

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO**

ADRIANA CHALITA GOMES

**Qualidade de vida e fatores associados à suspeição de transtornos mentais
comuns em estudantes de Medicina em universidade de
integração latino-americana**

RIBEIRÃO PRETO

2019

ADRIANA CHALITA GOMES

**Qualidade de vida e fatores associados à suspeição de transtornos mentais
comuns em estudantes de Medicina em universidade de
integração latino-americana**

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Doutor em Ciências, Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública.

Linha de pesquisa: Processo Saúde-Doença e Epidemiologia

Orientadora: Dra. Cláudia Benedita dos Santos

RIBEIRÃO PRETO

2019

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.

Ficha Catalográfica

Gomes, Adriana Chalita

Qualidade de vida e fatores associados à suspeição de transtornos mentais comuns em estudantes de Medicina em universidade de integração latino-americana. Ribeirão Preto, 2019.

142 p. ; 30 cm

Tese de Doutorado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Processo Saúde-Doença e Epidemiologia.

Orientadora: Santos, Claudia Benedita dos.

1. Estudante de Medicina. 2. Transtornos Mentais Comuns. 3. SRQ-20. 4. Qualidade de Vida. 5. WHOQoL-BREF.

GOMES, ADRIANA CHALITA

Qualidade de vida e fatores associados à suspeição de transtornos mentais comuns em estudantes de Medicina em universidade de integração latino-americana

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Doutor em Ciências, Programa de Pós-Graduação Enfermagem Saúde Pública.

Aprovado em / /

Comissão Julgadora

Prof. Dr.: _____

Instituição: _____

Prof. Dr.: _____

Instituição: _____

Prof. Dr.: _____

Instituição: _____

Aos meus pais, fonte da minha vida.

AGRADECIMENTOS

Aos diretores do Parque Tecnológico Itaipu (PTI) da Usina Hidroelétrica binacional Itaipu.

À Professora Dr.^a Adriana Zilly pela condução em Foz do Iguaçu do doutorado institucional entre USP e UNIOESTE, e pelas considerações sobre a pesquisa no Exame de Qualificação do Doutorado.

À Professora Dr.^a Monika Bullinger pelas considerações pesquisísticas durante todo o processo relacionado à Qualificação do Doutorado.

Ao Professor Dr. Elton Gomes da Silva e à Professora Dr.^a. Jorgelina Ivana Tallei pelas traduções de idiomas realizadas.

À Professora Dr.^a. Ana Paula Fonseca Araújo pelo incentivo e apoio à pesquisa.

À amiga Susana Freiburger pela segurança de poder trabalhar nas etapas da pesquisa em outra localidade.

Ao Wender Silveira Santos pelo auxílio, responsabilidade e profissionalismo na aplicação da pesquisa.

À minha querida orientadora, Professora Dr.^a. Claudia Benedita dos Santos, por todos os esclarecimentos, aprendizagem e exemplo de pesquisadora.

Aos meus amados pais, Brunutieri e Laila, pela disponibilidade, acolhimento e afeto em todos os momentos, e o apoio, incentivo e confiança em todas as minhas atividades intelectuais.

Ao José Szpak, meu esposo, por tudo em todos os momentos, infinito e sempre.

“Não adianta pensar somente no assistido e esquecer de você, na condição de assistente. É preciso à consciência capacitar-se sempre para a assistência cada vez mais eficiente. Quanto mais competência você tenha, melhor para as consciências assistidas”.

(VIEIRA, 2014, p.132)

RESUMO

GOMES, Adriana Chalita. Qualidade de vida e fatores associados à suspeição de transtornos mentais comuns em estudantes de Medicina em universidade de integração latino-americana. 2019. 142 f. Tese (Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2019.

Nesta tese, objetivou-se caracterizar o perfil, os fatores associados à suspeição de Transtornos Mentais Comuns (TMC) e a autopercepção da qualidade de vida (QV) nos estudantes do curso de Medicina da Universidade Federal da Integração Latino-Americana (UNILA). Foi realizado um estudo analítico transversal com 202 alunos brasileiros e estrangeiros latino-americanos. O questionário Perfil do Participante foi validado através do índice de validade de conteúdo (IVC) e aplicado nos alunos brasileiros e estrangeiros. Foram aplicados nos estudantes brasileiros o *Self-Reporting Questionnaire-20* (SRQ-20) e o *World Health Organization Questionnaire for Quality of Life – bref* (WHOQoL-BREF) para avaliação da suspeição de TMC e da QV, respectivamente. Foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos de alunos brasileiros e estrangeiros. As médias de idade ($p = 0,006$), da renda familiar ($p = 0,002$) e de horas por semana de atividade física ($p < 0,0001$) eram maiores nos brasileiros, assim como, foi encontrado menor número de pessoas que viviam com a renda familiar média ($p = 0,002$) e maior porcentagem de alunos que consideraram o autodesempenho acadêmico bom/excelente ($p = 0,032$) neste grupo. A condição de estar solteiro ($p < 0,0001$), ter religião ($p = 0,007$), nunca ter feito tratamento psiquiátrico/psicológico ($p < 0,0001$), sexo feminino ($p = 0,041$) e menor média da carga horária de sono diária ($p < 0,0001$) foram observadas em maior porcentagem nos estrangeiros. A prevalência de suspeição de TMC no grupo de estudantes brasileiros foi de 40% com IC95%: [0,31 ; 0,49]. Através da análise pela regressão logística, os domínios psicológico ($p < 0,0001$) e físico ($p = 0,028$) do WHOQoL-BREF, o período do curso ($p = 0,039$), a alimentação ($p = 0,009$) e achar o curso estressante ($p = 0,034$) foram associados à suspeição de presença de TMC no grupo de brasileiros. A partir dos resultados encontrados nesse trabalho, verifica-se a necessidade de pesquisas de causalidade de suspeição de TMC e de intensificar os conhecimentos, ampliar a prática de condutas no dia a dia e planejar ações a favor da saúde mental e saúde física do futuro médico.

Palavras-chave: Estudante de Medicina, Transtornos Mentais Comuns, SRQ-20, Qualidade de Vida, WHOQoL-BREF.

ABSTRACT

GOMES, Adriana Chalita. Quality of life and associated factors with suspicion of common mental disorders in Medicine students at a university of latin american integration. 2019. 142 f. Tese (Doctorate in Public Health Nursing). Ribeirão Preto College of Nursing. University of Sao Paulo, Ribeirão Preto, 2019.

This thesis aimed to characterize the profile, the associated factors with suspicion of Common Mental Disorders (CMD) and the self-perception of quality of life (QoL) in Medicine students at the Federal University of Latin American Integration (UNILA). A cross-sectional analytical study was conducted with 202 Brazilian and foreign (latin american) students. The Participant Profile questionnaire was validated through the content validity index (CVI) and applied to Brazilian and foreign students. Self-Reporting Questionnaire-20 (SRQ-20) and World Health Organization Questionnaire for Quality of Life - bref (WHOQoL-BREF) were applied to Brazilian students to evaluate suspicion of CMD and QoL, respectively. Statistically significant differences were observed between groups of Brazilian and foreign students. The average age ($p = 0.006$), family income ($p = 0.002$) and hours per week of physical activity ($p < 0.0001$) were higher in Brazilians, and a lower number of people living with average family income ($p = 0.002$) and higher percentage of students who considered good / excellent academic self-performance ($p = 0.032$) in this group. The condition of being single ($p < 0.0001$), having religion ($p = 0.007$), never having received psychiatric / psychological treatment ($p < 0.0001$), female gender ($p = 0.041$) and lower average daily load of sleep ($p < 0.0001$) were observed in higher percentage in foreign students. The prevalence of suspected CMD in Brazilian students was 40% with 95% CI: [0.31 ; 0.49]. Through logistic regression analysis, the psychological ($p < 0.0001$) and physical ($p = 0.028$) domains of the WHOQoL-BREF, the course time ($p = 0.039$), the diet ($p = 0.009$) and finding the course stressful ($p = 0.034$) were associated with suspected presence of CMD in the group of Brazilians students. From the results found in this study, it is necessary to investigate causality of suspected CMD and to intensify knowledge, to expand the practice of daily conduct and to plan actions and to improve of mental health and physical health of the future Medicine doctor.

Key words: Medicine Student, Common Mental Disorders, SRQ-20, Quality of Life, WHOQoL-BREF.

RESUMEN

GOMES, Adriana Chalita. Calidad de vida y los factores que se asocian a sospecha de comunes trastornos mentales en estudiantes de Medicina en la universidad de integración latino-americano. 2019. 142 f. Tesis (Doctorado en Enfermería en Salud Pública). Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto. Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2019.

Esta tesis, tiene como objetivo caracterizar el perfil, los factores asociados a sospecha de presencia de Trastornos Mentales Comunes (TMC) y la autopercepción de calidad de vida (CV) en estudiantes del curso de Medicina de la Universidad Federal da Integración Latino-Americana (UNILA). Se realizó un estudio analítico transversal con 202 alumnos de nacionalidad brasilera y extranjera. El cuestionario Perfil de Participante se validó teniendo en cuenta el índice de validación de contenido (IVC) y se aplicó a alumnos brasileros y extranjeros. El *Self-Reporting Questionnaire-20* (SRQ-20) y el *World Health Organization Questionnaire for Quality of Life – bref* (WHOQoL-BREF) se aplicó a estudiantes brasileros para evaluación de la sospecha de presencia de TMC y de la CV, respectivamente. Se observaron diferencias significativas estadísticamente entre los grupos de alumnos brasileros y extranjeros. El promedio de edad ($p = 0,006$), renta familiar ($p = 0,002$) y de horas por semana de actividad física ($p < 0,0001$) fueron mayores en los brasileros, como también, se encontró menor número de personas que vivían con renta familiar promedio ($p = 0,002$) y mayor porcentaje de estudiantes que consideraron el auto desempeño académico bueno/excelente ($p = 0,032$) en este grupo. La condición de estar soltero ($p < 0,0001$), profesar religión ($p = 0,007$), no realizar nunca tratamiento psiquiátrico/psicológico ($p < 0,0001$), sexo femenino ($p = 0,041$) y menor promedio de hora sueño por día ($p < 0,0001$) se observaron en un porcentaje mayor en extranjeros. La sospecha de presencia de TMC en el grupo de estudiantes brasileros fue de 40% con IC95%: [0,31 ; 0,49]. A través de análisis por la regresión logística, los dominios psicológicos ($p < 0,0001$) y físico ($p = 0,028$) de WHOQoL-BREF, el período de curso ($p = 0,039$), la alimentación ($p = 0,009$) y la consideración del curso como estresante ($p = 0,034$) se asociaron a sospecha de presencia de TMC en el grupo de brasileiros. A partir de los resultados obtenidos en esta investigación, se verifica la necesidad investigaciones de posibles TMC y estimular conocimientos, ampliar la práctica de conductas en el cotidiano, como también planificar acciones a favor de la salud mental y física del futuro médico.

Palabras claves: Estudiante de Medicina, Trastornos Mentales Comunes, SRQ-20, Calidad de Vida, WHOQoL-BREF.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Resultados estatísticos e do teste de Mann-Whitney na comparação entre os valores medianos de cada um dos domínios do WHOQoL-BREF segundo grupos sem e com suspeição de TMC. Foz do Iguaçu, 2019.	69
Tabela 2 – Resultados da regressão logística para análise de domínios do WHOQoL-BREF associados à suspeição de TMC. Foz do Iguaçu, 2019.	69
Tabela 3 – Resultados da regressão logística para análise dos fatores sociodemográficos, de saúde, de rede de apoio, de inter-relação pessoal e do curso associados à suspeição de TMC. Foz do Iguaçu, 2019.....	70
Tabela 4 – Valores de probabilidades de predição de suspeição de TMC de acordo com o período do curso. Foz do Iguaçu, 2019.	71

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Relação dos itens mais pontuados no SRQ-20, segundo grupo com e sem suspeição. Foz do Iguaçu, 2019.....	62
Quadro 2 – Divisão dos itens do SRQ-20 segundo grupos de sintomas, humor depressivo-ansioso, sintomas somáticos, decréscimo de energia vital e pensamentos depressivos. Foz do Iguaçu, 2019.	63
Quadro 3 – Divisão dos itens do WHOQoL-BREF segundo domínios Físico, Psicológico, Relações Pessoais e Meio Ambiente. Foz do Iguaçu, 2019.	66
Quadro 4 – Itens gerais do WHOQoL-BREF. Foz do Iguaçu, 2019.....	67

LISTA DE SIGLAS

ABEM	Associação Brasileira de Educação Médica
APA	American Psychiatric Association
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CID-10	Código Internacional de Doenças - 10ª edição
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DSM-5	Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - 5ª edição
EERP	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
ENEM	Exame Nacional do Ensino Médio
EPM	Escola Pernambucana de Medicina
EUA	Estados Unidos da América
FAL	Fundamentos da América Latina
FORSA COBEM	Fórum dos Serviços de Apoio ao Estudante de Medicina
ILAESP	Instituto Latino-Americano de Economia, Sociedade e Política
IMEA	Instituto Mercosul de Estudos Avançados
IQVEM	Inventário de Avaliação da Qualidade de Vida do Estudante no curso de Medicina
IVC	Índice de Validade de Conteúdo
MS	Ministério da Saúde
NAE	Núcleo de Apoio ao Estudante
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas

PIB	Produto Interno Bruto
PPC	Projeto Pedagógico do Curso
PRAE	Pró-Reitoria de Assuntos Estudantis
PROGRAD	Pró-Reitoria de Graduação
PTI	Parque Tecnológico Itaipu
PUC-SP	Pontifícia Universidade Católica de São Paulo
QoL	Quality of Life
QV	Qualidade de Vida
SCID-IV-TR	<i>Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR</i>
SISU	Sistema de Seleção Unificada
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
SRQ	Self-Reporting Questionnaire
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TMC	Transtornos Mentais Comuns
UEP	Universidade Estadual de Pernambuco
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco
UFSM	Universidade Federal de Santa Maria
UnB	Universidade de Brasília
UNIFESP	Universidade Federal de São Paulo
UNILA	Universidade Federal da Integração Latino-Americana
UNIOESTE	Universidade Estadual do Oeste do Paraná

USP	Universidade de São Paulo
WHO	World Health Organization
WHOQoL	World Health Organization Quality of Life Assessment Instrument

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	18
1.1 Revisão da literatura	27
2 HIPÓTESES DO ESTUDO	37
3 OBJETIVOS	39
3.1 Objetivo geral	39
3.2 Objetivos específicos	39
4 MÉTODO	41
4.1 Caracterização do estudo	41
4.2 Local do estudo	41
4.3 População do estudo	45
4.4 Questionários, instrumentos e formulários utilizados	45
4.4.1 Questionário Perfil do Participante	46
4.4.2 <i>Self-Reporting Questionnaire-20 (SRQ-20)</i>	47
4.4.3 <i>World Health Organization Quality of Life Assessment Instrument – bref (WHOQoL-BREF)</i>	48
4.5 Procedimento para coleta e registro dos dados	48
4.6 Análise dos dados	49
4.7 Procedimentos éticos	50
5 RESULTADOS	53
5.1 Validação do questionário perfil da população	53
5.2 Variáveis sociodemográficas, de saúde, de rede de apoio, de inter-relação pessoal e do curso	54
5.2.1 Variáveis sociodemográficas	54
5.2.2 Variáveis de saúde	57
5.2.3 Variáveis de rede de apoio	59
5.2.4 Variáveis de inter-relação pessoal	59
5.2.5 Variáveis do curso	60
5.3 Suspeição de transtornos mentais comuns em estudantes brasileiros do curso de Medicina da UNILA	61
5.4 Qualidade de vida dos estudantes brasileiros do curso de Medicina da UNILA	65

5.4.1 Domínios do WHOQoL-BREF	67
5.4.2 Itens gerais do WHOQoL-BREF	68
5.5 Domínios da qualidade de vida associados à suspeição de TMC nos estudantes brasileiros do curso de Medicina da UNILA.....	69
5.6 Fatores sociodemográficos, de saúde, de rede de apoio, de inter-relação pessoal e do curso associados à suspeição de TMC nos estudantes brasileiros do curso de Medicina da UNILA.....	70
6 DISCUSSÃO	73
7 CONCLUSÕES.....	93
REFERÊNCIAS	95
APÊNDICES	109
APÊNDICE 1 – Questionário Perfil do Participante para Juiz	109
APÊNDICE 2 – Carta convite ao Juiz.....	117
APÊNDICE 3 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Juiz	118
APÊNDICE 4 – Questionário Perfil do Participante em Português.....	120
APÊNDICE 5 – Questionário Perfil do Participante em Espanhol.....	125
APÊNDICE 6 – Autorização da Pesquisa junto à UNILA.....	130
APÊNDICE 7 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em Português.....	131
APÊNDICE 8 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em Espanhol.....	133
ANEXOS	136
ANEXO 1 – <i>Self-Reporting Questionnaire-20</i>	136
ANEXO 2 – WHOQoL-BREF	138
ANEXO 3 – Aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da EERP/USP	142

INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

A visão, a percepção e a autocrítica do indivíduo em relação a si e ao mundo próximo em que vive sofrem a influência das funções psíquicas. As psicopatologias e os transtornos psiquiátricos são morbidades que comprometem as funções psíquicas e mentais.

Na observação das funções mentais, utiliza-se o exame psíquico, um instrumento usado na clínica que possibilita avaliar diversas variáveis que possam estar comprometidas na pessoa com morbidade psiquiátrica.

O exame psíquico é um instrumento de análise das variáveis psíquicas atitude, aparência, concentração, atenção, humor, afetividade, psicomotricidade, sensopercepção, juízo crítico de morbidade, inteligência, memória, curso, conteúdo e forma do pensamento (CHENIAUX, 2017; NUNES FILHO; BUENO; NARDI, 1996). Esta avaliação é realizada durante a entrevista com o paciente portador ou não de morbidade mental e não fornece diagnóstico do transtorno, mostra apenas as alterações nas funções psíquicas presentes durante a entrevista e que direcionam a investigação de determinadas patologias em conjunto com os dados da anamnese.

A saúde mental é um ponto importante para o bem-estar geral das pessoas, considerando que os transtornos psiquiátricos podem levar ao sofrimento psíquico de intensidade significativa ou prejuízo no funcionamento social, laboral ou outras áreas da vida da pessoa (APA, 2014). Infelizmente, os transtornos mentais representam algo em torno de 13% da sobrecarga de doenças do mundo (GONÇALVES; STEIN; KAPCZINSKI, 2008).

De acordo com Rocha e Sassi (2013), os transtornos mentais têm maior chance de surgirem pela primeira vez no início da vida adulta, principalmente no período universitário. Considera-se que as situações de perdas do desenvolvimento normal acentuam-se quando o jovem ingressa na universidade e há relato de se encontrar maior taxa de sofrimento mental em estudantes universitários, quando comparados com jovens da mesma idade.

A saúde mental dos estudantes universitários não é temática de preocupação apenas na atualidade. De acordo com Aquino (2012), na década de 1950 ocorreram diversas conferências na Europa a fim de debater aspectos relativos à saúde mental e às dificuldades psicológicas do estudante de Medicina. Nesta mesma época, foi criada a *British Student Health Association* por psiquiatras e outros médicos dedicados ao ensino superior devido ao alto índice de suicídio entre alunos de graduação de Oxford.

O primeiro estudo, no Brasil, sobre a saúde mental dos estudantes de Medicina foi publicado em 1958 por Loreto, quando se verificou que um terço dos alunos atendidos no

Serviço de Higiene Mental para estudantes da Universidade Federal de Pernambuco apresentava sintomas neuróticos, e dois terços, dificuldades de personalidade e reações emocionais não adequadas (LORETO, 1958 apud ROCHA; SASSI, 2013).

Na atualidade, observa-se um foco maior na saúde mental e na qualidade de vida (QV) dos estudantes de Medicina, com aumento crescente das publicações, ao se considerar a natureza intrínseca desta graduação e os resultados encontrados nas pesquisas e nos serviços de atendimentos dos discentes de Medicina (ALMEIDA, 2017; BARBOSA, 2016; COSTA; MENDES; ADRADE, 2017; FERREIRA; KLUTHCOVSKY; CORDEIRO, 2016; PACHECO et al., 2017; PAGNIN; QUEIROZ, 2015; ROCHA; SASSI, 2013; SANTOS et al., 2017; SILVA; CERQUEIRA; LIMA, 2014). Há algumas décadas, os serviços de atendimento a estes alunos estão disponibilizados em diversas universidades com objetivo de acolhimento, acompanhamento, tratamento e planejamento de ações preventivas a fim de auxiliar na saúde mental destes graduandos (MILLAN et al., 1999).

A seleção para o curso de Medicina além de apresentar uma elevada concorrência no Brasil, enquanto curso também apresenta uma série de características que podem gerar uma carga de estresse importante aos alunos (BARBOSA, 2016).

Podendo considerar que esta graduação tenha potencial de tensão em relação ao aspecto psicológico, descrevem-se vários momentos críticos, os quais os estudantes de Medicina vivenciam: a avaliação para entrada no curso é muito competitiva, a metodologia de ensino é diferente da utilizada no Ensino Médio, a presença de curso básico distanciado do profissionalizante ainda presente em algumas universidades, o primeiro contato com o paciente, a realização de exame físico no paciente, o contato com a morte e processos patológicos, a fobia de adquirir doenças, o medo de cometer erros, o sentimento de impotência diante de certas doenças, ritmo de plantões, escolha da especialidade, a iminência do término da faculdade e a responsabilidade de ser médico, e a competitividade para ingresso em residências médicas e no mercado de trabalho, cada vez mais exigente quanto às especialidades (PACHECO et al., 2017; ROCHA; SASSI, 2013).

Diversas situações possíveis de serem experimentadas em decorrência da graduação também podem aumentar o nível de estresse do aluno: sair da casa dos pais, mudar de cidade ou país, estar distante dos familiares e afetos, morar sozinho, ter rede de apoio deficiente, receber mesada ou auxílio de bolsa estudantil, depender financeiramente dos pais, a característica longa do curso médico, o período integral das atividades, a necessidade de aquisição de grande quantidade de conteúdo para aprendizagem, a qualidade da relação docente-discente, redução da carga horária de sono devido aos estudos, principalmente em

época de avaliações, a dificuldade de administração do tempo, o impacto das necessidades acadêmicas nos relacionamentos sociais, muitas vezes levando ao afastamento de afetos e amigos, nas atividades de lazer, e nas atividades físicas, o isolamento, o individualismo e as expectativas sociais do papel do médico (BARBOSA, 2016; FIGUEIREDO et al., 2014; FIOROTTI et al., 2010; ROCHA; SASSI, 2013; TEMPSKI et al., 2012). Importante ressaltar que estas situações e momentos críticos ocorrem com o estudante, que na maioria dos casos encontra-se no final da adolescência e início da adultidade, quando ainda não apresenta maturidade emocional para lidar com várias intercorrências do dia a dia.

O ingresso na faculdade de Medicina também leva à demanda de adaptação à nova realidade. Millan et al. (1999) a partir de suas observações ressaltam algumas possíveis consequências inerentes aos novos fatos: desencontro entre a realidade esperada e a experimentada; sensação de perda de *status* devido às notas alcançadas; excesso de conteúdo / matéria e sensação de não conseguir reter as informações estudadas; tempo excessivo a ser dedicado aos estudos; abdicação de lazer, exercícios físicos e do convívio social e familiar; competitividade entre colegas; redução da carga horária de sono; sentimento de frustração pelo distanciamento com a prática nos cursos tradicionais (ciclo básico-profissionalizante-internato).

O processo de lidar com a doença, o doente e seus familiares, situações críticas de vida, histórias singulares de sofrimento, cenários de pobreza e de desestruturação mental e psicossocial podem levar o estudante a apresentar sinais e sintomas compatíveis com transtornos psiquiátricos, principalmente, de depressão e ansiedade. Os sintomas de ansiedade e depressão devem ser identificados, precocemente, a fim de evitar impacto negativo no decorrer do curso médico, podendo gerar baixo rendimento acadêmico, ideias de desistência e abandono do curso e elevação do risco de suicídio (ALVES, 2014).

Apesar do estresse acadêmico ser um fator importante associado ao comprometimento da saúde mental dos estudantes de Medicina, questiona-se se o processo de formação vivenciada na graduação seria nocivo à saúde mental dos estudantes ou se o sofrimento psíquico antecederia à escolha profissional. Pondera-se se a própria escolha pelo curso médico não seria uma maneira de busca pela própria cura de transtornos pessoais prévios. Pesquisas sobre fatores intrínsecos e extrínsecos prévios ao curso de Medicina devem ser realizadas a fim de corroborar com as possibilidades etiológicas.

Observam-se publicações de estudos (AQUINO, 2012; BALDASSIN, 2010; FIEDLER, 2008; FIOROTTI et al., 2010; GUIMARÃES, 2006; PEREIRA, 2014)

evidenciando a presença de sintomas depressivos, ansiosos, de estressamento, de *burnout* e de sonolência diurna, dentre outras alterações psicopatológicas, nos estudantes da Medicina.

Pela Psicopatologia, existem diversos tipos de morbidades psíquicas e dentre estas, os transtornos mentais comuns (TMC). Esta terminologia refere-se a sintomas não psicóticos, não relacionados à dependência química ou transtornos de personalidade, com elevada prevalência na população geral adulta atendida em serviços primários de saúde (CERCHIARI; CAETANO; FACCENDA, 2005), e representam quadros menos graves, sendo conhecidos como transtornos psiquiátricos menores.

Os sintomas de TMC incluem esquecimento, dificuldade para concentração e tomada de decisões, insônia, irritabilidade e fadiga, queixas somáticas (cefaleia, falta de apetite, tremores, sintomas gastrointestinais, entre outros) (FIOROTTI et al., 2010; ROCHA; SASSI, 2013). TMC não implica em diagnóstico psiquiátrico formal pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 5 (DSM-5, 2014) ou pela Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento do CID-10 (CID-10, 1997), mas leva ao sofrimento psíquico, podendo constituir causa de afastamento do trabalho e impacto nos relacionamentos, no desempenho nas atividades de vida diária e, possivelmente, na qualidade de vida.

Segundo Rocha e Sassi (2013), a prevalência de transtornos mentais comuns é mais elevada entre estudantes de Medicina do que na população geral. Diversos fatores relacionados à graduação têm sido discutidos como fatores estressantes (MEYER et al., 2012; QUINTANA et al., 2008).

De acordo com Guirado e Pereira (2016), nos estudos populacionais de países industrializados, a prevalência de TMC oscila entre 7% a 30%. No Brasil, uma pesquisa realizada em 1994 revelou que 22,7% da população adulta urbana de Pelotas, no Rio Grande do Sul, sofria com os TMC, e na cidade de Olinda, em Pernambuco, a prevalência era de 35% em adultos. Apesar de algumas informações epidemiológicas, os dados dos países em desenvolvimento são escassos.

Uma das estratégias para modificação deste contexto é a utilização de instrumentos de baixo custo e de fácil aplicação para realizar o rastreamento psiquiátrico (GONÇALVES; STEIN; KAPCZINSKI, 2008).

Em 1970, a Organização Mundial de Saúde conduziu o Estudo Colaborativo em Estratégias para Atendimento em Saúde Mental que visava validar métodos de baixo custo para este rastreamento, e com intuito de avaliar os transtornos mentais em países em desenvolvimento, patrocinou a elaboração do instrumento de pesquisa *Self-Reporting Questionnaire (SRQ)* (SANTOS et al., 2010). Participaram deste estudo 1.624 pacientes dos

serviços da atenção primária (HARDING et al., 1980). A preocupação com os efeitos que os problemas mentais pudessem ter nos países em desenvolvimento, assim como, a necessidade da adequada avaliação desses transtornos mentais, considerando o contexto cultural desses países, foram as bases norteadoras do processo de construção do SRQ. Foram utilizados instrumentos de *screening* para morbidade psíquica na derivação do *Self-Reporting Questionnaire: Patient Symptom Self-Report*, desenvolvido na Colômbia; *Post Graduate Institute Health Questionnaire N2*, desenvolvido na Índia; *General Health Questionnaire*, na versão de 60 itens usado em países desenvolvidos e em desenvolvimento; e os itens de “sintomas” da versão reduzida do *Present State Examination* (SANTOS et al., 2010).

O *SRQ* está recomendado pela OMS (WHO, 1994) para estudos comunitários e em atenção primária à saúde, principalmente nos países em desenvolvimento. É um instrumento de rastreamento, e não de diagnóstico. É composto originalmente por 30 itens, sendo 20 sobre sintomas psicossomáticos para rastreamento de transtornos não psicóticos, 4 para rastreamento de transtornos psicóticos, um para rastreamento de convulsões do tipo tônico-clônica e 5 itens para rastreamento de transtorno por uso de álcool (GONÇALVES; STEIN; KAPCZINSKI, 2008).

Segundo Gonçalves, Stein e Kapczinski (2008), o *SRQ-20*, versão com 20 questões, vem sendo utilizado em vários países de culturas diferentes para rastreamento de transtornos não psicóticos.

O *Self-Reporting Questionnaire-20* por se tratar de um instrumento com utilização de baixo custo, de fácil aplicação e desenvolvido para rastreamento de morbidade psiquiátrica, ou seja, avalia a presença ou ausência de sintomas psiquiátricos não psicóticos a partir de respostas binárias (sim/não) e ponto de corte para casos suspeitos ou não suspeitos, tem sido usado em várias pesquisas em diversos locais do mundo para análise da presença de suspeição de transtornos mentais comuns (CABANA et al., 2007; COSTA; DIMENSTEIN; LEITE, 2015; FIOROTTI et al., 2010; GONÇALVES-PEREIRA, 2016; GUIRADO; SANTOS et al., 2010; LIMA; DOMINGUES; CERQUEIRA, 2006; ROCHA; SASSI, 2013). Dentre os estudos publicados na literatura, várias pesquisas podem ser encontradas com foco na população relacionada com a saúde, incluindo enfermeiros, médicos e graduandos da Medicina (CABANA et al., 2007; LIMA; DOMINGUES; CERQUEIRA, 2006; FIOROTTI et al., 2010; ROCHA; SASSI, 2013).

Observa-se também que a atenção e a autopercepção quanto à presença de transtornos mentais e à qualidade de vida podem ser negligenciadas pelos profissionais de saúde e acadêmicos de Medicina. Observam-se, inclusive, a resistência do médico quanto ao estudo

da própria saúde mental (CABANA et al., 2007) e dos estudantes de Medicina quanto à busca por tratamento das morbidades psíquicas com receio de estigmatização e quanto à confidencialidade, e devido aos custos (AMARAL et al., 2008).

