológico de stress. 4. ed., amp. e rev. São Paulo, Santos, 2002. p. 135-159. In: Seger, L., et al (org) **Psicologia e odontologia: uma abordagem integradora**, São Paulo : Santos, 2002.

VERA, E., THAKRAL, C., GONZALES, R., MORGAN, M., CONNER, W., CASKEY, E., DICK, L. Subjective well-being in urban adolescents of color. **Cultural diversity and ethnic minority psychology**, v. 14, n. 3, p. 224, 2008. Disponível em: <<http://psycnet.apa.org/journals/cdp/14/3/224/>> Acesso em: 5 jul 2016.

VIEIRA, B. USP tem 4 suicídios em 2 meses e cria escritório de saúde mental para alunos. **Folha de São Paulo**. Ago. 2018. Disponível em: <<https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2018/08/usp-tem-4-suicidios-em-2-meses-e-cria-escritorio-de-saude-mental-para-alunos.shtml>> Acesso em set. 2018.

VIEIRA, C. **Depressão-doença: O grande mal do século XXI**. Petrópolis, Vozes, 2016.

VIEIRA, M. A.; ESTANISLAU, G.M.; BRESSAN, R. A.; BORDIN, I. A. Saúde mental na escola. In: ESTANISLAU, G.M.; BRESSAN, R. A. (Org.) **Saúde mental na escola: o que os educadores devem saber**, Porto Alegre, Artmed, 2014.

VOLTARELLI, J. C. Estresse e produtividade acadêmica. **Medicina (Ribeirão Preto. Online)**, v. 35, n. 4, p. 451-454, 2002. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rmrp/article/download/866/878>> Acesso em: 1 dez 2016.

WALKER, J. **O terrível custo sobre o qual ninguém fala de ter um doutorado**. Tradução de Marina Legroski. 2015. Disponível em: <<https://medium.com/@marinalegroski/o-terr%C3%ADvel-custo-de-ter-um-doutorado-sobre-o-qual-ningu%C3%A9m-fala-751b823c93ca#.yjs012682>>. Acesso em 6 de dezembro de 2015.

WHO (World Health Organization). **Depression fact sheets**. Media Centre. Abr, 2016. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/>> Acesso em: 03 jan 2017.



\_\_\_\_\_. **Health promotion evaluation: recommendations to policymakers.** Copenhagen: European, Working Group on Health Promotion Evaluation, 1998. Disponível em: <<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/108116/1/E60706.pdf>> Acesso em: 21 set 2016.

\_\_\_\_\_. **The Ottawa charter for health promotion.** World Health Organization. Ottawa. Nov. 1986. Disponível em <<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>>. Acesso em: 19 nov 2016.

\_\_\_\_\_. **World Health Report 2001 - Mental Health.** Copenhagen. Regional Committee For The Eastern Mediterranean, 2001. Disponível em: <[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/121922/1/em\\_rc48\\_inf\\_doc\\_1\\_en.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/121922/1/em_rc48_inf_doc_1_en.pdf)> Acesso em: 22 jun 2016.

\_\_\_\_\_. Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, **Official Records of the World Health Organization**, 1948. Disponível em <who.int>. Acesso em: 17 mar. 2016.

WHOQOL GROUP. World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from World Health Organization. **Social Science and Medicine**, Great Britain, v.41, n.10, 1995. Disponível em: <[http://www.who.int/mental\\_health/publications/whoqol/en/](http://www.who.int/mental_health/publications/whoqol/en/)> Acesso em: 22 mai 2016.

\_\_\_\_\_. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. **Social Science and Medicine**, v.46, p. 1569-1585, 1998. Disponível em: <[http://www.who.int/mental\\_health/publications/whoqol/en](http://www.who.int/mental_health/publications/whoqol/en)> Acesso em 22 mai 2016.

WOOD-DAUPHINEE, S. Assessing quality of life in clinical research: from where have we come and where are we going?. **Journal of clinical epidemiology**, v. 52, n. 4, p. 355-363, 1999. Disponível em: <<https://sci-hub.tw/https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0895435698001796>> Acesso em 15 out 2016.

WOYCIEKOSKI, C.; NATIVIDADE, J. C.; HUTZ, C. S. As contribuições da personalidade e dos eventos de vida para o bem-estar subjetivo. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 30, n. 4, p. 401-409, 2015. Disponível em: <<https://revistapt.unb.br/index.php/ptp/article/view/1362/707>> Acesso em: 14 jun 2016.

## APÊNDICE

Apêndice A - Distribuição em termos de frequência absoluta e porcentagem válida quanto a composição da amostra por faixa etária. -

Faixa etária	Frequência (f)	Porcentagem válida (%)
22 a 26 anos	61	30,7
27 a 30 anos	52	26,1
31 a 33 anos	40	20,1
34 a 59 anos	46	23,1
Total válido	199	100,0
Não responderam	1	
Total	200	

Tabela elaborada pelo autor. Fonte: dados da pesquisa

Apêndice B - Distribuição em termos de frequência absoluta e porcentagem válida quanto à composição da amostra por gênero.

Gênero	Frequência (f)	Porcentagem válida (%)
Feminino	89	44,5
Masculino	111	55,5
Total	200	100

Tabela elaborada pelo autor. Fonte: dados da pesquisa

Apêndice C - Distribuição em termos de frequência absoluta e porcentagem válida quanto à composição da amostra por nível cursado.

Nível cursado	Frequência (f)	Porcentagem válida (%)
Mestrado	100	55,9
Doutorado	79	44,1
Total válido	179	100,0
Não responderam	21	
Total	200	

---

Tabela elaborada pelo autor. Fonte: dados da pesquisa.

Apêndice D - Distribuição em termos de frequência absoluta e porcentagem válida quanto à composição da amostra por área da ciência conforme classificação USP.

Área	Frequência (f)	Porcentagem válida (%)
Biológicas e da Saúde	9	4,5
Exatas e da Terra	65	32,5
Humanas	126	63,0
Total	200	100,0

---

Tabela elaborada pelo autor. Fonte: dados da pesquisa.

Apêndice E - Distribuição em termos de frequência absoluta e porcentagem válida quanto à composição da amostra por ano cursado.

Ano cursado	Frequência (f)	Porcentagem válida (%)
1º	123	66,8
2º	36	19,6
3º	9	4,9
4º	10	5,4
5º	6	3,3
Total válido	184	100,0
Não responderam	16	
Total	200	

---

Tabela elaborada pelo autor. Fonte: dados da pesquisa.

Apêndice F - Distribuição em termos de frequência absoluta e porcentagem válida quanto à composição da amostra por nacionalidade.

Nacionalidade	Frequência (f)	Porcentagem válida (%)
Brasileiro	171	85,5
Estrangeiro	29	14,5
Total	200	100,0

Tabela elaborada pelo autor. Fonte: dados da pesquisa.

Apêndice G - Distribuição em termos de frequência absoluta e porcentagem válida quanto à composição da amostra por estado civil.

Estado civil	Frequência (f)	Porcentagem válida (%)
Casado ou união estável	35	18,1
Divorciado	5	2,6
Solteiro	153	79,3
Total válido	193	100,0
Não responderam	7	
Total	200	

Tabela elaborada pelo autor. Fonte: dados da pesquisa.

Apêndice H - Distribuição em termos de frequência absoluta e porcentagem válida quanto à composição da amostra por orientação sexual.

Orientação sexual	Frequência (f)	Porcentagem válida (%)
Bissexual	5	2,7
Heterossexual	165	89,2
Homossexual	15	8,1
Total válido	185	100,0
Não responderam	15	
Total	200	

Tabela elaborada pelo autor. Fonte: dados da pesquisa.

Apêndice I - Distribuição em termos de frequência absoluta e porcentagem válida quanto à composição da amostra se identificar como religiosos ou com alguma expressão de espiritualidade ou não religiosos/sem expressão de espiritualidade.

	Frequência (f)	Porcentagem válida (%)
Religioso ou com espiritualidade	94	58,0
Não religioso ou com espiritualidade	68	42,0
Total	162	100,0
Não responderam	38	
	200	

Tabela elaborada pelo autor. Fonte: dados da pesquisa.

Apêndice J - Distribuição em termos de frequência absoluta e porcentagem válida quanto à composição da amostra por origem da renda.

Origem da renda	Frequência (f)	Porcentagem válida (%)
Bolsa	81	40,5
Trabalho	63	31,5
Trabalho e bolsa	27	13,5
Não especificado	28	14,0
Bolsa e outra não especificada	1	0,5
Total	200	100,0

Tabela elaborada pelo autor. Fonte: dados da pesquisa.

Apêndice K - Distribuição em termos de frequência absoluta e porcentagem válida quanto à composição da amostra por faixa de renda.

Faixa de renda	Frequência (f)	Porcentagem válida (%)
Abaixo de 1 salário mínimo	21	11,2
De 1 a 3 salários mínimos	111	59,4
De 3 a 6 salários mínimos	20	10,7
De 6 a 9 salários mínimos	31	16,6
Mais que 9 salários mínimos	4	2,1
Total válido	187	100,0
Não responderam	13	
Total	200	

Tabela elaborada pelo autor. Fonte: dados da pesquisa.

Apêndice L - Estatísticas descritivas do valor da renda mensal. Variação, média e desvio padrão.

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Renda mensal	187	R\$100,00	R\$10.000,00	R\$2.558,77	1821,08

Tabela elaborada pelo autor. Fonte: dados da pesquisa.

Apêndice M - Distribuição em termos de frequência absoluta e porcentagem válida quanto à composição da amostra por agência financiadora.

Agência financiadora	Frequência (f)	Porcentagem válida (%)
Caixa	1	0,9
CAPES	56	51,4
CNPq	24	22,0
FAPESP	12	11,0
FDTE	7	6,4
FEUSP	1	0,9
FIPE	3	2,8
PAE	1	0,9
Não declarado	4	3,7
Total válido	109	100,0
Não possuem bolsa	91	
Total	200	

Tabela elaborada pelo autor. Fonte: dados da pesquisa.

Apêndice N - Distribuição em termos de frequência absoluta e porcentagem válida quanto à composição da amostra por trabalho.

Trabalha	Frequência (f)	Porcentagem válida (%)
Não	106	54,1
Sim	90	45,9
Total válido	196	100,0
Não responderam	4	
Total	200	

Tabela elaborada pelo autor. Fonte: dados da pesquisa.

Apêndice O - Estatísticas descritivas de horas trabalhadas semanalmente. Variação, média e desvio padrão

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Horas trabalhadas semanalmente	82	2 horas	60 horas	25,92 horas	14,60

Tabela elaborada pelo autor. Fonte: dados da pesquisa.

Apêndice P - Distribuição em termos de frequência absoluta e porcentagem válida quanto à composição da amostra no que se refere ao número de horas trabalhadas.

Horas trabalhadas	Frequência (f)	Porcentagem válida (%)
2 a 11 horas	21	25,6
12 a 30 horas	31	37,8
31 a 40 horas	23	28,0
41 a 60 horas	7	8,5
Total válido	82	100,0
Não responderam	8	
Total	90	

Tabela elaborada pelo autor. Fonte: dados da pesquisa.

Apêndice Q - Distribuição em termos de frequência absoluta e porcentagem válida quanto à composição da amostra por ter mudado de residência ao estudar na USP

Mudou de residência ao estudar na USP	Frequência (f)	Porcentagem válida (%)
Não	85	43,1
Sim	112	56,9
Total válido	197	100,0
Não responderam	3	
Total	200	100,0

Tabela elaborada pelo autor. Fonte: dados da pesquisa.



Apêndice R - Distribuição em termos de frequência absoluta e porcentagem válida quanto à composição da amostra por região de residência antes de começar a estudar na USP.

Região de residência antes de estudar na USP	Frequência (f)	Porcentagem válida (%)
Centro-Oeste	9	4,6
Fora do país	26	13,3
Nordeste	15	7,7
Norte	7	3,6
Sudeste	127	64,8
Sul	12	6,1
Total válido	196	100,0
Não responderam	4	
Total	200	

Tabela elaborada pelo autor. Fonte: dados da pesquisa.

Apêndice S - Distribuição em termos de frequência absoluta e porcentagem válida quanto a composição da amostra por com quem vive atualmente.

Com quem vive atualmente	Frequência (f)	Porcentagem válida (%)
Com familiares	53	32,3
Com colegas	77	47,0
Com namorado(a) ou companheiro(a)	11	6,7
Sozinho	23	14,0
Total válido	164	100,0
Não responderam	36	
Total	200	

Tabela elaborada pelo autor. Fonte: dados da pesquisa.

Apêndice T - Distribuição em termos de frequência absoluta e porcentagem válida quanto a composição da amostra por qual tipo de moradia reside.

Qual tipo de moradia reside	Frequência (f)	Porcentagem válida (%)
CRUSP	46	24,1
Casa da família	3	1,6
Casa própria	52	27,2
Casa Alugada	61	31,9
República, pensão ou alojamento	21	11,0
Outras	8	4,2
Total válido	191	100,0
Não responderam	9	
Total	200	

Tabela elaborada pelo autor. Fonte: dados da pesquisa.

Apêndice U - Estatísticas descritivas de tempo total de mudança em meses. Variação, média e desvio padrão.

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Tempo total de mudança em meses	72	2 meses	156 meses	40,47 meses	37,48

Tabela elaborada pelo autor. Fonte: dados da pesquisa.

Apêndice V - Estatísticas descritivas de tempo total de tempo de deslocamento até a USP em minutos. Variação, média e desvio padrão.

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Tempo total de deslocamento até USP	184	0 minutos	240 minutos	39,11 minutos	43,84

Tabela elaborada pelo autor. Fonte: dados da pesquisa.

Apêndice W - Distribuição em termos de frequência absoluta e porcentagem válida quanto a composição da amostra por como considera o suporte universitário.

Como considera o suporte universitário	Frequência (f)	Porcentagem válida (%)
Péssimo	1	,5
Ruim	4	2,0
Médio	48	24,2
Bom	114	57,6
Ótimo	31	15,7
Total válido	198	100,0
Não responderam	2	
Total	200	

Tabela elaborada pelo autor. Fonte: dados da pesquisa.