A cada dia, ressalta-se mais a importância da avaliação da saúde física e mental da população e da qualidade de vida, buscando o investimento em ações promotoras desta saúde integrativa mente-corpo e da satisfação pessoal. A avaliação quanto à qualidade de vida pessoal, poderá sofrer influência da presença de alterações mentais decorrentes de morbidades psíquicas.

O crescente interesse em viver bem e buscar condições para isto faz com que as ações responsáveis sejam analisadas através das consequências no bem-estar da população em geral (OLIVEIRA, 2006).

O interesse no bem-estar da população acentua-se a partir da Segunda Guerra Mundial, quando a Organização das Nações Unidas (ONU), passa a preocupar-se mais com as condições de vida dos países membros e com o estudo das variáveis que interfeririam nestas condições. Na década de 50, surgem as pesquisas de medidas de atributos humanos, denominados de boa vida, realizadas por investigadores clínicos, epidemiologistas, cientistas sociais e estatísticos (OLIVEIRA, 2006).

O conceito de boa vida foi sendo ampliado desde sua concepção. Inicialmente, a ideia da conquista de bens materiais foi modificada pela medição do quanto uma sociedade havia se desenvolvido economicamente, e o Produto Interno Bruto (PIB) foi o referencial relacionado à boa vida. Posteriormente, o conceito teve indicadores relacionados com saúde, mortalidade infantil, educação, taxa de evasão escolar, nível de escolaridade, condições de moradia e trabalho, crescimento individual, esperança de vida, taxa de violência (suicídios, homicídios, acidentes), saneamento básico, nível de poluição, qualidade de transporte e lazer, dentre outros, tornando potencialmente infinita a quantidade de indicadores (OLIVEIRA, 2006).

Apesar da importância dos indicadores descritos, os indivíduos de determinada sociedade inseriam-se de modo distinto e poderiam distanciar-se do índice médio da população. Com isso, a partir de 1960, torna-se relevante a consideração sobre a percepção do indivíduo quanto à própria qualidade de vida (OLIVEIRA, 2006). A opinião pessoal sobre a satisfação ou insatisfação quanto à própria vida passa a ser valorizada.

O conceito de qualidade de vida começou a ser desenvolvido em meados de 1970 por meio de interesses na área da saúde, ciências sociais, econômicas e humanas (CHAZAN; CAMPOS, 2013).

A preocupação com a QV veio como um movimento de valorizar parâmetros mais amplos que apenas controlar sintomas, diminuição da mortalidade ou aumento da expectativa de vida, variáveis apenas consideradas relevantes pela Medicina e áreas afins em período prévio (FLECK et al., 1999).

No âmbito da saúde destaca-se a necessidade de avaliação da QV para diversas compreensões. Pode ser analisada para entendimento de ações preventivas e corretivas para uma população em geral, para avaliação de determinada população acometida por determinada patologia, para verificação da qualidade de vida de grupo específico acometido por determinados fatores, dentre outras.

Para a avaliação da saúde preocupa-se no estabelecimento de parâmetros mais amplos do que a simples ausência de doenças, com interesse no desenvolvimento de medidas que retratem a QV das pessoas (ALVES et al., 2010). O médico deve ser o responsável pelas atividades de promoção à saúde de modo amplo e integral, incluindo o aspecto físico, psicológico e a inserção do indivíduo no ambiente em que vive. O enfoque habitualmente dado aos profissionais de saúde ao termo QV teria tido ênfase apenas nos aspectos biológicos e orgânicos (RAMOS-DIAS et al., 2010).

O conceito de QV passa a ser amplo e subjetivo ao considerar-se a percepção da pessoa sobre o seu estado de saúde e situação pessoal. Com isso, o próprio indivíduo passa a analisar sua QV, ao contrário das tendências iniciais do uso deste conceito quando a pessoa tinha a QV avaliada por meio de um observador externo (SEIDL; ZANNON, 2004).

O termo qualidade de vida pode levar a interpretações individuais, o que dificultaria a sua avaliação e comparação entre pessoas, pois cada um poderia enfatizar uma área de vida, tal como, saúde física, relacionamento social, vida familiar, experiências espirituais.

Desde o consenso da importância do estudo da qualidade de vida, há esforços para o aprimoramento do seu significado e para a construção de instrumentos medidores das variáveis relacionadas com os valores pessoais e de uma sociedade, considerando diferenças culturais e sociais que possam impactar a satisfação individual e subjetiva quanto à própria vida.

Tendo em vista que um aspecto bem relevante na avaliação da qualidade de vida é considerar o que é importante para o próprio indivíduo, o impacto na QV promovido pela cultura na qual a pessoa está inserida e a existência da falta de consenso para o conceito de QV, a Organização Mundial da Saúde (OMS) organizou um grupo de trabalho a fim de buscar uma definição sobre qualidade de vida.

Reuniram-se especialistas de diferentes partes do mundo e de 15 diferentes contextos, culturas, condições sociopolíticas, econômicas e crenças, com o objetivo de produzirem um conceito e instrumento de avaliação de QV, formando o grupo de qualidade de vida (*Quality of life* – QoL) (FLECK et al., 2008; WHO, 1996).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, a qualidade de vida é definida como “a percepção do indivíduo em sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. A OMS também considera que a qualidade de vida tem base na percepção individual e subjetiva da posição do indivíduo na vida, não podendo ter um conceito universal.

Tendo em conta a abrangência, subjetividade e multidimensionalidade do conceito de qualidade de vida da OMS, foi desenvolvido a partir do projeto multicêntrico e a fim de uso internacional e transcultural, um questionário específico para uniformizar a avaliação da qualidade de vida, o *World Health Organization Questionnaire for Quality of Life* - 100 (WHOQoL - 100).

O WHOQoL – 100 baseia-se nos pressupostos que a qualidade de vida é uma construção subjetiva, apenas possível de ser avaliada pela própria pessoa, multidimensional, e composta por elementos positivos que devem estar presentes e negativos que devem estar ausentes. Este instrumento tem 6 domínios: físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, meio-ambiente, espiritualidade / religião / crenças pessoais.

Com a necessidade de utilização de instrumentos curtos, rápidos e fáceis de aplicação, a OMS desenvolveu o *World Health Organization Questionnaire for Quality of Life – bref* (WHOQoL-BREF), envolvendo 20 grupos de pesquisa representantes de 18 países com diferentes características socioeconômicas, políticas e religiosas, que na primeira etapa ratificaram o conceito sobre QV construído pelo grupo anterior.

A seleção dos itens para o WHOQoL-BREF resultou da análise da abrangência conceitual que melhor representasse cada domínio e pelo critério psicométrico. Selecionou-se a faceta que apresentava a maior correlação com o escore total do WHOQoL – 100, aferida pela média de todas as facetas, permitindo entender o quanto cada questão responde ao critério perguntado. Posteriormente, os itens selecionados foram examinados por peritos através de um painel para se estabelecer se representava, conceitualmente, cada domínio de onde as facetas provinham. Destes 24 itens selecionados, 6 foram substituídos por itens que definiam melhor a faceta correspondente.

Ao final, após análise fatorial confirmatória para uma solução a 4 domínios, o WHOQoL-BREF ficou composto de 4 domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio-

ambiente. As 24 facetas foram definidas com uma questão cada no WHOQoL-BREF, totalizando 24 itens, aos quais se somam mais dois itens gerais de qualidade de vida, totalizando 26 itens. As facetas dos domínios nível de independência e espiritualidade / religião / crenças pessoais foram incluídas nos domínios físico e psicológico, respectivamente.

O WHOQoL-BREF tem sido largamente utilizado como instrumento para avaliação da qualidade de vida, sendo a primeira pesquisa com este instrumento publicada em 1998. Em um estudo de revisão (KLUTHCOVSKY; KLUTHCOVSKY, 2009), observou-se que entre 1998 e 2006, dos 169 artigos publicados sobre o uso do WHOQoL-BREF como instrumento de medição da qualidade de vida, 80% das publicações estão concentradas a partir de 2004, e que o Brasil destaca-se como o país que mais publicou em comparação aos outros 33 países de todos os continentes.

Diversos estudos envolvendo população em geral, pessoas com determinadas doenças ou envolvidas em situações específicas, estudantes da graduação e especialização, incluindo estudantes de Medicina, trabalhadores e imigrantes têm sido descritos utilizando o WHOQoL-BREF para análise da qualidade de vida.

Blay e Marchesoni (2011), em um estudo com 90 estudantes, incluindo 38 discentes acima de 65 anos, da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) e Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), observaram que condições psicológicas podem impactar nos domínios do WHOQoL-BREF. Analisou em sua pesquisa que a morbidade psiquiátrica impactou nos 4 domínios e mais especificamente, nos domínios físico, psicológico e social, e a depressão foi associada com impacto no domínio social. Um dos pontos importantes nesta discussão é que a qualidade de vida é medida de modo subjetivo e pelo próprio indivíduo, tendo caráter multidimensional. As morbidades psiquiátricas de um modo geral influenciam a maneira do indivíduo observar seu estado íntimo e o mundo em sua volta, impactando na percepção do indivíduo quanto à sua qualidade de vida.

No estudo sobre a qualidade de vida de 84 estudantes de Medicina da Universidade de Brasília (UnB), entre agosto de 2010 e agosto de 2011, observou-se que 95,2% dos entrevistados consideraram que o mau humor, o desespero, a ansiedade e a depressão (item 26 do WHOQoL-BREF) estiveram presentes nas últimas duas semanas anteriores ao estudo, e 50% experimentaram estes sentimentos frequentemente, muito frequentemente ou sempre (BAMPI et al., 2013).

Considerando a necessidade de compreender melhor a relação das morbidades psiquiátricas com os domínios do WHOQoL-BREF, Blay e Marchesoni (2011) sugeriram a importância da realização de outros estudos.

Durante a experiência da pesquisadora, enquanto docente do curso de Medicina da Universidade Federal da Integração Latino-Americana (UNILA) e participante da estruturação do estatuto do Núcleo de Apoio ao Estudante (NAE) da mesma universidade, foi observada a demanda de formulação de estratégias para análise da presença de sintomas psicológicos, psicossomáticos e psicopatológicos, assim como de avaliação dos fatores associados ao aparecimento destes sintomas nos estudantes da medicina, e da qualidade de vida dos mesmos.

Ressalta-se que os estudos sobre Educação Médica devem ir além do aprendizado pedagógico e do perfil de competência dos egressos. O estudante de Medicina, muitas vezes, não aprende durante o curso sobre o conceito de qualidade de vida e não percebe o baixo escore da própria qualidade de vida e a presença de sintomas de morbidade psíquica. Mas ao mesmo tempo, precisa capacitar-se a restituir e a auxiliar a prevenção da saúde integral do paciente, o que influenciará na qualidade de vida do mesmo.

1.1 Revisão da literatura

Na atualidade, observam-se diversos estudos com foco na investigação de transtornos mentais comuns e na avaliação da qualidade de vida do estudante do curso de Medicina (ALMEIDA, 2017; BARBOSA, 2016; COSTA; MENDES; ANDRADE, 2017; FERREIRA; KLUTHCOVSKY; CORDEIRO, 2016; PACHECO et al., 2017; PAGNIN; QUEIROZ, 2019; SANTOS et al., 2017; SILVA; CERQUEIRA; LIMA, 2014).

De acordo com pesquisas anteriores realizadas com estas temáticas (BALDASSIN, 2010; FIOROTTI et al., 2010; FIEDLER, 2008; GUIMARÃES, 2006), observam-se alguns pontos: há presença de transtornos mentais comuns nos estudantes de Medicina; percepção dos estudantes de Medicina de que a qualidade de vida deles fora do curso é melhor; há grande número de estudantes insatisfeitos com o curso de Medicina; há fatores que influenciam positivamente (contato com o paciente, ter supervisão em atividades práticas, participar de projetos de desenvolvimento social, ter boas aulas e professores com didática) e negativamente (falta de tempo para estudo, lazer, relacionamentos e descanso, não receber apoio emocional adequadamente) na qualidade de vida do estudante.

Considerando a importância de discutir as emoções do aluno de Medicina, Quintana et al. (2008), no estudo dos discentes da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), descreveram fatores estressantes diagnosticados: ser o paciente objeto de ensino, lidar com cadáveres no sentido de que foi um ser humano, falar pela primeira vez com o paciente, defasagem de tempo entre ensino básico e profissionalizante para lidar com o paciente na prática, treinar procedimentos invasivos em quem acabou de falecer e ser humilhado pelo professor.

Meyer et al. (2012) avaliaram estudantes de cursos médicos públicos e privados de Santa Catarina e apesar de verificarem níveis elevados de estresse nos estudantes, estes mostravam qualidade de vida positiva. Discutem sobre o quanto as demandas psicológicas apresentam-se como fatores estressantes aos estudantes do último ano de Medicina, recomendando maior tempo para descanso e lazer, prática de atividades física e maior tolerância a mudanças no cotidiano a fim de minimizar o estresse neste grupo da população.

Um recurso positivo para o manejo do estresse nos graduandos verificado em pesquisa na Universidade Federal de Goiás foi a inserção de uma disciplina eletiva na qual eram discutidas estratégias de enfrentamento do estresse. Pereira (2014) concluiu que os alunos encontravam-se na fase de estresse “resistência” e debateu sobre a necessidade de ações relacionadas com prevenção, terapêutica e análise de mudança curricular para auxílio na condição de estresse estudantil.

Alguns estudos buscam analisar qual período teria maior impacto no sofrimento dos acadêmicos de um modo geral, mas não há consenso na literatura (ALMEIDA et al., 2007; ALVES et al., 2010; COSTA; MENDES; ANDRADE, 2017).

Em decorrência do estresse, pesquisas têm demonstrado alta prevalência de suicídio, depressão, uso de drogas, distúrbios conjugais e disfunções profissionais em médicos e estudantes de Medicina, com consequência direta no cuidado ao paciente (AQUINO, 2012).

Estudo africano demonstrou que 64,5% dos estudantes de Medicina do primeiro período apresentavam algum grau de depressão, com 11% dos estudantes apresentando altíssimos níveis de estresse; nos EUA, 46% dos estudantes de nove escolas médicas apresentavam pelo menos um dos sintomas de estresse, fadiga, ansiedade, depressão, cefaleia e distúrbios alimentares; e no Brasil, uma pesquisa mostrou a prevalência de suspeição de TMC em 31,7% dos estudantes entre o primeiro ao décimo período do curso na Universidade Federal de Santa Maria (FIOROTTI et al., 2010).

Em um estudo transversal realizado com 384 alunos da Universidade Federal da Paraíba, a prevalência de suspeição de TMC foi de 33,6%, sendo que cursar o quinto período

(momento de transição para estágios clínicos no curso daquela universidade), história familiar de TMC ou doenças psiquiátricas e queixas psicossociais são os fatores mais associados à suspeita de presença de quadros desses transtornos (ROCHA; SASSI, 2013).

Em outro estudo transversal realizado na Faculdade de Medicina de Botucatu (UNESP), em São Paulo, com 551 universitários, a prevalência de casos suspeitos de TMC foi de 44,7% com alguns fatores de risco relacionados, como a dificuldade para fazer amigos, avaliação ruim sobre desempenho escolar, pensar em abandonar o curso, e não receber o apoio emocional do qual necessita. Lima, Domingues e Cerqueira (2006) ressaltaram a limitação desta pesquisa sobre a impossibilidade de atribuir causalidade às associações encontradas, pois sendo estudo transversal o desfecho e a exposição são analisados simultaneamente.

A pesquisa na Universidade Federal do Espírito Santo, em 2010, envolvendo 229 alunos da Medicina também ressalta o não receber o apoio emocional necessário como fator de risco para suspeição de TMC, que foi de 37,1% naquela amostra. Outro fator observado foi a dificuldade para tirar dúvidas em sala de aula por timidez durante o período da infância ou adolescência, ou seja, prévio à entrada no curso de graduação. Este dado leva ao debate por Fiorotti et al. (2010) da possibilidade de que questões emocionais preexistentes possam influenciar no curso de Medicina. Em 1972, Vaillant, Sobowale e Mcarthur consideraram que os médicos com adaptações instáveis na infância e adolescência revelaram vulnerabilidade às necessidades da profissão.

No estudo descritivo na Universidade Federal de Goiás realizou-se uma pesquisa sobre a prevalência específica de depressão em 287 alunos do primeiro ao sexto ano. Foi encontrado o resultado de 26,8% de alunos com sintomas depressivos, com 6,9% dos alunos apresentando sintomas depressivos moderados e graves e 19,9%, sintomas leves. Neste estudo, também foram observadas presença de ideias de suicídio entre os estudantes (AMARAL et al., 2008).

Os achados encontrados são coerentes com a preocupação em relação à morbidade psíquica nos estudantes de Medicina.

Conforme descrito anteriormente, um dos instrumentos utilizados para avaliação da suspeição da morbidade psíquica nos acadêmicos de Medicina é o *Self-Reporting Questionnaire-20* (CABANA et al., 2007; CERQUEIRA, 2006; FIOROTTI et al., 2010; LIMA; DOMINGUES; CERQUEIRA, 2006; ROCHA; SASSI, 2013). O SRQ-20 está indicado para ser utilizado em atividade clínica por qualquer profissional, pois não precisa de um avaliador clínico e o treinamento pode ser feito de modo autônomo e individual, além da

indicação para uso em centros primários, estudos de base populacional e de prevalência psiquiátrica devido ao baixo custo.

Um ponto de ressalva à universalidade no uso do *Self-Reporting Questionnaire-20* é a não homogeneidade, em estudos com instrumento validado, tanto no Brasil quanto em outros locais do mundo, incluindo outros países latino-americanos (BRAVO; NAZAR, 2015; GUERRA et al., 2011; HARPHAM et al., 2003; ILLANES et al., 2007; ISHIDA et al., 2010; MEEKERS; PALLIN; HUTCHINSON, 2013; PUERTAS; RÍOS; VALLE, 2006; QUITIAN et al., 2016), dos pontos de corte utilizados para suspeição ou não dos casos com morbidade psíquica, inclusive alguns estudos utilizando distintos pontos de corte para diferenças no sexo e outros estudos, o mesmo ponto de corte independentemente do sexo.

Em alguns estudos latino-americanos houve modificação do instrumento. A fim de auxiliar na compreensão cognitiva do SRQ-20, na pesquisa de Bravo e Nazar (2015) introduziram-se perguntas alternativas aos itens onde houve dificuldade de compreensão. Já Harpham et al. (2005) realizaram estudo piloto para adaptação ao idioma e expressões locais.

No trabalho de Harpham et al. (2003), há duas considerações importantes sobre o uso do SRQ-20: adaptação cultural e ponto de corte. Até a data de sua publicação, havia 21 traduções do instrumento, as quais têm sido adaptadas de acordo com necessidades da cultura onde o instrumento é aplicado. Relata haver necessidade de analisar demandas de revisão da versão já traduzida para determinado idioma a partir de contextos na qual a amostra está inserida, como exemplo, no caso da população ser urbana ou rural, e a partir de ocorrência de mudanças na linguagem local.

Este instrumento da OMS foi validado no Brasil em 1985 (MARI; WILLIAMS, 1986) em um estudo envolvendo três centros primários de saúde na cidade de São Paulo. Na década de 90, foi o instrumento de triagem para morbidade psíquica mais usado nos estudos no Brasil (SANTOS; ARAÚJO; OLIVEIRA, 2009). Desde então, pesquisas tem considerado instrumento válido e satisfatório para o rastreamento de morbidade psiquiátrica (GONÇALVES; STEIN; KAPCZINSKI, 2008; SANTOS; ARAÚJO; OLIVEIRA, 2009; SANTOS et al., 2010).

Gonçalves, Stein e Kapczinski (2008), numa pesquisa com 485 pessoas comparando o SRQ-20 com a realização de entrevista psiquiátrica através do *Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR* (SCID-IV-TR), considerado padrão-ouro, obtiveram o poder discriminante do SRQ-20 sendo de 0,91 e o coeficiente Cronbach alfa foi de 0,86, o que torna este instrumento interessante para uso no rastreamento de transtornos mentais comuns em estudantes da graduação médica.

Em relação à avaliação da qualidade de vida também existem alguns instrumentos e pesquisas nesta área.

Fiedler (2009) durante o período de realização de sua tese de doutorado, intitulada Avaliação da qualidade de vida do estudante de Medicina e da influência exercida pela formação acadêmica, finalizada em 2008, produziu e validou no Brasil o Inventário de avaliação da qualidade de vida do estudante no curso de Medicina (IQVEM), específico para análise da qualidade de vida desta população. É composto por afirmações distribuídas em 5 macrovariáveis, definidas pelos criadores do questionário, denominadas de domínios: geral, físico, gestão de tempo, ambiente de ensino e psicológico. Cada domínio tem uma quantidade específica de pontos, sendo que a soma total dos domínios expressa o escore total de qualidade de vida do questionário, podendo variar entre 50 e 250 pontos. Contém em sua estrutura 90 afirmações, utilizando-se da escala de *Likert* para o estudante assinalar, para cada uma delas, concordo totalmente, concordo, indiferente, discordo e discordo totalmente. Assim como o WHOQoL, não permite ponto de corte para o que é uma boa ou ruim qualidade de vida, devendo ser utilizado para comparações entre anos de curso, sexo, escolas e metodologias.

Em seu estudo com estudantes distintos de 6 escolas médicas, privadas e particulares, Fiedler (2009) concluiu que a percepção destes estudantes é que apresentam pior qualidade de vida no curso do que sua qualidade de vida fora do curso. Um grande número destes discentes está insatisfeito com o curso de Medicina, e muitos afirmam não aproveitarem a vida, alimentando-se mal e não cuidando da saúde. Foram também observados sentimentos de tristeza e desânimo, insatisfação com a vida afetiva e sexual.

César, Paz e Novaes (2012) também utilizaram o IQVEM em estudo sobre análise da QV de 345 estudantes em escola pública de Brasília. Observaram que o segundo ano obteve a melhor qualidade de vida, e o quarto ano a pior, seguido do sexto ano.

O instrumento atualmente mais utilizado nos estudos de QV é o WHOQoL-BREF. Kluthcovsky e Kluthcovsky (2009) já apontavam em sua pesquisa com dados de até 2006, a crescente e progressiva utilização do instrumento em estudos científicos, quando naquela data observaram-se publicações no total de 33 países, distribuídos nos cinco continentes, ressaltando a possibilidade do desenvolvimento de pesquisas em diversos centros, com culturas diferentes, e realizar a comparação destes resultados em diferentes países e populações. O WHOQoL-BREF, atualmente, é traduzido em 40 idiomas.

Encontram-se na literatura vários estudos sobre qualidade de vida com o WHOQoL-BREF em diferentes tipos de amostras e diversos países latino-americanos (ÁLVAREZ;

MERCHÁN; POTES, 2015; ÁLVAREZ-MENDIETA; PASTRANA-RESTREPO, 2014; AMADOR et al., 2016; ÁVILA-TOSCANO; VERGARA-MERCADO, 2014; BENÍTEZ-BORREGO et al., 2016; BLAY; MARCHESONI, 2011; BONICATTO et al., 2001; CARDONA-ARIAS; HIGUITA-GUTIERREZ, 2014; CARDONA-ARIAS; GARCÍA; HURTADO; ARANDA, 2015; GUERRA et al., 2011; LEÓN-MIRA; CARDONA-TAPIAS, 2014; CARDONA-ARIAS; OSPINA-FRANCO; ELJADUE-ALZAMORA, 2015; CARDONA-ARIAS et al., 2011; ESPINOZA et al., 2011; FLECK et al., 2000; GUZMÁN et al., 2009; GUZMÁN et al., 2008; OLIVEIRA, 2006; RANGEL-DOMÍNGUEZ et al., 2013; ROCHA; CARLOTTO; PIZZINATO, 2013; ROCHA; FLECK, 2009; ROCHA et al., 2012; ROMERO, 2010; SALAZAR-MAYA; HOYOS-DUQUE; BOJANINI-ACEVEDO, 2014; SIMONELLI et al., 2013; TOMBOLATO, 2005; URZÚA, 2008; URZÚA A., 2013; URZÚA; CAQUEO-URÍZAR, 2013; URZÚA et al., 2016; URZÚA et al., 2015; URZÚA et al., 2012; VERA-VILLARROEL; VALTIERRA; CONTRERAS, 2016; VERA-VILLARROEL et al., 2012; ZAPATA, 2010). Em 2015, na *Convención Salud*, Collar et al. (2015) também apresentaram uma pesquisa envolvendo os alunos do Instituto Latino-Americano de Economia, Sociedade e Política (ILAESP) da UNILA a fim de avaliar a qualidade de vida destes discentes utilizando o WHOQoL-BREF.

Trabalhos publicados em vários países latino-americanos (Chile, Cuba, Peru, Paraguai, Argentina, Colômbia, Costa Rica), excluindo o Brasil, utilizam a versão traduzida para o espanhol realizada na Espanha. De acordo, com Lucas-Carrasco (2012) a versão espanhola apresenta propriedades psicométricas satisfatórias, tais como, consistência interna, validade discriminante, evidência de convergência e aceitabilidade.

Um dos pontos argumentados nas publicações latino-americanas para utilização da versão espanhola, é que a construção do WHOQoL-BREF pela Organização Mundial de Saúde tem caráter transcultural e internacional, sendo produzido a partir de um projeto multicêntrico com a participação de 20 centros de 18 países distintos com o intuito de aplicação em países com culturas, valores, características populacionais, políticas, tipos de gestão, religião e realidades socioeconômicas diferentes.

Em relação à utilização da versão espanhola do WHOQoL-BREF, observam-se publicações com algumas considerações de pesquisadores e estudos realizados.

Benítez-Borrego et al. (2016) realizaram estudo sobre o funcionamento diferencial dos itens do WHOQoL-BREF numa amostra de 1.972 pessoas em 9 países com idioma espanhol (Espanha, Peru, México, Cuba, Paraguai, Argentina, Colômbia, Costa Rica e Chile). Ponderaram que as variáveis históricas, culturais e sociais destes países podem influenciar a

percepção dos indivíduos quanto à qualidade de vida mesmo estas pessoas utilizando o idioma Espanhol, e discute a possibilidade de nuances no vocabulário destes países poderem levar às compreensões diferentes sobre as afirmações presentes no WHOQoL-BREF.

Já o estudo de Cardona-Arias, Hernández-Petro e León-Mira (2014) com 100 pessoas com fibromialgia mostrou que o WHOQoL-BREF obteve excelente validade e confiabilidade, e no Chile, Espinoza et al. (2011) realizaram estudo sobre a validação do WHOQoL-BREF na população idosa. Urzúa et al. (2015; 2016) realizaram pesquisas com foco na imigração utilizando também o instrumento para avaliação da QV de imigrantes colombianos e peruanos no Chile, Zapata e Romero (2010) ressaltaram o caráter transcultural para utilização da versão espanhola mesmo que não validada para a população na Colômbia, e Cardona-Arias, Álvarez-Mendieta e Pastrana-Restrepo (2014) salientaram a excelente fidedignidade, consistência interna e validade discriminatória no estudo para idosos em local geriátrico na Colômbia. Márquez-Montero et al. (2011) comparam a QV entre a população urbana e a urbana de imigração rural, Guzmán et al. (2008) aplicaram o instrumento na população de Cuba após avaliação semântica de especialista, e Cardona-Arias et al. (2011) ponderaram na discussão do artigo sobre a não validação do instrumento utilizado na pesquisa para análise da QV avaliada em amostra de pacientes HIV na Colômbia.

Por sua vez, Urzúa A. et al. (2013) realizaram estudo comparativo entre a QV de participantes no Chile, Espanha e Cuba. Simonelli et al. (2013) ressaltaram que o WHOQoL-BREF talvez não avalie aspectos específicos de moradores em favela na Argentina, e em 2013, Urzúa e Caqueo-Urizar realizaram estudo com 2016 pessoas moradoras no norte do Chile e consideraram que a análise da estrutura fatorial e de valores de referência fazem possível a utilização do WHOQoL-BREF para avaliação da percepção pessoal desta população quanto à QV.

No Brasil, a versão em Português do WHOQoL-BREF foi validada com características satisfatórias de consistência interna, validade discriminante, validade de critério, validade concorrente e fidedignidade teste-reteste (FLECK et al., 2000). Esta versão tem sido utilizada em diversos estudos no Brasil (ALVES et al., 2010; CHAZAN; CAMPOS, 2013; MEYER et al., 2012; SANTOS et al., 2017).

Diversos pesquisadores utilizaram a versão brasileira do WHOQoL-BREF para análise da QV em estudantes da graduação médica.

Chazan e Campos (2013) em sua pesquisa com 394 acadêmicos da Universidade Estadual do Rio de Janeiro constataram que os menores escores de QV foram encontrados no

sexo feminino, com morbidade crônica referida, ingressantes por meio de cotas, da classe C (classificação através da classe econômica critério Brasil 2008) e do terceiro e sexto anos.

Em relação ao comparativo de QV a partir do ano de curso, Alves et al. (2010), no estudo com 370 estudantes de Medicina da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), da Universidade Estadual de Pernambuco (UEP) e da Escola Pernambucana de Medicina (EPM), em Recife, observaram que os alunos do primeiro período apresentavam os melhores resultados quanto à autoavaliação da qualidade de vida, concluindo que os discentes sofriam desgastes no domínio psicológico durante o curso médico.

Já no curso de Medicina de Sorocaba, Ramos-Dias et al. (2010), em uma pesquisa com alunos do primeiro e sexto anos, observaram menor pontuação dos alunos do primeiro ano em relação aos alunos do sexto ano no domínio das relações pessoais. Também concluíram que cerca de um terço dos alunos de ambos os grupos pontuou dentro do primeiro quartil em três ou em todos os domínios, o que indicava aqueles com pior QV. Neste estudo, 2 alunos estrangeiros (Equador e EUA) fizeram parte da amostra, a qual continha alunos de diversas nacionalidades brasileiras. Os autores ressaltaram a necessidade da importância do autocuidado discente a fim de melhorar a assistência aos pacientes.

Considerações a respeito da responsabilidade do curso de Medicina com a qualidade de vida e aspectos emocionais também são apontados em pesquisa. Bampi et al. (2013), em estudo observacional de corte transversal com 84 estudantes da Universidade de Brasília (UnB), demonstraram que os domínios relações sociais e psicológicos foram o melhor e o pior avaliados, respectivamente, pela amostra. Tiveram também nos resultados a influência negativa na QV das facetas capacidade de concentração, sono, grau de energia, capacidade para realizar atividades do dia a dia e do trabalho, oportunidades do lazer e sentimentos negativos (mau humor, desespero, ansiedade e depressão), as quais estão intimamente ligadas ao processo da formação e das atividades acadêmicas.