Apêndice X - Distribuição em termos de frequência absoluta e porcentagem válida quanto a composição da amostra por como considera sua relação com o orientador

Como considera sua relação com o orientador(a)	Frequência (f)	Porcentagem válida (%)
Péssima	1	0,5
Ruim	2	1,0
Média	27	13,6
Boa	82	41,2
Ótima	87	43,7
Total válido	199	100,0
Não responderam	1	
Total	200	

Tabela elaborada pelo autor. Fonte: dados da pesquisa.

Apêndice Y - Estatísticas descritivas de quantas horas de estudo dedica por dia. Variação, média e desvio padrão.

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Quantas horas de estudo dedica por dia	196	0 horas	16 horas	6,09 horas	3,15

Tabela elaborada pelo autor. Fonte: dados da pesquisa.

Apêndice Z - Estatísticas descritivas de quantas horas de lazer dedica por dia. Variação, média e desvio padrão.

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Quantas horas de lazer dedica por dia	146	0 horas	7 horas	2,16 horas	1,18

Tabela elaborada pelo autor. Fonte: dados da pesquisa.

Apêndice AA - Estatísticas descritivas quanto ao número de horas de sono diário. Variação, média e desvio padrão

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Tem quantas horas de sono diário	200	4 horas	10 horas	7,24 horas	1,14

Tabela elaborada pelo autor. Fonte: dados da pesquisa.

Apêndice BB - Distribuição em termos de frequência absoluta e porcentagem válida quanto à composição da amostra possuir algum problema de saúde.

Possui algum problema de saúde	Frequência (f)	Porcentagem válida (%)
Não	125	75,8
Sim	39	23,6
Não sei	1	0,6
Total válido	165	
Não responderam	35	
Total	200	

Tabela elaborada pelo autor. Fonte: dados da pesquisa.

Apêndice CC - Distribuição em termos de frequência absoluta e porcentagem válida quanto à composição da amostra estar em tratamento

Está em tratamento	Frequência (f)	Porcentagem válida (%)
Não	6	15,4
Sim	7	17,9
Não declarado	26	66,7
Total válido	39	100,0
Não responderam	161	
Total	200	

Tabela elaborada pelo autor. Fonte: dados da pesquisa.

Apêndice DD - Distribuição em termos de frequência absoluta e porcentagem válida quanto à composição da amostra por ter acesso a tratamentos e serviços de saúde.

Tem acesso a tratamentos e serviços de saúde	Frequência (f)	Porcentagem válida (%)
Não	27	13,9
Sim	167	86,1
Total válido	194	100,0
Não responderam	6	
Total	200	

Tabela elaborada pelo autor. Fonte: dados da pesquisa.

Apêndice EE - Distribuição em termos de frequência absoluta e porcentagem válida quanto ao tipo de acesso aos serviços de saúde da amostra.

Tipo de acesso a serviços de saúde	Frequência (f)	Porcentagem válida (%)
Privado	71	55,5
Público	50	39,1
Ambos	7	5,5
Total válido	128	100,0
Não responderam	39	
Total	167	

---

Tabela elaborada pelo autor. Fonte: dados da pesquisa.

Apêndice FF - Distribuição em termos de frequência absoluta e porcentagem válida quanto a composição da amostra por satisfação com a própria saúde, segundo WHOQOL-Bref.

Satisfação com a saúde	Frequência (f)	Porcentagem válida (%)
Muito Insatisfeito	3	1,5
Insatisfeito	45	22,5
Nem Satisfeito Nem Insatisfeito	46	23,0
Satisfeito	81	40,5
Muito Satisfeito	25	12,5
Total	200	100,0

---

Tabela elaborada pelo autor. Fonte: dados da pesquisa.

Apêndice GG - Estatísticas descritivas de satisfação com a própria saúde, conforme WHOQOL-Bref. Variação, média e desvio padrão.

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Satisfação com a saúde	200	1	5	3,40	1,01

---

Tabela elaborada pelo autor. Fonte: dados da pesquisa.

Apêndice HH - Distribuição em termos de frequência absoluta e porcentagem válida quanto à composição da amostra no que se refere à satisfação com perspectivas de carreira

Sente-se satisfeito com perspectivas de carreira	Frequência (f)	Porcentagem válida (%)
Não	29	14,6
Sim	59	29,8
Parcialmente	110	55,6
Total válido	198	100,0
Não responderam	2	
Total	200	

---

Tabela elaborada pelo autor. Fonte: dados da pesquisa.

Apêndice II - Distribuição em termos de frequência absoluta e porcentagem válida quanto a composição da amostra pela razão de ter escolhido cursar pós-graduação.

Por que escolheu cursar PG	Frequência (f)	Porcentagem válida (%)
Por prazer, desejo ou vocação	62	31,2
Para seguir carreira acadêmica	55	27,6
Desenvolvimento pessoal	27	13,6
Melhor colocação no mercado de trabalho	38	19,1
Outras	17	8,5
Total válido	199	100,0
Não respondeu	1	
Total	200	

Tabela elaborada pelo autor. Fonte: dados da pesquisa.

Apêndice JJ - Comparação das médias dos domínios do WHOQOL-bref, segundo ano cursado.

Domínios WHOQOL-bref	Está em qual ano do curso					p*
	1°	2°	3°	4°	5°	
	Média (dp) n=123	Média (dp) n=36	Média (dp) n=9	Média (dp) n=10	Média (dp) n=6	
Domínio Físico	14,20 (2,74)	14,34 (2,44)	13,77 (2,53)	14,85 (2,06)	14,47 (2,06)	0,916
Domínio Psicológico	13,96 (2,61)	13,74 (2,61)	13,33 (2,18)	14,73 (2,04)	14,77 (1,65)	0,673
Domínio Relações Sociais	14,04 (3,38)	13,66 (3,89)	13,03 (1,97)	14,53 (2,03)	14,88 (3,20)	0,780
Domínio Meio Ambiente	13,21 (2,39)	12,98 (2,27)	12,61 (3,37)	12,85 (1,13)	12,5 (0,83)	0,869

Tabela elaborada pelo autor. Fonte: dados da pesquisa. \* ANOVA

Apêndice KK - Comparação das médias dos escores da EADS-21, segundo ano cursado.

	Está em qual ano do curso					p*
	1°	2°	3°	4°	5°	
<b>Escores EADS-21</b>	<b>Média (dp) n=123</b>	<b>Média (dp) n=36</b>	<b>Média (dp) n=9</b>	<b>Média (dp) n=10</b>	<b>Média (dp) n=6</b>	
Escore de depressão	11,65 (9,63)	12,38 (9,00)	11,55 (11,08)	8,00 (8,32)	6,33 (3,66)	0,474
Escore de ansiedade	8,60 (8,84)	7,16 (7,48)	7,33 (9,21)	6,00 (5,41)	5,33 (5,75)	0,696
Escore de estresse	17,08 (9,91)	14,72 (9,14)	18,66 (10,09)	11,80 (6,56)	13,66 (7,63)	0,289

Tabela elaborada pelo autor. Fonte: dados da pesquisa. \* ANOVA

Apêndice LL - Comparação das médias dos domínios do WHOQOL-bref, segundo faixa etária.

	Faixa etária				p*
	22 a 26 anos	27 a 30 anos	31 a 33 anos	34 a 59 anos	
<b>Domínios WHOQOL-bref</b>	<b>Média (dp) n=61</b>	<b>Média (dp) n=52</b>	<b>Média (dp) n=40</b>	<b>Média (dp) n=46</b>	
Domínio Físico	14,13 (2,44)	14,15 (2,23)	14,34 (2,62)	14,45 (3,17)	0,912
Domínio Psicológico	13,98 (2,31)	13,67 (2,38)	14,03 (2,57)	14,34 (3,05)	0,648
Domínio Relações Sociais	14,12 (3,12)	13,94 (3,07)	13,73 (3,36)	14,23 (4,18)	0,912
Domínio Meio Ambiente	13,45 (2,23)	12,98 (2,22)	12,73 (2,24)	13,36 (2,59)	0,392

Tabela elaborada pelo autor. Fonte: dados da pesquisa. \* ANOVA



Apêndice MM - Comparação das médias dos escores da EADS-21, segundo faixa etária.

Escore EADS-21	Faixa etária				p*
	22 a 26 anos	27 a 30 anos	31 a 33 anos	34 a 59 anos	
	Média (dp) n=61	Média (dp) n=52	Média (dp) n=40	Média (dp) n=46	
Escore de depressão	12,85 (9,36)	12,00 (9,25)	10,75 (8,22)	10,04 (10,86)	0,441
Escore de ansiedade	8,39 (7,96)	8,50 (9,09)	6,10 (5,85)	7,86 (9,33)	0,498
Escore de estresse	17,83 (9,92)	16,88 (10,12)	15,20 (8,49)	14,00 (10,00)	0,194

Tabela elaborada pelo autor. Fonte: dados da pesquisa. \* ANOVA

Apêndice NN - Comparação das médias dos domínios do WHOQOL-bref, segundo nível cursado

Domínios WHOQOL-bref	Nível cursado		p*
	Mestrado	Doutorado	
	Média (dp) n=100	Média (dp) n=79	
Domínio Físico	13,94 (2,55)	14,61 (2,75)	0,094
Domínio Psicológico	13,81 (2,48)	14,22 (2,71)	0,290
Domínio Relações Sociais	13,90 (3,45)	14,04 (3,19)	0,788
Domínio Meio Ambiente	13,26 (2,29)	12,98 (2,43)	0,425

Tabela elaborada pelo autor. Fonte: dados da pesquisa. \* Teste t.

Apêndice OO - Comparação das médias dos escores da EADS-21, segundo nível cursado

Escore EADS-21	Nível cursado		p*
	Mestrado	Doutorado	
	Média (dp) n=100	Média (dp) n=79	
Escore de depressão	12,36 (9,33)	10,78 (10,07)	0,281
Escore de ansiedade	8,02 (7,93)	7,72 (9,02)	0,814
Escore de estresse	17,28 (9,69)	15,24 (10,08)	0,171

Apêndice PP - Comparação das médias dos domínios do WHOQOL-bref, segundo orientação sexual.

Domínios WHOQOL-bref	Orientação sexual			p*
	Bissexual	Heterossexual	Homossexual	
	Média (dp) n=5	Média (dp) n=165	Média (dp) n=15	
Domínio Físico	12,91 (2,37)	14,10 (2,61)	15,12 (1,76)	0,187
Domínio Psicológico	12,26 (2,43)	13,89 (2,51)	14,13 (2,19)	0,324
Domínio Relações Sociais	10,93 (4,46)	13,97 (3,36)	13,95 (2,79)	0,138
Domínio Meio Ambiente	12,50 (3,58)	13,17 (2,28)	12,60 (2,26)	0,545

Tabela elaborada pelo autor. Fonte: dados da pesquisa. \* ANOVA

Apêndice QQ - Comparação das médias dos escores da EADS-21, segundo orientação sexual.

Escores EADS-21	Orientação sexual			p*
	Bissexual	Heterossexual	Homossexual	
	Média (dp) n=5	Média (dp) n=165	Média (dp) n=15	
Escore de depressão	17,20 (11,79)	11,73 (9,66)	11,33 (8,05)	0,447
Escore de ansiedade	8,40 (6,38)	8,26 (8,58)	6,00 (5,90)	0,602
Escore de estresse	24,00 (6,16)	16,77 (9,92)	13,06 (7,85)	0,088

Tabela elaborada pelo autor. Fonte: dados da pesquisa. \* ANOVA

Apêndice RR - Comparação das médias dos domínios do WHOQOL-bref, segundo religiosidade ou espiritualidade.

Domínios WHOQOL-bref			p*
	Religioso ou espiritualista	Não religioso ou espiritualista	
	Média (dp) n=94	Média (dp) n=68	
Domínio Físico	14,18 (2,73)	14,32 (2,53)	0,742
Domínio Psicológico	14,02 (2,62)	13,62 (2,49)	0,329
Domínio Relações Sociais	14,05 (3,40)	13,70 (3,46)	0,521
Domínio Meio Ambiente	12,90 (2,21)	13,51 (2,51)	0,104

Tabela elaborada pelo autor. Fonte: dados da pesquisa. \* Teste t.

Apêndice SS - Comparação das médias dos escores da EADS-21, segundo religiosidade ou espiritualidade.

Escores EADS-21			p*
	Religioso ou espiritualista	Não religioso ou espiritualista	
	Média (dp) n=94	Média (dp) n=68	
Escore de depressão	11,25 (9,23)	12,94 (10,35)	0,278
Escore de ansiedade	8,12 (8,26)	7,91 (8,92)	0,874
Escore de estresse	15,59 (9,73)	17,08 (10,32)	0,349

Tabela elaborada pelo autor. Fonte: dados da pesquisa. \* Teste t.

Apêndice TT - Comparação das médias dos domínios do WHOQOL-bref, segundo mudança de residência ao estudar na USP.

Domínios WHOQOL-bref	Mudou de residência ao estudar na USP		p*
	Não	Sim	
	Média (dp) n=85	Média (dp) n=112	
Domínio Físico	13,96 (2,50)	14,50 (2,67)	0,153
Domínio Psicológico	13,73 (2,53)	14,23 (2,59)	0,178
Domínio Relações Sociais	14,02 (3,83)	14,05 (3,05)	0,942
Domínio Meio Ambiente	13,44 (2,21)	12,98 (2,40)	0,170

Tabela elaborada pelo autor. Fonte: dados da pesquisa. \* Teste t.

Apêndice UU - Comparação das médias dos escores da EADS-21, segundo mudança de residência ao estudar na USP.

Escores EADS-21	Mudou de residência ao estudar na USP		p*
	Não	Sim	
	Média (dp) n=85	Média (dp) n=112	
Escore de depressão	11,20 (8,94)	11,67 (9,95)	0,728
Escore de ansiedade	8,00 (7,30)	7,69 (8,93)	0,799
Escore de estresse	17,64 (9,24)	15,00 (10,13)	0,061

Tabela elaborada pelo autor. Fonte: dados da pesquisa. \* Teste t.