Feodrippe, Brandão e Valente (2013) fazem considerações das poucas ações para melhoria da qualidade de vida dos estudantes, inclusive da consequência negativa da QV ruim para a sociedade e para o caráter do médico. No artigo de revisão, identificaram 2 grupos de artigos: quantitativo, focalizando a medida da qualidade de vida de cada grupo de estudantes, e abordagem qualitativa, voltada para a avaliação da percepção do aluno sobre o tema e também para o entendimento dos motivos que transformam o curso em fator estressor para os alunos. Concluíram-se o predomínio dos artigos quantitativos e a escassez de pesquisas qualitativas que poderiam auxiliar em intervenções públicas.

Estudar a suspeição da presença de transtornos mentais comuns e a qualidade de vida nos discentes da Medicina torna-se, então, importante no processo de aperfeiçoamento da Educação Médica.

HIPÓTESES DO ESTUDO

2 HIPÓTESES DO ESTUDO

Concernente ao tema, pode-se refletir sobre formulação de hipóteses em relação aos estudantes de Medicina:

1. Há suspeição da presença de transtornos mentais comuns nestes estudantes.
2. O nível de autopercepção destes estudantes quanto à própria qualidade de vida está abaixo ao da média da literatura.
3. Existe associação negativa entre qualidade de vida e a suspeição da presença de transtornos mentais comuns nestes graduandos.
4. Existe associação negativa entre variáveis sociodemográficas e a suspeição da presença de transtornos mentais comuns nestes graduandos.
5. Existe associação negativa entre fatores de saúde e a suspeição da presença de transtornos mentais comuns nestes graduandos.
6. Existe associação negativa entre fatores de rede de apoio e a suspeição da presença de transtornos mentais comuns nestes graduandos.
7. Existe associação negativa entre fatores de inter-relação e a suspeição da presença de transtornos mentais comuns nestes graduandos.
8. Existe associação negativa entre fatores do curso e a suspeição da presença de transtornos mentais comuns nestes graduandos.

Constatando a diversidade e amplitude do tema, esta pesquisa será norteadas pelas hipóteses apresentadas, consideradas, por esta pesquisadora, iniciais sobre os estudantes de Medicina, considerando a utilização de instrumentos validados nos países dos discentes para análise da suspeição da presença de transtorno mental comum e da qualidade de vida.

OBJETIVOS

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

- Analisar os fatores associados à suspeição de Transtornos Mentais Comuns nos estudantes do curso de Medicina na Universidade Federal da Integração Latino-Americana.

3.2 Objetivos específicos

- Descrever variáveis sociodemográficas, de saúde, de rede de apoio, de inter-relação pessoal e do curso dos estudantes de Medicina.
- Estimar a prevalência de suspeição de transtornos mentais comuns em estudantes brasileiros de Medicina.
- Descrever a presença de suspeição de TMC entre os estudantes brasileiros do curso de Medicina a partir de questionário autoaplicável.
- Descrever a qualidade de vida dos estudantes brasileiros do curso de Medicina por meio de questionário autoaplicável.
- Identificar domínios da qualidade de vida associados à suspeição de TMC nos estudantes brasileiros do curso de Medicina.
- Identificar fatores sociodemográficos associados à suspeição de TMC dos estudantes brasileiros do curso de Medicina.
- Identificar fatores de saúde associados à suspeição de TMC dos estudantes brasileiros do curso de Medicina.
- Identificar fatores de rede de apoio associados à suspeição de TMC dos estudantes brasileiros do curso de Medicina.
- Identificar fatores de inter-relação pessoal associados à suspeição de TMC dos estudantes brasileiros do curso de Medicina.
- Identificar fatores do curso associados à suspeição de TMC dos estudantes brasileiros do curso de Medicina.

MÉTODO

4 MÉTODO

4.1 Caracterização do estudo

Trata-se de um estudo de natureza transversal analítico.

4.2 Local do estudo

Esta pesquisa foi desenvolvida na Universidade Federal da Integração Latino-Americana (UNILA), em Foz do Iguaçu, Paraná, em seu Campus universitário e em local de atividades práticas vinculadas ao curso e à Universidade.

A UNILA é uma universidade com algumas peculiaridades relacionadas à imigração, à multiculturalidade e ao bilinguismo.

A universidade encontra-se localizada na cidade de Foz do Iguaçu, no extremo Oeste do Paraná. Cidade de tríplice fronteira, a chamada Fronteira do Iguaçu, é a mais conhecida entre as 9 tríplices fronteiras brasileiras, onde o Brasil faz limites com Ciudad Del Este no Paraguai e Puerto Iguazú na Argentina. Em uma área total de 617, 71 km², o território urbano de Foz do Iguaçu está circunscrito a 191,46 km², envolvida por 69% de área natural, incluindo o Parque Nacional do Iguaçu, inaugurado em 1939. A história do território do município foi cultivada sobre as bases da história do território guarani, cuja cartografia indígena era representada pela presença milenar daquele povo, juntamente com sua organização política, social, cultural e religiosa. Com 256.088 habitantes (censo IBGE 2010), Foz do Iguaçu, tem a especificidade de sua população ser constituída por 72 nacionalidades, dentre as 192 nacionalidades existentes no planeta (OLIVEIRA, 2012).

A colonização linguística cultural da Fronteira do Iguaçu resulta de referências relacionais orientadoras individuais e coletivas, construídas historicamente, numa espécie de saber praticado pela população, a partir dos guaranis nativos e dos estrangeiros radicados no município. Considera-se que a ocupação oficial por brasileiros ocorreu em 1889, na fundação da Colônia Militar. Nesta época, além da presença dos indígenas, observava-se a presença de brasileiros, paraguaios, argentinos, franceses, uruguaios, orientais e inglês (OLIVEIRA, 2012).

Em 1970, os 30.000 habitantes de Foz do Iguaçu acompanharam a transformação do município em decorrência da construção da hidrelétrica Itaipu, quando em 1980, a população da cidade passou a ser de 136.321 pessoas, com crescimento populacional de 385% em 10

anos. No mesmo período, Ciudad Del Este passa a ser considerada a terceira maior zona franca de comércio mundial e a segunda cidade com maior população do Paraguai. O crescimento desordenado transforma Foz do Iguaçu em cidade de médio porte (OLIVEIRA, 2012).

A fim de fortalecer as relações entre os países do Mercosul, em 1997, institui-se o Espaço das Américas, e em 2001, inaugura-se a Praça das Nações em Foz do Iguaçu. Em 2003, surge o Parque Tecnológico de Itaipu (PTI), sendo espaço de fomento à educação, pesquisa, turismo e empreendedorismo (OLIVEIRA, 2012).

A UNILA foi criada em 2010, tendo como um dos objetivos a possibilidade da construção de um ambiente multicultural e interdisciplinar, cuja estrutura acadêmica era constituída pelo Instituto Mercosul de Estudos Avançados (IMEA). A universidade tem como missão a integração e construção solidária das sociedades na América Latina e Caribe através do compartilhamento e aplicação de conhecimentos produzidos, indissociavelmente, pelo trinômio ensino-pesquisa-extensão a fim de soluções para os problemas latino-americanos. É uma universidade bilíngue (idiomas Português e Espanhol), com metade dos alunos proveniente de outros países latino-americanos, presença de professores estrangeiros e perspectiva real de um espaço integrado de educação superior na América Latina.

Em relação ao bilinguismo, a UNILA, em seus diferentes processos pedagógicos e de gestão, respeita, defende e preserva as diferentes maneiras de diversidade, incluindo a expressão cultural e linguística. Propicia também aprendizagens de várias línguas e estudos que identificam processos sociais e linguísticos da região.

Observa-se que na Lei de criação da UNILA, Lei 12.189/2010 (BRASIL, 2010), um dos objetivos da proposta acadêmica da citada universidade é “oferecer cursos e desenvolver programas de pesquisas em áreas de interesse mútuo dos países latino-americanos com ênfase nos recursos naturais, estudos sociais e linguísticos, relações internacionais e áreas consideradas estratégicas para o desenvolvimento e integração regional” (IMEA, 2009).

Nessa linha, o Regimento Geral da UNILA (UNILA, 2013), aprovado por seu Conselho Universitário, em seu artigo 125, afirma que o Ciclo Comum de Estudos, que envolve todos os cursos de graduação, deve contemplar 3 eixos com os seguintes conteúdos:

- a) Estudo compreensivo sobre a América Latina e o Caribe;
- b) Epistemologia e Metodologia;
- c) Línguas Portuguesa e Espanhola.

A partir da compreensão da necessidade dos 3 eixos, de acordo com o Projeto Pedagógico do Ciclo Comum (UNILA, 2013a), para o conhecimento básico sobre a América Latina é proposta a disciplina Fundamentos de América Latina (FAL). Através de uma construção coletiva dos diferentes cursos de graduação atualmente existentes na UNILA, esta disciplina propõe compartilhar conhecimentos com característica interdisciplinar sobre o desenvolvimento da região latino-americana, a partir de estudos que introduzem as condições históricas de seu desenvolvimento com o objetivo de alcançar um debate que consiga sustentar um olhar crítico sobre os problemas atuais.

No que tange o eixo de Línguas, é necessário destacar a diferença entre dois termos comumente considerados sinônimos: bilinguismo e bilinguagem. Falantes bilíngues não necessariamente possuem as mesmas competências nas duas línguas. O entendimento de bilinguismo nos primeiros estudos partiu da veracidade dessa premissa e considerou que o bilinguismo fosse um fenômeno absoluto. Com o desenvolvimento de estudos sobre o tema, entende-se que falantes bilíngues apresentam distintos graus de bilinguagem, ou seja, há diferentes estágios de bilinguismo pelos quais os indivíduos bilíngues passam no decorrer da vida.

Dentre os estudos relacionados ao ensino de línguas adicionais/estrangeiras e propostas de desenvolvimento dessas habilidades, destacam-se o Marco Comum Europeu de Referência para o Ensino de Línguas: aprendizagem, ensino e avaliação, elaborado em 2001 pelo Conselho da Europa, e o Novo Plano Curricular: níveis de referência para o espanhol, elaborado em 2006 pelo Instituto Cervantes que oferece, dentre outras, uma proposta de ensino tratando especificamente do par linguístico espanhol-português.

Deve considerar-se que o processo de ensino-aprendizagem de línguas adicionais é comumente dividido em níveis, nos quais o educando desenvolve conhecimentos gramaticais, pragmático-discursivos e culturais da língua-alvo, tornando-se tanto agente social como intercultural. Estes níveis são compreendidos em básico, intermediário e avançado.

Na estrutura dos níveis, foi pensada, em um primeiro momento, a relação da língua e da cultura, tal como assinala os Parâmetros Curriculares Nacionais (BRASIL, 1998) para a língua estrangeira que planejam o ensino de uma língua adicional de uma perspectiva intercultural. A partir desse ponto, são estruturados os níveis, pensando na maneira com a qual o indivíduo estabelece relação com a língua e em conteúdos socioculturais da América Latina, e na prática da língua (conteúdos funcionais e gramaticais). Após análise, pensou-se em conteúdos que se adequassem à realidade sociolinguística da UNILA, tendo como base o perfil dos alunos, da Instituição e do entorno.

A partir dessas considerações sobre níveis e do contexto institucional da UNILA, foi planejada uma estrutura de três níveis (disciplinas) obrigatórios para o ensino de Espanhol e Português, como línguas adicionais. Os alunos desenvolverão as habilidades linguísticas, interculturais e interdisciplinares de acordo com o nível necessário planejado por escolaridade. Na UNILA, o nível avançado não é obrigatório para alunos da graduação.

No nível intermediário, considera-se que os alunos poderão interagir com mais facilidade. Há ampliação de conhecimentos linguísticos e interculturais que permitem que os educandos se sintam mais confiantes ao participarem de interações na língua-alvo e ao enfrentarem situações desconhecidas. Os alunos produzirão textos escritos e falados mais desenvolvidos, com boa argumentação, tirarão proveito de um vasto repertório, mas com vocabulário simples, estruturas e fórmulas aprendidas. Vivenciarão no dia a dia as referências culturais, normas e convenções socioculturais que eles necessitam durante as diversas situações comunicativas.

No caso das línguas, tanto o ensino obrigatório do idioma espanhol para os alunos brasileiros quanto o do idioma português para os alunos latino-americanos não brasileiros, tornam-se eficientes para abarcar as necessidades de interagir nas duas línguas. Entende-se que o ensino de Português e Espanhol como línguas adicionais deve buscar desenvolver a compreensão e produção de textos e discursos na língua-alvo, sensibilizar os discentes para o multilinguismo regional, problematizar os discursos monoculturais e etnocêntricos, reconhecer e valorizar a diversidade cultural latino-americana e promover atividades de interação sistemática com diferentes maneiras de viver, conviver e de se expressar.

Com isso, no curso de Medicina da Universidade Federal da Integração Latino-Americana todo aluno brasileiro terá como disciplina obrigatória Espanhol Adicional Básico e Espanhol Adicional Intermediário no 1º e 2º períodos, respectivamente, assim como todo aluno latino-americano não brasileiro terá como disciplina obrigatória Português Adicional Básico e Português Adicional Intermediário no 1º e 2º períodos, respectivamente.

Ressalta-se a característica migratória dos estudantes do curso de Medicina, pois além dos latino-americanos não brasileiros serem de outros países, a grande maioria dos brasileiros é proveniente de outras cidades. As características de imigração, a necessidade de adaptação à cidade e a outro país, e conseqüentemente à cultura distinta, podem ser geradoras de instabilidade emocional.

No contexto das peculiaridades da UNILA, o projeto pedagógico do curso (PPC) de Medicina privilegia a integração que articula o bilinguismo, a diversidade cultural, a

interdisciplinaridade, a formação humanística, formando egressos que respondam às demandas e exigências do povo latino-americano e caribenho (UNILA, 2018).

Fazem parte do PPC do curso de Medicina da UNILA a inserção do aluno em cenários de prática desde o início da graduação, o currículo com base em ciclos de formação, com apresentações sucessivas, em grau de complexidade crescente, da temática selecionada, a eliminação da divisão curricular em áreas básicas e clínicas, levando ao desenvolvimento da interdisciplinaridade e o contato do estudante com o paciente desde o primeiro período do curso, a utilização de metodologias ativas a fim de propiciar maior autonomia de estudo ao discente e na busca de utilização de métodos pedagógicos mais eficientes para a integração de saberes na prática profissional do egresso, e a implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina, conforme Resolução CNE/CES 03, de 20 de junho de 2014 (BRASIL, 2014).

Nas metodologias ativas, quando também há o estímulo do trabalho da criticidade e de uma formação mais humanística e ética, o aluno é o centro do trabalho pedagógico através do uso de situações-problema visando ao desenvolvimento do processo ensino-aprendizagem no curso de Medicina da UNILA.

Neste cenário da tríplice fronteira, juntamente com as características integrativas supracitadas da UNILA, o curso de Medicina desta Universidade mostra-se coerente com a mudança paradigmática do ensino médico e do processo atual de reestruturação do ensino médico no Brasil.

4.3 População do estudo

Foram convidados para participarem, voluntariamente, da pesquisa todos os alunos do curso de Medicina da UNILA, sendo considerado critério de inclusão os estudantes com 18 ou mais anos de idade, que estavam devidamente matriculados nas atividades curriculares regulares do curso e que tinham o idioma Português (Brasil) ou Espanhol (Latino-americano) como nativo.

4.4 Questionários, instrumentos e formulários utilizados

Todos os instrumentos utilizados para dados do perfil dos participantes, da suspeição da presença de transtornos mentais comuns e descrição da qualidade de vida estavam viabilizados no idioma Português (Brasil) e/ou no idioma Espanhol (Latino-americano). Os

alunos estrangeiros latino-americanos utilizaram o instrumento em Espanhol e os brasileiros, os instrumentos em Português.

Ressalta-se que os alunos estrangeiros latino-americanos utilizaram instrumento em espanhol mesmo no caso dos alunos que a partir do terceiro período já teriam compreensão em nível intermediário do idioma Português, privilegiando a compreensão no idioma nativo.

Foram utilizados os seguintes questionários e inventários:

4.4.1 Questionário Perfil do Participante

Para caracterização da população participante do estudo e de fatores associados ao escore final do SRQ-20, foi aplicado um questionário elaborado com base nos resultados de estudos sobre transtornos mentais menores, estresse e qualidade de vida e que relacionavam dados da amostra com fatores que impactavam nestes resultados (AGUIAR et al., 2009; BLAY; CHAZAN; CAMPOS, 2013; FEODRIPPE; BRANDÃO; VALENTE, 2013; FIOROTTI et al., 2010; LIMA; DOMINGUES; CERQUEIRA, 2006; MARCHESONI, 2011; MEYER et al., 2012; RAMOS-DIAS et al., 2010; ROCHA; SASSI, 2013).

Para validação do conteúdo desse questionário foi utilizada a técnica do índice de validade de conteúdo (ALEXANDRE; COLUCI, 2011). Para esta validação foram incluídos 10 juízes selecionados por meio de seus currículos lattes e experiência nesta área.

Neste questionário encaminhado para avaliação dos 10 juízes foram desenvolvidas 37 questões que contemplavam análise de dados sociodemográficos (país de origem, situação de moradia, cidade de residência, situação de moradia, presença de atividade laboral remunerada, religião, estado civil ou de relacionamento, possuir filhos, escolaridade parental, sexo, idade e situação financeira), de saúde (doença física, saúde dos pais, tratamentos psiquiátricos e psicológicos, atividade física, suficiência de sono, atividades de lazer, atividades sociais, acesso aos serviços de saúde, autoavaliação quanto à alimentação e problemas em relação ao uso de álcool, cigarro e outras substâncias que causam mal à saúde), de rede de apoio (proximidade de apoio familiar, possibilidade de apoio de familiares e de colegas, e presença de amigos na cidade), de inter-relação pessoal (qualidade da relação com professores e colegas) e do curso (período, forma de ingresso no curso, pensamentos de desistência ou trancamento do curso, avaliação quanto à presença de estresse provocado pelo curso, autoavaliação acadêmica e estudar fora do tempo de atividades de aula) (APÊNDICE 1).

Foram entregues aos juízes juntamente com a carta convite para participação na pesquisa, incluindo explicações sobre a pesquisa (APÊNDICE 2) e o prazo para avaliação, o

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE 3) e o questionário a ser avaliado. Após análise de cada item, os juízes marcaram a melhor opção de pontuação de acordo com a seguinte possibilidade: 1 = item não relevante; 2 = item necessita de grande revisão para ser relevante; 3 = item necessita de pequena revisão para ser relevante; 4 = item relevante. Todos os juízes convidados aceitaram participar da pesquisa e retornaram a avaliação do questionário em até 30 dias.

Para a validação do questionário faz-se necessário que as perguntas que tiverem menos de 90% de pontuação 3 ou 4 sejam retiradas.

Após realizadas as mudanças necessárias, o Questionário Perfil do Participante foi traduzido para o idioma Espanhol por especialista na área de Letras. Os participantes brasileiros utilizaram a versão em Português (APÊNDICE 4) e os estrangeiros, a versão no idioma Espanhol (APÊNDICE 5).

4.4.2 Self-Reporting Questionnaire-20 (SRQ-20)

Ressalta-se tratar de instrumento para rastreamento psiquiátrico, e não diagnóstico, desenvolvido pela OMS (HARDING et al., 1980), ou seja, ferramenta útil para a análise da presença de sintomas e detecção de casos suspeitos de serem portadores de transtornos mentais comuns.

Cada resposta considerada afirmativa é pontuada com o valor 1 e significará presença de sintoma referido naquela pergunta nos últimos 30 dias. Em contrapartida, o escore 0 denota ausência de sintoma referido naquela pergunta nos últimos 30 dias. Para compor o escore final, realiza-se o somatório destes valores. O escore final obtido está relacionado com a probabilidade de presença de transtorno não-psicótico, variando de 0 (nenhuma probabilidade) a 20 (extrema probabilidade).

No Brasil, o estudo de Gonçalves, Stein e Kapczinski (2008) com 485 indivíduos demonstrou sensibilidade de 86,33% e especificidade de 89,31%, com o ponto de corte para 7/8 (não suspeitos/suspeitos). Ishida et al. (2010), em sua pesquisa com mulheres no Paraguai, utilizaram como parâmetro o ponto de corte de no mínimo 8 sintomas presentes em mulheres, ponto de corte utilizado também em outros estudos na América Latina (HARPHAN et al., 2005; ILLANES et al., 2007).

De acordo com os estudos desenvolvidos, nesta pesquisa foi utilizado o ponto de corte de 8, ou seja, os casos com presença de sintomas igual ou maior que 8 serão considerados casos suspeitos, e igual ou menor a 7, casos não suspeitos de TMC.

Nos alunos brasileiros foi utilizada a versão validada no Brasil (MARI; WILLIAMS, 1986) (ANEXO 1). Nos alunos estrangeiros latino-americanos, não foi realizada aplicação deste questionário devido a não validação do mesmo em todos os países latino-americanos de origem dos discentes do curso de Medicina da UNILA.

4.4.3 *World Health Organization Quality of Life Assessment Instrument – bref (WHOQoL-BREF)*

Para avaliação da qualidade de vida, foi utilizado o instrumento WHOQoL-BREF desenvolvido no projeto multicêntrico pela Organização Mundial de Saúde (WHO, 1996) e de domínio público, devido à necessidade de instrumento curto, de rápida aplicação, de caráter transcultural e internacional, utilizado em diversas publicações de pesquisas nacionais e internacionais, inclusive com estudantes do curso de Medicina, o que poderá auxiliar na comparação entre estudos (ALVES et al., 2010; BAMPI et al., 2013; CHAZAN; CAMPOS, 2013; FEODRIPPE; BRANDÃO; VALENTE, 2013; RAMON-DIAS et al., 2010; URZÚA A. et al., 2013; ZAPATA; ROMERO, 2010).

O WHOQoL-BREF é autoaplicável e apresenta-se com 26 perguntas. A primeira refere-se à QV de modo geral e a segunda, à satisfação com a própria saúde. As outras estão divididas em domínios físico, psicológico, relação social e ambiente. Pode ser utilizado para populações saudáveis ou com agravos e doenças crônicas. O participante assinala a alternativa, de 1 a 5, e que melhor corresponda às percepções pessoais nas últimas duas semanas, em cada questão. Quanto maior o escore, melhor a QV (FLECK et al., 2008).

Nos alunos brasileiros foi utilizada a versão validada no Brasil (FLECK et al., 2000) (ANEXO 2). Também não ocorreu a aplicação deste instrumento nos alunos estrangeiros latino-americanos devido a não validação em todos os países latino-americanos de origem dos discentes do curso de Medicina da UNILA.

4.5 Procedimento para coleta e registro dos dados

Os participantes utilizaram questionários autoaplicados com tradução disponível no idioma do país de origem.

A data para aplicação dos questionários variou entre as turmas de Medicina de acordo com a possibilidade de horários e da autorização prévia de cada docente responsável pela atividade ministrada.

Procurou-se também gerenciar as datas buscando a aplicação anterior à metade do semestre, evitando-se coincidir com o término de período e a possibilidade de acúmulo de pressão no aluno que poderia surgir ao longo do semestre, como em estudo observado por Ferreira, Kluthcovski e Cordeiro (2016).

As aplicações dos instrumentos da pesquisa ocorreram entre 15/08/2018 e 17/09/2018.

Os estudantes foram contatados previamente em sala de aula, a fim de receberem explicações sobre a pesquisa e sua finalidade por um representante da pesquisa, com amplo conhecimento dos objetivos do estudo e com compreensão e apto para aplicação dos questionários.

A pesquisadora responsável pela pesquisa em nenhum momento realizou contato prévio com os estudantes participantes para quaisquer explicações sobre este estudo a fim de não causar constrangimento ou interferência na participação dos mesmos uma vez que já tinha sido ou ainda era docente da maioria dos estudantes da Medicina da UNILA.

Os questionários/instrumentos de pesquisa foram aplicados em sala de atividades da graduação e os participantes foram orientados a não manterem contato entre si durante o momento de resposta.

Os participantes brasileiros do estudo receberam cadernos da pesquisa em que constavam o Questionário sobre o Perfil do Participante, *Self-Reporting Questionnaire 20* e World Health Organization Quality of Life Assessment Instrument-BREF. Nos cadernos a ordem dos instrumentos SRQ-20 e WHOQoL-BREF foi alternada para que vieses em relação às respostas condicionadas fossem minimizados.

Os participantes estrangeiros receberam cadernos da pesquisa em que constavam o instrumento Questionário sobre o Perfil do Participante.

4.6 Análise dos dados

A digitação dos dados coletados foi dupla, visando sua validação, sem que os digitadores tivessem conhecimento entre si e da digitação realizada pelo outro. Desse modo, após registro em Excel, foi realizado o espelhamento das planilhas dos digitadores para verificação de possíveis erros e incongruências nas digitações. Quando verificado algum erro, a pesquisadora responsável realizou sua correção. Os dados foram exportados para o software de análise *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 23.0.

Para o cálculo do índice de validade de conteúdo (IVC) dos itens do questionário Perfil do participante, o escore do índice de cada item foi calculado pela soma das pontuações marcadas “3” ou “4” pelos juízes e esta soma foi dividida pelo número total de respostas,

obtendo-se a proporção de respostas “3” ou “4” dos especialistas para cada item. Os itens que receberam pontuação “1” ou “2” foram revisados ou retirados. Foi considerado o valor mínimo de 90% de concordância de pontuação “3” ou “4” entre os juízes para validação de cada item (ALEXANDRE; COLUCI, 2011).

Na análise dos dados do SRQ-20 foi utilizado o total de escore e o ponto de corte definido como 8, conforme anteriormente explicado, enquanto para análise dos dados do WHOQoL-BREF, foram utilizados os procedimentos recomendados pelos autores do WHOQoL, incluindo o cálculo de cada domínio conforme a sintaxe preconizada (WHO, 1996).

Para a descrição de todas as variáveis foram utilizadas distribuições de frequências, quadros, medidas estatísticas de tendência central e de dispersão.

Para análise de associação foi utilizado o teste χ^2 no caso de variáveis categóricas. Para comparação entre médias entre grupos independentes, foi utilizado teste paramétrico t de *Student* com o teste de Levene para homogeneidade das variâncias, no caso de dois grupos ou ANOVA, com teste F de Snedecor para homogeneidade de variâncias, seguida de comparações múltiplas, no caso de dois ou mais grupos. Para comparação entre domínios do WHOQoL-BREF, para cada um dos grupos com e sem suspeição de TMC, foi utilizado Friedman e realizadas comparações duas a duas segundo teste de Wilcoxon com o nível de significância ajustado segundo o número de comparações.

Intervalos com 95% de confiança foram obtidos para as estimativas dos parâmetros, isto é, para as estimativas das médias das variáveis numéricas e para a prevalência de suspeição de TMC.

Para a análise de associação entre todas as variáveis e o desfecho com e sem suspeição de TMC, segundo o SRQ-20 foram obtidos valores de ODDS brutos e ajustados na regressão multivariada. Foram incluídos no modelo de regressão aquelas variáveis cuja a significância estatística nos testes bivariados foi menor que 0,20 ($p < 0,20$) (estatística de Wald). Em todos os casos foi testada a colinearidade entre as variáveis por meio do valor do fator de inflação da variância (*Variance Inflation Factor* – VIF) (NGUYEN, 2008), usando ponto de corte igual a 10 e a independência dos resíduos por meio de teste Durbin-Watson. Foi utilizado método *Backward* e nível de significância $\alpha = 5\%$.

4.7 Procedimentos éticos

Foram cumpridos os princípios éticos e legais contidos na Resolução nº 466, de 12 de Dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), Ministério da Saúde (MS),

Brasil. Como parte deste cumprimento, após a autorização para sua realização junto à UNILA (APÊNDICE 6), o projeto foi submetido e aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CEP - EERP-USP) (ANEXO 3).

No momento de apresentação da pesquisa aos alunos, os representantes da pesquisa explicaram os aspectos éticos pertinentes, além de convidá-los a participar. Em caso afirmativo, estes assinaram em duas vias, juntamente com o pesquisador responsável, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para estudo de campo no idioma Português (APÊNDICE 7) e no idioma Espanhol (APÊNDICE 8).

RESULTADOS

5 RESULTADOS

5.1 Validação do questionário perfil da população

Os itens 22 (relação com os professores), 23 (relação com os colegas de turma), 29 (atividades sociais), 30 (acesso aos serviços de saúde) e 37 (uso de álcool, cigarro e outras substâncias que fazem mal à saúde) tiveram as seguintes porcentagens de pontuação, respectivamente: 70%, 80%, 80%, 80% e 80%.

As questões 29, 30 e 37 foram retiradas do questionário. O questionamento 31 (“No caso de acessar os serviços de saúde, o que utiliza?”) também foi retirado, pois era complementar ao 30. O item 22 foi mantido, pois na avaliação de dois juízes o que sugeriram, dando pontuação menor que 3, foi a mudança nas possibilidades de resposta do item e não na temática ou na maneira de questionamento do item. Em relação à questão 23, houve manutenção da mesma porque um juiz que pontuou menos que 3, também sugeriu apenas a alteração nas opções de resposta.

Como o questionário deveria ser aplicado em data previamente conhecida foi retirado o registro “Data da coleta” do questionário. Foi incluído o item sobre nacionalidade pois o participante poderia ter outra nacionalidade diferente do país de nascimento. Após sugestão de juízes também foi inserido o item para explicitação de quantas pessoas viviam com a renda familiar.

Em acordo com sugestões de juízes foram realizadas algumas alterações nas opções de respostas. Na resposta da questão sobre sexo, foi incluída a opção “outro” devido à discussão sobre gênero na sociedade em geral, e também na UNILA. Na questão sobre situação de moradia, foi modificada a resposta “Moro em república, casa de estudante ou pensão” para “Moro em república estudantil ou alojamento estudantil”.

Em relação às questões, também de acordo com sugestões de juízes, houve alterações em algumas formulações de perguntas. A questão 12 teve o acréscimo da expressão “forma remunerada” a fim de que houvesse clareza sobre o questionamento de que se tratava de trabalho remunerado e não voluntário. Na questão 11, foi modificada de “Qual a renda total de sua família?” para “Qual a renda média mensal de sua família?” a fim de melhor especificação do que se quer pesquisar. Para melhor entendimento da questão 25, foi alterada de “Você considera dormir diariamente a quantidade de horas necessárias?” para “Você considera dormir diariamente a quantidade de horas suficientes para se sentir descansado?”. Para evitação de redundância na questão 27, foi retirada o segundo questionamento da

pergunta (“Quantas horas semanais de atividades físicas você pratica?”), uma vez que na opção de resposta “sim” já havia este questionamento complementar.

Em relação à questão 28, apesar de sugerido por juiz conceituar “lazer”, a palavra não foi conceituada por ser subjetiva e também porque não era objetivo da pesquisa. O objetivo da pesquisa era avaliar a questão sobre lazer segundo a percepção do aluno.