Apêndice VV - Comparação das médias dos domínios do WHOQOL-bref, segundo tempo de mudança ao estudar na USP em meses.

Domínios WHOQOL-bref	Há quanto tempo se mudou ao começar os estudos na USP				p*
	2 a 12 meses	13 a 24 meses	25 a 60 meses	61 ou mais meses	
	Média (dp) n=112	Média (dp) n=13	Média (dp) n=19	Média (dp) n=16	
Domínio Físico	13,98 (2,49)	14,50 (2,08)	14,85 (2,51)	13,57 (3,57)	0,424
Domínio Psicológico	13,83 (2,43)	14,71 (2,33)	14,07 (2,40)	13,16 (3,50)	0,426
Domínio Relações Sociais	13,95 (3,68)	14,35 (3,73)	15,01 (2,62)	12,91 (2,74)	0,352
Domínio Meio Ambiente	13,25 (2,26)	13,11 (2,45)	13,34 (2,82)	12,43 (2,15)	0,610

Tabela elaborada pelo autor. Fonte: dados da pesquisa. \* ANOVA

Apêndice WW - Comparação das médias dos escores da EADS-21, segundo tempo de mudança ao estudar na USP em meses.

Escores EADS-21	Há quanto tempo se mudou ao começar os estudos na USP				p*
	2 a 12 meses	13 a 24 meses	25 a 60 meses	61 ou mais meses	
	Média (dp) n=112	Média (dp) n=13	Média (dp) n=19	Média (dp) n=16	
Escore de depressão	11,41 (8,59)	10,00 (6,37)	10,94 (9,98)	16,37 (15,90)	0,221
Escore de ansiedade	8,08 (8,10)	4,61 (5,12)	7,36 (9,40)	12,37 (12,22)	0,103
Escore de estresse	17,35 (9,29)	13,38 (9,63)	14,94 (10,40)	14,50 (13,13)	0,450

Tabela elaborada pelo autor. Fonte: dados da pesquisa. \* ANOVA

Apêndice XX - Comparação das médias dos escores da EADS-21, segundo estado civil.

Escore EADS-21	Estado Civil			p*
	Casado ou União Estável	Divorciado	Solteiro	
	Média (dp) n=35	Média (dp) n=5	Média (dp) n=153	
Escore de depressão	8,45 (6,98)	7,60 (5,17)	12,19 (10,00)	0,074
Escore de ansiedade	8,22 (7,95)	8,00 (7,34)	7,64 (8,30)	0,929
Escore de estresse	17,71 (9,25)	11,60 (6,84)	15,84 (10,06)	0,356

Tabela elaborada pelo autor. Fonte: dados da pesquisa. \* ANOVA

Apêndice YY - Comparação das médias dos domínios do WHOQOL-bref, segundo estado civil.

Domínios WHOQOL-bref	Estado Civil			p*
	Casado ou União Estável	Divorciado	Solteiro	
	Média (dp) n=35	Média (dp) n=5	Média (dp) n=153	
Domínio Físico	14,23 (2,69)	14,62 (3,03)	14,28 (2,58)	0,952
Domínio Psicológico	14,43 (2,26)	15,33 (3,49)	13,88 (2,62)	0,273
Domínio Relações Sociais	13,94 (3,88)	15,73 (2,19)	13,88 (2,62)	0,531
Domínio Meio Ambiente	13,17 (2,30)	13,20 (2,56)	13,15 (2,31)	0,999

Tabela elaborada pelo autor. Fonte: dados da pesquisa. \* ANOVA

Apêndice ZZ - Comparação das médias dos domínios do WHOQOL-bref, segundo com quem vive atualmente.

Domínios WHOQOL-bref	Com quem vive atualmente				p*
	Familiares	Colegas	Namorado(a) ou companheiro(a)	Sozinho (a)	
	Média (dp) n=53	Média (dp) n=77	Média (dp) n=11	Média (dp) n=23	
Domínio Físico	13,83 (2,86)	14,40 (2,77)	13,81 (2,55)	14,60 (2,28)	0,550
Domínio Psicológico	13,78 (2,57)	14,14 (2,71)	14,24 (2,48)	13,91 (2,25)	0,866
Domínio Relações Sociais	13,93 (3,61)	14,18 (3,06)	13,09 (2,65)	14,14 (3,54)	0,772
Domínio Meio Ambiente	13,20 (2,45)	12,79 (2,34)	13,50 (2,24)	13,76 (1,94)	0,307

Tabela elaborada pelo autor. Fonte: dados da pesquisa. \* ANOVA

Apêndice AAA - Comparação das médias dos escores da EADS-21 segundo com quem vive atualmente.

Escores EADS-21	Com quem vive atualmente				p*
	Familiares	Colegas	Namorado(a) ou companheiro(a)	Sozinho (a)	
	Média (dp) n=53	Média (dp) n=77	Média (dp) n=11	Média (dp) n=23	
Escore de depressão	11,05 (8,69)	12,62 (10,51)	13,27 (12,07)	10,17 (6,84)	0,618
Escore de ansiedade	9,01 (8,66)	7,55 (7,92)	11,27 (12,46)	7,39 (7,84)	0,466
Escore de estresse	18,82 (9,52)	14,70 (9,82)	18,90 (11,22)	14,34 (10,38)	0,101

Tabela elaborada pelo autor. Fonte: dados da pesquisa. \* ANOVA

Apêndice BBB - Comparação das médias dos escores da EADS-21, segundo faixa salarial.

Escore EADS-1	Faixa salarial				p*
	Até 1 salário mínimo	De 1 a 3 salários mínimos	De 3 a 6 salários mínimos	Mais que 6 salários mínimos	
	Média (dp) n=21	Média (dp) n=111	Média (dp) n=20	Média (dp) n=35	
Escore de depressão	12,00 (11,22)	12,57 (9,45)	11,70 (9,36)	8,22 (6,07)	0,112
Escore de ansiedade	9,14 (10,85)	7,58 (7,31)	8,10 (9,89)	6,45 (7,06)	0,668
Escore de estresse	14,95 (13,51)	16,09 (8,84)	17,20 (10,16)	15,60 (9,60)	0,893

Tabela elaborada pelo autor. Fonte: dados da pesquisa. \* ANOVA

Apêndice CCC - Comparação das médias dos domínios do WHOQOL-bref, segundo trabalhar.

Domínios WHOQOL-bref	Trabalha		p*
	Não	Sim	
	Média (dp) n=106	Média (dp) n=90	
Domínio Físico	14,51 (2,58)	13,96 (2,63)	0,139
Domínio Psicológico	14,08 (2,59)	13,88 (2,57)	0,589
Domínio Relações Sociais	14,16 (3,22)	13,88 (3,65)	0,567
Domínio Meio Ambiente	13,23 (2,25)	13,13 (2,43)	0,771

Tabela elaborada pelo autor. Fonte: dados da pesquisa. \* Teste t.

Apêndice DDD - Comparação das médias dos escores da EADS-21, segundo trabalhar.

Escore EADS-21	Trabalha		p*
	Não	Sim	
	Média (dp) n=106	Média (dp) n=90	
Escore de depressão	12,20 (9,98)	7,71 (8,86)	0,353
Escore de ansiedade	7,71 (8,86)	7,93 (7,60)	0,856
Escore de estresse	15,64 (10,03)	16,86 (9,60)	0,386

Tabela elaborada pelo autor. Fonte: dados da pesquisa. \* Teste t.



Apêndice EEE - Comparação das médias dos domínios do WHOQOL-bref, segundo possuir bolsa.

Domínios WHOQOL-bref	Possui bolsa		p*
	Não	Sim	
	Média (dp) n=91	Média (dp) n=109	
Domínio Físico	14,13 (2,71)	14,36 (2,49)	0,535
Domínio Psicológico	13,81 (2,71)	14,15 (2,42)	0,348
Domínio Relações Sociais	13,58 (3,53)	14,37 (3,26)	0,102
Domínio Meio Ambiente	12,97 (2,44)	13,33 (2,20)	0,266

Tabela elaborada pelo autor. Fonte: dados da pesquisa. \* Teste t.

Apêndice FFF - Comparação das médias dos escores da EADS-21, segundo possuir bolsa.

Escores EADS-21	Possui bolsa		p*
	Não	Sim	
	Média (dp) n=91	Média (dp) n=109	
Escore de depressão	11,20 (9,54)	11,79 (9,44)	0,662
Escore de ansiedade	8,26 (9,10)	7,46 (7,42)	0,497
Escore de estresse	16,32 (10,15)	16,18 (9,55)	0,917

Tabela elaborada pelo autor. Fonte: dados da pesquisa. \* Teste t.

Apêndice GGG - Comparação das médias dos escores da EADS-21, segundo horas de trabalho por semana.

Escores EADS-21	Horas de trabalho semanal				p*
	2 a 11 horas	12 a 30 horas	31 a 40 horas	41 a 60 horas	
	Média (dp) n=21	Média (dp) n=31	Média (dp) n=23	Média (dp) n=7	
Escore de depressão	15,90 (12,22)	10,83 (7,58)	13,17 (2,42)	13,57 (1,69)	0,071
Escore de ansiedade	10,19 (9,56)	7,48 (8,09)	7,73 (5,94)	8,28 (8,11)	0,296
Escore de estresse	20,00 (12,32)	16,38 (8,36)	15,91 (8,19)	16,00 (11,07)	0,484

Apêndice HHH - Comparação das médias dos escores da EADS-21, segundo horas de estudo diário.

Escore EADS-21	Horas de estudo diário				p*
	0 a 4 horas	5 a 6 horas	7 a 8 horas	9 ou mais horas	
	Média (dp) n=71	Média (dp) n=40	Média (dp) n=47	Média (dp) n=38	
Escore de depressão	10,19 (7,19)	13,20 (10,47)	12,38 (9,75)	12,00 (11,66)	0,385
Escore de ansiedade	6,98 (6,27)	8,90 (9,84)	7,87 (8,43)	8,31 (9,52)	0,675
Escore de estresse	16,25 (8,61)	17,90 (10,65)	16,25 (10,05)	14,94 (10,94)	0,623

Tabela elaborada pelo autor. Fonte: dados da pesquisa. \* ANOVA

Apêndice III - Comparação das médias dos domínios do WHOQOL-bref, segundo horas de estudo diário.

Domínios WHOQOL-bref	Horas de estudo diário				p*
	0 a 4 horas	5 a 6 horas	7 a 8 horas	9 ou mais horas	
	Média (dp) n=71	Média (dp) n=40	Média (dp) n=47	Média (dp) n=38	
Domínio Físico	13,84 (2,42)	14,34 (3,02)	14,05 (2,43)	15,12 (2,55)	0,094
Domínio Psicológico	13,84 (2,22)	13,76 (2,74)	13,85 (2,19)	14,59 (3,31)	0,430
Domínio Relações Sociais	13,42 (3,25)	13,90 (3,72)	14,18 (2,99)	14,91 (3,69)	0,178
Domínio Meio Ambiente	13,30 (2,33)	13,21 (2,30)	13,13 (2,43)	12,97 (2,31)	0,917

Tabela elaborada pelo autor. Fonte: dados da pesquisa. \* ANOVA

Apêndice JJJ - Comparação das médias dos escores da EADS-21, segundo acesso a tratamentos e serviços de saúde.

Escore EADS-21	Tem acesso a tratamentos e serviços de saúde		p*
	Não	Sim	
	Média (dp) n=27	Média (dp) n=167	
Escore de depressão	11,70 (9,34)	11,40 (9,42)	0,877
Escore de ansiedade	9,55 (10,50)	7,46 (7,87)	0,224
Escore de estresse	16,74 (9,94)	15,94 (9,71)	0,693

Tabela elaborada pelo autor. Fonte: dados da pesquisa. \*Teste t

Apêndice KKK - Comparação das médias dos escores da EADS-21, segundo tipo de acesso à serviços de saúde

Escore EADS-21	Tipo de acesso à serviços de saúde			p*
	Privado	Público	Ambos	
	Média (dp) n=71	Média (dp) n=50	Média (dp) n=7	
Escore de depressão	10,98 (7,79)	12,80 (11,73)	9,71 (4,96)	0,502
Escore de ansiedade	7,52 (8,27)	8,04 (8,93)	6,85 (5,14)	0,913
Escore de estresse	16,81 (9,61)	15,56 (10,31)	19,71 (4,82)	0,522

Tabela elaborada pelo autor. Fonte: dados da pesquisa. \* ANOVA

Apêndice LLL - Comparação das médias dos escores da EADS-21, segundo horas de lazer.

Escore EADS-21	Horas de lazer diário				p*
	0 a 1 horas	2 horas	3 horas	4 ou mais horas	
	Média (dp) n=42	Média (dp) n=60	Média (dp) n=28	Média (dp) n=16	
Escore de depressão	11,04 (7,70)	10,86 (9,33)	10,42 (7,28)	12,62 (9,97)	0,871
Escore de ansiedade	7,52 (6,93)	7,13 (8,82)	5,50 (5,59)	8,50 (9,04)	0,612
Escore de estresse	16,19 (9,23)	14,23 (10,39)	15,07 (7,74)	14,00 (9,71)	0,750

Tabela elaborada pelo autor. Fonte: dados da pesquisa. \* ANOVA

Apêndice MMM - Comparação das médias dos domínios do WHOQOL-bref, segundo horas de lazer.

Domínios WHOQOL-bref	Horas de lazer diário				p*
	0 a 1 horas	2 horas	3 horas	4 ou mais horas	
	Média (dp) n=42	Média (dp) n=60	Média (dp) n=28	Média (dp) n=16	
Domínio Físico	14,08 (2,60)	14,67 (2,67)	14,36 (2,47)	14,57 (2,63)	0,720
Domínio Psicológico	14,19 (2,33)	14,06 (2,77)	14,40 (1,96)	14,12 (2,72)	0,949
Domínio Relações Sociais	13,17 (3,39)	14,26 (3,43)	14,90 (2,59)	13,91 (3,98)	0,179
Domínio Meio Ambiente	12,89 (2,39)	13,08 (2,61)	14,01 (1,97)	14,21 (2,22)	0,094

Tabela elaborada pelo autor. Fonte: dados da pesquisa. \* ANOVA

Apêndice NNN - Comparação das médias dos escores da EADS-21, segundo percepção do suporte universitário.