5.2 Variáveis sociodemográficas, de saúde, de rede de apoio, de inter-relação pessoal e do curso

5.2.1 Variáveis sociodemográficas

Participaram da pesquisa 205 alunos da Medicina, sendo 3 discentes, posteriormente, excluídos devido à inadequação quanto aos critérios de inclusão. Dos 202 participantes restantes, 62,9% eram brasileiros e 37,2% eram latino-americanos estrangeiros, e encontravam-se nos seguintes períodos: 20,3% no 2º período, 21,8% no 4º período, 18,8% no 6º período, 23,8% no 8º período e 15,3% no 9º período. Entre os 127 brasileiros, 15,7% encontravam-se no 2º período, 20,5% no 4º período, 20,5% no 6º período, 27,6% no 8º período e 15,7% no 9º período. Em relação aos 75 estrangeiros, 28% estavam no 2º período, 24% no 4º período, 16% no 6º período, 17,3% no 8º período e 14,7% no 9º período. Na relação brasileiros e estrangeiros, observou-se que ao longo do tempo houve uma redução do número de estrangeiros em relação ao número total de alunos por período, havendo 48,8% brasileiros e 51,2% estrangeiros no 1º período, 59,1% brasileiros e 40,9% estrangeiros no 2º período, 68,4% brasileiros e 32,6% estrangeiros no 6º período, 72,9% brasileiros e 27,1% estrangeiros no 8º período, e 64,5% brasileiros e 35,5% de estrangeiros no 9º período, mas não houve associação estatística significativa entre participantes brasileiros e estrangeiros e período do curso ($\chi^2 = 6,369$ e $p = 0,173$).

Em relação à nacionalidade dos 75 discentes estrangeiros, 8% são argentinos, 8% bolivianos, 2,7% chilenos, 9,3% colombianos, 4% costarriquenhos, 2,7% cubanos, 1,3% salvadorenho, 2,7% equatorianos, 1,3% guatemalteco, 1,3% hondurenho, 2,7% mexicanos, 1,3% haitiano, 38,7% paraguaios, 8% peruanos, 2,7% dominicanos, 1,3% uruguaios e 4% venezuelanos.

Foi realizado o teste *t de student* para a idade dos participantes, sendo a média dos brasileiros de 25,31 anos, com IC95%: [24,32 ; 26,30], mediana = 23,5, desvio padrão = 5,64, mínimo = 18,2 e máximo = 47,9, e a média dos estrangeiros de 23,42 anos, com IC95%:

[22,52 ; 24,32], mediana = 22,5, desvio padrão = 3,9, mínimo = 18,9 e máximo = 38,4, mostrando significância estatística ($p = 0,006$), sendo os brasileiros mais velhos. A média geral dos participantes foi de 24,61 anos, com IC95%: [23,9 ; 25,32], mediana = 22,96, desvio padrão = 5,14, mínimo = 18,2 e máximo = 47,9.

Dos brasileiros, 44,1% eram do sexo feminino e 55,9%, do sexo masculino. Entre os estrangeiros, 60% eram do sexo feminino e 40%, do sexo masculino, sendo que foi maior a porcentagem de mulheres estrangeiras em relação às brasileiras havendo significância estatística em relação ao sexo feminino ($\chi^2 = 4,157$ e $p = 0,041$). No total dos participantes, o percentual foi de 50% para ambos os sexos.

Em relação ao estado civil ou de relacionamento, não houve resposta positiva às categorias *separado*, *divorciado*, *viúvo* e *outro*. Foi realizada nova categorização com solteiro, namorando e casado/união estável/morando com o parceiro numa mesma categoria. No caso dos brasileiros, 46,5% eram solteiros, 37% estavam namorando e 16,5% assinalaram a 3ª opção. Já os estrangeiros, 92% eram solteiros, nenhum fez opção por estar namorando e 8% eram casados, em união estável ou morando com o parceiro. Houve associação estatisticamente significativa ($\chi^2 = 45,761$ e $p < 0,0001$) entre estado de relacionamento e brasileiros e estrangeiros, ou seja, ser solteiro estava associado aos estrangeiros.

Dos 202 participantes, 94,1% afirmaram não terem filhos, 4% terem 1 filho, 1% ter 2 filhos e 1% ter 3 filhos.

A maioria dos estudantes, 94,6%, morava em Foz do Iguaçu, 2,5% em Ciudad del Este, 0,5% em Hernandarias, 0,5% em Presidente Franco, 1,5% em Puerto Iguazu e 0,5% em Santa Terezinha. Foi realizado o teste *t de student* para análise do tempo de residência, sendo que para os brasileiros a média foi de 60,55 meses, com IC 95%: [46,05 ; 75,05], mediana = 36,0, desvio padrão = 82,58, mínimo = 4 e máximo = 420, e para os estrangeiros, a média foi 58,11 meses, com IC 95%: [37,46 ; 78,75], mediana = 30, desvio padrão = 89,72, mínimo = 5 e máximo = 432, não havendo diferença estatisticamente significativa ($p = 0,844$). Em relação ao tempo de residência dos 202 participantes, a média foi de 59,64 meses, com IC95%: [47,84 ; 71,45], mediana = 36, desvio padrão = 85,09, mínimo = 4 e máximo = 432.

Quanto à situação de moradia dos 202 estudantes, 13,9% moravam com os pais, 25,2% sozinhos, 34,7% com amigo, 15,8% com companheiro, 4% em república ou alojamento estudantil e 6,4% com outros familiares, em pensionato ou em casa de não familiares. Em relação aos brasileiros, 14,2% moravam com os pais, 29,9% sozinhos, 33,9% com amigo, 11% com companheiro, 4,7% em república ou alojamento estudantil e 6,3% com outros familiares, em pensionato ou em casa de não familiares, e em relação as estrangeiros,

13,3% moravam com os pais, 17,3% sozinhos, 36% com amigo, 24% com companheiro, 2,7% em república ou alojamento estudantil e 6,7% com outros familiares, em pensionato ou em casa de não familiares.

Em relação ao trabalho remunerado, 95,3% dos brasileiros e 98,7% dos estrangeiros não exercem trabalho remunerado, não havendo associação estatística ($\chi^2 = 0,766$ e $p = 0,382$). A média do tempo de trabalho remunerado por dia para os brasileiros foi de 5,6 horas, com IC95%: [1,83 ; 9,36], com mediana = 6, desvio padrão = 3,02, mínimo = 1 e máximo = 8,5. Não houve registro do tempo de trabalho dos alunos estrangeiros.

A renda familiar média do total de estudantes foi de 7,79 salários-mínimos, com IC95%: [6,68 ; 8,89], mediana = 5,30, desvio padrão = 7,5, mínimo = 0 e máximo = 52,41. A partir do *teste t de student*, houve diferença estatisticamente significativa entre os 2 grupos ($p = 0,002$), com a média da renda familiar dos brasileiros de 9,03 salários-mínimos, com IC95%: [7,53 ; 10,53], mediana = 6,81, desvio padrão = 8,24, mínimo = 0 e máximo = 52,41, e a média familiar dos alunos estrangeiros foi de 5,42 salários mínimos, com IC95%: [4,12 ; 6,73], mediana = 3,85, desvio padrão = 5,12, mínimo = 0 e máximo = 22,56. Em relação à quantidade de pessoas que viviam com a renda familiar, a média de todo o grupo de participantes foi de 3,77 pessoas, com IC95%: [3,58 ; 3,96], mediana = 4, desvio padrão = 1,29, mínimo = 1 e máximo = 9. Também ocorreu diferença estatisticamente significativa ($p = 0,002$) entre os alunos brasileiros e estrangeiros, sendo que os brasileiros referiram a média de 3,55 pessoas que viviam com a renda, com IC95%: [3,34 ; 3,76], mediana = 4, desvio padrão = 1,14, mínimo = 1 e máximo = 7, e os estrangeiros referiram a média de 4,17 pessoas, com IC95%: [3,81 ; 4,52], mediana = 4, desvio padrão = 1,45, mínimo = 1; máximo = 9.

Com relação à religião, 70,8% dos participantes disseram ter religião e 29,2% dos participantes afirmaram não ter religião, sendo que entre os brasileiros 63,8% afirmaram ter religião, e entre os estrangeiros 82,7% fizeram esta afirmação, com significância estatística entre os grupos de estudantes brasileiros e estrangeiros e ter religião ($\chi^2 = 7,247$ e $p = 0,007$), considerando que ter religião está associada aos alunos estrangeiros.

De acordo com as respostas aos questionários, foi realizada nova categorização para as informações sobre instrução do pai e da mãe, resultando em 2 agrupamentos de categorias: até nível superior incompleto e a partir do nível superior completo. Na instrução paterna, os alunos brasileiros referiram que 54% dos pais e 66,1% das mães apresentavam pelo menos nível superior completo, e os estrangeiros referiram que 61,3% dos pais e 60% das mães apresentavam nível superior completo ou mais, não havendo associação estatística significativa.

5.2.2 Variáveis de saúde

Foi realizado novo agrupamento de categorias quanto ao tratamento psicológico ou psiquiátrico: realiza/realizou tratamento e nunca realizou tratamento. Do total de alunos, 37,6% fazem ou já fizeram tratamento psiquiátrico ou psicológico, sendo que 48,8% dos brasileiros disseram fazerem ou terem feito, e 18,7% dos alunos estrangeiros fizeram esta mesma afirmação, existindo associação estatística ($\chi^2 = 17,005$ e $p < 0,0001$) quando nunca ter feito tratamento psiquiátrico ou psicológico estar associado ao grupo de estrangeiros, tendo os alunos brasileiros feitos ou estarem fazendo mais tratamento psiquiátrico ou psicológico do que os estrangeiros.

Em relação à média do tempo atual de tratamento, os brasileiros afirmaram ser de 28,61 meses, e os estrangeiros de 35,25 meses, enquanto a média do tempo de tratamento feito dos brasileiros foi de 52,81 meses e dos estrangeiros, 26,17 meses. Não houve possibilidade de realização de teste estatístico devido ao tamanho das amostras serem desbalanceadas. Ao se considerar todos os participantes que fazem tratamento atualmente, a média de tempo é de 29,5 meses de tratamento, com IC95%: [14,08 ; 44,90], mediana = 10,5, desvio padrão = 41,27, mínimo = 0,75 e máximo = 144. Considerando todos os alunos que já fizeram tratamento, a média foi de 47,48 meses de tratamento feito, com IC95%: [32,35 ; 62,60], mediana = 24, desvio padrão = 50,35, mínimo = 0,5 e máximo = 240.

Na questão que exclui a presença de tratamento para doença psiquiátrica, no grupo total de participantes, 84,6% negaram ter a presença de outra doença em tratamento atual, sendo que entre os alunos brasileiros 14,2% afirmaram estar em tratamento atual para outra doença que não psiquiátrica, e 17,6% dos estrangeiros fizeram esta afirmativa, ou seja, em ambos os grupos de alunos a maioria não faz tratamento para outra doença. As patologias em tratamento atual descritas foram alergias respiratórias e oftalmológicas, asma, hipertensão arterial, diabetes tipo I, nefrolitíase, hipotireoidismo, tireoidite, obesidade, doença celíaca, rinite, anemia, gastrite, glaucoma, apneia do sono, infecção por *Helicobacter pylori*, glaucoma, lesão medular por traumatismo, anemia, endometriose, alteração hormonal, síndrome dos ovários policísticos, alteração do ciclo sono-vigília, refluxo gastroesofágico, hipercolesterolemia, hepatite, tumor de tireoide e metástase pulmonar.

Dos 202 participantes, 58,9% afirmaram que os pais não têm problemas de saúde mental ou doença física crônica, sendo que esta afirmação ocorreu em 55,9% dos alunos brasileiros e 64% dos alunos estrangeiros, ou seja, para ambos os grupos de alunos, a maioria dos pais não apresentam estas alterações.

Quanto à suficiência de horas de sono diárias, 66,3% do total de participantes, 63% dos brasileiros e 72% dos estrangeiros consideraram não dormir diariamente as horas suficientes para se sentir descansado. Utilizando o teste *t de student*, para o grupo dos brasileiros, a média da carga horária de sono diária foi 6,47 horas, com IC95%: [6,30 ; 6,64], mediana = 6, desvio padrão = 0,95, mínimo = 4 e máximo = 9, para os estrangeiros a média foi de 5,67 horas, com IC95%: [5,43 ; 5,90], mediana = 5,50, desvio padrão = 1,03, mínimo = 3 e máximo = 8, ocorrendo significância estatística ($p < 0,0001$). Para o total dos participantes a média foi de 6,17 horas, com IC95%: [6,02 ; 6,32], mediana = 6, desvio padrão = 1,05, mínimo = 3 e máximo = 9.

Em ambos os grupos, brasileiros (61,4%) e estrangeiros (50,7%), e no total dos participantes (57,4%) a maioria dos estudantes disse realizar atividade física. Dos 202 participantes, a média de horas por semana de atividade física foi 4,6 horas, com IC95%: [4,14 ; 5,05], mediana = 4, desvio padrão = 2,45, mínimo = 1 e máximo = 12. Para os brasileiros a média foi 5,15 horas por semana, IC95%: [4,58 ; 5,71], mediana = 5, desvio padrão = 2,49, mínimo = 1 e máximo = 12, e para os estrangeiros, média de 3,43 horas por semana de atividade física, com IC95%: [2,79 ; 4,08], mediana = 3, desvio padrão = 1,91, mínimo = 1 e máximo = 8, com significância estatística pelo teste *t de student*, sendo $p < 0,0001$.

Em relação à atividade de lazer, 77,6% do total dos participantes, e em ambos os grupos, brasileiros e estrangeiros, a maioria dos alunos afirmou realizar atividades de lazer, sendo 81,9% e 70,3%, respectivamente. Pelo teste *t de student*, os alunos não estrangeiros tiveram a média de 6,19 vezes ao mês para realizar atividade de lazer, com IC95%: [4,91 ; 7,47], mediana = 4, desvio padrão = 6,36, mínimo = 1 e máximo = 30, e os alunos estrangeiros tiveram a média de 4,67 vezes ao mês, com IC95%: [3,35 ; 6,00], mediana = 4, desvio padrão = 4,61, mínimo = 1 e máximo = 30, sem significância estatística ($p = 0,140$). Para o total de participantes a média de atividades de lazer ao mês foi de 5,7 vezes, com IC95%: [4,72 ; 6,64], mediana = 4, desvio padrão = 5,86, mínimo = 1 e máximo = 30.

Em se tratando do item alimentação, em ambos os grupos, brasileiros (60,6%) e estrangeiros (61,3%), a maioria dos alunos relatou considerar ter alimentação saudável. Dos 39,1% do total de alunos que consideraram não ter uma alimentação saudável, alguns descreveram as seguintes causas: ingestão de alimentação rica em alto teor calórico, lipídeos e carboidratos, e de pouca alimentação com frutas, verduras e legumes, dificuldade de organização e pouco tempo disponível, negligenciar a própria alimentação, pouca disponibilidade de opções perto do local de atividades de estudos, dificuldade financeira,

considerar-se obeso, facilidade para obter alimentos industrializados e *fast food*, não saber cozinhar e estar em adaptação à cidade e aos alimentos do país.

5.2.3 Variáveis de rede de apoio

Quanto ao apoio familiar, 86,6% de todos os participantes referiram poder contar com familiares quando não está bem emocionalmente, sendo que os brasileiros e os estrangeiros fizeram esta afirmação em 86,6% e 86,5%, respectivamente, ou seja, tanto para os brasileiros quanto para os estrangeiros a maioria referiu contar com apoio familiar nesta condição.

Para a média de distância de algum apoio familiar realizou-se o *teste t de student*, sendo que para o grupo de alunos brasileiros a média foi de 684,24 km, com IC95%: [541,12 ; 827,36], mediana = 460, desvio padrão = 815,02, mínimo = 0 e máximo = 4000, e para os alunos estrangeiros a média foi 1708,43 km, com IC95%: [1115,42 ; 2301,44], mediana = 280, desvio padrão = 2487,03, mínimo = 0 e máximo = 9000. Para todos os participantes da pesquisa esta média foi de 1048,17 km, com IC95%: [811,13 ; 1285,21], mediana = 360, desvio padrão = 1687,02, mínimo = 0 e máximo = 9000.

Também em relação à possibilidade de contar com amigos quando não está bem emocionalmente ambos os grupos, brasileiros e estrangeiros, afirmaram esta condição, sendo 89% e 92%, respectivamente. No total dos participantes, 90,1% afirmaram poder contar com amigos para esta condição.

Dos 202 participantes, 91,6% consideram ter amigos na cidade em que reside atualmente. Esta afirmação foi referida, pela maioria dos participantes dos alunos brasileiros (92,9%) e dos alunos estrangeiros (89,3%).

5.2.4 Variáveis de inter-relação pessoal

Na relação com os colegas do curso de Medicina, tanto os alunos brasileiros quanto os estrangeiros, em sua maioria relataram sentirem-se acolhidos por eles, tendo 85,4% dos alunos em geral, 87,2% dos brasileiros e 82,2% dos latino-americanos estrangeiros referido esta condição de acolhimento.

Nas questões para avaliação da relação com os professores e os colegas de turma, foi realizada nova categorização: boa e regular/ruim.

Considerando a relação com os professores, o grupo geral de participantes considerou-a boa em sua maioria (75,7%), também ocorrendo na maioria do grupo dos brasileiros (78%)

e dos estrangeiros (72%), não ocorrendo diferença estatística entre os grupos e esta variável ($\chi^2 = 0,614$ e $p = 0,433$).

Na relação com os colegas da turma, também em sua maioria os alunos consideraram-na boa, sendo que 28,2% dos 202 participantes, 24,4% dos brasileiros e 34,7% dos estrangeiros relataram ser regular/ruim, sem significância estatística ($\chi^2 = 1,969$ e $p = 0,161$).

5.2.5 Variáveis do curso

Dos 202 participantes, 49,5% ingressaram no curso de Medicina da UNILA pelo SISU/ENEM, 37,1% por seleção internacional, 3% por transferência interna da UNILA, 9,9% transferência externa e 0,5% por vaga diplomática. Ressalta-se que todos os alunos estrangeiros disseram terem ingressado no curso por seleção internacional.

Foi realizada nova categorização para a questão sobre autoavaliação quanto ao desempenho acadêmico com o agrupamento ruim/regular e bom/excelente. Houve significância estatística ($\chi^2 = 4,576$ e $p = 0,032$), considerando que o percentual de alunos brasileiros (66,9%) que responderam bom/excelente é maior do que os estrangeiros (50,7%). Para os 202 participantes, 60,9% consideram o desempenho acadêmico bom/excelente e 39,1%, ruim/regular.

Tanto no grupo de brasileiros (55,9%) quanto no grupo de estrangeiros (57,3%) os participantes em sua maioria relataram não terem pensado em desistir ou trancar o curso de Medicina da UNILA. Do total de alunos, 43,6% afirmaram terem pensado em desistir ou trancar o curso.

Em relação a considerar o curso de Medicina estressante, 77,1% dos 202 participantes, 81,9% dos brasileiros e 68,9% dos estrangeiros afirmaram sim, não havendo significância estatística ($\chi^2 = 3,753$ e $p = 0,053$).

Todos os participantes disseram estudar fora do tempo de atividades de aula, sendo que a média foi de 20,28 horas por semana, com IC95%: [18,52 ; 22,04], mediana = 20, desvio padrão = 12,32, mínimo = 3 e máximo = 56. Pelo teste *t de student* não houve diferença estatística ($p = 0,171$), sendo para o grupo de alunos brasileiros a média de 21,22 horas por semana de estudos fora de atividades de aula, com IC95%: [19,03 ; 23,41], mediana = 20, desvio padrão = 12,12, mínimo = 3 e máximo = 56, e para o grupo de estrangeiros, a média foi de 18,69 horas, com IC95%: [15,71 ; 21,67], mediana = 15, desvio padrão = 12,58, mínimo = 3 e máximo = 45.

5.3 Suspeição de transtornos mentais comuns em estudantes brasileiros do curso de Medicina da UNILA

A prevalência estimada no grupo de brasileiros do curso de Medicina na UNILA foi de 40% com IC95%:[0,31; 0,49]:

No grupo dos estudantes brasileiros, 50 alunos foram considerados casos suspeitos de terem a presença de transtornos mentais comuns. O restante do grupo (n = 75) não foi considerado suspeito, uma vez que os participantes obtiveram score < 8 no questionário autoaplicável *self-reporting questionnaire-20*. Foram excluídos 2 estudantes brasileiros devido à inadequação de marcação de respostas, inviabilizando à obtenção do resultado do score total do SRQ-20 dos alunos em questão e conseqüentemente não podendo serem incluídos nas categorias com suspeição ou sem suspeição de TMC.

Considerando todo o grupo de brasileiros (n = 125), a média da pontuação do SRQ-20 foi 7,14, com IC95%: [6,30 ; 7,97], mediana = 6, desvio padrão = 4,72, mínimo = 0 e máximo = 17. O grupo de casos suspeitos (n = 50) teve a média de pontuação do SRQ-20 de 12,06, com IC95%: [11,27 ; 12,85], mediana = 12, desvio-padrão = 2,79, mínimo = 8 e máximo = 17, e o grupo de brasileiros sem suspeição (n = 75) teve a média de 3,85 no SRQ-20, com IC95%: [3,34 ; 4,36], mediana = 4, desvio padrão = 2,21, mínimo = 0 e máximo = 7.

Avaliando os itens mais pontuados no SRQ-20 pelo total de alunos brasileiros, alunos com suspeição e sem suspeição, verifica-se que os 10 primeiros mais pontuados pelo grupo total, também estavam entre os 9 e 10 mais pontuados, no grupo com suspeição e sem suspeição, respectivamente (Quadro 1). Os itens relativos à tensão, nervosismo ou preocupação, ao cansaço, à satisfação na realização de atividades diárias, a dormir mal, dificuldades na tomada de decisões, sensação de tristeza, assustar-se com facilidade, dificuldade para pensar com clareza, ter dores de cabeça e perda do interesse pelas coisas foram os 10 mais pontuados pelo grupo total de estudantes brasileiros. Itens como ter má digestão e ter tremores nas mãos também estavam entre os 10 mais pontuados pelos grupos com e sem suspeição, uma vez que houve empate de pontuação em alguns itens.

Quadro 1 – Relação dos itens mais pontuados no SRQ-20, segundo grupo com e sem suspeição. Foz do Iguaçu, 2019.

Classificação	Item total	Item grupo suspeição SRQ-20	Item grupo não suspeição SRQ-20
1º	Sente-se nervoso(a), tenso(a) ou preocupado(a)	Sente-se nervoso(a), tenso(a) ou preocupado(a)	Sente-se nervoso(a), tenso(a) ou preocupado(a)
2º	Você se cansa com facilidade?	Você se cansa com facilidade? Tem se sentido triste ultimamente? Encontra dificuldades para realizar com satisfação suas atividades diárias?	Você se cansa com facilidade?
3º	Encontra dificuldades para realizar com satisfação suas atividades diárias?	Sente-se cansado(a) o tempo todo?	Encontra dificuldades para realizar com satisfação suas atividades diárias? Dorme mal?
4º	Sente-se cansado(a) o tempo todo?	Tem dificuldades para tomar decisões?	Sente-se cansado(a) o tempo todo? Assusta-se com facilidade?
5º	Dorme mal?	Tem dificuldade de pensar com clareza?	Tem dificuldades para tomar decisões?
6º	Tem dificuldades para tomar decisões?	Tem sensações desagradáveis no estômago?	Tem dores de cabeça freqüentes?
7º	Assusta-se com facilidade? Tem se sentido triste ultimamente?	Tem perdido o interesse pelas coisas?	Tem sensações desagradáveis no estômago?
8º	Tem dificuldade de pensar com clareza? Tem sensações desagradáveis no estômago?	Tem má digestão?	Tem tremores na mão?
9º	Tem dores de cabeça freqüentes?	Tem dores de cabeça freqüentes? Assusta-se com facilidade?	Tem perdido o interesse pelas coisas?
10º	Tem perdido o interesse pelas coisas?	Tem tremores na mão? Sente-se nervoso(a), tenso(a) ou preocupado(a)?	Tem má digestão? Tem dificuldade de pensar com clareza? Tem se sentido triste ultimamente?

No grupo com suspeição, todos afirmaram terem se sentido tenso, nervoso ou preocupado nos últimos 30 dias. Ressalta-se também que 84% dos casos suspeitos afirmaram dificuldades na realização com satisfação de suas atividades diárias, sentirem-se tristes e cansarem-se com facilidade, 76% dormirem mal e terem dificuldades na tomada de decisões e 74% terem dificuldades para pensar com clareza.

Em relação ao grupo sem suspeição, a maioria (69,3%) disse sentir-se nervoso, tenso ou preocupado.

Quanto à questão de ter apresentado a ideia de acabar com a vida, 7,2% de todos os brasileiros assinalaram sim, sendo todos do grupo de suspeição.

O SRQ-20 foi dividido em 4 grupos de sintomas, humor depressivo-ansioso, sintomas somáticos, decréscimo de energia vital e pensamentos depressivos, sendo estes descritos de acordo com os itens relacionados no Quadro 2.

Quadro 2 – Divisão dos itens do SRQ-20 segundo grupos de sintomas, humor depressivo-ansioso, sintomas somáticos, decréscimo de energia vital e pensamentos depressivos. Foz do Iguaçu, 2019.

Grupo de sintomas	Itens do SRQ-20
Humor depressivo-ansioso	Sente-se nervoso(a), tenso(a) ou preocupado(a)? Assusta-se com facilidade? Tem se sentido triste ultimamente? Tem chorado mais do que de costume?
Sintomas somáticos	Você tem dores de cabeça frequente? Dorme mal? Tem sensações desagradáveis no estômago? Você tem má digestão? Tem falta de apetite? Tem tremores nas mãos?
Decréscimo de energia vital	Você se cansa com facilidade? Tem dificuldades para tomar decisões? Encontra dificuldades para realizar com satisfação suas tarefas diárias? Tem dificuldades no serviço (seu trabalho é penoso, lhe causa sofrimento)? Sente-se cansado(a) o tempo todo? Tem dificuldade de pensar com clareza?
Pensamentos depressivos	É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida? Tem perdido o interesse pelas coisas? Tem tido ideia de acabar com a vida? Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo?

Fonte: World Health Organization, 1994.

Considerando os 125 brasileiros, no grupo de sintomas humor depressivo-ansioso a média foi 0,46, com IC95%: [0,41 ; 0,51], mediana = 0,5, desvio padrão = 0,29 mínimo = 0 e máximo = 1, no grupo de sintomas somáticos a média foi 0,33, com IC95%: [0,29 ; 0,38], mediana = 0,33, desvio padrão = 0,27, mínimo = 0 e máximo = 1, no grupo de sintomas decréscimo de energia vital a média foi de 0,44, com IC95%: [0,38 ; 0,49], mediana = 0,33, desvio padrão = 0,31, mínimo = 0 e máximo = 1, e no grupo de sintomas pensamentos depressivos a média foi 0,17, com IC95%: [0,12 ; 0,21], mediana=0, desvio padrão = 0,26, mínimo = 0 e máximo = 1, tendo sido o grupo de sintomas depressivo-ansioso o de maior pontuação de média.

No grupo com suspeição para TMC, a categoria de sintomas humor depressivo-ansioso teve a média de 0,7, com IC95%: [0,63 ; 0,77], mediana = 0,75, desvio padrão = 0,23, mínimo = 0,25 e máximo = 1, a categoria de sintomas somáticos teve a média de 0,57, com IC95%: [0,51 ; 0,63], mediana = 0,67, desvio padrão = 0,22, mínimo = 0 e máximo = 1, a categoria de sintomas decréscimo de energia vital teve a média 0,73, com IC95%: [0,68 ; 0,79], mediana = 0,75, desvio padrão = 0,2, mínimo = 0,33 e máximo = 1, e a categoria de sintomas de pensamentos depressivos teve a média de 0,36, com IC95%: [0,26 ; 0,45], mediana = 0,25, desvio padrão = 0,32, mínimo = 0 e máximo = 1, tendo a categoria decréscimo de energia vital a maior média.

Já no grupo de participantes sem suspeição, a maior média foi na categoria humor depressivo-ansioso, sendo de 0,3 com IC95%: [0,25 ; 0,34], mediana = 0,25, desvio padrão = 0,2, mínimo = 0 e máximo = 0,75. Na categoria somáticos a média foi de 0,18, com IC95%: [0,14 ; 0,22], mediana = 0,17, desvio padrão = 0,17, mínimo = 0 e máximo = 0,67, na categoria decréscimo de energia vital a média foi 0,24, com IC95%: [0,19 ; 0,29], mediana = 0,33, desvio padrão = 0,2, mínimo = 0 e máximo = 0,67, e na categoria pensamentos depressivos a média foi de 0,04, com IC95%: [0,02 ; 0,07], mediana = 0, desvio padrão = 0,1, mínimo = 0 e máximo = 0,25.

A categoria pensamentos depressivos teve a menor média nos grupos com e sem suspeição e no total de participantes.

Foi realizado o Teste de Friedman para análise comparativa entre as categorias humor depressivo-ansioso, sintomas somáticos, decréscimo de energia vital e pensamentos depressivos e ocorreu significância estatística ($p < 0,0001$) tanto no grupo sem suspeição quanto no grupo com suspeição de TMC.

Também realizou-se o Teste Wilcoxon para comparação dois a dois das categorias, obtendo-se 6 comparações entre as categorias: humor depressivo-ansioso com sintomas

somáticos, humor depressivo-ansioso com decréscimo de energia vital, humor depressivo-ansioso com pensamentos depressivos, sintomas somáticos com decréscimo de energia, sintomas somáticos com pensamentos depressivos e decréscimo de energia com pensamentos negativos. Foi utilizado para resultado de significância estatística $p < \alpha / 6$, sendo $p < 0,05 / 6$, $p < 0,008$. No grupo sem suspeição, houve significância estatística ($p < 0,0001$) entre a categoria humor depressivo-ansioso e categoria sintomas somáticos, e entre a categoria pensamentos depressivos e todas as outras categorias. No grupo com suspeição de TMC, houve significância estatística ($p < 0,0001$) entre a categoria a categoria decréscimo de energia e sintomas somáticos, e entre a categoria pensamentos depressivos e todas as outras categorias.

Conclui-se que nos grupos com suspeição e sem suspeição houve relevância estatística na menor pontuação da categoria pensamentos depressivos em comparação a todas as outras categorias, no grupo com suspeição, a pontuação maior da categoria decréscimo de energia vital teve relevância estatística em relação à pontuação da categoria de sintomas somáticos, e no grupo sem suspeição, a pontuação maior da categoria humor depressivo teve relevância estatística em relação à pontuação da categoria de sintomas somáticos.

5.4 Qualidade de vida dos estudantes brasileiros do curso de Medicina da UNILA

A estrutura do WHOQoL-BREF leva a divisão dos seus itens entre os domínios físico (itens 3, 4, 10, 15, 16, 17 e 18), psicológico (itens 5, 6, 7, 11, 19 e 26), relações sociais (itens 20, 21 e 22) e meio ambiente (itens 8, 9, 12, 13, 14, 23, 24 e 25) (Quadro 3) (FLECK et al., 2008), além dos 2 itens gerais existentes (itens 1 e 2) (WHO, 1996) (Quadro 4).

Quadro 3 – Divisão dos itens do WHOQoL-BREF segundo domínios Físico, Psicológico, Relações Pessoais e Meio Ambiente. Foz do Iguaçu, 2019.

DOMÍNIOS	ITENS	QUESTÕES
Físico	3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?
	4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?
	10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?
	15	Quão bem você é capaz de se locomover?
	16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?
	17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?
	18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?
Psicológico	5	O quanto você aproveita a vida?
	6	Em que medida você acha que sua vida tem sentido?
	7	O quanto você consegue se concentrar?
	11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?
	19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?
	26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?
Relações sociais	20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?
	21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?
	22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?
Meio ambiente	8	O quanto você se sente em segurança em sua vida diária?
	9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?
	12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?
	13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?
	14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?
	23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?
	24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?
	25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?

Fonte: Fleck et al., 1998.

Quadro 4 – Itens gerais do WHOQoL-BREF. Foz do Iguaçu, 2019.

ITENS	QUESTÕES
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?

Fonte: Fleck et al., 1998.

5.4.1 Domínios do WHOQoL-BREF

Realizando a análise descritiva dos domínios do WHOQoL-BREF a partir da categorização dos participantes em grupo com suspeição e sem suspeição de transtornos mentais comuns, observou-se no grupo com suspeição a média do domínio físico de 55,93, com IC95%: [52,01 ; 59,84], mediana = 57,14, desvio padrão = 13,78, mínimo = 25 e máximo = 78,6, a média do domínio psicológico de 51,03, com IC95%: [46,85 ; 55,22], mediana = 50, desvio padrão = 14,73, mínimo = 20,8 e máximo = 79,2, a média do domínio relações sociais de 61,5, com IC95%: [55,74 ; 67,26], mediana = 58,33, desvio padrão = 20,27, mínimo = 0 e máximo = 100, e a média do domínio meio ambiente de 62,31, com IC95%: [58,28 ; 66,35], mediana = 64,06, desvio padrão = 14,19, mínimo = 31,3 e máximo = 87,5.

Em relação ao grupo de estudantes sem suspeição, para o domínio físico a média foi de 71,71, com IC95%: [68,81 ; 74,62], mediana = 71,43, desvio padrão = 12,62, mínimo = 42,9 e máximo = 100, para o domínio psicológico a média foi de 70,72, com IC95%: [68,06 ; 73,39], mediana = 70,83, desvio padrão = 11,58, mínimo = 45,8 e máximo = 95,8, para o domínio relações sociais a média foi de 72,52, com IC95%: [68,68 ; 76,37], mediana = 75, desvio padrão = 16,59, mínimo = 33,3 e máximo = 100, e no domínio meio ambiente a média foi de 72,38, com IC95%: [69,62 ; 75,14], mediana = 71,88, desvio padrão = 12,01, mínimo = 34,4 e máximo = 96,9.

Foi realizado o Teste de Friedman para análise comparativa entre os domínios físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente, havendo significância estatística ($p = 0,002$) entre os domínios do WHOQoL-BREF para o grupo com suspeição. Para o grupo sem suspeição, a análise entre os domínios apresentou $p = 0,085$.

Com o resultado acima, realizou-se o Teste Wilcoxon para comparação dois a dois dos domínios, obtendo-se 6 comparações entre as seguintes: domínio físico com domínio psicológico, domínio físico com relações sociais, domínio físico com meio ambiente, domínio

psicológico com relações sociais, domínio psicológico com meio ambiente e domínio relações sociais com meio ambiente. Foi utilizado para resultado de significância estatística $p < \alpha / 6$, sendo $p < 0,05 / 6$, $p < 0,008$. Houve significância estatística entre domínios físico e meio ambiente ($p = 0,003$), domínios psicológico e relações sociais ($p < 0,0001$) e entre domínios psicológico e meio ambiente ($p < 0,0001$).

Conclui-se que nos grupos com suspeição houve relevância estatística na menor pontuação do domínio físico em relação ao meio ambiente, e na menor pontuação do domínio psicológico em relação ao domínio relações sociais e ao domínio meio ambiente.

5.4.2 Itens gerais do WHOQoL-BREF

A média do 1º item geral do WHOQoL-BREF dos estudantes brasileiros foi de 71,26, com IC95%: [68,33 ; 74,19], mediana = 75, desvio padrão = 16,7, mínimo = 25 e máximo = 100, e a média do 2º item geral do WHOQoL-BREF foi de 59,06, com IC95%: [55,08 ; 63,03], mediana = 75, desvio padrão = 22,64, mínimo = 0 e máximo = 100.

Considerando apenas o grupo com suspeição para transtornos mentais comuns a média do 1º item geral do WHOQoL-BREF foi de 63, com IC95%: [58,41 ; 67,59], mediana = 75, desvio padrão = 16,16, mínimo = 25 e máximo = 100, e a média do 2º item geral foi de 48,5, com IC95%: [42,51 ; 54,49], mediana = 50, desvio padrão = 21,07, mínimo = 0 e máximo = 75. No grupo sem suspeição de transtornos mentais comuns, o 1º item geral do WHOQoL-BREF teve a média de 76,67, com IC95%: [73,21 ; 80,12], mediana = 75, desvio padrão = 15,01, mínimo = 50 e máximo = 100, e o 2º item geral teve a média de 66, com IC95%: [61,12 ; 70,88], mediana = 75, desvio padrão = 21,21, mínimo = 25 e máximo = 100.

Realizando o Teste Mann-Whitney, com $\alpha = 0,05$, para comparação 1º item geral e do 2º item geral para cada um dos grupos, com e sem suspeição de transtornos mentais comuns, observou-se diferença estatística significativa ($p < 0,0001$) tanto no 1º item geral, quanto no 2º item geral, resultando que a avaliação da qualidade de vida (1º item) e a satisfação com a própria saúde (2º item) são melhores avaliadas no grupo sem suspeição de TMC.

5.5 Domínios da qualidade de vida associados à suspeição de TMC nos estudantes brasileiros do curso de Medicina da UNILA

Realizado o Teste de Mann-Whitney bivariado para selecionar quais domínios do WHOQoL-BREF estariam associados a ter ou não ter suspeição de transtornos mentais comuns.

Todos os domínios do WHOQoL-BREF tiveram diferença estatisticamente significativa nas medianas entre os grupos, e em consequência destes resultados todos os domínios foram selecionados para o modelo de regressão logística (Tabela 1).

Tabela 1 – Resultados estatísticos e do teste de Mann-Whitney na comparação entre os valores medianos de cada um dos domínios do WHOQoL-BREF segundo grupos sem e com suspeição de TMC. Foz do Iguaçu, 2018.

Domínio WHOQoL-BREF	Sem suspeição Mediana	Sem suspeição Valor mínimo	Sem suspeição Valor máximo	Com suspeição Mediana	Com suspeição Valor mínimo	Com suspeição Valor máximo	ρ
Físico	71,43	42,9	100	57,14	25	78,6	< 0,0001
Psicológico	70,83	45,8	95,8	50	20,8	79,2	< 0,0001
Relações Sociais	75	33,3	100	58,33	0	100	0,001
Meio ambiente	71,88	34,4	96,9	64,06	31,3	87,5	< 0,0001

Após análise da regressão logística foi possível observar que os domínios do WHOQoL-BREF que permaneceram associados à suspeição de TMC foram os domínios físico e psicológico (Tabela 2).

Tabela 2 – Resultados da regressão logística para análise de domínios do WHOQoL-BREF associados à suspeição de TMC. Foz do Iguaçu, 2018.

Domínio WHOQoL-BREF	EP	ODDS BRUTO	IC [ODDS]	ODDS AJUSTADO	IC [ODDS AJUSTADO]	ρ
Físico	0,023	-0,052	[-0,097 ; -0,007]	0,950	[0,907 ; 0,994]	0,028
Psicológico	0,026	-0,098	[-0,149 ; -0,047]	0,907	[0,862 ; 0,953]	<0,0001

5.6 Fatores sociodemográficos, de saúde, de rede de apoio, de inter-relação pessoal e do curso associados à suspeição de TMC nos estudantes brasileiros do curso de Medicina da UNILA

Para avaliação dos fatores sociodemográficos, de saúde, de rede de apoio, de inter-relação pessoal e do curso associados à suspeição de transtornos mentais comuns foram selecionadas as variáveis que apresentaram significância estatística no resultado de teste qui-quadrado: período atual do curso ($p = 0,046$), sexo ($p < 0,0001$), ter feito ou estar fazendo tratamento psiquiátrico e/ou psicológico ($p = 0,005$), consideração quanto a ter sono suficiente ($p = 0,026$), autoavaliação do desempenho acadêmico ($p < 0,0001$), consideração quanto a ter alimentação saudável ($p = 0,04$), consideração quanto ao curso ser estressante ($p = 0,002$) e presença de pensamento de desistir ou trancar o curso de Medicina ($p = 0,003$).

Foi utilizado o modelo de regressão logística para análise de probabilidade de predição destas 8 variáveis e a variável período atual do curso ao quadrado na suspeição de TMC, uma vez que a variável período atual do curso não apresentou comportamento linear na análise bivariada.

De acordo com a Tabela 3, as variáveis período atual do curso, consideração quanto a ter alimentação saudável, consideração quanto ao curso ser estressante e período atual do curso ao quadrado mantiveram-se associadas à suspeição de TMC.

Tabela 3 – Resultados da regressão logística para análise dos fatores sociodemográficos, de saúde, de rede de apoio, de inter-relação pessoal e do curso associados à suspeição de TMC. Foz do Iguaçu, 2018.

Variáveis	EP	ODDS BRUTO	IC [ODDS]	ODDS AJUSTADO	IC [ODDS AJUSTADO]	P
Período do curso	0,729	1,5	[0,071 ; 2,929]	4,483	[1,075 ; 18,700]	0,039
Alimentação	0,641	1,670	[0,414 ; 2,926]	5,319	[1,513 ; 18,519]	0,009
Curso estressante	1,215	2,577	[0,196 ; 4,958]	13,162	[1,218 ; 142,280]	0,034
Período do curso ²	0,065	-0,162	[-0,289 ; -0,035]	0,850	[0,748 ; 0,966]	0,013
Constante	1,950	-4,421	[-8,243 ; -0,599]	0,012	-	0,023

As probabilidades de predição de suspeição de TMC de acordo com o período do curso apresentadas na Tabela 4 mostram um crescimento desta probabilidade até o 5º período e depois decresce. Estes resultados foram obtidos por probabilidade sendo igual:

$$\exp(-4,421 + 1,5 \text{ período curso} - 0,162 \text{ período do curso}^2) / 1 + \exp(-4,421 + 1,5 \text{ período curso} - 0,162 \text{ período do curso}^2)$$

Tabela 4 – Valores de probabilidades de predição de suspeição de TMC de acordo com o período do curso. Foz do Iguaçu, 2018.

Período do curso	Probabilidade
1º	0,0438
2º	0,1121
3º	0,2012
4º	0,2664
5º	0,2747
6º	0,2222
7º	0,1348
8º	0,0579
9º	0,0172

DISCUSSÃO

6 DISCUSSÃO

Considerando a extensão territorial de 8.519.000 Km², as diversidades regionais, o multiculturalismo e a imigração de vários locais do mundo em nosso país que, por si, levam a uma possibilidade de diferenças em costumes, hábitos, religiões, crença, fé, estilo de vida entre alunos brasileiros oriundos das várias áreas do Brasil que venham para Foz do Iguaçu estudar na UNILA.

O curso de Medicina da UNILA, em sua peculiaridade da presença de alunos latino-americanos não brasileiros, tem pontos que possam ser distintos de outros cursos médicos, onde essa integração mais significativa de estrangeiros não faz parte da natureza comum das outras universidades brasileiras. O Brasil apesar de ter fronteira com quase todos os países sul-americanos, exceto Chile e Equador, não mantém esta diversidade intercultural de modo homogêneo para além das regiões de fronteira.

A presença de discentes de 17 nacionalidades estrangeiras fazendo parte integrante da Medicina da UNILA e os aspectos relacionados às diferenças de cultura, educação familiar, alimentação, currículo escolar, religião, idioma e hábitos podem ser observados entre os alunos.

O idioma pode ser um ponto significativo para avaliação como fator dificultador desta integração. A disciplina do idioma Português para os estudantes estrangeiros e do idioma Espanhol para os estudantes brasileiros do Ciclo Básico Comum da UNILA podem minimizar a dificuldade de compreensão semântica entre os estudantes. Por outro lado, observa-se que mesmo os alunos estrangeiros tendo como idioma comum o Espanhol, há diferenças em determinadas terminologias e expressões entre os diferentes países latino-americanos.

A redução do número de estrangeiros em relação ao número total de alunos por período ao longo do curso da Medicina da UNILA pode ter como hipóteses uma maior evasão de estrangeiros no decorrer do curso por reprovação em disciplinas, não adaptação ao país, dificuldades financeiras ou de compreensão do idioma, inclusive podendo gerar impacto nos estudos. Deve-se considerar também a possibilidade de que a transferência de universidade, que ocorre com os estudantes brasileiros quando há vagas no curso, pode aumentar o número de estudantes brasileiros em relação ao total de alunos no período.

Observou-se que mais brasileiros do que estrangeiros consideraram ter desempenho bom/excelente. Ressalta-se que os alunos brasileiros em sua maioria ingressaram na UNILA por meio do Sistema de Seleção Unificada/Exame Nacional do Ensino Médio (SISU/ENEM), podendo apresentar histórico de maior competitividade e busca por resultado bom/excelente

em suas notas. Já todos os alunos estrangeiros ingressaram por seleção internacional neste estudo.

Este item sobre autoavaliação de desempenho pode também ter o impacto de uma avaliação equivocada do aluno em relação a si mesmo, uma vez que é subjetivo e não é solicitada que esta autoavaliação ocorra com base no índice de notas de cada aluno. Um ponto importante no caso dos alunos estrangeiros é que os mesmos precisavam ter o Índice de Rendimento Acadêmico (IRA) maior ou igual a seis para não perder o auxílio financeiro fornecido aos estrangeiros, de acordo com regra da UNILA vigente na data de realização desta pesquisa.

Um estudo analítico sobre a autoavaliação de cada aluno pode ser esclarecedor. As diferenças de histórico curricular e exigências prévias à entrada no curso de Medicina da UNILA podem gerar esta diferença estatística entre alunos brasileiros e estrangeiros e talvez sejam minimizadas ao longo do curso, caso os estrangeiros melhorem sua autoavaliação acadêmica e também possam ter maior domínio do idioma Português, o que pode gerar facilitação nos estudos.

Outro ponto a destacar é a quantidade de horas estudadas, não havendo diferença estatística entre os grupos brasileiros e estrangeiros mesmo em se tratando da possibilidade de que o estudo em outro idioma pode levar mais tempo para apreensão do conteúdo estudado.

Os estudos diários fora de sala de aula ocorrem, em média, incluindo os dias de final de semana, 20,28 horas por semana, com IC95%: [18,52 ; 22,04]. No caso de considerarmos este estudo diário em 7 dias da semana, teria-se uma média de cerca de 2,9 horas por dia de estudos em um curso integral. Em decorrência desta carga horária relacionada às atividades acadêmicas, deve-se avaliar a possibilidade do uso de psicoestimulantes sendo utilizado pelos discentes como uma maneira de obter melhora no desempenho de estudos em casa e na concentração. De acordo com estudo de Silveira et al. (2014), em estudantes de Medicina de universidade no Sul do Brasil, 23,02% faziam uso de metilfenidato não prescritos por médicos. Ações informacionais sobre a administração e consequências da utilização desta substância sem indicação terapêutica devem ser realizadas a fim de evitar o uso abusivo e indiscriminado.

Em relação às desistências e aos trancamentos de curso, na UNILA, mais de 40% dos estudantes afirmaram já terem pensado em desistir ou trancar o curso médico. Como não houve diferença estatística entre estudantes brasileiros e estrangeiros, as diferenças culturais, de idioma e inerentes de cada país podem não ter relevância neste caso. Comparativamente, um estudo com estudantes de Medicina brasileiros observou percentual de pensamento de

desistência em algum momento durante o curso, próximo ao encontrado na pesquisa da UNILA, sendo de 36,3% (COSTA et al., 2010).

O estresse agudo ou cronicificado pode levar à vontade de não ter que vivenciar mais situações geradoras de estresse e fazer com que o estudante pense em trancar ou desistir do curso médico.

Um dos pontos relevantes no estudo é a percepção para a maioria (77,1%) dos estudantes, sem diferença estatística entre brasileiros e estrangeiros, de considerar o curso de Medicina estressante. Por sua vez, a tensão emocional também foi temática de estudo da pesquisa de Costa et al. (2010) quando 70,4% dos estudantes referiram sofrer de tensão.

Além da carga horária de estudos e do conteúdo disciplinar elevados, os desafios diários do estudante de Medicina em sua trajetória de curso, podem levar ao estresse dos discentes. A densidade do conteúdo disciplinar, a demanda de estudos, o contato com pacientes, o treinamento de habilidades de anamnese e de exame físico nos pacientes, o contato com familiares de pacientes, o lidar com queixas e frustrações dos doentes, o vivenciar as dificuldades inerentes aos serviços públicos, o frustrar-se com a impossibilidade de resolução de determinadas patologias, o lidar com o suporte paliativo em algumas situações patológicas, o treinamento na realização de diagnósticos e condutas, e a experimentação do dia a dia nas urgências e enfermarias, nas unidades básicas de saúde, nos centros de reabilitação psicossocial são situações pelas quais passam os estudantes de Medicina da UNILA e que possam ser geradoras de estresse. Ressalta-se que no curso médico da UNILA, os estudantes têm contato com pacientes desde o 1º período.

Ao se considerar atividades as quais os estudantes possam utilizar-se para contrabalancear situações estressoras, têm-se os hábitos de realização de atividade física e de lazer.

Apesar de ser considerada um importante fator contribuinte para a saúde física e mental, a atividade física não é praticada por mais de 40% dos estudantes deste estudo, não havendo diferença estatisticamente significativa entre os grupos, mas os estrangeiros apresentaram menos horas disponibilizadas semanalmente para atividade física do que os brasileiros, neste caso com significância estatística, levando ao questionamento se a adaptação ao novo país, a uma nova cultura e aos novos grupos sociais possam ter impacto neste resultado, assim como possíveis dificuldades financeiras que possam reduzir à participação em atividades físicas não gratuitas.

Em relação à atividade de lazer, pouco mais de 20% dos estudantes do curso referiram não tê-la, sem diferença estatisticamente significativa entre grupos. Além das possibilidades

de adaptação citadas como limitadoras para realização da atividade física, a estrutura de Foz do Iguaçu como um todo não favorece às atividades de lazer gratuitas do tipo ao ar livre, tais como, em praças, praias e parques abertos.

Na obtenção de promoção de saúde e melhora na qualidade de vida necessita-se da predominância de comportamentos saudáveis, e os adultos jovens, especialmente os universitários da área da saúde, têm importante papel como multiplicadores dessas informações na sociedade, inclusive podendo modificar a comunidade onde estão inseridos (NETTO et al., 2012).

Em relação às redes de apoio, os integrantes familiares e amigos são personagens que possam auxiliar no dia a dia e em momentos que o estudante esteja mais vulnerável emocionalmente. A maioria dos estudantes pesquisados não mora com familiares e 25,2% moram sozinhos, mas a grande maioria (86,6%) referiu poder contar com apoio familiar quando não está bem emocionalmente. Considerando que a média da distância de algum apoio familiar para os brasileiros é de 684 km e para os estrangeiros, 1.708 Km, a sensação de isolamento e de sentir-se sozinho diariamente ou em situações de estresse pode ocorrer devido à questão geográfica.

Por outro lado, 91% dos participantes referiram ter amigos na cidade em que mora, e 90% afirmaram poder contar com amigos quando não está bem emocionalmente. Porém não há clareza se estes amigos com quem possam contar moram na mesma cidade que o participante.

Perceber apoio social e sentir-se pertencente a uma sociedade relacionam-se com melhores estratégias de adaptação, menores níveis de estresse e numa melhor inserção no novo contexto social o qual se integram os imigrantes (URZÚA et al., 2015).

Ressalta-se que apesar de terem mudado de cidade e até de país, brasileiros (92,9%) e estrangeiros (89,3%) consideram ter amigos na cidade em que residem. A grande maioria dos participantes teria possibilidade de estar incluída em atividades de lazer e de atividade física em conjunto com amigos, e também de ter inter-relações pessoais.

Esta pesquisa, por não ser seu objetivo, não identificou se há vínculos de amizades entre estrangeiros e brasileiros, o que é um bom objeto de estudo para futuras pesquisas na UNILA, universidade com foco na integração latino-americana.

Na questão de inter-relação pessoal, apesar de 85% dos alunos sentirem-se acolhidos pelos colegas da Medicina, cerca de 28% dos alunos consideram a relação com os colegas de turma regular/ruim.

Fiorotti et al. (2010) observaram em seu estudo com alunos do curso médico uma prevalência maior de casos suspeitos de transtornos mentais comuns nos alunos que relatavam dificuldade para fazer amigos, sentimento de rejeição por amigos ou outros da mesma faixa etária, e não recebimento do apoio emocional necessário, considerando este último um fator de risco para suspeição de TMC e um achado também observado no estudo de Lima, Domingues e Cerqueira (2006). Rocha e Sassi (2013) também verificaram em seu estudo que considerar não receber apoio emocional que necessita, ter dificuldade de fazer amigos e sentir-se rejeitado têm associação significativa com suspeição de TMC.

Na avaliação da relação com os colegas de turma, 28,2% dos participantes consideraram-na regular/ruim, sem diferença estatisticamente significativa entre grupos. É possível que questões culturais, de idioma e de hábitos possam levar ao distanciamento entre colegas de turma. Em um estudo sobre influência de estratégias de aculturação no Chile, Urzúa et al. (2016) observaram que a integração de manter costumes do país de origem e a aquisição de costumes do país de residência atual é melhor para a QV, uma vez que quando há redução da manutenção dos costumes do país de origem, a qualidade de vida tende a piorar.

Silva, Cerqueira e Lima (2014) também consideram que estratégias de ensino centradas no aluno, desenvolvidas em pequenos grupos, favoreçam maior interação entre os discentes, podendo auxiliar na melhoria da interação social, fator de risco para suspeição de transtornos mentais comuns encontrado em sua pesquisa.

No curso de Medicina da UNILA, há grande percentual de atividades de aula em pequenos grupos com o uso de Metodologias Ativas, levando a uma maior integração dos alunos, sendo inclusive os grupos diversificados contendo integrantes brasileiros e estrangeiros. Este tipo de metodologia, além de outras vantagens, possui a caracterização do trabalho em grupo, em parceria e em equipe, facilitando geralmente a integração dos seus componentes e possibilitando o estreitamento das relações entre os colegas de turma. Este modelo de atividades pode auxiliar na integração de costumes e auxiliar positivamente na adaptação dos acadêmicos estrangeiros.

Nesta Metodologia, há também a possibilidade de maior integração entre docentes e discentes. Na pesquisa, a grande maioria dos participantes considerou boa a relação com os professores, sendo que menos de 25% consideraram esta relação regular/ruim. Ressalta-se que esta porcentagem foi quase a mesma considerada pelos discentes para a relação regular/ruim entre os colegas de turma discutida acima.

Uma relação ruim com os professores pode ser um fator estressante a mais no curso de Medicina (COSTA et al., 2010). Por sua vez, uma boa relação, pode ser fator auxiliador e de apoio ao estudante do curso médico. Num estudo comparativo entre estratégias diferentes de ensino aplicadas no curso de Medicina de uma mesma universidade no Nordeste, para o grupo de alunos com metodologia ativa o contato e bom convívio com os professores foi considerado fator de alívio de estresse (TENÓRIO et al., 2016).

O trabalho docente com pequenos grupos de alunos pode viabilizar uma melhor avaliação sobre as dificuldades inerentes à questão pedagógica e de raciocínio clínico do discente, assim como na abertura de um diálogo entre docente e aluno que possa sinalizar questões de problemas externos ao processo pedagógico e que impactam no desenvolvimento pessoal discente, facilitando o encaminhamento do mesmo às estruturas que possam melhor auxiliá-lo na resolução ou minimização dos problemas, tais como, serviços de atendimentos pedagógicos, médicos, psicológicos e de serviço social. Na UNILA, a Pró-reitoria de Assuntos Estudantis (PRAE) e a Pró-Reitoria de Graduação (PROGRAD) são estruturas que apresentam tipos específicos de auxílios aos estudantes, e quando há necessidade os alunos são encaminhados aos serviços específicos do Sistema Único de Saúde (SUS).

Concernente ao sexo, de acordo com o estudo de Scheffer e Cassenote (2013), desde 2009, há um aumento do número de médicas em relação ao dos médicos formados no Brasil. Na pesquisa da UNILA, o resultado com o total de participantes foi de 50% para ambos os sexos. Porém, houve significância estatística da presença do sexo feminino em percentual maior no total de estrangeiros do que no total de brasileiros, podendo mostrar um possível processo de feminização entre os estrangeiros na Medicina da UNILA. Este processo e sua causa podem ser avaliados em pesquisas futuras.

Observa-se a partir do nível de escolaridade dos pais, que a maioria dos estudantes tem pais com nível superior. Estes dados mostram uma realidade de escolaridade formal dos genitores da maior parte dos estudantes que demonstra a importância dada pelos pais à realização de um curso superior, o que em muito pode facilitar o apoio e o entendimento pelos pais da necessidade de saída dos estudantes de suas casas para estudar em outra cidade, estado e até outro país.

A mudança de residência necessita de suporte financeiro para além do auxílio estudantil fornecido aos estrangeiros pelo governo federal brasileiro. Os alunos estrangeiros têm um padrão econômico menos favorecido do que os brasileiros, com menor renda média para um maior número de pessoas vivendo com esta renda. Uma média de 5,5 salários-mínimos brasileiros para o sustento de uma média de 4 pessoas, incluindo um estudante em

outro país, pode dificultar a permanência do mesmo em seu curso médico no Brasil e levar a uma evasão maior de estrangeiros da Medicina da UNILA. Outros pontos podem sofrer o impacto de uma situação financeira menos favorecida, tais como, o lazer e a atividade física, mencionados anteriormente, a alimentação, a maneira de moradia, a busca por serviços de saúde particulares, e a aquisição de instrumentos médicos e livros técnicos.

Em relação ao estado civil ou de relacionamento, ressalta-se que nenhum estudante estrangeiro considerou estar namorando e 8% referiram estarem casados/em união estável/morando com parceiro, neste caso, cerca de metade da porcentagem de brasileiros que referiram esta condição. Em sua grande maioria (92%), os estrangeiros consideraram-se solteiros com significância estatística em relação aos brasileiros (46,5%). De um modo geral, a redução de atividades de lazer, que possam proporcionar encontros entre pessoas, e a adaptação a uma nova realidade em um país diferente do seu podem buscar explicar esta condição de solteirismo dos estrangeiros.

A maior porcentagem tanto dos brasileiros (33,9%) quanto dos estrangeiros (36%) mora com amigos. Ressalta-se que no idioma Espanhol, o termo *companheiro* não necessariamente indica *companheiro afetivo-sexual*, o que pode ter levado alguns estudantes terem marcado a opção de morar com *companheiro* em vez de marcar a opção morar com amigo, ao não considerar este *companheiro de fato* um amigo, podendo ser apenas colega de moradia.

Os brasileiros, apesar de 16% consideraram-se casados/em união estável/morando com o parceiro, 11% disseram morar com *companheiro*. Além da possibilidade de serem casados e morarem em casas separadas, alguns marcaram a opção *Outros* e descreveram morar com parceiro(a) em conjunto com outros familiares.

De um modo geral, morar com alguém em quem se confia e tenha vínculo afetivo e de amizade, pode ser um ponto de apoio e de harmonia no caso de relações saudáveis.

Um outro tipo de vínculo quando saudável, que possa auxiliar como apoio, dependendo de valores e crenças pessoais, é a religião. Os estrangeiros latino-americanos apresentam uma associação estatística significativa em relatar ter religião em maior porcentagem do que os alunos brasileiros, o que pode significar um aspecto cultural dos países latino-americanos de origem dos alunos estrangeiros.

Considerando que para os estrangeiros, a média de distância geográfica da pessoa de apoio familiar ser em torno de 1.700 km, estarem morando em outro país, com cultura, hábitos e costumes diferentes aos seus, e em processo de formação de vínculos pessoais e sociais, a fé pode ser um apoio importante no dia a dia e em situações difíceis. Moreira-

Almeida, Lotufo Neto e Koenig (2006) referem que o envolvimento religioso pode ser um grande fator de melhoria da saúde mental.

Em relação aos aspectos de tratamento psicológico ou psiquiátrico, há significância dos resultados mostrando o quanto o grupo de alunos não brasileiros nunca fizeram tratamento em relação aos brasileiros. Também pode-se verificar que o tempo de tratamento quando realizado anteriormente pelos estrangeiros foi a metade da porcentagem do tempo dos alunos brasileiros. A questão de acesso a tratamento psiquiátrico ou psicológico, o preconceito que possa existir em ter ou assumir realizar estes tratamentos, o lidar com o sofrimento psíquico e com o comprometimento das funções psíquicas, e as reações emocionais às dificuldades e frustrações encontradas podem divergir de acordo com educação familiar e cultura. Almeida (2017) considerou que realizar consulta com psiquiatra estaria associado à suspeição de transtornos mentais menores.

Outro ponto a ser ponderado é se os estudantes estrangeiros apresentavam de fato menos necessidade de tratamento psíquico ou psicológico do que os alunos brasileiros. Observa-se que quando em tratamento na atualidade, os estrangeiros têm um percentual maior de tempo de tratamento do que os brasileiros, não tendo sido possível verificar se este tempo de fato coincide com a permanência deste estudante no Brasil ou no ingresso do curso de Medicina. Uma questão a se considerar é se o tempo de tratamento no Brasil, caso os estrangeiros estejam fazendo tratamento apenas neste país, seja em média mais prolongado do que em outros países latino-americanos.