Escore EADS-21	Como considera o suporte universitário				p*
	Péssimo ou Ruim	Médio	Bom	Ótimo	
	Média (dp) n=5	Média (dp) n=48	Média (dp) n=114	Média (dp) n=31	
Escore de depressão	16,80 (11,00)	13,45 (11,01)	10,61 (8,80)	10,58 (8,82)	0,180
Escore de ansiedade	8,40 (7,79)	9,54 (10,12)	7,66 (7,53)	5,54 (7,37)	0,212
Escore de estresse	17,60 (16,81)	18,50 (10,77)	15,80 (8,84)	13,54 (10,04)	0,159

Tabela elaborada pelo autor. Fonte: dados da pesquisa. \* ANOVA

Apêndice OOO - Comparação das médias dos domínios do WHOQOL-bref, segundo razão de ter escolhido cursar pós-graduação.

Domínios WHOQOL-bref	Por que escolheu cursar pós-graduação?					p*
	Por prazer, desejo ou vocação	Para seguir carreira acadêmica	Desenvolvi mento pessoal	Melhor colocação no mercado	Outras	
	Média (dp) n=62	Média (dp) n=55	Média (dp) n=27	Média (dp) n=38	Média (dp) n=17	
Domínio Físico	13,88 (2,51)	14,21 (2,68)	15,11 (2,38)	14,16 (2,87)	14,48 (2,14)	0,353
Domínio Psicológico	13,74 (2,85)	14,01 (2,44)	14,59 (2,48)	13,78 (2,67)	14,31 (1,47)	0,633
Domínio Relações Sociais	13,54 (3,42)	14,08 (3,85)	14,86 (2,65)	13,89 (3,43)	14,43 (2,87)	0,536
Domínio Meio Ambiente	13,12 (2,25)	13,19 (2,29)	13,12 (2,13)	12,90 (2,74)	13,88 (2,05)	0,719

Tabela elaborada pelo autor. Fonte: dados da pesquisa. \* ANOVA

Apêndice PPP - Comparação das médias dos escores da EADS-21 segundo razão de ter escolhido cursar pós-graduação.

Escore EADS-21	Por que escolheu cursar pós-graduação?					p*
	Por prazer, desejo ou vocação	Para seguir carreira acadêmica	Desenvolvimento pessoal	Melhor colocação no mercado	Outras	
	Média (dp) n=62	Média (dp) n=55	Média (dp) n=27	Média (dp) n=38	Média (dp) n=17	
Escore de depressão	12,70 (9,58)	12,58 (9,56)	9,77 (9,70)	10,68 (10,31)	9,05 (5,43)	0,406
Escore de ansiedade	8,64 (7,99)	7,20 (7,62)	6,66 (8,84)	8,78 (9,47)	7,05 (7,24)	0,715
Escore de estresse	17,74 (10,52)	16,36 (9,14)	13,03 (10,21)	16,68 (9,33)	15,29 (9,19)	0,335

Tabela elaborada pelo autor. Fonte: dados da pesquisa. \* ANOVA

Apêndice QQQ - Comparação das médias dos domínios do WHOQOL-bref, segundo relação com o orientador.

Domínios WHOQOL-bref	Como considera a relação com seu orientador		p*
	Péssima, ruim ou média	Boa ou ótima	
	Média (dp) n=30	Média (dp) n=169	
Domínio Físico	13,84 (2,69)	14,35 (2,56)	0,322
Domínio Psicológico	13,31 (2,78)	14,15 (2,48)	0,095
Domínio Relações Sociais	13,42 (3,24)	14,13 (3,43)	0,296
Domínio Meio Ambiente	13,01 (2,27)	13,23 (2,30)	0,639

Tabela elaborada pelo autor. Fonte: dados da pesquisa. \* Teste t.

Apêndice RRR - Comparação das médias dos domínios do WHOQOL-bref, segundo horas de sono.

Domínios WHOQOL-bref	Horas de sono diário				p*
	4 a 6 horas	7 horas	8 horas	9 ou mais horas	
	Média (dp) n=53	Média (dp) n=55	Média (dp) n=75	Média (dp) n=17	
Domínio Físico	13,37 (2,35)	14,55 (2,65)	14,68 (2,52)	13,27 (2,97)	0,055
Domínio Psicológico	13,58 (2,78)	13,32 (2,52)	14,24 (2,43)	13,17 (2,35)	0,190
Domínio Relações Sociais	13,08 (3,65)	14,47 (3,10)	14,08 (3,34)	15,13 (3,42)	0,076
Domínio Meio Ambiente	12,49 (2,33)	13,30 (2,13)	13,51 (2,32)	13,38 (2,57)	0,088

Tabela elaborada pelo autor. Fonte: dados da pesquisa. \* ANOVA

Apêndice SSS - Comparação das médias dos escores da EADS-21, segundo horas de sono.

Escores EADS-21	Horas de sono diário				p*
	4 a 6 horas	7 horas	8 horas	9 ou mais horas	
	Média (dp) n=53	Média (dp) n=55	Média (dp) n=75	Média (dp) n=17	
Escore de depressão	12,67 (10,83)	9,92 (7,13)	10,82 (8,87)	16,23 (12,60)	0,072
Escore de ansiedade	8,49 (8,16)	6,80 (7,70)	7,17 (7,60)	12,00 (11,42)	0,108
Escore de estresse	18,52 (11,41)	14,54 (8,41)	15,30 (9,10)	18,82 (10,60)	0,093

Tabela elaborada pelo autor. Fonte: dados da pesquisa. \* ANOVA

## **ANEXOS**



## ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Conforme resolução 466 do Conselho nacional de Saúde)

Você está sendo convidado a participar do estudo chamado **Ansiedade, estresse, depressão e qualidade de vida: um estudo com pós-graduandos *Strictu Sensu* da Universidade de São Paulo**, que tem como objetivo: avaliar a presença de sinais e sintomas de depressão, ansiedade, estresse e a qualidade de vida de estudantes de pós-graduação *stricto sensu* da Universidade de São Paulo, campus Cidade Universitária e verificar a correlação entre esses conceitos". Para isso, faremos uso das escalas WHOQOL Breve – qualidade de vida e a EADS – Escala de medida de depressão, ansiedade e estresse, além de questionário sócio demográfico e cultural, os quais peço a você o preenchimento.

A sua participação nesta pesquisa pode trazer algum desconforto psicológico por conta das questões que compõem o questionário. Caso haja algum desconforto, você pode interromper o preenchimento, e, caso necessite de atendimento em razão disso, posso realiza-lo ou encaminhar você para atendimento em local adequado.

Todos os seus dados pessoais serão preservados e mantidos em sigilo, você não será identificado de nenhuma forma. Os dados obtidos serão usados e divulgados apenas para fins científicos sem associarmos os mesmos, de maneira alguma, a sua pessoa.

Você poderá retirar seu consentimento, ou mesmo interromper o preenchimento do questionário e escala a qualquer momento, sem nenhum prejuízo a você ou ao estudo.

Salientamos que essa pesquisa não lhe trará nenhum benefício direto, sendo sua participação uma colaboração no desenvolvimento do conhecimento científico da área, assim como auxiliará outras possíveis pesquisas e futuras intervenções. Salientamos que não há nenhum tipo de ressarcimento ou devolutiva para participação desta pesquisa, assim como também não há nenhuma despesa ou ônus para você.

Caso possua alguma dúvida a respeito da pesquisa poderá solicitar esclarecimentos ao pesquisador responsável.

Este estudo está sendo desenvolvido pelo psicólogo mestrando Felipe Marangoni Pontes, sob orientação da Prof. Dra. Eda Marconi Custódio, do programa de Mestrado em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

Em caso de dúvida entre em contato via telefone 11995139443 ou email, [felipe.marangoni@usp.br](mailto:felipe.marangoni@usp.br). Ou com o Comitê de Ética em Pesquisa localizado em Cidade Universitária - Av. Professor Mello Moraes, 1721 - Butantã, São Paulo – SP.

Por favor assine este termo de consentimento em duas vias, sendo que uma delas ficará com você, e uma com o pesquisador.

Tendo em vista o estabelecido acima eu \_\_\_\_\_, declaro que consinto, por livre e espontânea vontade, em participar desta pesquisa, sem receber qualquer bonificação ou despesa, que tenho clareza do uso dos dados e do sigilo garantido além de que posso comunicar minha desistência a qualquer momento.

Local \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 2016.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante da pesquisa ou responsável

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Pesquisador

## ANEXO B - Questionário sociodemográfico

Essas perguntas são para lhe conhecer um pouco melhor, assim como a sua qualidade de vida. Por favor, responda a todas as questões.

Idade \_\_\_\_\_ Gênero \_\_\_\_\_

Curso \_\_\_\_\_ Nível [ ] ME [ ] DO Ano \_\_\_\_\_

Nacionalidade \_\_\_\_\_ Estado Civil \_\_\_\_\_

Orientação sexual \_\_\_\_\_ Religião/espiritualidade \_\_\_\_\_

Qual o valor que dispõe mensalmente para as suas despesas? \_\_\_\_\_

Possui bolsa? [ ] Sim [ ] Não Se sim, de qual agência? \_\_\_\_\_

Trabalha? [ ] Sim [ ] Não Se sim, quantas horas por semana?  
\_\_\_\_\_

Mudou de residência quando veio estudar na USP? [ ] Sim [ ] Não

Se sim, em qual **região** do país vivia antes de ingressar na USP?

[ ] Norte [ ] Nordeste [ ] Sudeste [ ] Centro-Oeste [ ] Sul [ ] Fora do País

Se sim, com quem vive atualmente?

[ ] Sozinho [ ] Com familiares [ ] Com colegas [ ] Outra. Qual? \_\_\_\_\_

Em qual tipo de moradia reside?

[ ] República [ ] CRUSP [ ] Casa alugada [ ] Casa própria [ ] Outra. Qual? \_\_\_\_\_

Em caso de ter mudado para próximo da USP, há quanto tempo se mudou? \_\_\_\_\_

Quanto tempo gasta para se dirigir até a USP? \_\_\_\_\_

Como considera a relação com seu(ua) orientador(a)?

[ ] Péssima [ ] Ruim [ ] Média [ ] Boa [ ] Ótima

Como considera o suporte universitário? (Desde material como salas, computadores, até suporte dos sistemas, secretaria, bibliotecas, bandejão, ônibus, cepeusp, etc.)

[ ] Péssimo [ ] Ruim [ ] Médio [ ] Bom [ ] Ótimo

Quantas horas de estudo dedica por dia? \_\_\_\_\_ E quantas horas de lazer por dia? \_\_ Se **não** dedica lazer diário, quando tem esse tipo de atividade? \_\_\_\_\_

Tem quantas horas de sono por dia? \_\_\_\_\_

Possui algum problema de saúde? Qual? \_\_\_\_\_ Se sim, está em tratamento? [ ] Sim [ ] Não

Tem acesso a tratamento e serviços de saúde? [ ] Não [ ] Sim. Privado ou público? \_\_\_\_\_

Por que escolheu cursar pós-graduação? \_\_\_\_\_

Sente-se satisfeito com as perspectivas de carreira? [ ] Sim [ ] Não [ ] Parcialmente

## ANEXO C - WHOQOL-Bref

### Instruções

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. **Por favor, responda a todas as questões** . Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas** . Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio.

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	médio	muito	completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5

12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		muito ruim	ruim	Nem ruim nem bom	bom	muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		nunca	algumas vezes	frequentemente	muito frequentemente	sempre
--	--	-------	---------------	----------------	----------------------	--------

26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5
----	---	---	---	---	---	---

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?.....

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?.....

**Você tem algum comentário sobre o questionário?**

**OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO**

**ANEXO D - EADS-21**

<b>EADS</b> -21 - Nome _____		Data ____/____/____			
<p>Por favor leia cada uma das afirmações abaixo e assinale 0, 1, 2 ou 3 para indicar quanto cada afirmação se aplicou a si <i>durante a semana passada</i>. Não há respostas certas ou erradas. Não leve muito tempo a indicar a sua resposta em cada afirmação.</p> <p><i>A classificação é a seguinte:</i></p> <p>0- não aplicou-se nada a mim            1- aplicou-se a mim algumas vezes            2- aplicou-se a mim muitas vezes            3- aplicou-se a mim a maior parte das vezes</p>					
1	Tive dificuldade em me acalmar	0	1	2	3
2	Senti a minha boca seca	0	1	2	3
3	Não consegui sentir nenhum sentimento positivo	0	1	2	3
4	Senti dificuldades de respirar	0	1	2	3
5	Tive dificuldade de tomar iniciativa para fazer alguma coisa	0	1	2	3
6	Tive tendência de reagir em demasia em determinadas situações	0	1	2	3
7	Senti tremores (por ex., nas mãos)	0	1	2	3
8	Senti que estava utilizando muita energia nervosa	0	1	2	3
9	Preocupe-me com situações que podia entrar em pânico e fazer figura ridícula	0	1	2	3
10	Senti que não tinha nada a esperar do futuro	0	1	2	3
11	Dei por mim agitado(a)	0	1	2	3
12	Senti dificuldade em me relaxar	0	1	2	3
13	Senti-me desanimado(a) e melancólico(a)	0	1	2	3
14	Estive intolerante em relação a qualquer coisa que me impedisse de terminar aquilo que estava fazendo	0	1	2	3
15	Senti-me quase entrando em pânico	0	1	2	3
16	Não fui capaz de ter entusiasmo por nada	0	1	2	3
17	Senti que não tinha muito valor como pessoa	0	1	2	3
18	Senti que às vezes estava sensível	0	1	2	3
19	Senti alterações no meu coração sem fazer exercícios físicos	0	1	2	3
20	Senti-me assustado(a) sem ter tido uma boa razão para isso	0	1	2	3
21	Senti que minha vida não tinha sentido	0	1	2	3