Em relação ao sono, estudos da atualidade referentes à polissonografia mostram o quanto a qualidade do sono pode interferir em diversas questões de saúde, assim como as alterações no sono podem ser sinais contidos em determinadas patologias, tais como, insônia primária, ansiedade generalizada, transtorno depressivo maior e síndrome de apneia do sono. Do total de participantes, a grande maioria considerou não dormir satisfatoriamente para se sentir descansado.

Diversos motivos podem ser relacionados como hipótese causal para o resultado sobre o sono encontrado para a maioria dos participantes, dentre estes, a presença de nível de estresse e de transtornos psiquiátricos relacionados, a carga horária de estudo fora de atividade de aula, maior tempo disponibilizado para redes sociais virtuais e contatos telefônicos, lembrando que a iluminação de aparelhos celulares pode ser um fator que compromete a liberação e produção de melatonina, substância indutora do sono (POYARES et al., 2003).

Apesar da percepção da suficiência para sentir-se descansado ter sido uma autoavaliação, a média da carga horária de sono, de ambos os grupos, demonstra ser menor do que na população geral, que é em torno de 7 a 8 horas para o adulto (POYARES et al., 2003). Também verificou-se que os estrangeiros dormem menos do que os brasileiros, gerando o questionamento se as consequências relacionadas à mudança de país e adaptação ao fuso horário podem ser fatores causais para esta questão.

Outra questão importante a ser analisada é o resultado sobre alimentação, com cerca de quase 40% dos participantes afirmarem considerar a própria alimentação como não saudável. Dentre as possíveis explicações para este resultado, tendo sido algumas colocadas pelos próprios participantes, têm-se a negligência do conhecimento sobre a importância da alimentação para a saúde, as dificuldades financeiras para compra de determinados tipos alimentares, mas ao mesmo tempo há a afirmação de gastos com alimentações industrializadas e tipo *fast food*, as valorizações pessoais nas escolhas alimentares, a adaptação aos alimentos locais, a relação da idade mais baixa da população estudada com os aprendizados na preparação de alimentação, e o tempo para a preparação da comida.

No caso de dificuldades sobre o gerenciamento de tempo, apontado por alunos como um fator causal das dificuldades para ter uma alimentação saudável, a PROGRAD realiza atividade sobre esta temática, podendo serem os alunos encaminhados quando observada a necessidade. A falta de tempo devido às obrigações do curso médico foi considerado o maior fator de impacto para a qualidade de vida dos estudantes no estudo realizado com grupos focais por Tempski et al. (2012).

Ao avaliar fatores geradores de saúde, observa-se a necessidade de análise do quanto os estudantes avaliados têm de compreensão sobre a importância para a saúde das atividades física e de lazer, e da alimentação saudável. Justifica-se um trabalho informacional sobre os hábitos e rotinas saudáveis.

Concernente à suspeição de TMC, considerando a escassez de estudos epidemiológicos na área de Saúde Mental na população do Brasil, uma pesquisa em Pernambuco mostrou a prevalência de suspeição de TMC de 35% (LUDERMIR; MELO FILHO, 2002), e outro estudo em pacientes avaliados por médicos em unidades da Estratégia de Saúde da Família, no Rio de Janeiro, a prevalência de TMC foi de até 56% (FORTES; VILLANO; LOPES, 2008). A prevalência de 40%, com IC95%: [0,31 ; 0,49], de alunos brasileiros suspeitos de apresentarem transtornos mentais comuns é um ponto importante a ser considerado neste grupo de alunos da Medicina da UNILA, pois apesar do padrão-ouro para diagnóstico ser a avaliação psiquiátrica, o SRQ-20 rastreia casos suspeitos de TMC.

Alguns estudos com discentes de Medicina mostraram uma prevalência maior 54% (ALMEIDA, 2017), 44,9% (SILVA; CERQUEIRA; LIMA, 2014), 44,7% (LIMA; DOMINGUES; CERQUEIRA, 2006), 42,6% (FACUNDES; LUDERMIR, 2005), e outros uma prevalência menor 29,6% (ALMEIDA et al., 2007), 26,1% (CUNHA et al., 2009), 37,1% (FIOROTTI et al., 2010), 33,6% (ROCHA; SASSI, 2013), 22,19% (LOAYZA et al., 2001), 37,8% (BARBOSA, 2016), 22,81% (HIDALGO; CAUMO, 2002). Costa et al. (2010) encontraram a mesma prevalência de 40% de suspeição de TMC no estudo com graduandos da Medicina na Universidade Federal de Sergipe.

No estudo de meta-análise de Pacheco et al. (2017) com base em 13 estudos, a prevalência de casos suspeitos de TMC nos estudantes de Medicina foi de 31,5% no Brasil.

Já Costa, Mendes e Andrade (2017), em estudo longitudinal com alunos ingressos da Medicina até o 6º ano, observaram um aumento da prevalência de suspeição de TMC de 12,5% no 1º ano para 43,2% no 5º ano. Por sua vez, Ferreira, Kluthcovsky e Cordeiro (2016) realizaram um estudo longitudinal de um semestre e observaram que a prevalência de casos suspeitos de TMC nos estudantes de Medicina aumentava do início do semestre (35,8%) para o final do semestre (51,5%), sugerindo que elementos de pressão e estresse possam interagir ao longo do tempo.

A presença de TMC, ou seja, transtorno com sintomas tipo esquecimento, fadiga, irritabilidade, dificuldade para concentração e tomada de decisões, insônia, irritabilidade e queixas somáticas, tais como, falta de apetite, tremores, cefaleia, sintomas gastrointestinais, pode comprometer e impactar uma série de questões pessoais.

Conforme descrito anteriormente, dentre os sintomas de TMC, observam-se dificuldade para concentração e tomada de decisões, insônia, irritabilidade, fadiga e queixas somáticas (FIOROTTI et al., 2010; ROCHA; SASSI, 2013). Em consequência, os portadores de transtornos mentais comuns podem apresentar comprometimento das funções psíquicas que geram uma série de impactos no rendimento acadêmico, dificultam a compreensão e apreensão de conteúdos disciplinares, levam a um aumento no tempo de estudos para a aprendizagem, podem limitar o desenvolvimento de habilidades práticas, levar à insegurança, reduzir a clareza ideativa, dificultar o raciocínio clínico e aumentar o tempo para realização de atividades relacionadas ao cuidado direto com o paciente e também no manejo com a família do paciente.

Outros impactos, mas não menos importantes, estão nas inter-relações pessoais, considerando a possibilidade de brigas, rupturas, dificuldades e incompreensões nas relações

afetivas, de amizades, com professores, com colegas de turma e também no vínculo e consideração com os pacientes.

A presença de TMC e sinais e sintomas de ansiedade e depressão podem proporcionar também um maior isolamento pessoal, redução do interesse social e em atividades antes consideradas interessantes e prazerosas, inclusive, no caso dos alunos, a redução no interesse no curso de Medicina e nos próprios pacientes. Pode-se passar a negligenciar questões relacionadas à própria saúde e ao cuidado com a mesma, como a importância de uma alimentação saudável, atividade física e de lazer (SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017).

Considerando os itens do SRQ-20 mais pontuados no estudo e que o mesmo é um instrumento de triagem, observa-se a possibilidade da presença de sinais e sintomas relacionados ao estresse e aos transtornos ansiosos e depressivos. Estado de apreensão, tensão e nervosismo, dormir mal, assustar-se com facilidade, má digestão e tremores nas mãos são características clínicas observadas comumente em pessoas com ansiedade. Por sua vez, cansaço, dificuldade para realizar com satisfação as atividades diárias e para pensar com clareza, dormir mal, sensação de tristeza, ter dores de cabeça e perda do interesse pelas coisas são aspectos que podem ser observados na clínica da depressão.

Em estudos sobre a presença de sintomas depressivos nos estudantes de Medicina, Porcu, Fritzen e Helberl (2001) observaram a prevalência de 49,2% e Alexandrino-Silva et al (2009), 8,3%, a partir da aplicação do Inventário para Depressão de Beck. Na análise de 25 estudos no Brasil, um resumo da prevalência de depressão entre os estudantes de Medicina foi de 30,6%, ressaltando que estas prevalências ficam significativamente diferentes quando os pontos de corte utilizados entre as pesquisas sejam diferentes (PACHECO et al., 2017).

É importante considerar que no grupo de casos suspeitos a grande maioria apresenta pontuações em questões - presença de tensão, nervosismo ou preocupação, realizar com satisfação as atividades diárias, sentir tristeza, cansaço fácil e sentir-se cansado o tempo todo, dormir mal, dificuldades para decisões e pensar com clareza - que podem ter impacto no humor, na geração de ansiedade e no cuidado com o paciente e no raciocínio clínico do acadêmico.

Mesmo no caso do grupo de não suspeitos, a presença da sinalização de presença de tensão, nervosismo ou preocupação, característica observada na clínica de ansiedade e de estresse, é encontrada na grande maioria.

No grupo com suspeição, a pontuação maior significativa do domínio decréscimo de energia vital em relação ao domínio de sintomas somáticos no SRQ-20 mostra uma presença maior de sintomas relacionados ao funcionamento psíquico, ao humor e ao cansaço. O

cansaço pode ter como fator causal alterações de humor, prejuízo alimentar, desgastes emocionais, estresse, redução da carga horária de sono, dentre outros.

Atividades de apoio ao aluno relativas a como priorizar e gerenciar o tempo para conciliar atividades diárias e carga horária de estudo por dia podem auxiliar na autopercepção dos estudantes quanto à insatisfação do sono para acordar descansado. A sonolência diurna também influencia diretamente a eficácia acadêmica (PAGNIN et al., 2014), tendo sido a autoavaliação acadêmica outra variável associada à suspeição de TMC. De acordo com o estudo de Cardoso et al. (2009) com os estudantes do curso médico de Goiás, há associação estatística significativa entre sonolência diurna excessiva e a pior qualidade do sono.

No estudo de Loayza et al. (2001), ter dificuldade para iniciar o sono ou manter o sono noturno, dormir depois das 23h ou acordar antes das 6h aumentavam a chance de suspeição de TMC nos estudantes de Medicina. Questões relacionadas ao sono, tais como, insônia, carga horária de sono noturno menor que 7 horas, sonolência diurna, alterações do padrão do sono ou qualidade de sono ruim também foram fatores de risco para suspeição de TMC em outros estudos com discentes do curso médico (ALMEIDA et al., 2007; FERREIRA; KLUTHCOVSKY; CORDEIRO, 2016; HIDALGO; CAUMO, 2002).

Ressalta-se que a insônia é comum em pessoas com depressão, burnout e ansiedade. Na Universidade Federal do Ceará, dos alunos que relataram não se sentirem bem repousados ao acordar pela manhã, 63% tinham sintomas de estresse (AGUIAR et al., 2009).

Em um estudo realizado nos estudantes do 2º ano de Medicina da Universidade Federal Fluminense os achados sobre a exaustão emocional e a sonolência excessiva mostraram a influência recíproca das mesmas, ou seja, a sonolência excessiva diurna aumenta quando a exaustão emocional piora e, por sua vez, o risco para exaustão emocional aumenta quando há aumento da sonolência excessiva diurna (PAGNIN et al., 2014).

Por sua vez, de acordo com vários estudos, há a hipótese de que o estresse pode levar à depressão por meio da produção excessiva de corticoide e consequentes danos ao hipocampo (BRANDÃO; GRAEFF, 2014).

Nos alunos de Medicina da UNILA, o domínio pensamento depressivo do SRQ-20 teve significância estatística de menor pontuação em relação a todos os outros domínios nos grupos com e sem suspeição, configurando menor presença de sintomas de autodepreciação e de morte nestes estudantes.

O suicídio é uma questão de relevância em saúde pública. No curso médico há vários casos, no Brasil, de alunos que tentam o suicídio. Meleiro (1998) considera fundamental preparar o discente do curso de Medicina para as reais condições futuras de trabalho, e não

estimular o aluno a ter idealizações onipotentes para enfrentar situações de difícil controle em sua vida profissional.

Na pesquisa de Alexandrino-Silva (2009) com estudantes da Faculdade de Medicina da Fundação do ABC, foi observada a taxa de 13,4% de presença de ideação suicida nos participantes, a partir da Escala de Ideação Suicida de Beck. Os autores também verificaram a correlação positiva entre escores do risco de suicídio e a presença de sintomas depressivos e sintomas de desesperança. Souza (2010) também verificou a partir da aplicação da Inventário Beck de Depressão que cerca de 13% dos estudantes tinham o pensamento “ideias de me matar, mas não as executaria”. Por sua vez, no estudo com estudantes da Universidade Federal de Minas Gerais, a frequência de ideação suicida observada foi de 5,66% (AQUINO, 2012).

Neste estudo, 7,2% dos participantes, estudantes da Medicina da UNILA, referiram ideação suicida em item do SRQ-20, questão de extrema importância a ser analisada a fim de observar fatores que possam ser precipitantes e disponibilizar recursos a fim de viabilizar decisões para resolução desta questão, inclusive a avaliação da presença de transtornos mentais, uma das causas relacionadas ao suicídio.

Os transtornos mentais são multifatoriais e têm em sua base questões psicológicas, biológicas e sociais. No caso do sexo feminino, um ponto a ser considerado são os estressores psicossociais específicos deste gênero, o que leva à necessidade do incremento do apoio social para as mulheres.

Costa, Mendes e Andrade (2017) no estudo com alunos de Sergipe verificaram no 5º ano, especificamente no 9º semestre, o sexo feminino como fator de risco para suspeição de TMC. Almeida (2017) também encontraram uma prevalência do sexo feminino entre os estudantes suspeitos de TMC, considerando dentro os argumentos para esta possibilidade, que as mulheres percebem mais facilmente o adoecimento e expressam seus sintomas. Já em nosso estudo, o sexo feminino teve significância estatística, mas não houve associação do mesmo com suspeição de TMC quando consideradas outras variáveis.

Ao considerar a presença de suspeição de transtornos mentais comuns há um impacto negativo na qualidade de vida dos alunos da UNILA.

Na avaliação da QV nesta pesquisa, os domínios psicológico e físico, tendo as menores pontuações no WHOQoL-BREF, podem ter suas facetas analisadas. Observam-se que temáticas relacionadas com itens de maiores pontuações no grupo de suspeição (Quadro 1), discutidas anteriormente, também fazem parte das temáticas de algumas facetas destes 2 domínios (Quadro 3).

A qualidade de vida tem sua avaliação pelo próprio indivíduo. A avaliação da QV através dos domínios possibilita conhecer os aspectos falíveis das pessoas ou grupos específicos com o objetivo de que através da modificação dos mecanismos de *coping*, os processos de adaptação reduzam a brecha entre as expectativas pessoais e a realidade (BARRIENTOS; SUAZO, 2007).

O planejamento de ações para melhorar os aspectos dos domínios do WHOQoL-BREF com pontuações mais baixas relacionados à presença de suspeição de TMC, conseqüentemente poderão melhorar a autoavaliação dos alunos da Medicina da UNILA quanto à qualidade de vida e, possivelmente quanto à satisfação quanto à própria saúde.

Outros estudos sobre qualidade de vida do estudante de Medicina mostram redução do domínio psicológico nestes estudantes. Bampi et al. (2013) analisaram nos estudantes da Universidade de Brasília que o domínio psicológico obteve o pior escore entre os domínios do WHOQoL-BREF. Em sua pesquisa transversal com alunos do 1º e 5º anos da graduação, Alves et al. (2010) observa a redução da pontuação do domínio psicológico no 5º ano em relação ao 1º ano, considerando a presença de desgastes ao longo do curso.

Ramos-Dias et al. (2010) consideram interessante a detecção precoce de menores scores na QV a fim de que estes alunos sejam acompanhados ao longo do curso, particularmente se esta detecção precoce ocorrer nos primeiros anos da graduação e que ações possam ser conduzidas para a reversão do quadro, a fim de que estes alunos cheguem ao final da graduação com melhor qualidade de vida.

Pagnin e Queiroz (2015), comparando a QV de estudantes do 2º, 4º e 6º anos da graduação da Medicina com uma amostra de mesma idade, de um estudo da população de Porto Alegre, verificaram que os discentes apresentavam uma redução significativa dos domínios psicológicos e relações sociais em comparação com amostra de mesma idade, e que as alunas apresentavam piores pontuações nos domínios físico e psicológico em comparação com os alunos. Já no estudo de Santos et al. (2017), os domínios físico e psicológico estavam associados à suspeição de TMC.

Considerando a relevância dos hábitos saudáveis e QV, o estudo de Netto et al. (2012) evidenciou que os estudantes que estavam envolvidos em atividades físicas de maior frequência e intensidade apresentavam maiores escores nos domínios físico e psicológicos da QV.

Estudos têm demonstrado o impacto negativo da suspeição da morbidade psiquiátrica, avaliada pelo SRQ-20, nos domínios do WHOQoL-BREF (BLAY; MARCHESONI, 2011; ROCHA; CARLOTTO; PIZZINATO, 2013). Em se tratando de estudos transversais, quando

há limitações para relacionar causa e efeito, não se pode afirmar se a presença de suspeição de TMC causa uma diminuição na QV ou se uma menor qualidade de vida causa uma maior prevalência de casos suspeitos de TMC (ROCHA; CARLOTTO; PIZZINATO, 2013).

De qualquer modo, os fatores relacionados com a suspeição da presença de TMC nos alunos da graduação de Medicina da UNILA devem ser analisados para possíveis ações junto aos acadêmicos a fim de ajustes e melhoria destas condições.

A associação de menores pontuações nos domínios físico e psicológico do WHOQoL-BREF com a suspeição de transtornos mentais comuns nos estudantes de Medicina da UNILA sinaliza a necessidade de avaliação e planejamento de ações, que possam auxiliar na melhoria das condições de vida relacionadas a estes domínios.

Diante da situação de adoecimento psíquico dos estudantes de Medicina, criou-se uma rede de trabalho dos suportes psicológicos para o estudante de Medicina para pesquisa, encontros anuais e implementação de novos serviços de suporte (TEMPSKI et al., 2012). Em 2015, criou-se o Fórum dos Serviços de Apoio ao Estudante de Medicina (FORSA COBEM) que teve o número de participantes aumentado ao longo do tempo, e em 2017 teve o tema suicídio abordado no XII FORSA COBEM (BALSADASSIN et al., 2017).

Chazan, Campos e Portugal (2015) consideram relevante que o cuidado com o estudante de medicina deveria iniciar na recepção dos calouros a fim de identificar aqueles com potencial de vulnerabilidade a partir de estratégias para conhecer suas condições de vida, presença de enfermidades e suporte social.

As ações com foco no apoio psicológico e pedagógico ao aluno podem auxiliar na melhoria do desempenho acadêmico e na sensação de que não há solução para melhorar sua situação acadêmica ou suas questões pessoais, que levem ao pensamento de trancar ou desistir do curso de Medicina. Pensamentos de abandonar o curso de Medicina e autoavaliação negativa sobre desempenho acadêmico, com associação significativa no curso da UNILA para suspeição de TMC, foram fatores de risco para suspeição de TMC no estudo de Lima, Domingues e Cerqueira (2006).

Além da divulgação maior das atividades já existentes na UNILA, tais como os atendimentos psicológicos da PRAE, outras atividades de apoio aos estudantes devem ser empreendidas e disponibilizadas aos discentes. Grupos de discussão para troca de experiências e compartilhamento de situações difíceis, psicodrama e oficinas de vivências auxiliam no desenvolvimento da identidade profissional e no auxílio da solução de diversas eventualidades que aparecem na formação do discente (ESPERIDIÃO et al., 2013).

Estas ações deverão ser com o tempo avaliadas para análise de sua efetividade. Cunha et al. (2009), analisando a procura por estes serviços, evidenciaram em seu estudo com estudantes até o 4º ano que dos que tinham suspeição de TMC, 59,2% não conheciam qualquer dos tipos de apoio oferecidos pela universidade e apenas 9,1% procuraram ajuda. Aspectos relacionados à divulgação e à busca pelos serviços devem ser avaliados.

Considerando os fatores de predição pela regressão logística - período do curso, achar o curso estressante e alimentação - análises, discussões técnicas e com responsáveis de áreas devem serem feitas para tomada de decisões em ações para atenuação ou resolução do quadro.

Em relação ao fator *período do curso*, deve-se analisar o impacto da quantidade e complexidade de conteúdo pedagógico, tipo de avaliações, metodologia aplicada, disponibilidade docente para auxílio das dificuldades encontradas pelos alunos principalmente nos períodos considerados como de maior fator de predição, apontados num crescente até iniciar redução a partir do 6º período nesta pesquisa.

Ressalta-se que os alunos da Medicina da UNILA têm contato com pacientes e familiares dos mesmos desde o 1º período do curso, não havendo distinção entre ciclo básico e profissionalizante. Porém destaca-se que, até neste momento do curso de Medicina da UNILA, há um crescimento do conteúdo clínico e de disciplinas até o 6º período. No 7º e 8º períodos, o pré-internato, há diferenças de conteúdo disciplinar e de carga horária teórica e prática entre os 10 módulos existentes em que os alunos fazem rodízio pelos mesmos em pequenos grupos, e no caso do internato, neste estudo, os alunos estavam no começo do 9º ano e no início do semestre quando foi realizada a aplicação dos instrumentos de pesquisa, o que pode ter influenciado o resultado do estudo.

Os programas de tutoria são uma proposta que vem sendo utilizada em várias faculdades e tem como objetivo dar suporte ao aluno durante o desenvolvimento profissional, além de criar oportunidades de investigar as necessidades dos alunos durante a formação e seus possíveis encaminhamentos para soluções (BELLodi et al., 2004).

Concernente ao fator *achar o curso estressante*, de um modo geral, o curso de Medicina é considerado estressante. Sadir, Bignotto e Lipp (2010) em um estudo com adultos que frequentavam uma clínica de estresse, concluíram haver uma grande compatibilidade entre a autopercepção do estresse e o seu diagnóstico clínico, uma vez que 88% das pessoas que procuraram um tratamento especializado nesta clínica tiveram uma percepção correta de seu diagnóstico. Os mesmos autores consideram que devido ao possível efeito desencadeador de inúmeras doenças e no prejuízo da qualidade de vida e produtividade do ser humano há um grande interesse pelas causas e métodos de redução do estresse.

Lipp (2006) considera que o estresse é um processo e complexo, com componentes bioquímicos geneticamente programados, sendo que a ação do estresse emocional excessivo pode afetar as relações interpessoais e ocupacionais devido às alterações no humor e pela dificuldade em concentrar-se e de pensar de modo racional e lógico. Considera também que o estresse crônico é um estado de tensão prolongado que pode levar ao desenvolvimento de doenças e comprometimento da qualidade de vida.

Chazan e Campos (2013) observaram em seu estudo a prevalência de 20% de morbidade crônica referida em universitários de Medicina, e consideraram que muitas dessas morbidades crônicas pudessem ser resultados direto de estresse ou serem exacerbadas pelo mesmo, o que gerava menores escores de qualidade de vida nestes alunos.

Por sua vez, o estudo com alunos da Universidade Federal de Sergipe, Costa et al. (2010) verificaram que além do diagnóstico prévio de transtorno feito por psiquiatra, os alunos que se consideravam emocionalmente tensos tinham fator de risco para suspeição de TMC.

Aguiar et al. (2009) encontraram a prevalência de sintomas de estresse de 49,7% nos acadêmicos da Universidade Federal do Ceará, tendo as alunas apresentados níveis de estresse maiores do que os alunos. Este estudo também evidenciou que mesmo tendo a percepção de que as atividades na faculdade eram consideradas por eles fonte de estresse, apenas cerca de 35% informaram realizarem ações para a promoção da saúde física ou mental.

Já no estudo de Guimarães (2005), foi encontrada a presença de estresse em 57,83% dos estudantes da Faculdade de Medicina de Marília, sendo que 63,71% e 24,05 % destes alunos com estresse apresentavam predominância de sintomas psicológicos e de sintomas físicos, respectivamente. Também chegou a conclusão da correlação entre ter estresse e ser do sexo feminino.

Ações de apoio para melhorar a autopercepção dos primeiros sinais e sintomas de estresse e introdução de técnicas psicológicas, hábitos e rotinas para minimização do impacto de situações estressantes devem ser realizadas. Ao se considerar a possibilidade de fontes externas (eventos que ocorrem na vida de uma pessoa) e internas do estresse (pensamentos, emoções, valores, comportamentos, vulnerabilidades, crenças) ações diversificadas para melhoria do estresse devem ser consideradas.

Devido ao poder de influência das crenças irracionais como fator interno de estresse, o treinamento para controle de estresse deve incluir uma reestruturação cognitiva e ser adaptado para sexo e idade (LIPP; PEREIRA; SADIR, 2005). Neste caso, quanto mais cedo o

tratamento melhor evitando a perpetuação das crenças irracionais no mecanismo de funcionamento pessoal.

O treino de controle do estresse também deve inserir o treinamento nas habilidades sociais. A assertividade, a empatia e a capacidade para solucionar problemas interpessoais são apontadas como necessárias para a manutenção da qualidade das relações. Furtado, Falcone e Clark (2003) em um estudo com graduandos da Medicina da Universidade do Rio de Janeiro observaram que níveis mais baixos de habilidades sociais estão relacionados à presença de estresse.

Zonta, Robles e Grossemann (2006) no estudo sobre enfrentamento do estresse referem as diversas estratégias apontadas por estudantes da Universidade Federal de Santa Catarina: valorização dos relacionamentos interpessoais com parentes, namorados, amigos e colegas, equilíbrio entre estudo e lazer, reservar tempo para atividade física, ter cuidados com a alimentação e saúde, dormir e trabalhar com a própria personalidade a fim de sentir-se feliz e com ânimo e evitando sentir-se pressionados com as situações desfavoráveis.

A realização de disciplina também pode ser ação de auxílio no manejo do estresse. Em sua disciplina eletiva com foco em situações de estresse e estratégias de manejo, Pereira (2014) observou uma representação do aprendizado teórico e prático que oportunizou momentos de reflexão e autoconhecimento que levaram às mudanças psíquicas e emocionais ou mudanças de hábitos de vida nos alunos.

A compreensão do que é o estresse, como reagir às situações de desgastes emocionais, a percepção em si das primeiras sinalizações e o que fazer quanto já percebido o estresse podem ser desenvolvidas em atividades optativas, oficinas e workshops específicos.

A atividade física e o lazer são possibilidades de atenuação do estresse. Sendo o estresse um fator que por si só gera cansaço e insatisfação quanto à qualidade do sono, estas atividades, que podem ser feitas inclusive gratuitamente, devem ser mais valorizadas pelos estudantes.

Em consideração ao fator *ter alimentação não saudável*, a deficiência de determinadas propriedades nutricionais podem levar a má digestão, dor de cabeça, fadiga, alterações na memória, na concentração, comprometimento da apreensão de conteúdos e para pensar com clareza, o que pode gerar dificuldade para tomada de decisões.

No estudo com estudantes de Medicina da Universidade Federal de Ouro Preto, além da prática de esporte, lazer e qualidade do sono, a satisfação com a alimentação foi um fator considerado de influência na qualidade de vida dos participantes. Consideraram que devido às questões de horário reduzido para refeições, tempo de deslocamento para atividades, custo

com alimentação dentre outras, acabavam gerando a opção por uma alimentação precária (FIGUEIREDO et al., 2014).

O estresse e o tipo de alimentação podem ser causas da pontuação significativa maior do domínio decréscimo de energia vital em relação ao domínio somático e também, no resultado dos itens mais pontuados pelos participantes suspeitos no SRQ-20 nos acadêmicos de Medicina da UNILA.

Ressalta-se a necessidade das instituições de ensino superior oferecerem intervenções de suporte aos alunos, sejam estas, atendimentos médicos, psicoterápicos ou pedagógicos, com propostas mais abrangentes no processo ensino-aprendizagem, como disciplinas eletivas visando o bem-estar do discente, grupos de apoio, metodologia ativa de ensino criando espaços para reflexões, estímulo a atividades físicas e culturais, ou oferta de tutoria e *mentoring* (PEREIRA, 2014).

Diante destas discussões, avalia-se a necessidade de manter estudos com foco nos estudantes de Medicina, com o objetivo de ampliar o conhecimento a partir dos resultados encontrados, e implementar ações eficazes diante do cenário dos estudantes da graduação da Medicina da UNILA.

A dificuldade de instrumentos de pesquisa validados nos países latino-americanos levaram a não avaliação da presença da suspeição de TMC e da QV nos alunos estrangeiros e, conseqüentemente, não houve comparação com os resultados encontrados nos brasileiros. Esta questão é uma limitação encontrada neste estudo.

Outra limitação da pesquisa foi a avaliação analítica transversal que não forneceu conhecimento sobre causalidade.

CONCLUSÕES

7 CONCLUSÕES

Pesquisas sobre transtornos mentais comuns e qualidade de vida nos discentes mantêm-se relevantes no âmbito do curso de Medicina.

Considerando ser a universidade composta por alunos brasileiros e estrangeiros, atividades de integralização devem ser refletidas e propostas, uma vez que foram observadas diferenças no perfil dos estudantes.

A partir dos resultados encontrados nesse trabalho, verifica-se a necessidade de intensificar os conhecimentos e a prática no dia a dia dos fatores geradores de saúde mental e saúde física, assim como, o planejamento de ações voltadas para este fim.

Ressalta-se a importância de atividades e condutas existentes promotoras de atenuação e possível eliminação de fatores associados à suspeição de TMC.

Medidas que retifiquem situações que possam ser consideradas estressantes devem ser analisadas e implantadas pelos setores responsáveis das universidades com características semelhantes às da UNILA.

São imprescindíveis pesquisas futuras para aprofundamento das causas de suspeição de TMC e outros movimentos que tenham objetivo de melhorar a saúde e impactar positivamente a qualidade de vida do futuro médico, que poderá tornar-se perpetuador, exemplarista, de hábitos saudáveis para seus pacientes.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, S. M. et al. Prevalência de sintomas de estresse nos estudantes de Medicina. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 58, n. 1, p. 34-38, 2009.
- ALEXANDRE, N. M. C.; COLUCI, M. Z. O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medida. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 16, n. 7, p. 3061-3068, 2011.
- ALEXANDRINO-SILVA, C. et al. Suicidal ideation among students enrolled in healthcare training programs: a cross-sectional study. **Revista Brasileira Psiquiatria.**, v. 31, n. 4, p. 338-344, 2009.
- ALMEIDA, A. M. et al. Common mental disorders among medical students. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 56, n 4, p. 245-251, 2007.
- ALMEIDA, B. R. de. **Prevalência de transtorno mental comum em graduados de Medicina na Universidade Federal da Paraíba**. Paraíba: Universidade Federal da Paraíba, 2017. 25 p.
- ÁLVAREZ, C. V.; MERCHÁN, M. E. P.; POTES, M. P. E. Determinantes sociales de la salud y calidad de vida en trabajadores informales. Manizales, Colombia. **Salud de los Trabajadores**, v. 23, n. 2, p. 95-103, 2015.
- ALVES, J. G. B. et al. Qualidade de vida em estudantes de Medicina no início e final do curso: avaliação pelo WHOQoL-BREF. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 34, n. 1, p. 91-96, 2010.
- ALVES, T.C.T.F. Depressão e ansiedade entre estudantes da área de saúde. **Revista de Medicina**, v. 93, n. 3, p. 101-105, 2014.
- AMADOR, A. A. et al. Adherencia, satisfacción al tratamiento y calidad de vida de pacientes con câncer de mama en el Hospital Universitario del Caribe. (Cartagena, Colombia). **Pharmaceutical Care España**, v. 18, n. 6, p. 251-264, 2016.
- AMARAL, G. F. et al. Sintomas depressivos em acadêmicos de Medicina da Universidade Federal de Goiás. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 30, n. 2, p. 124-130, 2008.
- APA. DSM-5. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. Porto Alegre: Artmed, 2014. 948 p.

AQUINO, M. T. de. **Prevalência de transtornos mentais entre estudantes de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais**. 2012. 197 f. Tese (Mestrado em Ciências da Saúde) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2012.

ÁVILA-TOSCANO, J. H.; VERGARA-MERCADO, M. Calidad de vida en cuidadores informales de personas con enfermedades crónicas. **Aquichan**, v. 14, n. 3, p. 417-429, 2014.

BALDASSIN, S. et al. Suicídio de estudantes de Medicina. **Associação Brasileira de Educação Médica**. Disponível em: < <https://abem-educmed.org.br/suicidio-de-estudantes-de-medicina/>>. Acesso em: 22 mar. 2018.

BALDASSIN, S. Ansiedade e depressão no estudante de Medicina. **Cadernos ABEM**, v. 6, n. 6, p. 19-26, 2010.

BAMPI, L. N. S. et al. Qualidade de vida de estudantes de Medicina da Universidade de Brasília. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 37, n. 2, p. 217-225, 2013.

BARBOSA, A. da S. J. **Prevalência de transtornos mentais comuns e fatores associados em estudantes de Medicina da UFBA**. 2016. 55 f. Trabalho de Conclusão do Curso (Medicina) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal da Bahia, Bahia, 2016.

BARRIENTOS, L. A.; SUAZO, S. V. Factores asociados a la calidad de vida de enfermeras hospitalares chilenas. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 15, n. 3, 2007.

BELLODI, P. L. et al. Temas para um programa de tutoria em Medicina: uma investigação das necessidades dos alunos da FMUSP. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 28, n. 2, p. 119-127, 2004.

BENÍTEZ-BORREGO S. et al. Differential Item Functioning of WHOQoL-BREF in nine Iberoamerican countries. **Revista Iberoamericana de Psicología y Salud**, n. 7, p. 51-59, 2016.

BLAY, S. L.; MARCHESONI, M. S. M. Association among physical, psychiatric and socioeconomic conditions and WHOQoL-BREF scores. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, n. 4, p. 677-686, 2011.

BONICATTO, S. C. et al. Adult outpatients with depression: worse quality of life than in other chronic medical diseases in Argentina. **Social Science and Medicine**, v. 52, n. 6, p. 911-919, 2001.

BRANDÃO, M. L.; GRAEFF, F. G. **Neurobiologia dos transtornos mentais**. São Paulo: Atheneu, 2014. 276 p.

BRASIL. **Lei nº 12.189/2010**. Dispõe sobre a criação da Universidade Federal da Integração Latino-Americana – UNILA. Disponível em:<
<https://presrepublica.jusbrasil.com.br/legislacao/821107/lei-de-criacao-da-unila-lei-12189-10>>. Acesso em: 22 mar. 2017.

BRASIL. Ministério da Educação. **Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina**. Brasília: MEC/CNE/CES. Disponível em:<
http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15874-rces003-14&category_slug=junho-2014-pdf&Itemid=30192>. Acesso em: 01 jun. 2015.

BRASIL. Secretaria de Educação Fundamental. **Parâmetros curriculares nacionais: língua estrangeira**. Brasília: MEC/SEF, 1998.

BRAVO, C.; NAZAR, G. Riesgo psicosocial en el trabajo y salud em conductores de locomoción colectiva urbana en Chile. **Salud de los Trabajadores**, v. 23, n. 2, p. 105-114, 2015.

CABANA, M. C. F. L. et al. Transtornos mentais comuns em médicos e seu cotidiano de trabalho. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 56, n. 1, p. 33-40, 2007.

CARDONA-ARIAS, J. et al. Calidad de vida relacionada com la salud em adultos com VIH/sida, Medellín, Colombia, 2009. **Biomédica**, v. 31, n. 4, p. 532-544, 2011.

CARDONA-ARIAS, J. A.; ÁLVAREZ-MENDIETA M. I.; PASTRANA-RESTREPO, S. Calidad de vida relacionada com la salud en adultos mayores de hogares geriátricos, Medellín, Colombia, 2012. **Revista Ciencias de la Salud**, v. 12, n. 2, p. 139-155, 2014.

CARDONA-ARIAS, J. A.; HERNÁNDEZ-PETRO, A. M.; LEÓN-MIRA, V. Validez, fiabilidad y consistência interna de três instrumentos de medición de calidad de vida relacionada com la salud en personas com fibromialgia, Colombia. **Revista Colombiana Reumatología**, v. 21, n. 2, p. 57-64, 2014.

CARDONA-ARIAS, J. A.; HIGUITA-GUTIÉRREZ, L. F. Impacto del VIH/SIDA sobre la calidad de vida: Metaanálisis 2002-2012. **Revista Española de Salud Pública**, v. 88, n. 1, p. 87-101, 2014.

CARDONA-ARIAS, J. A.; LEÓN-MIRA, V.; CARDONA-TAPIAS, A. A. Estado de salud y calidad de vida en pacientes com fibromialgia, Medellín. **Revista Colombiana Reumatología**, v. 21, n. 1, p. 10-20, 2014.

CARDONA-ARIAS, J. A.; OSPINA-FRANCO, L. C.; ELJADUE-ALZAMORA, A. P. Validez discriminante, convergente/divergente, fiabilidad y consistencia interna, del WHOQoL-BREF y el MOSSF-36 en adultos sanos de un município colombiano. **Revista Facultade Nacional de Salud Pública**, v. 33, n. 1, p. 50-57, 2015.

- CARDOSO, H. C. et al. Avaliação da qualidade do sono em estudantes de Medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 33, n. 3, p. 349-355, 2009.
- CERCHIARI, E. A. N.; CAETANO, D.; FACCENDA, O. Prevalência de transtornos mentais menores em estudantes universitários. **Estudos de Psicologia**, v. 10, n. 3, p. 413-420, 2005.
- CÉSAR, B. N.; PAZ, I. P.; NOVAES, M. R. C. G. Aplicação do instrumento de avaliação da qualidade de vida do estudante de Medicina em escola pública de Brasília. **Revista de Ciências Médicas**, v. 21, n. 1/6, p. 79-86, 2012.
- CHAZAN, A. C. S.; CAMPOS, M. C. Qualidade de vida de estudantes de Medicina medida pelo WHOQoL-BREF – UERJ, 2010. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 37, n. 3, p. 376-384, 2013.
- CHAZAN, A. C. S.; CAMPOS, M. R.; PORTUGAL, F. B. Qualidade de vida de estudantes de Medicina da UERJ por meio do Whoqol-bref: uma abordagem multivariada. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 2, p. 547-556, 2015.
- CHENIAUX, E. **Manual de Psicopatologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017. 182 p.
- COLLAR, D. C.; BENITO, G. A. V.; SIBIM, A. C. S.; SANCHEZ, M. A. G. **Qualidade de vida dos discentes do Instituto Latino-Americano de Economia, Sociedade e Política (ILAESP) da Universidade Federal da Integração Latino-Americana** In: Convención Salud, Los determinantes sociales de la salud y su contribución a la mejora de la salud y el bienestar a la población, 2015.
- CONSEJO DE EUROPA. **Marco común europeo de referencia para las lenguas: aprendizaje, enseñanza, evaluación**. Madrid: MECD-Anaya. Disponível em: <http://cvc.cervantes.es/ensenanza/biblioteca_ele/marco>. Acesso em: 14 mar. 2013.
- COSTA, A. G.; LAUDERMIR, A. B. Transtornos mentais comuns e apoio social: estudo em comunidade rural da Zona da Mata de Pernambuco, Brasil. **Cardernos de Saúde Pública**, v. 21, n. 1, p. 73-79, 2005.
- COSTA, E. F. de O. et al. Common mental disorders among medical students at Universidade Federal de Sergipe: a cross-sectional study. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 32 n. 1, p. 11-19, 2010.
- COSTA, E. F. de O.; MENDES, C.M.C.; ANDRADE, T. M. Common mental disorders in medical students: A repeated cross-sectional study over six years. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 63, n. 9, p. 771-778, 2017.

- COSTA, M. G.; DIMENSTEIN, M.; LEITE, J. Estratégias de cuidado e suporte em Saúde Mental entre mulheres assentadas. **Revista Colombiana de Psicologia**, v. 24, n. 1, p. 13-28, 2015.
- CUNHA, M. A. B. et al. Transtornos psiquiátricos menores e procura por cuidados em estudantes de Medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 33, n. 3, p. 321-328, 2009.
- ESPERIDIÃO, E. et al. A saúde mental do aluno de enfermagem: revisão integrativa da literatura. **Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, v. 9, n. 3, p. 144-153, 2013.
- ESPINOZA, IRIS. et al. Validación del cuestionario de calidad de vida (WHOQoL-BREF) en adultos mayores chilenos. **Revista Médica de Chile**, v. 139, n. 5, p. 579-586, 2011.
- FACUNDES, V. L. D.; LUDERMIR, A. B. Common mental disorders among health care students. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 27, n. 3, p. 194-200, 2005.
- FEODRIPPE, A. L. O.; BRANDÃO, M. C. F.; VALENTE, T. C. O. Qualidade de vida de estudantes de Medicina: uma revisão. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 37, n. 3, p. 418-428, 2013.
- FERREIRA, C. M. G.; KLUTHCOVSKY, A. C. G. C.; CORDEIRO, T. M. C. Prevalência de transtornos mentais comuns e fatores associados em estudantes de Medicina: um estudo comparativo. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 40, n. 1, p.268-277, 2016.
- FIEDLER, P. T. **Avaliação da qualidade de vida do estudante de Medicina e da influência exercida pela formação acadêmica**. 2008. 266 f. Tese (Doutorado em Medicina) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.
- FIGUEIREDO, A. M. et al. Percepções dos estudantes de Medicina da Ufop sobre sua qualidade de vida. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 38, n. 4, p. 435-443, 2014.
- FIOROTTI, K. P. et al. Transtornos mentais comuns entre os estudantes do curso de Medicina: prevalência e fatores associados. **Jornal Brasileira de Psiquiatria**, v. 59, n. 1, p. 17-23, 2010.
- FLECK, M. P. de A. et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQoL-100). **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 21, n. 1, p. 19-28, 1999.

FLECK, M. P. de A. et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “WHOQoL-BREF”. **Revista de Saúde Pública**, v. 34, n. 2, p. 178-183, 2000.

FLECK, M. P. de A. et al. **A avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais da saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2008. 228 p.

FORTES, S.; VILLANO, L. A. B.; LOPES, C. S. Nosological profile and prevalence of common mental disorders of patients seen at the Family Health Program (FHP) units in Petrópolis, Rio de Janeiro. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 30, n. 1, p. 32-37, 2008.

FRUTOS, C. et al. Calidad de vida em el paciente com VIH en el servicio de clínica médica, hospital central-instituto de previsión social Paraguay-2015. **Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo**, v. 11, n. 1, p. 10-21, 2016.

FURTADO, E. S.; FALCONE, E. M. O.; CLARK, C. Avaliação do estresse e das habilidades sociais na experiência acadêmica de estudantes de Medicina de uma universidade do Rio de Janeiro. **Interação em Psicologia**, v. 7, n. 2, p. 43-51, 2003.

GARCÍA, A. L. G.; HURTADO, A. G; ARANDA, B. E. Eficacia de la terapia cognitivo conductual en mujeres com câncer de mama. **Psicooncologia**, v. 12, n. 1, p. 129-140, 2015.

GONÇALVES, D. M.; STEIN, A. T.; KAPCZINSKI, F. Avaliação de desempenho do Self-Reporting Questionnaire como instrumento de rastreamento psiquiátrico: um estudo comparativo com o Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 2, p. 380-390, 2008.

GONÇALVES-PEREIRA, M. et al. Implementação em Portugal de um estudo de prevalência da demência e da depressão geriátrica: a metodologia do 10/66 Dementia Research Group. **Revista Portuguesa Saúde Pública**, v. 34, n. 2, p. 134-143, 2016.

GUERRA, M. et al. Helping carers to care: the 10/66 Dementia Research Group’s randomized control trial of a caregiver intervention in Peru. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, vol. 33, n. 1, p. 47-54, 2011.

GUIMARÃES, K. Incidência de estresse e formação médica. **Revista de Psicologia da UNESP**, v. 5, n. 1, p. 41-57, 2006.

GUIMARÃES, K. B. S. **Estresse e a formação médica: implicações na saúde mental dos estudantes**. 2005. 110 f. Tese (Mestrado em Psicologia) – Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista, Assis, 2005.

GUIRADO, G. M. P.; PEREIRA, N. M. P. Uso do Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) para determinação dos sintomas físicos e psicoemocionais em funcionários de uma indústria metalúrgica do Vale do Paraíba/SP. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 24, n. 1, p. 92-98, 2016.

GUZMÁN, A. C. et al. Costo utilidade de dos técnicas de revascularización miocárdica. **Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas**, v. 28, n. 3, p. 1-8, 2009.

GUZMÁN, A. C. et al. Calidad de vida relacionada com la salud en personas com enfermedades crónicas degenerativas. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*, v. 27, n. 3-4, 2008. Disponível em: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002008000300003&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 10 fev. 2017.

HARDING, T. W. et al. Mental disorders in primary health care: a study of their frequency and diagnosis in four developing countries. **Psychological Medicine**, v. 10, p. 231-241, 1980.

HARPHAM, T. et al. Measuring mental health in a cost-effective manner. **Health Policy and Planning**, v. 18, n. 3, p. 344-349, 2003.

HARPHAM, T. et al. Maternal mental health and child nutrition status in four developing countries. **Journal of Epidemiology and Community Health**, v. 59, p. 1060-1064, 2005.

HIDALGO, M. P.; CAUMO, W. Sleep disturbances associated with minor psychiatric disorders in medical students. **Neurological Sciences**, v. 23, p. 35-39, 2002.

ILLANES, E. V. et al. Violencia y factores sociales asociados a salud mental em mujeres de la ciudad de Temuco. **Revista Médica de Chile**, v. 135, p. 326-334, 2007.

INSTITUTO MERCOSUL DE ESTUDOS AVANÇADOS. **A UNILA em Construção: um projeto universitário para a América Latina**. Foz do Iguaçu: IMEA, 2009.

INSTITUTO CERVANTES. **Plan curricular del Instituto Cervantes. Niveles de referencia para el español**. Madrid: Instituto Cervantes – Biblioteca nueva. Disponível em: <http://cvc.cervantes.es/ensenanza/biblioteca_ele/plan_curricular>. Acesso em: 14 mar. 2013.

ISHIDA, K. et al. Exploring the associations between intimate partner violence and women's mental health: evidence from a population-based study in Paaraguay. **Social Science & Medicine**, v. 71, p. 1653-1661, 2010.

KLUTHCOVSKY, A. C. G. C.; KLUTHCOVSKY, F. A. O WHOQoL-BREF, um instrumento para avaliar qualidade de vida: uma revisão sistemática. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 31, n. 3, p. 1-12, 2009.

LIMA, M. C. P.; DOMINGUES, M. S.; CERQUEIRA, A. T. A. R. Prevalência e fatores de risco para transtornos mentais comuns entre estudantes de Medicina. **Revista de Saúde Pública**, v. 40, n. 6, p. 1035-1041, 2006.

LIPP, M. E. N. Teoria de temas de vida do stress recorrente e crônico. **Boletim Academia Paulista de Psicologia**, n. 3/06, p. 82-93, 2006.

LIPP, M. E. N.; PEREIRA, M. B.; SADIR, M. A. Crenças irracionais como fontes internas de stress emocional. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, v. 1, n. 1, 2005.

LOAYZA, H. et al. Association between mental health screening by self-report questionnaire and insomnia in medical students. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, v. 59, n. 2A, p. 180-185, 2001.

LUCAS-CARRASCO, R. The WHO quality of life (WHOQoL) questionnaire: Spanish development and validation studies. **Quality of Life Research**, v. 21, n. 1, p. 161-165, 2012.

LUDERMIR, A. B.; MELO FILHO, D. A. de. Condições de vida e estrutura ocupacional associadas a transtornos mentais comuns. **Revista de Saúde Pública**, v. 36, n. 2, p. 213-221, 2002.

MARI, J. J.; WILLIAMS, P. Misclassification by psychiatric screening questionnaires. **Journal of Chronic Diseases**, v. 39, n. 5, p. 371-378, 1986.

MÁRQUEZ-MONTERO, G. et al. Calidad de vida vinculada a salud en población migrante rural-urbana y población urbana en Lima, Perú. **Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública**, v. 28 n. 1, p. 35-41, 2011.

MARTINS, L. A. N. Saúde Mental do Médico e do Estudante de Medicina. **Psychiatry On-Line Brazil**, v. 1, n. 7, 1996.

MEEKERS, D.; PALLIN, S. C.; HUTCHINSON, P. intimate partner violence and mental health in Bolivia. **BMC Women's Health**, v. 13, n. 28, p. 1-16, 2013.

MELEIRO, A. M. A. S. Suicídio entre médicos e estudantes de Medicina. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 44, n. 2, p. 135-140, 1998.

MEYER, C. et al. Qualidade de vida e estresse ocupacional em estudantes de Medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 36, n. 4, p. 489-498, 2012.

MILLAN, L. R. et al. **O universo psicológico do futuro médico**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999. 282 p.

MOREIRA-ALMEIDA, A.; LOTUFO NETO, F.; KOENIG, H. G. Religiousness and mental health: a review. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 28, n. 3, p. 242-250, 2006.

NETTO, R. S. M. et al. Nível de atividade física e qualidade de vida de estudantes universitários da área de saúde. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 10, n. 34, p. 47-55, 2012.

NGUYEN, H. **The Variance Inflation Factor in linear regression models in presence of a Dummy Variable**, Unpublished masters report. New Mexico State University, Las Cruces, NM, 2008.

NUNES FILHO, E. P.; BUENO, J. R.; NARDI, A. E. **Psiquiatria e saúde mental: conceitos clínicos e terapêuticos fundamentais**. São Paulo: Atheneu, 1996. 279 p.

OLIVEIRA, J. A. C. de. **Qualidade de vida e desempenho de graduandos**. 2006. 223 f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2006.

OLIVEIRA, N. **Foz do Iguaçu intercultural: cotidiano e narrativas da alteridade**. Foz do Iguaçu: Epígrafe, 2012. 192 p.

PACHECO, J. P. et al. Mental health problems among medical students in Brazil: a systematic review and meta-analysis. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 39, n. 4, 2017.

PAGNIN, D. et al. The relation between burnout and sleep disorders in medical students. **Academic Psychiatry**, v. 38, n. 4, p. 438-444, 2014.

PAGNIN, D.; QUEIROZ, V. Comparison of Quality of Life Between Medical Students and Young General Populations. **Education for Health**, v. 28, p. 209-212, 2015.

PEREIRA, M. A. D. **O sofrimento psíquico na formação médica: percepções e enfrentamento do estresse por acadêmicos do curso de Medicina**. 2014. 155 f., Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2014.

PORCU, M.; FRITZEN V.; HELBERL, C. Sintomas depressivos nos estudantes de Medicina da Universidade Estadual de Maringá. **Psiquiatria na Prática Médica (UNIFESP)**, v. 34, n. 1, p. 2-6, 2001.

POYARES, D. et al. I Consenso Brasileiro de Insônia: introdução. **Hypnos: Revista de Sono, Sociedade Brasileira de Sono**, p. 4-45, 2003.

PUERTAS, G.; RÍOS, C.; VALLE, H. Prevalencia de transtornos mentales comunes em barrios marginales urbanos com población desplazada em Colombia. **Revista Panamericana de Salud Pública / Pan American Journal of Public Health**, v. 20, n. 5, p. 324-330, 2006.

QUINTANA, A. M. et al. A angústia na formação do estudante de Medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 32, n. 1, p. 7-14, 2008.

QUITIAN, H. et al. Pobreza y transtornos mentales em la población colombiana, estudio nacional de salud mental 2015. **Revista Colombiana de Psiquiatría**, v. 45, supl. 1, p. 31-38, 2016.

RAMOS-DIAS, J. C. et al. Qualidade de vida em cem alunos do curso de Medicina de Sorocaba – PUC/SP. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 34, n. 1, p. 116-123, 2010.

RANGEL-DOMÍNGUEZ, N. E. et al. Efectos de la solución de problemas sobre los comportamientos de autocuidado de cuidadores de pacientes oncológicos em fase paliativa: un estudio piloto. **Psicooncología**, v. 10, n. 2-3, p. 365-376, 2013.

ROCHA, E. S.; SASSI, A. P. Transtornos mentais menores entre estudantes de Medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 37, n. 2, p. 210-216, 2013.

ROCHA, K. B.; CARLOTTO, M. S.; PIZZINATO, A. Trastornos mentales comunes y calidad de vida: un estudio de trabajadores del sector público. **Apuntes de Psicología**, v. 31, n. 3, p. 283-290, 2013.

ROCHA, N. S.; FLECK, M. P. A. Validity of the brazilian version of WHOQoL-BREF in depressed patients using Rasch modelling. **Revista de Saúde Pública**, v. 43, n. 1, 147-153, 2009.

ROCHA, N. S. et al. Cross-Cultural Evaluation of the WHOQoL-BREF Domains in Primary Care Depressed Patients Using Rasch Analysis. **Medical Decision Making**, v. 32, p. 41-55, 2012.

ROSSETTI, M. O. et al. O inventário de sintomas de stress para adultos de lipp (ISSL) em servidores da polícia Federal de São Paulo. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, São Paulo, v. 4, n. 2, p. 108-119, 2008.

SADIR, M. A.; BIGNOTTO, M. M.; LIPP, M. E. N. Stress e qualidade de vida: influência de algumas variáveis pessoais. **Paideia**, v. 20, n. 45, p. 73-81, 2010.

SADOCK, B. J.; SADOCK, V. A.; RUIZ, P. **Compêndio de Psiquiatria: Ciência do Comportamento e Psiquiatria Clínica**. Porto Alegre: Artmed. 2017. 1.466 p.

SALAZAR-MAYA, A. M.; HOYOS-DUQUE, T. N.; BOJANINI-ACEVEDO, L. Perception of quality of life of a group of individuals subjected to bariatric surgery. **Investigación Educación en Enfermería**, v. 32, n. 1, p. 22-32, 2014.

SANTOS, K. O. B.; ARAÚJO, T. M.; OLIVEIRA, N. F. Estrutura fatorial e consistência interna do Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) em população urbana. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 1, p. 214-222, 2009.

SANTOS, K. O. B. et al. Avaliação de um instrumento de mensuração de morbidade psíquica: estudo de validação do self-reporting questionnaire (SRQ-20). **Revista Baiana Saúde Pública**, v. 34, n. 3, p. 544-560, 2010.

SANTOS, L. S. do et al. Qualidade de vida e transtornos mentais comuns em estudantes de Medicina. **Cogitare Enfermagem**, v. 22, n. 4, 2017.

SCHEFFER, M. C.; CASSENOTE, A. J. F. A feminização da Medicina no Brasil. **Revista Bioética**, v. 21, n. 2, p. 268-277, 2013.

SEIDL, E. M. F.; ZANNON, C. M. L. da C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 2, p. 580-588, 2004.

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

SILVEIRA, R. R. et al. Patterns of non-medical use of methylphenidate among 5th and 6th year students in a medical school in southern Brazil. **Trends in Psychiatry and Psychotherapy**, v. 36, n. 2, p. 101-106, 2014.

SIMONELLI, G. et al. Sleep and Quality of Life in Urban Poverty: The Effect of a Slum Housing Upgrading Program. **Sleep**, v. 36, n. 11, p. 1669-1676, 2013.

SOUZA, L. **Prevalência de sintomas depressivos, ansiosos e estresse em acadêmicos de Medicina**. 2010. 213 p. Tese (Doutorado em Ciências) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

TEMPSKI, P. et al. What do medical students think about their quality of life? A qualitative study. **BMC Medical Education**, v. 12, n. 106, p. 1-8, 2012.

TENÓRIO, L. P. et al. Saúde mental de estudantes de escolas médicas com diferentes modelos de ensino. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 40, n. 4, p. 574-582, 2016.

TERWEE, C. B. et al. Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. **Journal of Clinical Epidemiology**, v. 60, n. 1, p. 34-42, 2007.

TOMBOLATO, M. C. R. **Qualidade de vida e sintomas psicopatológicos do estudante universitário trabalhador**. 2005. 95 f. Tese (Mestrado em Psicologia Clínica) – Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, 2005.

UNIVERSIDADE FEDERAL DA INTEGRAÇÃO LATINO-AMERICANA. **Projeto pedagógico do Ciclo Comum de Estudos**. Foz do Iguaçu: UNILA, 2013a. Disponível em:<<https://www.unila.edu.br/sites/default/files/files/PPC2%20do%20CICLO%20COMUM.pdf>>. Acesso em: 18 ago. 2017.

UNIVERSIDADE FEDERAL DA INTEGRAÇÃO LATINO-AMERICANA. **Projeto pedagógico do curso de Medicina**. Foz do Iguaçu: UNILA, 2018. Disponível em:<<https://www.unila.edu.br/sites/default/files/files/PPC-Medicina.pdf>>. Acesso em: 18 ago. 2017.

UNIVERSIDADE FEDERAL DA INTEGRAÇÃO LATINO-AMERICANA. **Regimento Geral da UNILA**. Foz do Iguaçu: UNILA, 2013. Disponível em:<<https://portal.unila.edu.br/institucional/documentos-oficiais/regimento-geral-da-unila/view>>. Acesso em: 25 abr. 2017.

URZÚA, A. et al. Do Cultural Values Affect Quality of Life Evaluation? **Social Indicators Research**, v. 112, n. 6, 2013.

URZÚA, A. et al. Calidad de vida percibida en inmigrantes sudamericanos en el norte de Chile. **Terapia Psicológica**, v. 33, n. 2, p. 139-156, 2015.

URZÚA, A. et al. The influence of acculturation strategies in quality of life by immigrants in Northern Chile. **Quality of Life Research**, v. 26, n. 3, 2016.

URZÚA, M. A. Calidad de Vida y Factores Biopsicosociales en Patologías Médicas Crónicas. **Terapia Psicológica**, v. 26, n. 2, p. 207-214, 2008.

URZÚA, M. A.; CAQUEO-URÍZAR, A. Estructura Factorial y valores de referencia del WHOQoL-BREF en población adulta chilena. **Revista Médica de Chile**, v. 141, n. 12, p. 1547-1554, 2013.

URZÚA, M. A. et al. La valoración de la importancia en el autoreporte de la calidad de vida en la adultez. **Revista Médica de Chile**, n. 141, v. 8, p. 1010-1018, 2013.

VAILLANT, G. E.; SOBOWALE, N. C.; MCARTHUR, C. Some psychologic vulnerabilities of physicians. **New England Journal do Medicine**, v. 287, n. 8, p. 372-375, 1972.

VERA-VILLARROEL, P. et al. Evaluation of Subjective Well-being: Analysis of the Satisfaction With Life Scale in Chilean Population. **Universitas Psychologica**, v. 11, n. 3, p. 719-727, 2012.

VERA-VILLARROEL, P.; VALTIERRA, A.; CONTRERAS, D. Affectivity as mediator of the relation between optimism and quality of life in men who have sex with men with HIV. **Internacional Journal of Clinical and Health Psychology**, v. 16, n. 3, p. 256-265, 2016.

VIEIRA, Waldo. **Léxico de ortopensatas**. Foz do Iguaçu: Editares, 2014. p. 132.

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

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHOQoL-BREF. Introduction, administration, scoring, and generic version of the assessment**. Geneva, 1996.

ZAPATA, C. A.; ROMERO, H. G. Calidad de vida y factores asociados en mujeres com cáncer de mama en Antioquia, Colombia. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 28, n. 1, p. 9-18, 2010.

ZONTA, R.; ROBLES, A. C. C.; GROSSEMAN, S. Estratégias de enfrentamento do estresse desenvolvidas por estudantes de Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 30, n. 3, p. 147-153, 2006.

APÊNDICES

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – Questionário Perfil do Participante para Juiz

Prezado(a) avaliador(a),

Analise e verifique a importância dos itens selecionados para integrarem o **Questionário Perfil do Participante**, em construção, a adequação para a faixa etária e população, analisando-os segundo a relevância, clareza e aplicabilidade de seu conteúdo para a população em estudo.

Após a análise de cada item, marque a melhor opção de acordo com a sua avaliação, considerando a seguinte pontuação: **1 = item não relevante; 2 = item necessita de grande revisão para ser relevante; 3 = item necessita de pequena revisão para ser relevante; 4 = item relevante.**

Você poderá realizar sugestões para cada item, no caso de considerar necessário.

Ao final do questionário, você também poderá sugerir a inclusão de novos itens.

Questionário Perfil do Participante

Data da coleta: _____

1. Qual o seu período no curso? _____

Pontuação do item: _____

Se houver sugestão para o item, favor descrevê-la:

2. Qual a sua data de nascimento? _____

Pontuação do item: _____

Se houver sugestão para o item, favor descrevê-la:

3. Qual o sexo?

()Feminino.

()Masculino.

Pontuação do item: _____

Se houver sugestão para o item, favor descrevê-la:

4. Qual seu país de nascimento? _____

Pontuação do item: _____

Se houver sugestão para o item, favor descrevê-la:

5. Qual seu estado civil ou de relacionamento?

- Solteiro(a).
- Namorando.
- Casado(a)
- União estável
- Morando com parceiro(a).
- Separado
- Divorciado.
- Viúvo.
- Outro. Qual? _____

Pontuação do item: _____

Se houver sugestão para o item, favor descrevê-la:

6. Possui filhos?

- Não.
- Sim. Quantos? _____

Pontuação do item: _____

Se houver sugestão para o item, favor descrevê-la:

7. Em qual cidade reside atualmente? _____ Há quanto tempo? _____

Pontuação do item: _____

Se houver sugestão para o item, favor descrevê-la:

8. Qual situação de moradia em que você se encontra atualmente?

- Moro com os pais.
- Moro sozinho.
- Moro com amigo.
- Moro com companheiro.
- Moro em república, casa de estudante ou pensão.
- Outro: _____

Pontuação do item: _____

Se houver sugestão para o item, favor descrevê-la:

9. Qual o nível de instrução do seu pai?

- Não estudou.
- Ensino Fundamental incompleto.
- Ensino Fundamental completo.
- Ensino Médio incompleto.
- Ensino Médio completo.
- Ensino Superior incompleto.

- Ensino Superior completo.
- Outro: _____
- Não sei informar.

Pontuação do item: _____

Se houver sugestão para o item, favor descrevê-la:

10. Qual o nível de instrução da sua mãe?
- Não estudou.
 - Ensino Fundamental incompleto.
 - Ensino Fundamental completo.
 - Ensino Médio incompleto.
 - Ensino Médio completo.
 - Ensino Superior incompleto.
 - Ensino Superior completo.
 - Outro: _____
 - Não sei informar

Pontuação do item: _____

Se houver sugestão para o item, favor descrevê-la:

11. Qual a renda total de sua família? _____ (colocar a moeda utilizada)

Pontuação do item: _____

Se houver sugestão para o item, favor descrevê-la:

12. No momento você trabalha?
- Sim. Quantas horas por dia? _____
 - Não.

Pontuação do item: _____

Se houver sugestão para o item, favor descrevê-la:

13. Por qual processo você ingressou no curso de Medicina da UNILA?
- SISU/ENEM.
 - Seleção internacional.
 - Transferência interna da UNILA.
 - Transferência externa.
 - Vaga diplomática.

Pontuação do item: _____

Se houver sugestão para o item, favor descrevê-la:

14. Tem alguma religião?

() Sim.

() Não.

Pontuação do item: _____

Se houver sugestão para o item, favor descrevê-la:

15. Se precisar de algum apoio familiar, qual é a distância (em quilômetros) da pessoa de apoio mais próxima? _____

Pontuação do item: _____

Se houver sugestão para o item, favor descrevê-la:

16. Realiza ou realizou algum tratamento psicológico ou psiquiátrico?

() Sim, realizo. Há quanto tempo? _____

() Sim, já realizei. Há quanto tempo? _____

() Não.

Pontuação do item: _____

Se houver sugestão para o item, favor descrevê-la:

17. Apresenta alguma doença, exceto doença psiquiátrica, em tratamento atual?

() Sim. Qual? _____

() Não.

Pontuação do item: _____

Se houver sugestão para o item, favor descrevê-la:

18. Seus pais têm problemas de saúde mental ou doença física crônica?

() Sim. Qual? _____

() Não.

Pontuação do item: _____

Se houver sugestão para o item, favor descrevê-la:

19. Você pode contar com familiares quando não está bem emocionalmente?

() Sim.

() Não.

Pontuação do item: _____

Se houver sugestão para o item, favor descrevê-la:

20. Você pode contar com amigos quando não está bem emocionalmente?

Sim.

Não.

Pontuação do item: _____

Se houver sugestão para o item, favor descrevê-la:

21. Em relação aos colegas do curso de Medicina, como você se sente?

Acolhido.

Não acolhido.

Pontuação do item: _____

Se houver sugestão para o item, favor descrevê-la:

22. Como você considera a sua relação com os professores?

Fácil.

Difícil.

Pontuação do item: _____

Se houver sugestão para o item, favor descrevê-la:

23. Como você considera a sua relação com os colegas de turma?

Fácil.

Difícil.

Pontuação do item: _____

Se houver sugestão para o item, favor descrevê-la:

24. Você considera ter amigos na cidade em que reside atualmente?

Sim.

Não.

Pontuação do item: _____

Se houver sugestão para o item, favor descrevê-la:

25. Você considera dormir diariamente a quantidade de horas necessárias?

Sim.

Não.

Pontuação do item: _____

Se houver sugestão para o item, favor descrevê-la:

26. A sua carga horária de sono por dia é de quantas horas? _____

Pontuação do item: _____

Se houver sugestão para o item, favor descrevê-la:

27. Você realiza atividade física? Quantas horas semanais de atividades físicas você pratica?

() Sim. Quantas horas por semana? _____

() Não.

Pontuação do item: _____

Se houver sugestão para o item, favor descrevê-la:

28. Você realiza atividades de lazer?

() Sim. Quantas vezes por mês? _____

() Não.

Pontuação do item: _____

Se houver sugestão para o item, favor descrevê-la:

29. Você realiza atividades sociais?

() Sim. Quantas vezes por mês? _____

() Não.

Pontuação do item: _____

Se houver sugestão para o item, favor descrevê-la:

30. Você acessa os serviços de saúde?

() Sim.

() Não.

Pontuação do item: _____

Se houver sugestão para o item, favor descrevê-la:

31. No caso de acessar os serviços de saúde, o que utiliza?

() SUS

() Convênios/planos de saúde.

() Serviços particulares.

() Outro: _____

Pontuação do item: _____

Se houver sugestão para o item, favor descrevê-la:

32. Em algum momento já pensou em desistir do curso de Medicina da UNILA ou de trancar o curso?

Sim.

Não.

Pontuação do item: _____

Se houver sugestão para o item, favor descrevê-la:

33. Você considera o curso de Medicina estressante?

Sim.

Não.

Pontuação do item: _____

Se houver sugestão para o item, favor descrevê-la:

34. Como avalia o seu desempenho acadêmico?

Ruim.

Regular.

Bom.

Excelente.

Pontuação do item: _____

Se houver sugestão para o item, favor descrevê-la:

35. Você estuda fora do tempo de atividades de aula?

Sim. Quantas horas por semana? _____

Não.

Pontuação do item: _____

Se houver sugestão para o item, favor descrevê-la:

36. Você considera ter uma alimentação saudável?

Sim.

Não. Por quê? _____

Pontuação do item: _____

Se houver sugestão para o item, favor descrevê-la:

37. Você tem problemas com uso de álcool, cigarro e outras substâncias que fazem mal à saúde?

() Sim. Qual? _____

() Não.

Pontuação do item: _____

Se houver sugestão para o item, favor descrevê-la:

Sugestão de inclusão de novos itens ao Questionário Perfil do Participante:

Obrigada pela sua participação!

APÊNDICE 2 – Carta convite ao Juiz

Prezado(a) Senhor(a),

Gostaríamos de convidá-lo(a) para participar da pesquisa intitulada **Qualidade de vida e morbidade psíquica em estudantes de Medicina em Universidade de Integração Latino-Americana** aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa envolvendo seres humanos da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, EERP-USP, CAAE nº 80229617.5.0000.5393. Espera-se que os resultados obtidos nesta pesquisa possam contribuir para o conhecimento da qualidade de vida dos estudantes da Medicina da UNILA e para a análise da presença de casos suspeitos de transtornos mentais comuns nestes discentes. O presente projeto trata-se da pesquisa de doutorado da médica Adriana Chalita Gomes, regularmente matriculada junto ao Programa de Pós Graduação Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, EERP-USP, sob a orientação da Professora Doutora Claudia Benedita dos Santos.

A finalidade de sua participação é analisar e verificar a importância dos itens selecionados para integrarem o Questionário Perfil do Participante, em construção, a adequação para a faixa etária e população, analisando-os segundo a relevância, clareza e aplicabilidade de seu conteúdo para a população em estudo. Salientamos que há a possibilidade de sugerir a inclusão de novos itens e/ou exclusão de outros.

Os itens foram selecionados para investigação de dados sociodemográficos (país de origem, situação de moradia, escolaridade parental, sexo, idade, situação econômica familiar e pessoal), de saúde (doença física, tratamentos psiquiátricos e psicológicos, atividade física, sono, atividades de lazer, acesso aos serviços de saúde), de rede de apoio e de inter-relação pessoal (professores, colegas) e do curso (período, entrada no curso, desistência do curso, avaliação quanto à presença de estresse provocado pelo curso, autoavaliação acadêmica).


Agradecemos sua colaboração.

Atenciosamente,



Adriana Chalita Gomes

Pesquisadora



Prof Dra Claudia Benedita dos Santos

Orientadora

APÊNDICE 3 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Juiz**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO****Juiz**

Você está sendo convidada(o) para participar do projeto de pesquisa “Qualidade de vida e morbidade psíquica em estudantes de medicina em Universidade de Integração Latino-Americana”. Nosso objetivo é conhecer se existe associação entre a qualidade de vida e a suspeita de presença de transtornos mentais comuns, como esquecimento, insônia, fadiga, irritabilidade, entre outros, assim como fatores que possam interferir na qualidade de vida e na presença desses sintomas, tais como idade, país de nascimento, escolaridade dos pais, carga horária de sono, entre outros. Não há benefício direto, mas há benefício indireto dessa pesquisa a você, pois o benefício está indiretamente relacionado ao bem estar do aluno, e que se forem identificadas a associação e os fatores de risco descritos anteriormente, poderão ser realizadas medidas visando minimizar esse problema entre os estudantes de medicina e, futuramente, também entre os demais estudantes da tríplice fronteira. Você receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá sendo mantido no mais rigoroso sigilo. A participação na pesquisa será por meio da análise do conteúdo das variáveis, que compõem possíveis fatores de risco, do instrumento que está sendo apresentado e que deverá ser analisado por você em ambiente considerado apropriado por você. O tempo para avaliação do questionário é de aproximadamente trinta dias. Durante a sua participação poderá haver algum desconforto e cansaço no momento de análise do questionário e caso isso ocorra nós iremos interromper a análise e somente retornaremos quando você quiser ou se sentir novamente bem. Informamos que você pode se recusar a analisar qualquer questão ou pode desistir de participar da pesquisa ou retirar seu consentimento em qualquer momento sem nenhum prejuízo aqui na Universidade. Os resultados desta pesquisa serão divulgados aqui na Universidade por meio de palestras, podendo também ser divulgados em outros setores e serão publicados em revistas científicas ou apresentados em reuniões científicas. Entretanto, suas informações pessoais serão mantidas em absoluto sigilo e não serão divulgadas. Esclarecemos que você tem direito à indenização caso ocorra dano decorrente de sua participação na pesquisa, conforme as leis do Brasil. Informamos que essa pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo (CEP-EERP-USP) que tem a finalidade de proteger eticamente os participantes de pesquisas. Este documento foi elaborado em duas vias, que deverão ser assinadas por você e pelo pesquisador responsável pela pesquisa e uma das vias assinadas ficará com você. Se tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor, entre em contato:

Pesquisadora responsável: Adriana Chalita Gomes – adrianachalita@gmail.com - (45) 3529-2761

Para contato com o Comitê de Ética da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo: Avenida dos Bandeirantes, 3900 - Campus Universitário - Bairro Monte Alegre, Ribeirão Preto - SP – Brasil CEP: 14040-902 Telefone: (16) 3315.9197; e-mail cep@eerp.usp.br; horário de funcionamento das 10h às 12h e das 14h às 16h, de 2ª feira à 6ª feira, nos dias úteis.

Assinatura do Participante _____

Assinatura do Pesquisador _____

Foz do Iguaçu, ____ de _____ de ____

APÊNDICE 4 – Questionário Perfil do Participante em Português**Questionário Perfil do Participante**

Qual sua data de ingresso no curso de Medicina na UNILA? ____/____/____

Qual o seu período no curso? _____

Qual a sua data de nascimento? ____/____/____

Qual o sexo?

Feminino.

Masculino.

Outro. Qual? _____

Qual seu país de nascimento? _____

Qual sua nacionalidade? _____

Se sua nacionalidade não for a mesma de seu país de nascimento, há quanto tempo você possui essa nacionalidade? _____

Qual seu estado civil ou de relacionamento?

Solteiro(a).

Namorando.

Casado(a).

União estável.

Morando com parceiro(a).

Separado(a).

Divorciado(a).

Viúvo(a).

Outro. Qual? _____

Possui filhos?

- Não.
- Sim. Quantos? _____

Em qual cidade reside atualmente? _____ Há quanto tempo? _____

Qual situação de moradia em que você se encontra atualmente?

- Moro com os pais.
- Moro sozinho.
- Moro com amigo.
- Moro com companheiro.
- Moro em república, alojamento ou república estudantil.
- Outro. Qual? _____

Qual o nível de instrução do seu pai?

- Não estudou.
- Ensino Fundamental incompleto.
- Ensino Fundamental completo.
- Ensino Médio incompleto.
- Ensino Médio completo.
- Ensino Superior incompleto.
- Ensino Superior completo.
- Outro. Qual? _____
- Não sei informar.

Qual o nível de instrução da sua mãe?

- Não estudou.
- Ensino Fundamental incompleto.
- Ensino Fundamental completo.
- Ensino Médio incompleto.
- Ensino Médio completo.
- Ensino Superior incompleto.
- Ensino Superior completo.
- Outro. Qual? _____
- Não sei informar

Qual a renda média mensal de sua família? _____ (colocar a moeda utilizada)

Quantas pessoas vivem com essa renda? _____

No momento você trabalha de forma remunerada?

- Sim. Quantas horas por dia? _____
 Não.

Por qual processo você ingressou no curso de Medicina da UNILA?

- SISU/ENEM.
 Seleção internacional.
 Transferência interna da UNILA.
 Transferência externa.
 Vaga diplomática.

Tem alguma religião?

- Sim.
 Não.

Se precisar de algum apoio familiar, qual é a distância (em quilômetros) da pessoa de apoio mais próxima? _____

Realiza ou realizou algum tratamento psicológico ou psiquiátrico?

- Sim, realizo. Há quanto tempo? _____
 Sim, já realizei. Há quanto tempo? _____
 Não.

Apresenta alguma doença, exceto doença psiquiátrica, em tratamento atual?

- Sim. Qual? _____
 Não.

Seus pais têm problemas de saúde mental ou doença física crônica?

- Sim. Qual? _____
 Não.

Você pode contar com familiares quando não está bem emocionalmente?

Sim.

Não.

Você pode contar com amigos quando não está bem emocionalmente?

Sim.

Não.

Em relação aos colegas do curso de Medicina, como você se sente?

Acolhido.

Não acolhido.

Como você considera a sua relação com os professores?

Boa.

Regular.

Ruim.

Como você considera a sua relação com os colegas de turma?

Boa.

Regular.

Ruim.

Você considera ter amigos na cidade em que reside atualmente?

Sim.

Não.

Você considera dormir diariamente a quantidade de horas suficientes para se sentir descansado?

Sim.

Não.

A sua carga horária de sono por dia, em média, é de quantas horas? _____

Você realiza atividade física?

Sim. Quantas horas por semana? _____

Não.

Você realiza atividades de lazer?

- Sim. Quantas vezes por mês? _____
 Não.

Em algum momento já pensou em desistir do curso de Medicina da UNILA ou de trancar o curso?

- Sim.
 Não.

Você considera o curso de Medicina estressante?

- Sim.
 Não.

Como avalia o seu desempenho acadêmico?

- Ruim.
 Regular.
 Bom.
 Excelente.

Você estuda fora do tempo de atividades de aula?

- Sim. Quantas horas por semana? _____
 Não.

Você considera ter uma alimentação saudável?

- Sim.
 Não. Por quê? _____

Obrigada pela sua participação!

APÊNDICE 5 – Questionário Perfil do Participante em Espanhol**Cuestionario de Perfil Participante**

Fecha de ingreso en el curso de Medicina de la UNILA: ____/____/____

¿En cuál semestre del curso te encuentras? _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____

Sexo:

- Feminino.
 Masculino.
 Otro. ¿Cuál? _____

País de nacimiento: _____

Nacionalidad: _____

Si tu nacionalidad no es la misma que la de tu país de origen, informa a cuánto tiempo la tienes: _____

Estado civil:

- Soltero(a).
 Comprometido(a).
 Casado(a).
 Unión estable.
 Vivo con mi pareja.
 Separado(a).
 Divorciado(a).
 Viudo(a).
 Otro. ¿Cuál? _____

¿Tienes hijos?

- No.
 Sí. ¿Cuántos? _____

¿En qué ciudad vives actualmente? _____ ¿A cuánto tiempo? _____

Actualmente:

- Vives con tus padres.
 Vives solo.
 Vives con un amigo.
 Vives con un compañero.
 Vives en una república estudiantil, o alojamiento estudiantil.
 Otro. ¿Cuál? _____

Indica el nivel de escolaridad de tu padre:

- No estudió.
 Enseñanza Primaria incompleta.
 Enseñanza Primaria completa.
 Enseñanza Secundaria incompleta.
 Enseñanza Secundaria completa.
 Enseñanza Superior incompleta.
 Enseñanza Superior completa.
 Otra. ¿Cuál? _____
 No sé informar.

Indica el nivel de escolaridad de tu madre:

- No estudió.
 Enseñanza Primaria incompleta.
 Enseñanza Primaria completa.
 Enseñanza Secundaria incompleta.
 Enseñanza Secundaria completa.
 Enseñanza Superior incompleta.
 Enseñanza Superior completa.
 Otra. ¿Cuál? _____
 No sé informar.

¿Podrías estimar el ingreso mensual de tu familia? _____ (indica en qué moneda)

¿Cuántas personas viven con ese ingreso? _____

En la actualidad, ¿tienes un trabajo remunerado?

Sí. ¿Cuántas horas por día? _____

No.

Indica de qué forma has ingresado al curso de Medicina de la Unila:

SISU/ENEM.

Selección internacional.

Transferencia interna da UNILA.

Transferencia externa.

Cupo diplomático.

¿ Tienes alguna religión?

Sí.

No.

Si necesitas de apoyo familiar, ¿cuál es la distancia (en Km) de la persona más próxima? _____

¿Realizaste o estás realizando algún tratamiento psicológico o psiquiátrico?

Sí, lo estoy realizando. Indica a cuánto tiempo _____

Sí, ya lo realicé. Indica a cuánto tiempo _____

No.

¿ Tienes alguna enfermedad, excepto enfermedad psiquiátrica, que te estás tratando actualmente?

Sí. ¿Cuál? _____

No.

¿Tus padres tienen problemas de salud mental o enfermedad física crónica?

Sí. ¿Cuál? _____

No.

¿Tienes el apoyo de tus familiares cuando no estás bien emocionalmente?

Sí.

No.

¿Tienes apoyo de amigos/as cuando no estás bien emocionalmente?

Sí.

No.

¿Te sientes acogidos por tus colegas del curso de Medicina?

Sí.

No.

¿Cómo consideras tu relación con los docentes del curso?

Buena.

Regular.

Mala.

¿Cómo consideras tu relación con tus colegas de grupo?

Buena.

Regular.

Mala.

¿Consideras que tienes amigos en la ciudad en la que resides actualmente?

Sí.

No.

¿Consideras qué duermes lo suficiente para tener un buen descanso?

Sí.

No.

Indica cuántas duermes, medianamente, tienes por día: _____

¿Realizas actividades físicas?

Sí. ¿Cuántas horas por semana? _____

No.

¿Realizas actividades de ocio?

() Sí. ¿Cuántas veces por mes? _____

() No.

¿Ya pensaste en dejar el curso de Medicina de la UNILA, o abandonarlo por un tiempo?

() Sí.

() No.

¿Consideras qué es un curso agobiante?

() Sí.

() No.

¿Cómo evalúas tu desempeño académico?

() Malo.

() Regular.

() Bueno.

() Excelente.

¿Estudias fuera del tiempo de actividades de clases?

() Sí. ¿Cuántas horas por semana? _____

() No.

¿Consideras que tienes una alimentación sana?

() Sí.

() No. Explica: _____

Gracias por tu participación!

APÊNDICE 6 – Autorização da Pesquisa junto à UNILA

TERMO DE CIÊNCIA DO RESPONSÁVEL PELO CAMPO DE ESTUDO

Título do projeto: Qualidade de vida e morbidade psíquica em estudantes de Medicina em universidade de integração Latino-Americana

Pesquisadoras: Claudia Benedita dos Santos e Adriana Chalita Gomes

Local da Pesquisa: Universidade Federal da Integração Latino-Americana

Responsável pelo local de realização da pesquisa: Lúcio Flávio Gross Freitas

A pesquisadora acima identificada está autorizada a realizar a pesquisa e coletar dados, preservando as informações referentes aos sujeitos de pesquisa, divulgando-as exclusivamente para fins científicos apenas anonimamente, respeitando todas as normas da Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012.

Foz do Iguaçu, 09 de novembro de 2017



Lúcio Flávio Gross Freitas
Pró-reitor de Graduação
Universidade Federal da Integração Latino-Americana

APÊNDICE 7 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em Português**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO****Estudo de Campo**

Você está sendo convidado(a) para participar do projeto de pesquisa “Qualidade de vida e morbidade psíquica em estudantes de medicina em Universidade de Integração Latino-Americana”. Nosso objetivo é conhecer se existe associação entre a qualidade de vida e a suspeita de presença de transtornos mentais comuns, como esquecimento, insônia, fadiga, irritabilidade, entre outros, assim como fatores que possam interferir na qualidade de vida e na presença desses sintomas, tais como idade, país de nascimento, escolaridade dos pais, carga horária de sono, entre outros. O benefício dessa pesquisa, diretamente relacionado ao bem estar do aluno, é que se forem identificadas a associação e os fatores de risco descritos anteriormente, poderão ser realizadas medidas visando minimizar esse problema entre os estudantes de medicina e, futuramente, também entre os demais estudantes da tríplice fronteira. Você receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá sendo mantido no mais rigoroso sigilo. A participação na pesquisa será por meio das respostas a esse questionário que está sendo apresentado e que deverá ser respondido por você aqui mesmo na Universidade em dia e horário previamente combinados com você. O tempo para preenchimento do questionário é de aproximadamente vinte minutos, mas gostaríamos de esclarecer que não existe obrigatoriamente, um tempo pré-determinado para tal sendo respeitado o tempo de cada um. Durante a sua participação poderá haver algum desconforto no momento de resposta ao questionário e caso isso ocorra nós iremos interromper imediatamente a entrevista e somente retornaremos quando você quiser ou se sentir novamente bem. Informamos que você pode se recusar a responder qualquer questão ou pode desistir de participar da pesquisa ou retirar seu consentimento em qualquer momento sem nenhum prejuízo aqui na Universidade. A sua privacidade está garantida, pois procuraremos um local isolado, onde não haja possibilidade de alguém escutar/ler suas respostas. Os resultados desta pesquisa serão divulgados aqui na Universidade por meio de palestras, podendo também ser divulgados em outros setores e serão publicados em revistas científicas ou apresentados em reuniões científicas. Entretanto, suas informações pessoais serão mantidas em absoluto sigilo e não serão divulgadas. Esclarecemos que você tem direito à indenização caso ocorra dano decorrente de sua participação na pesquisa, conforme as leis do Brasil. Informamos que essa pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo (CEP-EERP-USP) que tem a finalidade de proteger eticamente os participantes de pesquisas. Este documento foi elaborado em duas vias, que deverão ser assinadas por você e pelo pesquisador responsável pela pesquisa e uma das vias assinadas ficará com você. Se tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor, entre em contato:

Pesquisadora responsável: Adriana Chalita Gomes – adrianachalita@gmail.com - (45) 3529-2761

Para contato com o Comitê de Ética da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo: Avenida dos Bandeirantes, 3900 - Campus Universitário - Bairro Monte Alegre, Ribeirão Preto - SP – Brasil CEP: 14040-902 Telefone: (16) 3315.9197; e-mail cep@eerp.usp.br; horário de funcionamento das 10h às 12h e das 14h às 16h, de 2ª feira à 6ª feira, nos dias úteis.

Assinatura do Participante _____

Assinatura do Pesquisador _____

Foz do Iguaçu, ____ de _____ de ____

APÊNDICE 8 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em Espanhol

TÉRMINO DE CONSENTIMIENTO LIBRE Y ESCLARECIDO

Estudio de Campo

Estás siendo invitado a participar en el proyecto de investigación "Calidad de vida y morbilidad psíquica en estudiantes de medicina en la Universidad de Integración Latinoamericana". Nuestro objetivo es conocer si existe asociación entre la calidad de vida y la sospechosa de presencia de trastornos mentales comunes, como olvido, insomnio, fatiga, irritabilidad, entre otros, así como factores que puedan interferir en la calidad de vida y en la presencia de estos síntomas, tales como edad, país de nacimiento, escolaridad de los padres, carga horaria de sueño, entre otros. El beneficio de esta investigación, está directamente relacionado al bienestar del alumno, es que si se identifican la asociación y los factores de riesgo descritos anteriormente, se podrán realizar medidas para minimizar este problema entre los estudiantes de medicina y, en el futuro, también entre los demás estudiantes de la triple frontera. Recibirás todas las aclaraciones necesarias antes y durante la investigación y te aseguramos que tu nombre no aparecerá y se mantendrá en el más estricto secreto. La participación en la investigación será por medio de las respuestas a ese cuestionario y que deberás responderlo aquí, en la Universidad en día y horario previamente combinados. El tiempo para rellenar el cuestionario es de aproximadamente veinte minutos, pero nos gustaría aclarar que no existe obligatoriamente un tiempo predeterminado para que se respete el tiempo de cada uno. Durante tu participación puede haber alguna molestia en el momento de respuestas y en caso de que ocurra nosotros interrumpiremos inmediatamente la entrevista y sólo regresaremos cuando quieras o te sientas de nuevo bien. Informamos que puedes negarte a responder cualquier pregunta o puedes renunciar a participar en la investigación o retirar tu consentimiento en cualquier momento sin ningún perjuicio. Tu privacidad está garantizada, pues buscaremos un sitio aislado, donde no haya posibilidad de que alguien escuche / lea tus respuestas. Los resultados de esta investigación serán difundidos en la Universidad por medio de charlas, y también podrán ser difundidos en otros sectores y serán publicados en revistas científicas o presentaciones en reuniones científicas. Mientras tanto, tu información personal se mantendrá confidencial y no será difundida. Esclarecemos que tienes derecho a la indemnización en caso de ocurrir algún daño que resulte de tu participación en la investigación, conforme a las leyes de Brasil. Informamos que esta investigación fue aprobada por el Comité de Ética en Investigación de la Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, de la Universidad de São Paulo (CEP-EERP-USP) que tiene como finalidad proteger éticamente a los participantes de la investigación. Este documento fue elaborado en dos vías, que deberán ser firmadas por ti y por el investigador responsable de la investigación y una de las vías firmadas se quedará contigo. Si tiene alguna duda sobre la investigación, por favor, póngase en contacto con:

Investigadora responsable: Adriana Chalita Gomes – adrianachalita@gmail.com - (45) 3529-2761

Para entrar en contacto con el Comité de Ética de la *Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo*: Avenida dos Bandeirantes, 3900 - Campus Universitário - Bairro Monte Alegre, Ribeirão Preto - SP – Brasil CEP: 14040-902 Teléfono: (16) 3315.9197; e-mail cep@eerp.usp.br; horário de atención de las 10h a las 12h e de las 14h a las 16h, de lunes a viernes, días laborables.

Firma del Participante: _____

Firma del Investigador: _____

Foz do Iguaçu, ____ de ____ de ____

ANEXOS

ANEXOS

ANEXO 1 – *Self-Reporting Questionnaire-20**Self-Reporting Questionnaire-20 (SRQ-20)***Instruções:**

Por favor, leia estas instruções antes de preencher o questionário. É muito importante que todos que estão preenchendo o questionário sigam as mesmas instruções.

Estas questões são relacionadas a certas dores e problemas que podem ter lhe incomodado nos últimos 30 dias. Se você acha que a questão se aplica a você e você teve o problema descrito nos últimos 30 dias responda SIM. Por outro lado, se a questão não se aplica a você e você não teve o problema nos últimos 30 dias, responda NÃO.

Por favor, não discuta as perguntas com ninguém enquanto estiver respondendo o questionário.

Se você não tem certeza sobre como responder uma pergunta, por favor assinale o que considerar a melhor resposta.

Nós gostaríamos de assegurar que as respostas que você vai fornecer aqui são confidenciais.

Questões	Respostas
1. Tem dores de cabeça frequentes?	() SIM () NÃO
2. Tem falta de apetite?	() SIM () NÃO
3. Dorme mal?	() SIM () NÃO
4. Assusta-se com facilidade?	() SIM () NÃO
5. Tem tremores na mão?	() SIM () NÃO
6. Sente-se nervoso(a), tenso(a) ou preocupado(a)?	() SIM () NÃO
7. Tem má digestão?	() SIM () NÃO
8. Tem dificuldade de pensar com clareza?	() SIM () NÃO
9. Tem se sentido triste ultimamente?	() SIM () NÃO
10. Tem chorado mais do que de costume?	() SIM () NÃO

11. Encontra dificuldades para realizar com satisfação suas atividades diárias?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
12. Tem dificuldades para tomar decisões?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
13. Tem dificuldades no serviço (seu trabalho é penoso, lhe causa sofrimento)?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
14. É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
15. Tem perdido o interesse pelas coisas?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
16. Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
17. Tem tido a ideia de acabar com a vida?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
18. Sente-se cansado(a) o tempo todo?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
19. Tem sensações desagradáveis no estômago?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
20. Você se cansa com facilidade?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO

Obrigada pela participação!

ANEXO 2 – WHOQoL-BREF

WHOQOL - ABREVIADO

Versão em Português

PROGRAMA DE SAÚDE MENTAL
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE
GENEBRA

Coordenação do GRUPO WHOQOL no Brasil

Dr. Marcelo Pio de Almeida Fleck
Professor Titular
Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal
Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Porto Alegre – RS - Brasil

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	O quanto você se sente em segurança 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?

ANEXO 3 – Aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da EERP/USP



Conselho Coordenador de COMADMS para o
Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Av. Antônio Gonçalves, 2000 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14060-602
Fone: 55 16 3315.3302 - 55 16 3315.3361 - Fax: 55 16 3315.55 98
www.eerp.usp.br - etica@usp.br

Ofício CEP-EERP/USP nº 295/2017, de 18/12/2017

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa abaixo especificado foi analisado e considerado **aprovado** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CEP-EERP/USP) em sua 237ª Reunião Ordinária, realizada em 13 de dezembro de 2017.

Protocolo CAAE: 80229617.5.0000.5393

Projeto: Qualidade de vida e morbidade psíquica em estudantes de Medicina em universidade de integração Latino- Americana.

Pesquisadores: Adriana Chalita Gomes

Claudia Benedita dos Santos (orientadora)

Em atendimento à Resolução 466/12, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Prof.ª Dra. Angelita Maria Stabile

Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.

Prof.ª Dra. Claudia Benedita dos Santos

Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP