



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA
Fundada em 18 de fevereiro de 1808



Monografia

Prevalência de Transtornos Mentais Comuns e fatores associados em estudantes de Medicina da UFBA

Allana da Silva Júnior Barbosa

Salvador (Bahia)
Março, 2016

FICHA CATALOGRÁFICA

B238Barbosa, Allana da Silva Junior

Prevalência de transtornos Mentais Comuns e fatores associados em estudantes de Medicina da UFBA/Allana da Silva Junior Barbosa.-Salvador, 2016. VIII,55f.

Orientador: Isabel Carmen Fonseca Freitas

Monografia - Conclusão do curso de Medicina. Faculdade de Medicina da Bahia –Universidade Federal da Bahia.

1. Transtorno mental comum 2. Prevalência de transtorno mental comum – Estudantes de Medicina. 3. Doença mental em estudantes. I. Freitas, Isabel Carmen Fonseca. II. Faculdade de Medicina da Bahia. IV. Universidade Federal da Bahia. V. Título.

CDU:616.89-008



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA
Fundada em 18 de fevereiro de 1808



Monografia

Prevalência de Transtornos Mentais Comuns e fatores associados em estudantes de Medicina da UFBA

Allana da Silva Júnior Barbosa

Professor orientador: **Isabel Carmen Fonseca Freitas**

Monografia de Conclusão do Componente Curricular MED-B60/2015.2, como pré-requisito obrigatório e parcial para conclusão do curso médico da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia, apresentada ao Colegiado do Curso de Graduação em Medicina.

Salvador (Bahia)
Março, 2016

Monografia: *Prevalência de Transtornos Mentais Comuns e fatores associados em estudantes de Medicina da UFBA*, de **Allana da Silva Júnior Barbosa**

Professor orientador: **Isabel Carmen Fonseca Freitas**

COMISSÃO REVISORA:

- **Isabel Carmen Fonseca Freitas**, (Presidente), Professora do Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia.
- **Lísia Maria Rabelo**, Professora do Departamento de Saúde da Família da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia.
- **Margarida Celia Lima Costa Neves**, Professora do Departamento Medicina Interna e Apoio Diagnóstica da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia.

TERMO DE REGISTRO ACADÊMICO:

Monografia avaliada pela Comissão Revisora, e julgada apta à apresentação pública no IX Seminário Estudantil de Pesquisa da Faculdade de Medicina da Bahia/UFBA, com posterior homologação do conceito final pela coordenação do Núcleo de Formação Científica e de MED-B60 (Monografia IV). Salvador (Bahia), em ___ de _____ de 2016.

*Ser feliz sem motivo é a mais autêntica forma de
felicidade... (Carlos Drummond de Andrade)*

A minha Mãe, **Maria Zélia**, que com todo seu carinho e amor não mediu esforços para que eu chegasse até aqui.

EQUIPE

- Allana da Silva Júnior Barbosa, Faculdade de Medicina da Bahia/UFBA. Correio-e: allanajr@hotmail.com;
- Professor orientador: Isabel Carmen Fonseca Freitas. Correio-e: wicfreitas@uol.com.br

INSTITUIÇÕES PARTICIPANTES**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA**

- Faculdade de Medicina da Bahia (FMB)

FONTES DE FINANCIAMENTO

Recursos próprios

AGRADECIMENTOS

- ◆ A **Deus e Nossa Senhora Aparecida** por terem iluminado toda minha caminhada acolhendo minhas preces e dando forças para que não desistisse dos objetivos almejados.
- ◆ A minha Professora orientadora, **Doutora Isabel Carmen Fonseca Freitas**, por ter abraçado essa ideia e ter permanecido sempre presente, apesar de todas as adversidades vivenciadas para a realização desse trabalho. Pelas sugestões, correções e acompanhamento minucioso na construção desse trabalho.
- ◆ A minha **Mãe Maria Zélia**, meu maior exemplo de força, determinação e coragem. Por ter acreditado sempre na minha capacidade, pelos incentivos constantes, por todo apoio devotado, pelas orações constantes e palavras de carinho sempre presentes.
- ◆ Aos meus avós **João e Nice** por toda torcida, amor e orações.
- ◆ Ao meu amor e companheiro **Yan Luís** pela compreensão, incentivos e acolhimento durante toda minha caminhada.
- ◆ A meus amigos e colegas, **Igor Almeida, Michelle Santana, Danilo Leite, Victor Mercês, Milena Sá, Livia Michele, Evelyn Reale e Ricardo Beribá**, pelas sugestões, ajuda na busca dos participantes dessa pesquisa, pela paciência, companherismo e apoio nos momentos difíceis.
- ◆ As Doutoras **Lisia Maria Rabelo, Margarida Célia Costa Neves, e Ana Paola Robato**, membros da Comissão Revisora desta Monografia, cujos comentários e sugestões foram de extrema pertinência no aperfeiçoamento deste trabalho. Meus especiais agradecimentos pela constante disponibilidade, cordialidade e incentivo.
- ◆ Ao colega **Jean Carlos Monteiro**, pela ajuda na organização dos dados coletados.
- ◆ À todos os colegas participantes da pesquisa.

SUMÁRIO

ÍNDICE DE DE GRÁFICOS E TABELAS	2
ÍNDICE DE ABREVIATURAS E SIGLAS	3
I. RESUMO	4
II. OBJETIVOS	5
III. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	6
IV. METODOLOGIA	11
V. RESULTADOS	16
V.1 Análise Descritiva	16
V.2 Análise de Associação Univariada	22
V.3 Análise de associação Multivariada	26
VI. DISCUSSÃO	27
VII. CONCLUSÃO	41
VIII. SUMMARY	42
XIX. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	43
•ANEXO I: Comprovante de aprovação do cep	46
•ANEXO II: Questionário sociodemográfico	49
•ANEXO III: <i>Self-Reporting Questionnaire</i> (SRQ-20)	51
•ANEXO IV: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	53

ÍNDICE DE DE GRÁFICOS E TABELAS

GRÁFICOS

GRÁFICO I. Probabilidade de Adoecimento Psíquico utilizando as respostas do SRQ20 superiores a 7, separados por semestre em curso.	22
--	----

TABELAS

TABELA 1. Perfil Sociodemográfico dos Estudantes de Medicina da FMB\ UFBA	17
TABELA 2. Caracterização pedagógica do curso de Medicina da FMB\ UFBA	19
TABELA 3. Avaliação do SRQ- 20 na amostra estudada	20
TABELA 4. Escore bruto do SRQ20 na amostra estudada	21
TABELA 5. Escore discriminativo do SRQ20 por semestre em curso na amostra de estudantes de Medicina da UFBA\FMB	22
TABELA 6. Correlação das variáveis sociodemográficas da amostra com o escore SRQ20	23
TABELA 7. Correlação das variáveis pedagógicas da amostra com o escore SRQ20	25
TABELA 8. Fatores Associados ao escore SRQ20 \ análise Multivariada	27

ÍNDICE DE ABREVIATURAS E SIGLAS

EUA	Estados Unidos da América
NAP	Núcleo de Apoio Psicológico
SRQ-20	<i>Self-Reporting Questionnaire</i>
TCM	Transtorno Mental Comum

I.RESUMO

PREVALÊNCIA DE TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS E FATORES ASSOCIADOS EM ESTUDANTES DE MEDICINA DA UFBA

Fundamentação teórica: Os TCM representam alterações psíquicas leves com episódios de esquecimento, dificuldade na concentração, insônia, irritabilidade, fadiga e queixas somáticas.**Objetivo:** Avaliar a prevalência destes transtornos e os fatores associados em estudantes do curso de Medicina da Universidade Federal da Bahia (UFBA).**Métodos:** Estudo de corte transversal, descritivo. A coleta de dados ocorreu entre o segundo semestre de 2014 e o primeiro de 2015 em amostra aleatória proporcional e estratificada por semestre, totalizando 402 participantes que responderam a dois questionários autoaplicáveis e anônimos. Um questionário avaliou aspectos sócio-demográficos e questões pedagógicas do curso. Para avaliar os TCM, utilizou-se o *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20), com o ponto de corte de 7/8, independente do sexo. O projeto foi submetido à aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) com parecer 38352114.9.0000.5577.**Resultados:** A prevalência total de Transtornos Mentais Comuns (TCM) foi de 37,8% na amostra estudada. O 4º semestre teve maior porcentagem de respostas do SRQ20 superiores a 7 (52,2%). As variáveis sexo, prática de atividade física, coeficiente de rendimento e número de avaliações foram relacionadas ao adoecimento psíquico. A frequência de um escore SRQ superior a 7 com valores de 24,8% nas mulheres e 13% nos homens. ($p < 0,001$) A prática de atividade física mostrou-se como fator preditivo de proteção para o não desenvolvimento do transtorno ($p < 0,001$), a porcentagem de respostas superiores a 7 no SRQ20 dentre os praticantes dessas atividades foi 14%, enquanto nos não praticantes os valores foram de 23,9%. O coeficiente de rendimento mostrou relação com o adoecimento ($p = 0,041$), número de avaliações semestrais ($p = 0,002$) e número de avaliações semanais ($p = 0,013$).**Conclusões:** Elevada prevalência de TCM na população estudada, sexo masculino e prática de atividade física como fatores preditivos de proteção.

Palavras-chave: 1. Transtorno mental comum; 2. Prevalência de Transtorno mental comum em estudantes de Medicina; 3. Adoecimento mental em estudantes

II. OBJETIVOS

Objetivo Geral:

- Avaliar a prevalência de Transtornos Mentais Comuns e fatores associados em estudantes do curso de Medicina da Universidade Federal da Bahia

Objetivos específicos:

- Estimar a prevalência dos Transtornos Mentais Comuns;
- Verificar a associação entre os Transtornos Mentais Comuns com variáveis sócio-demográficas e aspectos pedagógicos do curso como carga horária semestral, número e tipos de avaliações, número de componentes curriculares e coeficiente de rendimento.

III. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Ao colocar em discussão o adoecimento mental, é importante definir de forma gradativa que os transtornos mentais existentes abarcam desde os episódios mais extremos, em que a doença é capaz de desconectar o indivíduo da realidade, até os mais leves, definidos como Transtornos Mentais Comuns. Esses transtornos menores muitas vezes estão diretamente relacionados ao processo de imersão dos indivíduos, seja em ambiente laboral, familiar ou acadêmico¹.

Os Transtornos Mentais Comuns (TCM) são de caráter menos grave e têm como sintomatologia principal episódios de esquecimento, dificuldade na concentração e tomada de decisões, insônia, irritabilidade e fadiga, assim como queixas somáticas (cefaléia, falta de apetite, tremores, má digestão, entre outros), mas não incluem transtornos psicóticos, dependência química ou transtornos de personalidade.¹

Um fato relevante sobre esses transtornos é que eles podem prejudicar a qualidade de vida e/ou favorecer o desenvolvimento de transtornos mais graves, dentre os quais o uso\ abuso de substâncias psicoativas, o que inclui medicamentos para atenuar ou tentar amenizar os sintomas, consumo de álcool e drogas ilícitas.²

Existe um modelo bidimensional para categorizar os TCM de forma em que ficam estabelecidos dois eixos, de um lado ficam categorizados os sintomas que mais se aproximam do que seria esperado dentro dos transtornos de ansiedade e do outro lado tem a parte mais extrema que está mais próxima à sintomatologia da depressão. Há ainda nessa classificação uma fase intermediária em que os sintomas não pertencem a nenhum dos dois extremos. No eixo ansiedade estão inclusas a preocupação exacerbada, tensão nervosa subjetiva, tensão muscular, dores tensionais, distúrbios do sono e estado geral ansioso. A parte intermediária abarca os aspectos relacionados à fadiga anormal, perda de concentração, pensamentos mórbidos, perda de apetite, humor deprimido. “O eixo depressão tem a perda de interesse, baixa energia, perda de libido, perda de apetite, auto depreciação, variações diárias de humor, desesperança, insônia terminal e lentificação das ações e do raciocínio.”³

Segundo preconizado pelo o Módulo 09 da Cartilha do UnA-SUS, confeccionada pela Universidade Federal de Santa Catarina, o diagnóstico de TCM é aquele que se aplica às pessoas que apresentam sintomas considerados como comuns,

mas cujos diagnósticos não comportam a limitação a uma determinada categoria patológica – implica uma abordagem dimensional, admitindo que o indivíduo pode apresentar sintomas de diversas categorias, valorizando todos os sinais apresentados, ao invés de relacionar conjuntos de sintomas a fim de achar um diagnóstico principal (abordagem categorial).³

Analisando então a prática dos determinantes sociais do processo de adoecimento psíquico, em especial no desenvolvimento dos TCM, tem-se como ponto inicial a relação de causalidade desses transtornos com a fase de formação e atuação profissional. Alguns cursos universitários, bem como determinadas atividades laborais podem desencadear ou agravar este processo.⁴

O estudante que ingressa em uma instituição de ensino superior tem como demanda uma nova fase da vida em que precisa se ajustar a uma realidade de formação profissional na qual está se inserindo. Esse processo gera mudanças de responsabilidades e necessidade de criação de novos vínculos, atrelado ainda ao próprio ambiente de formação em que muitas vezes ocorre uma cobrança exacerbada, agravada pela rotina estressante do mundo contemporâneo.⁴

Uma revisão sistemática realizada por Santos & Siqueira (2010) envolvendo dados nacionais obtidos do Medline e Lilacs no período entre 1990 e 2009 mostrou uma prevalência de TMC variando entre 30 e 50%, sendo maior em mulheres e na classe trabalhadora, em particular, das áreas da educação e saúde.⁴

Entre os anos de 2005 e 2006 foi realizado estudo de corte transversal utilizando um tipo de amostra proporcional por áreas dos cursos. Foi analisado um total de 1.290 estudantes, nos *campi* de Campinas/SP e de Limeira/SP da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), em estudantes das áreas de humanas, artes, profissões da saúde, ciências básicas, exatas e tecnológicas, revelando que a prevalência de pelo menos um tipo de transtorno mental foi de 58%, sendo 69% em mulheres e 45% em homens.⁵

A prevalência de TCM dentre os graduandos de Medicina ocupa uma posição relevante. Estudos realizados por Costa⁶ em universidades públicas demonstram que 42,5% dos estudantes apresentam a sintomatologia de TCM na Universidade Federal de Sergipe e 31,7% nos estudantes da Universidade Federal do Espírito Santo⁶. Em Santa Catarina, estudo feito pela Universidade do Sul (UNISUL) encontrou uma prevalência de 19,3%, enquanto outro estudo conduzido na Universidade Federal de Santa Maria,

usando *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20) mostrou que a prevalência de TMC entre os estudantes do primeiro ao décimo semestre do curso de medicina foi de 31,7%.¹

Dentro desse contexto, o curso médico deve ser analisado também como um importante desencadeador desses transtornos no processo de formação acadêmica. Para que possa ser explanada essa intrínseca relação, existem muitos fatores que tangem a formação médica e que podem desencadear ou potencializar o processo de sofrimento/adoecimento psíquico.

Quando analisamos a seleção para a entrada nos cursos médicos no Brasil ressalta-se a elevada concorrência que gera uma pressão no estudante e a necessidade de imersão em um ambiente competitivo, antes mesmo do ingresso no meio acadêmico superior. Ao adentrar o curso, esses indivíduos passam a ser submetidos a um contexto de ensino tecnicista que demanda uma exacerbação de tempo de estudo e uma carga horária excessiva, o que facilita o distanciamento das relações sociais como contato com amigos e familiares e a isenção de momentos de lazer e descontração. Além disso, esses estudantes também são alvos de situações de medo: da morte, de cometer erros no exercício da profissão, receios da realização de muitos tipos de procedimentos e o contágio de doenças. Conforme defini Fiorotti¹:

“Alguns estudos conduzidos na área da saúde mental tem sido focados em estudantes da área da saúde, principalmente do curso de Medicina, que expõe os estudantes a fontes de tensão desde o processo de admissão até o final da graduação, com a entrada no mercado de trabalho e em programas de residência médica”. (Fiorotti et al. 2010, p. 18)

O curso médico também apresenta uma diferenciação dentro da sua estrutura curricular em que categoriza o ensino basicamente em três fases: o ciclo básico que é essencialmente teórico, o ciclo pré-clínico que consiste na construção do raciocínio clínico e as primeiras imersões em campos efetivos de prática, e por fim, o internato que culmina com a prática mais efetiva e assume muitas vezes um caráter de base para preparação para uma futura residência médica. Assim, o adoecer psíquico acaba perpassando por todas essas fases. Atrelado a isso há o rompimento da dependência completa dos familiares, o jovem precisa se comportar de maneira mais autônoma, criar novos vínculos afetivos, e os que necessitam sair de casa precisam aprender os preceitos de uma vida adulta com as responsabilidades de administrar o ambiente doméstico.⁷

No primeiro momento, especialmente no primeiro ano da graduação, o aluno passa pela fase do deslumbramento. É ainda o eco da vitória alcançada no vestibular. Contudo começam surgirem primeiras decepções. Os jovens estudantes encontram algo bem diferente daquilo que almejavam, afinal, são levados a uma construção estritamente teórica de conhecimento, muitos definem como uma extensão exaustiva dos conhecimentos biológicos que foram vistos superficialmente na escola. Essa teoria exacerbada gera exaustão e o aluno muitas vezes se desmotiva para estudar aqueles conteúdos, culminando em frustração. Para piorar o quadro, os sistemas avaliativos com metodologias rigorosas fazem com que o desempenho não seja o esperado, apesar de muitas horas demandadas de estudo e dedicação. Conforme define Pereira (2009), o corpo docente também tem uma atuação importante nesse contexto que parece desagregador para o estudante.⁷

“Os estudantes se deparam com professores que, inadvertidamente, os apavoram, repetindo o discurso de que as brincadeiras acabaram; que precisam estudar 24 horas por dia caso queiram ser bons profissionais. Assim, estes vão assimilando o discurso de que ser médico é abdicar da vida social e pessoal, o que implica essencialmente sacrifícios”...(Pereira et al. 2009, p. 11).

Na fase pré-clínica surge a ansiedade exagerada de querer saber tudo que os pacientes demandam e grande número de patologias a serem minuciosamente estudados. E as primeiras experiências com pacientes geram grande insegurança, pois o aluno muitas vezes não tem segurança de como deve ser baseada uma boa relação médico-paciente. Já no internato, somado a esses medos existe o aumento das responsabilidades, o ser “quase médico” gera ansiedades do futuro, da imersão na residência sonhada, no mercado de trabalho e a obrigação de ser um bom profissional e de não cometer erros, já que estes podem custar a vida dos pacientes. Além do que, é no internato que o estudante vai passar a lidar de modo mais ativo com o sofrimento dos pacientes e de seus familiares dos pacientes, e principalmente começa a se deparar com a morte.⁷

Durante todo esse período a carga horária excessiva e as demandas de estudo são atores importantes do processo de adoecimento psíquico que pode acometer o estudante de medicina. Além disso, existe a questão do processo de autocobrança e de competitividade, o graduando almeja a perfeição bom e às vezes, de forma muito criteriosa, acaba gerando uma pressão para aprimorar o seu desempenho nas atividades

avaliativas. Ocorre que muitos não conseguem esse limiar de perfeição almejado e acabam reduzindo sua autoestima, desenvolvendo sentimentos de inferioridade.⁷

Como consequência de toda essa problemática, o aluno fica imerso no adoecimento psíquico, com possível interferência direta no seu aprendizado, pois muitos desses transtornos interferem na capacidade de concentração gerando angústias e ansiedade. Esse sofrimento também pode atrapalhar as atividades que envolvem interação e habilidades de comunicação, o que poderá interferir negativamente na relação médico-paciente.⁷

Outro aspecto relevante é que a formação tecnicista e o acometimento de TCM em estudantes de medicina pode levar a desumanização desses futuros profissionais médicos, que podem assumir um comportamento frio, gerado pelas práticas metodológicas impostas, inclusive como mecanismo de “proteção” diante do sofrimento psíquico. Isso leva a necessidade de reavaliação dos métodos de ensino em medicina, que deverá priorizar os aspectos ético humanísticos, baseados no respeito ao outro e consequentemente a valorização de uma medicina mais humanizada e com visão biopsicossocial.⁷

Diante das justificativas citadas surgiu a motivação para a realizar o presente trabalho cujo objetivo foi identificar a prevalência de TCM em estudantes de Medicina, da Universidade Federal da Bahia e verificar a associação dos mesmos com variáveis sócio-demográficas e aspectos pedagógicos do curso.

IV. METODOLOGIA

IV.1 Características da População de estudo

A população estudada está imersa em um contexto de grande representatividade social. A Faculdade de Medicina da Bahia, FMB, por ser a primeira instituição de ensino médico do país, revela um grande prestígio, pois foi essa instituição a precursora em produção científica da área de saúde no Brasil. Desse modo, esse ambiente de formação suscita grande competitividade para os que nela desejam ingressar e também aos alunos que compõe seu corpo discente. A metodologia de ensino ainda é essencialmente pautada nos modelos mais tradicionais, com uma carga horária de 8957 horas ao longo do curso.

Semestralmente, oitenta alunos ingressam nesta instituição de ensino superior, contudo existem algumas especificidades no modo de ingresso que devem ser destacadas. Atualmente o ingresso ocorre com duas vias de acesso diferentes. Existe um método de ingresso pelo SISU, mediante a realização da prova do Exame Nacional do Ensino Médio, portanto, a mesma porta de entrada para maioria das universidades públicas do país. O outro método é a entrada através do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde, que consiste em um curso de formação acadêmica em que os alunos perpassam 3 anos na Universidade Federal da Bahia, em contato com várias áreas do conhecimento, e cursam as matérias básicas do curso de saúde. Ao final da formação esses alunos podem ingressar nos diferentes cursos, denominados de cursos de progressão linear, mediante reserva de vagas, e tendo como método avaliativo, o coeficiente de rendimento (média do curso) ponderado, com desvio padrão para os componentes cursados.

Assim, das 160 vagas oferecidas anualmente pela instituição, 32 são para alunos do Bacharelado Interdisciplinar, 128 são para o SISU. Além disso, há também o sistema de cotas para alunos de escolas públicas, populações afro-descendentes e indígenas, que somadas representam 45% do total das vagas. Com a implantação da Lei das Cotas de 2012, esse número deverá chegar a 50%, e destes ainda deverão estar inclusos critérios de renda familiar. A população a ser estudada é diversificada e mais

características próprias dos diferentes grupos que ingressam na Faculdade de Medicina da Bahia, FMB.

IV.2 Desenho

A pesquisa foi realizada através do estudo de corte transversal, descritivo.

IV.3 Técnica de amostragem

A amostra foi composta de 402 alunos do primeiro ao décimo segundo semestre, matriculados na Faculdade de Medicina da Bahia. O método adotado de seleção dos voluntários foi aleatório, proporcional e estratificado de acordo com o semestre. Para o cálculo do tamanho amostral levou-se em consideração a prevalência estimada em outros estudos, o Intervalo de Confiança de 95% e a significância estatística de 5%, utilizando-se a fórmula estatística $n = pq/E^2$. O cálculo realizado tomou como base a Estimativa da proporção de TCM na população $p=29,6\%=0,30$, Estimativa de proporção livre de transtornos $q=70,4\%=0,70$, Precisão desejada-5%, Erro-padrão: 2,5% ($E=0,025$) Fórmula: $n=pq/E^2 n=0,3 (0,7)/0,025^2= 0,21/0,000625=336$ estudantes, distribuídos respeitando-se a proporcionalidade dos alunos matriculados por semestre. A amostra foi ampliada em 20% totalizando 400 indivíduos.⁸

IV.4 Classificação das Variáveis da pesquisa

As variáveis preditoras sócio demográficas são: idade, gênero, co-habitação (convive com), forma de ingresso, crença religiosa, atividade física, proximidade do domicílio, transporte próprio e ter curso superior. As variáveis preditoras pedagógicas incluem o semestre em curso, número de avaliações, tipo de avaliação, coeficiente de rendimento. Variável de resultado inclui a prevalência de TCM, enquanto as modificadoras de efeito são: renda salarial, a atividade laboral e estado civil. As variáveis confundidoras incluem a história familiar de adoecimento psíquico e semestralização parcial.

A idade foi categorizada em 2 faixas etárias: menor que 25 anos ou maior que 25 anos. O gênero foi dicotomizado em masculino e feminino. A co-habitação foi definida em 3 grupos: convivência com familiares, com colegas ou amigos ou morar sozinho. Estado civil categorizado em: solteiro, casado ou em união estável, outra situação (viúvo ou divorciado/separado).

A renda salarial foi avaliada pelo número de salários mínimos e posteriormente estratificada em: 1-3 salários; 4-6 salários; 7-9 salários; acima de 10 salários.

A crença religiosa foi dicotomizada em possuir ou não alguma crença, sem especificações.

Forma de ingresso foi dicotomizada em pertencer ou não ao sistema de quotas.

Atividade física foi caracterizada em ter ou não alguma prática.

Atividade laboral foi definida em exercer ou não alguma atividade profissional remunerada, não relacionada ao curso. Ter curso superior será caracterizado como possuir outro diploma de curso universitário.

Domicílio próximo foi caracterizado por morar em bairros adjacentes ou não aos locais onde são desenvolvidas as atividades acadêmicas. Transporte próprio foi definido como não depender de transporte público.

História familiar de adoecimento foi dicotomizada e analisado em familiares de 1º grau.

O semestre em curso foi definido pelo maior número de componentes curriculares matriculados no momento da realização do estudo. Já o coeficiente de rendimento será classificado por nota de 0-10, conforme consta no histórico escolar do aluno. As avaliações serão caracterizadas pelo número e tipos: provas, seminários, debates, apresentação de casos clínicos.

IV.5 Estratégias para reduzir vieses de informação e seleção

Durante a pesquisa algumas estratégias foram desenvolvidas para reduzir os possíveis vieses. Para combater viés de informação houve treinamento adequado dos aplicadores dos instrumentos, a coleta dos dados foi realizada no meio do semestre, evitando aplicação dos questionários em semana de provas. O questionário utilizado é padronizado pela OMS e validado em língua portuguesa. Aplicou-se o projeto piloto em 30 estudantes para correção de falhas do questionário sócio demográfico. No caso do viés de seleção, as táticas utilizadas foram: o cálculo adequado do tamanho amostral, aleatorização, convite e divulgação para todos os estudantes.

IV.6 Instrumentos de Coleta

A coleta dos dados ocorreu mediante a utilização de dois questionários autoaplicáveis e anônimos. O questionário sóciodemográfico analisará quais fatores podem ser potencializadores ou atenuantes na geração do adoecimento mental, traçando um perfil social dos entrevistados. O questionário construído apresenta dois eixos a serem abordados: o primeiro, que trata dos aspectos sociais dos alunos pesquisados,

incluindo as questões pertinentes ao gênero, idade, renda familiar, imersão no mercado de trabalho, estado civil, convívio com familiares, habitação, rotina de atividade física, histórico de adoecimento mental na família, aspectos relacionados à vínculos religiosos e a forma de ingresso na instituição de ensino. Já o segundo eixo é pautado na análise dos aspectos pedagógicos do curso, objetivando notar quais as dificuldades demandadas pelos alunos no ambiente acadêmico abordando a semestralização total ou parcial, a carga horária semestral, os métodos avaliativos ao que aluno foi submetido e seu desempenho através do coeficiente de rendimento.

Para o mapeamento dos TCMs é utilizado o *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20). Esse questionário foi desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde diante da necessidade de avaliar sintomas não psicóticos em países em desenvolvimento. O SRQ20 apresenta facilidade na aplicação e baixo custo. Sua elaboração foi pautada tomando como referência outros instrumentos até então utilizados para pesquisas de transtornos mentais, como o questionário colombiano *Patient Symptom Self-Report* (PASSR), o *Post Graduate Institute Health Questionnaire N2*, desenvolvido na Índia; *General Health Questionnaire*, e o *Present State Examination* (PSE). Originalmente a versão produzida constava de vinte e quatro itens, sendo 20 para transtornos não psicóticos e 4 para psicóticos, nestes últimos estavam inclusas questões referentes a alucinações, delírios e confusão mental.⁹

A versão adotada no Brasil foi validada por Mari e Willians, demonstrando que esse instrumento apresenta especificidade adequada nos seus resultados, e passou então a ser utilizado nas unidades básicas de saúde essencialmente para o monitoramento dos TCM. O questionário consta de 20 questões, sendo destas, quatro perguntas que abordam os sintomas físicos e as demais dezesseis abordam as desordens psicoemocionais.⁹

As respostas são dicotomizadas e portanto, categorizadas em “sim” ou “não”, em que cada resposta afirmativa pontua com valor 1, indicando a ocorrência daquele sintoma no último mês e respostas negativas com 0, quando o sintoma está ausente. Para compor o escore final é feito então o somatório das respostas. Com base no estudo realizado por Gonçalves e colaboradores, o ponto de corte mais adequado para o SRQ-20 é 7/8, independente do sexo. Nesse escore, a sensibilidade para presença de transtorno mental não-psicótico é de 86,33% e a especificidade 89,31%, com valores preditivos positivo e negativo de 76,43% e 94,21%, respectivamente. A sensibilidade do teste permite inferir a capacidade do SRQ20 em identificar os reais fenômenos

apresentados pelos indivíduos para os TCM, já a especificidade denota a capacidade do instrumento em discriminar os indivíduos que não apresentam os transtornos.¹⁰

Os resultados apresentados pelo *SRQ-20* variam de 0 (quando não há nenhum indicativo do adoecimento psíquico) até o 20 quando a probabilidade de adoecer se torna extrema. Esse instrumento não deve ser utilizado em nível de ratificação diagnóstica, pois consiste em uma método de rastreamento para detectar possíveis casos. O *SRQ-20* atua com um mecanismo de triagem, auxiliando na detecção de sintomas relacionados à TCM e atuando como uma importante ferramenta para que possíveis intervenções possam ser realizadas para prevenção e diagnóstico desses transtornos.¹¹

A aplicação dos questionários foi precedida da assinatura do termo de Consentimento Livre e Esclarecido e explanação dos objetivos da pesquisa. Isso ocorreu nas salas após aulas de disciplinas que agregam maior número de alunos para as turmas até o oitavo semestre. Quanto aos internos, a aplicação ocorreu nos campos de prática dos ambulatórios, no Hospital Universitário professor Edgar Santos (HUPES) e na Maternidade Climério de Oliveira.

IV.7 Métodos para análise de dados

Os dados foram tabulados e analisados em programa SPSS, versão 19,0. Na análise descritiva utilizaram-seas medidas de frequência simples para as variáveis categóricas e média e desvio-padrão e mediana caso de variáveis quantitativas. Para o cálculo da prevalência foi considerada a prevalência pontual, ou seja, a fração de indivíduos que apresentam TCM.

Na comparação de grupos foram utilizados teste t de Student (2 grupos) ou análise de variância (3 ou mais grupos) e testes não paramétricos correspondentes para as variáveis contínuas, que não apresentaram uma distribuição normal; para análise das proporções foi aplicado teste do qui-quadrado de Pearson. Na análise das associações foi utilizado modelo de regressão logística multivariada.

IV.8 Aspectos éticos

Todos os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido em que estão explanados os objetivos das pesquisas. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Bahia aprovado sob o número de protocolo 38352114.9.0000.5577.

V. RESULTADOS

V.1 Análise Descritiva

Foram entregues 820 questionários sendo que cada participante deveria responder a um questionário sóciodemográfico e o SRQ20. Desse modo, 410 estudantes foram convidados a compor o estudo. Ao final da aplicação, 804 questionários foram utilizados e 6 foram excluídos por devolução sem o preenchimento adequado ou preenchimento inexistente. A amostra foi completada com 402 participantes (100%) sendo 194 (48,3%) estudantes do ciclo básico, do 1º ao 4º semestres; 68 (16,9%) do ciclo pré-clínico do 6º e 7º semestres; e 140 (34,8%) do internato.

A composição amostral não evidenciou discrepâncias com relação ao gênero, sendo a maior parte dos indivíduos do sexo feminino com 211 (52,5%) e do sexo masculino 189 (47%). A média de idade foi de 23, demonstrando que o grupo estudado foi composto por adultos jovens. Quanto ao estado civil, houve predomínio de solteiros 335 (83,3%) em relação aos casados 61 (15,7%) e outros estados civis 5 (1,2%).

Em relação à procedência, 211 participantes (52,5%) possuíam naturalidade em Salvador - Bahia, enquanto 183 (45,5%) declaram ser provenientes de outros municípios e 8 (1,9%) não referiram a cidade de origem. Depois da cidade de Salvador (BA), Feira de Santana (BA) foi o local com maior número de participantes 24 (5,9%) seguido por Vitória da Conquista (BA) com 17 estudantes (4,2%).

Quanto a definição como moradia próxima ao local das atividades acadêmicas, houve subjetividade nas respostas, sendo interpretado como perto ou longe, a depender das condições de deslocamento. Nas respostas, 204 estudantes (50,7%) declararam morar perto, enquanto que 198 (49,3%) disseram residir longe das atividades acadêmicas. No que diz respeito a co-habitação ficou evidente que 303 estudantes residiam com familiares (75,4%), 58 alunos moravam com colegas; 38 moravam com colegas.

Sobre o exercício de atividades laborais 84 (20,9%) indivíduos afirmaram realizar e 318 (79,1%) negaram qualquer trabalho remunerado. A renda salarial mensal da família demonstrou que a maior parte dos entrevistados pertence a uma classe econômica alta; 50 (12,4%) responderam ter renda \leq ou igual a 3 salários mínimos, 90

(22,4%) de 4 a 6 salários mínimos, 85 (21,1%) e 161 (40%) com renda superior a 10 salários mínimos.

Possuir vínculo religioso ou crença foi confirmado pela maior parte dos estudantes, 250 (60%) afirmaram ter. No que tange a prática de atividade física, houve uma quase equivalência entre as respostas com 50,2% de confirmação da prática de atividades pelos entrevistados. Quanto ao benefício de transporte próprio 218 (54,2%) não possuíam, número maior do que os que confirmaram.

No quesito história familiar de parente de primeiro grau com doença psíquica, foi negado por grande parte dos entrevistados, 335 (86,4%). No grupo dos que relataram a presença doença psíquica, o que correspondeu a 66 (16,4%) dos entrevistados, o transtorno mais referido foi a Depressão, com 34 afirmações, o que corresponde a 51% dentro das respostas positivas para essa questão.

Em relação a ter outro curso de ensino superior antes do ingresso em Medicina 67 estudantes (16,0%) afirmaram ter cursado integralmente outro curso, 335 (83,3%) negaram outra formação. Na forma de ingresso, a amostra foi caracterizada por um maior número de estudantes não participantes do sistema de quotas, 258 (64,2%).

Tabela 1 – Perfil Sociodemográfico dos Estudantes de Medicina da FMB\ UFBA

CARACTERÍSTICA	N (geral= 402)	%	Média	Desvio - padrão
Sexo				
Masculino	189	47,0		
Feminino	211	52,5		
Idade	402	100	23,2 a	± 4,5 a
Estado Civil				
Solteiro	335	83,3		
Casado ou união estável	61	15,7		
Outros	5	1,2		
Naturalidade				
Salvador	211	52,4		
Não Salvador	183	45,5		
Não referiu	8	1,9		
Residência próxima das atividades acadêmicas				
Sim	204	50,7		
Não	198	49,3		

Co-habitação		
Familiares	303	75,4
Amigos ou Colegas	58	14,4
Sozinho	38	9,5
Exerce Atividade Laboral		
Sim	84	20,9
Não	318	79,1
Renda Salarial Mensal da Família		
≤ Ou igual a 3 salários mínimos	50	12,4
De 4 a 6 salários mínimos	90	22,4
De 6 a 9 salários mínimos	85	21,1
≥ 10 salários mínimos	161	40,0
Vínculo religioso ou crença		
Sim	250	62,2
Não	152	37,8
Prática de Atividade Física		
Sim	202	50,2
Não	200	49,8
Possui transporte próprio		
Sim	184	45,8
Não	218	54,2
História Familiar em parentes de 1º grau de doença psíquica		
Sim	66	16,4
Não	335	83,4
Outra formação superior		
Sim	67	16,6
Não	335	83,3
Forma de ingresso no curso de medicina		
Quotas	148	35,6
Não quotas	258	64,2

Dentro do contexto da caracterização pedagógica do curso, a carga horária semestral foi alta com média de 619,9 horas para as turmas antes do internato e de 1108,3 horas semestrais para os internos. Nessa questão, o número de horas variou dentro do mesmo semestre devido a atividades extracurriculares como monitorias e extensões, além de matérias optativas ou repetidas no caso dos alunos parcialmente semestralizados.

A média de componentes curriculares informada foi de 8,2 por semestre, com um desvio padrão de 2,8. No internato cada rodízio foi considerado como um componente curricular. O coeficiente de rendimento mostrou-se bastante elevado, com a média de 8,5 pontos (somando a média com o desvio padrão), sendo que para atingir a aprovação a quantidade de pontos estabelecida pela instituição é 5,0.

O número de avaliações por semana foi 2,1 com desvio padrão de 1,6. Enquanto a média semestral foi de 12,1 e o desvio padrão de 15,4. Houve grande diferença nos números de avaliações realizadas entre os alunos antes e durante o Internato, pois os primeiros foram submetidos a avaliações em quantidade superior aos do internato. Dentre os tipos de avaliações realizadas os seminários foram as mais citados pelos participantes com 234 (58,2%) de afirmações, seguidas por provas teóricas com 224(55,7%), práticas 182 (45,3%), outras avaliações como mini-testes, debates e apresentações de casos clínicos somaram 374 (93,5%).

Tabela 2 – Caracterização pedagógica do curso de Medicina da FMB\ UFBA

Variável	N (geral = 402)	%	Média	Desvio - Padrão
Carga Horária Semestral				
Antes do Internato			619,9	± 81,7
Internato			1108,32	± 339,43
Nº de componentes Curriculares em curso no semestre				
			6,2	± 2,8
Nº de Avaliações por Semana				
			2,1	±1,6
Nº de Avaliações realizadas no semestre atual				
			12,1	±15,4

Coefficiente de Rendimento		7,8	±0,6
Tipos de avaliações realizadas no semestre			
Provas Teóricas			
Provas Práticas	224	55,7	
Seminários	182	45,3	
Outros (mini-testes, casos clínicos, debates)	234	58,2	
	374	93,5	
Período do curso			
Básico	194	48,3	
Clínico	68	16,9	
Internato	140	34,4	

Em relação ao adoecimento psíquico, 151(37,8%) estudantes obtiveram um número de expressivo de respostas positivas do SRQ20 maior que 7, sendo estes portanto, mais suscetíveis ao desenvolvimento do TCM. Os 249 participantes que obtiveram escore inferior a 7, representaram 61,9% da amostra. Os valores médios dentro do grupo de participantes com SRQ 20 menores que 7 foi um escore de 6 pontos, e no grupo de repostas superiores a 7 a média foi 12,9 pontos.

Tabela 03 - Avaliação do SRQ- 20 na amostra estudada

CARACTERÍSTICA	N (geral= 402)	%
Escore ≤ 7	249	61,9
Escore ≥ 7	151	37,8
Não Registrado	1	0,2

Especificando as respostas de acordo com o semestre, a média por turma demonstrou que o maior escore foi do 6º semestre (12,9), seguidos do 2º(11,6), 4º (11,4), 7º (10,9), 9º (10,8) e 3º (10,5) semestres. As menores médias dos escores foram do 12º (8,2), 10º e 11º (9,5) semestres.

Tabela 04 –Escore bruto do SRQ20 na amostra estudada

SEMESTRE	N (geral= 402)	Média do SRQ20	Desvio - Padrão SRQ 20
1	71	4,3	3,4
2	39	7,9	3,7
3	43	7,0	3,5
4	41	7,7	3,8
6	31	8,2	4,7
7	37	6,7	4,3
9	37	6,8	4,1
10	32	5,5	4,0
11	33	5,7	3,8
12	38	4,7	3,6

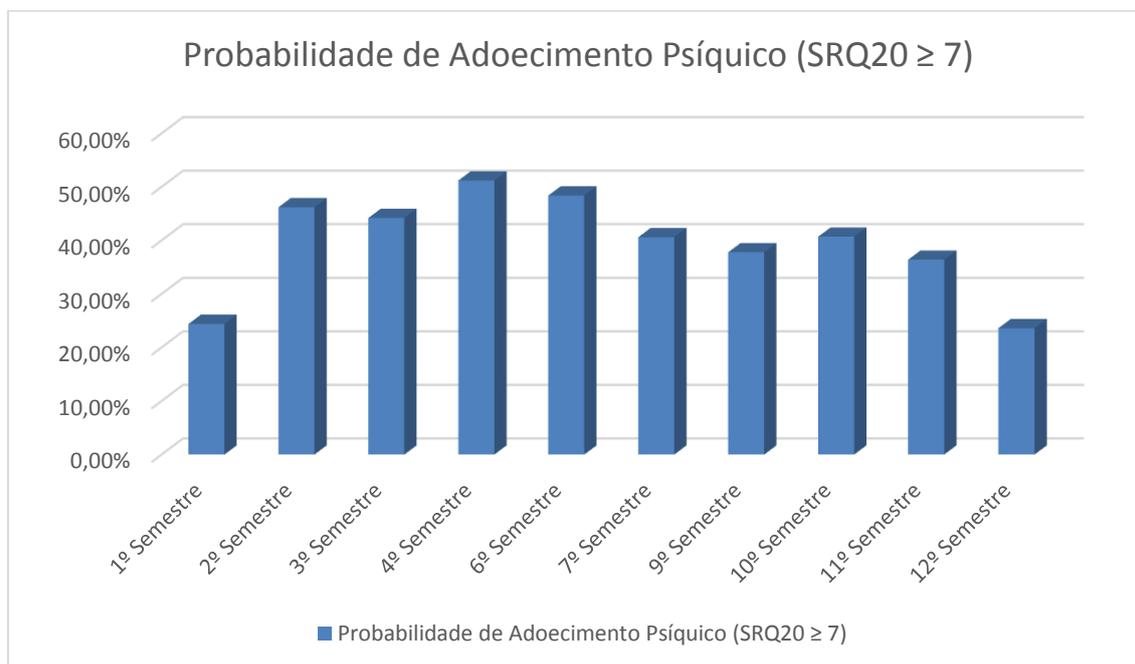
Além das médias das respostas do SRQ20 foi verificada a prevalência de respostas superiores a 7 e com isso estimada a maior probabilidade de adoecimento de acordo com o semestre em curso. Seguindo a proporção de indivíduos entrevistados e os que corroboraram com o número de SRQ20 maiores que 7, o semestre com a porcentagem mais alta foi o 4º com 21 participantes com escore superior a 7 (52,2%), ou seja, mais da metade da turma em risco potencial de desenvolver o TCM. Em posições posteriores, apareceram o 6º 15 (48,4%), 2º 18 (46,2%), 3º 19 (44,2%), 10º (40,7%) e 7º 14 (40,6%). As turmas com porcentagens mais baixas foram 12º 9 (23,6%), 1º 18 (24,4%), 11º 11 (36,4%), e 9º 14 (37,8%).

Tabela 05– Escore discriminativo do SRQ20 por semestre em curso na amostra de estudantes de Medicina da UFBA\FMB

SEMESTRE	SRQ 20 ≤ 7 (%)	SRQ 20 ≥ 7 (%)
1	53 (74,6)	18 (24,4)
2	21 (53,8)	18 (46,2)
3	24 (55,8)	19 (44,2)
4	20 (48,8)	21 (51,2)
6	16 (51,6)	15 (48,4)
7	22 (54,4)	14 (40,6)
9	23 (62,2)	14 (37,8)
10	19 (59,3)	13 (40,7)
11	21 (63,6)	11 (36,4)
12	29 (76,3)	9 (23,6)

* Valores de SRQ20 correspondem ao somatório da Média e Desvio Padrão

Gráfico 1 – Probabilidade de Adoecimento Psíquico utilizando as respostas do SRQ20 superiores a 7, separados por semestre em curso.



V.2 Análise de Associação Univariada

As variáveis que não foram relacionadas ao desenvolvimento do TCM, conforme ($p > 0,005$), foram: a idade ($p = 0,708$), carga horária semestral ($p = 0,487$), residência próxima às atividades acadêmicas ($p = 193$), atividade laboral ($p = 2,94$), vínculo religioso ou crença ($p = 0,959$), transporte próprio ($p = 0,267$), outra formação superior ($p = 0,172$), provas práticas ($p = 0,587$), provas teóricas ($p = 0,148$), caso clínico ($p = 0,895$) mini testes ($p = 0,987$), forma de ingresso no curso ($p = 0,317$), estado civil ($p = 0,735$), composição de co-habitação ($p = 0,364$), renda familiar mensal ($p = 0,342$), período que está cursando internato ou não internato ($p = 0,190$).

Apresentando tendência à significância estatística, apareceram as variáveis realização de debates ($p = 0,052$), seminários ($p = 0,078$), número de componentes curriculares cursados ($p = 0,056$) e história familiar de doença psiquiátrica em familiar de 1º grau ($p = 0,079$).

Houve significância estatística quando se avaliou o coeficiente de rendimento ($p = 0,041$), o número de avaliações por semana ($p = 0,013$), número de avaliações já realizadas no semestre atual ($p = 0,002$).

As variáveis sexo e prática de atividade física também tiveram significância estatística. A frequência de um escore SRQ superior a 7 foi maior em indivíduos do

sexo feminino do que no masculino, com valores de 24,8% e 13% ($p < 0,001$). A prática de atividade física mostrou-se importante fator preditivo de proteção para o não desenvolvimento do transtorno ($p < 0,001$), haja visto que a porcentagem de respostas superiores a 7 no SRQ20 dentre os praticantes de atividade física foi 14%, enquanto no grupo de estudantes que não eram praticantes de tais atividades, os valores foram de 23,9%.

Tabela 06 –Correlação das variáveis sócio-demográficas da amostra com o escore SRQ20

Variável	N (geral= 402)	%	Escore SRQ20 ≤ 7 (%)	Escore SRQ20 ≥ 7 (%)	*p
Sexo					
Masculino	189	47,0	137 (34,3)	52 (13,0)	0,000
Feminino	211	52,5	111 (27,8)	99 (24,8)	
Idade					
≤ 25 anos	315	79,3	196(49,4)	119 (30,0)	0,843
≥ 25 anos	82	20,5	52 (13,1)	30 (7,6)	
Estado Civil					
Solteiro	335	52,4	209 (52,3)	130 (32,5)	0,735
Casado ou união estável	61	45,5	39 (9,8)	22 (5,5)	
Outros	5	1,9			
Naturalidade					
Salvador	211	52,4	123 (30,7)	86 (21,4)	0,245
Não Salvador	183	45,5	122 (30,4)	62 (15,5)	
Não referiu	8	1,9			
Residência próxima das atividades acadêmicas					
Sim	204	50,7	133 (32,2)	71 (17,7)	0,193
Não	198	49,3	116 (28,9)	81 (20,2)	
Co-habitação					
Familiares, Amigos ou Colegas	360	90,5	226 (58,8)	134 (36,7)	0,364
Sozinho	38	9,5	21 (5,3)	17 (4,3)	

(CONTINUA)

Exerce Atividade					
Laboral	84	20,9	59 (14,7)	25 (6,2)	0,084
Sim	318	79,1	190 (47,9)	127 (31,7)	
Não					
Renda Salarial da Família					
Menor do que 3 salários mínimos	50	12,4	28 (7,3)	22 (5,7)	0,342
Maior que 3 salários mínimos	336	83,5	211 (54,8)	124 (32,5)	
Vínculo religioso ou crença					
Sim	250	62,2	150 (37,4)	99 (24,7)	0,327
Não	152	37,8	99 (24,7)	53 (13,2)	
Pratica Atividade Física					
Sim	202	50,2	145 (36,2)	56 (14,0)	0,000
Não	200	49,8	104 (25,9)	96 (23,9)	
Transporte próprio					
Sim	184	45,8	119 (29,7)	64 (16,0)	0,267
Não	218	54,2	130 (32,4)	88 (21,9)	
História Familiar em parentes de 1º grau de doença psíquica					
Sim	66	16,4	34 (8,5)	31 (7,8)	0,079
Não	335	83,4	214 (53,5)	121 (30,3)	
Outra formação superior					
Sim	67	6,6	36 (9,0)	30 (7,5)	0,172
Não	335	83,3	212 (50,3)	122 (30,5)	

*Valores correspondem ao somatório da média com o desvio padrão

Tabela 07 – Correlação das variáveis pedagógicas da amostra com o escore SRQ20

Variável	N (geral = 402)	%	Escore SRQ20 ≤ 7	Escore SRQ20 ≥ 7	*P
Número de componentes curriculares cursados			9,8	9,1	0,056
Carga Horária Semestral			1138,4	1016,5	0,487
Número de avaliações já realizadas no semestre atual			23,6	32,8	0,002
Número de avaliações por semana			3,45	4,3	0,013
Coefficiente de rendimento			8,6	8,39	0,041
Tipos de avaliações realizadas no semestre					
Provas Teóricas	224	55,7	126 (41,7)	97 (32,1)	0,148
Provas Práticas	182	45,3	105 (34,8)	77 (25,5)	0,587
Seminários	234	58,2	131 (43,4)	102 (33,8)	0,078
Mini-testes	107	26,6	63 (20,9)	44 (14,6)	0,987
Casos clínicos	174	43,2	102 (33,8)	72 (23,8)	0,895
Debates	91	22,6	46 (15,2)	45 (14,9)	0,052
Período do curso					
Básico	194	48,3	118 (24,9)	76 (19,0)	0,355
Clínico	68	16,9	38 (9,5)	29 (7,2)	0,355
Internato	140	34,4	93 (23,2)	47 (11,7)	0,355

*Valores correspondem ao somatório da média com o desvio padrão

V.3 Análise de Associação Multivariada

Utilizou-se o Teste de Regressão Logística controlando-se as variáveis preditoras confundidoras ou modificadoras de efeito: sexo, atividade laboral, atividade física, outra formação superior, número de componentes curriculares cursados e número de avaliações por semana, com nível de significância de 5%.

De acordo com o teste de regressão logística, os não praticantes de atividade física apresentaram 100% mais chances para o desenvolvimento do transtorno mental (OR: 2,00, IC 95% 1,21-3,30), ajustado para gênero, atividade laboral, outra formação superior, número de componentes curriculares cursados e número de avaliações por semana.

Indivíduos do sexo masculino tiveram cerca de 40% menos de chances para o TCM, do que os indivíduos do sexo feminino, mesmo após ajuste para atividade física, atividade laboral, outra formação superior, número de componentes cursados e número de avaliações por semana (OR: 0,58. IC95% 0,35 – 0,97).

Os participantes submetidos a maior número de avaliações por semana estarem sujeitos a 16% mais de chances de desenvolverem transtorno mental comum, apesar de não ter tido significância estatística (OR: 1,16 , IC 95% 0,08 – 1,38).

A carga horária semestral não parece ter associação com um SRQ20 superior a 7 na análise univariada e não mostrou efeito durante a execução de modelo forçado na regressão logística, por isto não foi incluído como preditor de risco. Não houve multicolinearidade nos dados observados.

Na análise de regressão logística foram incluídos como preditores: gênero, atividade laboral, atividade física, outra formação superior, número de componentes curriculares cursados e número de avaliações por semana.

Tabela 08 - Fatores Associados ao escore SRQ20 \ análise Multivariada

Variável	N (geral= 402)	%	Escore SRQ20 ≤ 7	Escore SRQ20 ≥ 7	OR	IC (95%)
Sexo						
Masculino	189	47,0	137 (34,3)	52 (13,0)	0,58	0,35 – 0,97
Feminino	211	52,5	111 (27,8)	99 (24,8)		
Atividade física						
Sim	202	50,2	145 (36,2)	56 (14,0)	2,0	1,21 - 3,30
Não	200	49,8	104 (25,9)	96 (23,9)		
Número de avaliações por semana			3,45	4,3	1,16	0,08 – 1,38

VI. DISCUSSÃO

A caracterização sociodemográfica do presente estudo sugere o perfil do acadêmico em Medicina, apesar da ampliação do número de vagas nos cursos médicos e implementação de políticas afirmativas, ainda apresenta aspectos que são atribuídos a uma minoria do contingente populacional brasileiro. Isso demonstra que o acesso ao ensino médico na Instituição, mesmo sendo algo tão almejado e sonhado por muitos jovens brasileiros, é pouco democrático e mantém-se como privilégio ainda direcionado as classes mais abastadas economicamente.

A verificação deste fato é ratificada pela informação da renda salarial em que 40% dos entrevistados relataram uma renda salarial familiar acima de dez salários mínimos, enquanto que a média salarial da população brasileira com essa renda é de 7%. Quando a comparação da renda familiar é feita com estudantes de outros cursos em instituições de ensino do Brasil a discrepância do perfil econômico também é evidente. Segundo RISTOFF, a média de alunos com renda familiar superior a dez salários mínimos nos cursos de Medicina é de 44%, já nos cursos de Odontologia é de 28%, Direito 24%, História 7% e Pedagogia 5% .¹²

Todavia, a própria estruturação do curso corrobora com essa segregação devido à extensa carga horária, maior longevidade, demanda de disponibilidade do aluno, dificultando que este, na grande maioria das vezes, exerça atividade laboral remunerada. Por isso, muitas famílias não teriam condições financeiras de manter um desses membros durante os 6 anos do curso. Conforme dito pelos entrevistados, 79,1% não exercem nenhuma atividade laboral sugerindo que a maioria é mantida por uma renda familiar mais alta e solidificada.

Além da renda, outro fator que pode ser analisado é o acesso do sexo feminino ao curso médico, pois o estudo revela uma equivalência de ambos os sexos. Há portanto, uma mudança importante da acessibilidade no aspecto gênero, haja vista que durante muitos anos a presença masculina foi majoritária nas faculdades de Medicina do país. De modo geral, o estudante da FMB \ UFBA apresenta perfil semelhante ao de outras instituições de ensino médico, como visto em estudo realizado em 2007 em 13 instituições e abrangendo cinco regiões do país em que foi mostrado que o número de homens e mulheres são equiparados. Comparando esse estudo nacional com o presente trabalho, os dados mostraram que os alunos do sexo feminino representaram 57% e

masculino 43%, no perfil geral e na FMB foi de 52,5% feminino e 48,5% masculino; o estado civil solteiro foi de 88% no primeiro e 83,3% no presente estudo.¹²

Com relação a co-habitação, foi demonstrado que os acadêmicos moram com familiares, 71,0% no geral e 75,4% na UFBA. A média de idade foi próxima nos dois estudos com alunos na faixa entre 23 e 24 anos. A atividade laboral foi negada também por 83% dos entrevistados da pesquisa geral e 79% dos alunos da UFBA. Quanto a realização de outro curso superior, 16% dos estudantes da UFBA afirmaram ter formação anterior, enquanto que 11% da pesquisa geral afirmaram outro curso.¹²

Uma vez salientados os aspectos importantes da amostra, pode-se analisar o processo do adoecimento psíquico. Os dados pesquisados demonstraram que a presença de Transtornos Psíquicos Menores (TCM) foi de 37,8% entre os graduandos em Medicina da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Tal valor é bastante significativo e revela um sofrimento mental importante, todavia, esse valor encontrado não destoava de dados de prevalência de TCM entre acadêmicos de Medicina de outras instituições de formação médica no Brasil. O que permite inferir que os aspectos relacionados ao modelo de ensino podem apresentar traços em comum que corroboram com o sofrimento do aluno.¹³ Pesquisas realizadas na Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) apresentaram prevalência de 37,1%¹, a Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) teve 34,1%¹², Faculdade de Medicina de Botocatu com 44,1%¹³ e a Universidade Federal de Santa Maria com 31,7%¹³.

Quando a comparação se estende aos graduandos em Medicina dos EUA, como afirmaram Robertset *al*¹⁴, em uma pesquisa com 1.027 alunos, o valor encontrado foi 46%, o que é algo bem próximo da realidade nas universidades brasileiras. O modelo de educação médica tanto no Brasil como nos EUA, ainda apresenta características tecnicistas e centradas na doença¹⁴. Desse modo, valoriza estudos minuciosos e detalhistas de patologias que atribui aos acadêmicos em medicina exaustivas rotinas de estudo e afastamento de atividades que lhes tragam prazer e bem-estar.

Ampliando o leque de analogias, salienta-se que o sofrimento psíquico é algo, conforme já citado anteriormente nesse trabalho, inerente às sociedades contemporâneas não sendo portanto, restrito aos estudantes universitários de Medicina. Devido aos fatores de estresse, que divergem em cada grupo social, os índices de TCM aparecem altos também em determinadas profissões. Como exemplificação, tem-se trabalho realizado por Santos⁹ e colaboradores, que reuniu várias pesquisas sobre a temática e elucidando em seus resultados: pesquisa realizada entre os professores de Vitória da Conquista

(BA) a prevalência de TCM foi de 55,9%, entre os Agentes Comunitários em Saúde (ACS) de 43,4%, nos profissionais de enfermagem a taxa de 23,4% e nos motoristas de ônibus o número encontrado de 28%.⁹

Dentre os graduandos universitários de outros cursos, essa prevalência também apresenta números significativos afirmando que o ambiente acadêmico com suas cobranças e demandas atuam como importante gatilho para o desenvolvimento do transtorno. Uma pesquisa realizada em Pernambuco, em 2005, revelou que de modo geral a prevalência de TCM foi de 34,1%, com os índices de 33,3% no estudantes de odontologia, 31,1% no alunado de Educação Física e 25% nos futuros enfermeiros.¹²

Retomando análise para o curso de Medicina, as informações obtidas nessa pesquisa, revelaram que a linha do adoecimento tem picos e quedas a depender do semestre e contexto do curso em que os alunos estão inseridos. Há momentos em que o sofrimento atinge pontos mais altos e outros que declinam significativamente. Para chegar a tal conclusão, foi observada e estabelecida uma prevalência de acordo com o semestre em curso e o semestre analisado foi categorizado dentre os três grandes períodos do curso: ciclo básico, pré-clínico, internato.

Os semestres com as maiores probabilidades de adoecimento foram: o 4º (52,5%) e o 6º (48,4%). Período que coincide com a fase intermediária do curso, a saída do ciclo básico e a imersão no ciclo pré-clínico. Uma possibilidade é que no período corresponde ao meio do curso, uma vez alcançada a metade do curso, somam-se o estresse acumulado pelo aluno as angústias e ansiedades do futuro. A questão é complexa e parece ser multifatorial.

O primeiro ponto a ser destacado é a dificuldade de vivenciar o ciclo básico. É um período difícil para a maioria dos alunos, inicialmente, devido as matérias e seu caráter mais restrito ao campo biológico e que parecem pouco próximas da realidade da prática médica. É gerado sentimento de decepção, pois o aluno sonha em ser médico, embora tenha a sensação de vivenciar algo muito diferente do que foi fervorosamente almejado. A rotina com uma carga horária total da curso é de 8.957 horas, é exaustiva, o que corresponde a uma média de 746 horas por semestre, dimensionando esse aspecto, quando compara-se com outros cursos de graduação da área de saúde, nota-se o abismo entre os números de carga horária, na UFBA o curso de Enfermagem tem 4.590 e Odontologia 4.469 horas.

As disciplinas em alguns casos não parecem se contextualizar, ficando evidente adesconexão entre um componente e outro. Essa estruturação pode gerar para o

acadêmico dificuldade em relacionar o conteúdo que está estudando com a necessidade para formentar sua prática médica futura.

Lidar com essas decepções é difícil para um acadêmico muito jovem, que enfrentou grandes adversidades mesmo antes de ingressar no curso médico devido a grande concorrência de vestibulares para Medicina em todo o país. Acrescenta-se ainda a construção metodológica dos componentes do ciclo básico. As avaliações, em alguns casos, demandam mais conhecimentos decorados do que raciocínios construídos.⁷ O estudante fica submisso a um ensino onde a memorização é privilegiada em detrimento ao raciocínio e o tempo fora da sala de aula é insuficiente para atender a demanda exigida. Por conta dessa rotina, o aluno pode chegar a um nível de exaustão física e mental. Sem conseguir atingir as metas de estudo, à vezes, os hábitos e ações naturais e necessários ao mínimo de qualidade de vida, passam então a ser negligenciados: as horas de sono tornam-se cada vez menores, as refeições completas e nos horários normais cedem espaço para lanches corridos, calóricos e nada saudáveis.

Mesmo com tantas abdições, algumas as perdas acadêmicas começam a surgir. As avaliações são densas e as notas parecem muitas vezes incompatíveis com o tempo dedicado ao estudo, sendo ratificado o aumento substancial da prevalência do TCM no 2º semestre (46,8%). É justamente no 2º semestre, que se segue após a euforia inicial de ingressar no curso tão idealizado, onde começam um número muito grande de avaliações e matérias complexas. Além disto, o aluno pode frustrar-se, pois habitualmente ingressam em Medicina, jovens notadamente marcados por excelentes desempenhos nas fases escolares e cursinhos, e as derrotas que começam a ser enfrentadas nesse momento são, muitas vezes, difíceis de assimilar.

Ao alcançar o meio do caminho o graduando passa então a angustiar-se pelo que ainda está por vir. Inciam-se as primeiras experiências com os pacientes e as dificuldades em conciliar o que aprendera anteriormente com a figura do indivíduo que demanda de cuidados. Um novo desafio é imposto, depois de tanto tempo atrelado a teorias e ciclos a serem gravados, como construir agora um raciocínio com base nas informações muitas vezes incompletas e subjetivas dos pacientes? Aprender a raciocinar clinicamente pode ser complicado nesse momento. Além do pensar, deve-se lembrar das dificuldades no estabelecimento da relação com o paciente, o saber ouvir, saber falar e estabelecer um vínculo de confiança com aquele que emprestara sua história a serviço do aprendizado desse aluno.⁷ É importante ouvir e não se envolver de forma muito intrínseco sofrimento do doente, somatizar o sofrimento alheio

impossibilita a execução da futura profissão médica, o que de modo algum, significa que olhar com cuidado e acolhedor deva ser negligenciado.

Esses argumentos podem justificar o elevado sofrimento dos alunos nesse período mediano do curso. Contudo, com o passar do tempo, a situação configura-se de outra forma. O sofrimento durante o internato declina e atinge os menores índices no 12º semestre quando o aluno está se despedindo da graduação. As angústias no internato, conforme citado anteriormente, são muitas vezes oriundas do medo da residência médica e o peso das responsabilidades de ser um “quase médico”. Todavia, as taxas de prevalência se mostram menores em relação aos estágios iniciais, o que teria como possíveis explicações o desenvolvimento da chamada resiliência, a maturação do conhecimento adquirido na prática clínica, a satisfação de estar nos campos de prática e a proximidade da concretização do sonho esperado.

Resiliência, refere-se ao fortalecimento do indivíduo frente as adversidades. Depois de passar por tantos desafios, esses alunos passaram a desenvolver a auto estima. O que outrora era visto como sofrimento passa a ser então reesignificado. Aprende-se a sublimar muitas coisas e aceitar, que apesar do empenho em fazer o melhor, nem sempre se terá a recompensa almejada. Segundo Angest¹⁷ (2009, p. 260) “*Pessoas resilientes apresentam características como autoestima positiva, habilidades de dar e receber em relações humanas, disciplina, responsabilidade, receptividade e tolerância ao sofrimento*” A maturação do conhecimento adquirido na prática clínica também é um ator fundamental nessa conjuntura, o internato através das vivências e discussões de casos aumenta a capacidade de raciocínio do aluno, tornando-o mais seguro para enfrentar as demandas trazidas pelos pacientes.

No que tange as variáveis diretamente relacionadas ao desenvolvimento do TCM dentre os alunos de Medicina da UFBA, algumas assumiram papel muito importante. Notou-se de forma bastante clara que há uma “*feminilização*” do transtorno, isso ficou evidente quando o número de mulheres que referiram o sofrimento psíquico foi bem maior do que o relatado pelos indivíduos do sexo masculino. De acordo com o teste de regressão, as chances de um indivíduo do sexo masculino apresentar TCM é 40% menor do que no feminino.

Esse fato não se constituiu como uma novidade. A relação estabelecida entre o sexo feminino e transtornos psíquicos já foi alvo de discussões na literatura. Dados apresentados por Lopes¹⁸ e seus colaboradores retratam que no contexto das sociedades ocidentais, enquanto que na população de modo geral, sem discriminação amostral por

sexo, as taxas de prevalência para os transtornos leves estão em um intervalo que variam de 7% a 26%, no sexo feminino a média de prevalência de 20,%, e nos homens esse índice foi de 12,5%.¹⁸

Embora não se afirme com veemência o porquê dessa discrepância dentro da questão de gênero, alguns aspectos comportamentais culturalmente impostos e fatores relacionados a constituição biológica do sexo feminino podem estar imbricados para justificar essa divergência na prevalência entre os sexos¹⁸. Adotando como exemplo estudo realizado na cidade de Feira de Santana, em que as mulheres estão inseridas em contextos sociais e culturais semelhantes a amostra das graduandas em Medicina da UFBA, a prevalência encontrada dentro do segmento feminino entrevistado foi de 39,4%. Esse estudo revelou que a delegação de papéis domésticos piorou o quadro de sofrimento, pois aquelas que referiram assumir toda responsabilidade das tarefas domésticas apresentaram prevalência de 48,1%, por outro lado, nas que recebiam auxílio para execução dessas atividades o valor foi de 28%. Com isso, pode-se perceber que as imposições machistas da sociedade em delegar como exclusivos determinados papéis ao sexo feminino aparecem como relacionados ao adoecimento psíquico.¹⁹

Os fatores biológicos, especialmente os hormônios relacionados ao ciclo reprodutivo, colocam as mulheres em situação de vulnerabilidade para os transtornos psíquicos. Isso se deve a exposição do corpo feminino aos diversos picos hormonais.²⁰ No caso das alunas entrevistadas, todas estão submetidas as influências hormonais importantes, especialmente ao que se refere ao ciclo menstrual, pois quase todas entrevistadas estão em período reprodutivo. As oscilações desses hormônios podem explicar as mudanças de humor e a maior sensibilidade frente aos problemas enfrentados. O corpo passa a reverberar com mais intensidade as angústias, resultando nos sintomas de TCM. Esses hormônios atuam como fatores de risco para o adoecimento ou potencializadores de transtornos pré-existentes.²⁰

Existe inclusive a categorização de um Transtorno Disfórico Pré-Menstrual (TDPM) presente em até 7% das mulheres e que tem como apresentação sintomas psíquicos no período pré-menstrual e que melhoram após o início da menstruação. Os mecanismos desse transtorno, não são claros, mas parece ter relação com alterações no sistema nervoso central, principalmente na via serotoninérgica, com as oscilações hormonais.²⁰

Todavia, é essencial ratificar, que embora a interferência hormonal possa atuar de forma significativa, ela não deve ser vista como fator unicausal para o desenvolvimento do TCM nas mulheres. A causa do adoecimento é multifatorial, com papel predominante de fatores extrínsecos tais como o meio social, as atividades e pressões a que estão expostas cotidianamente, a capacidade de enfrentar as adversidades, o apoio do círculo familiar e de convivência.²⁰

Ainda em relação ao gênero, existem fatos do comportamento masculino que também podem explicar essa divergência de prevalência. Pode haver uma subnotificação dos sintomas ao responder os questionários devido a uma conotação herdada de uma sociedade machista que estigmatiza o homem que assume suas “fraquezas” e delega o sofrimento psíquico como algo próprio do universo feminino. Essa incapacidade de assumir sintomas, não se restringe aos transtornos mentais, conforme evidenciado por Gomes²¹, que salientou os fatores que retardam a procura dos homens nas unidades de saúde e sugerindo que a ideia de masculinidade a que foram expostos ao longo da vida justifica este comportamento do homem. Desse modo, assumir doenças demonstra fraqueza física.²¹

Por outro lado, fora a subnotificação, os rapazes geralmente estão mais envolvidos no abuso de substâncias psicoativas, tais como o álcool e outras drogas. Dados de pesquisa realizada entre os estudantes de Medicina de instituições públicas e privadas de Salvador (BA), mostram como os acadêmicos do sexo masculino consomem mais álcool e outras drogas do que o sexo feminino. O uso de álcool foi referido por 96% dos homens e 84% das mulheres, a maconha era consumida por 27,1% dos rapazes e 12,3% das moças e lança perfume 58,7% pelos homens e 31,9% das mulheres.²²

A prática de atividade física foi outra variável de destaque com significância estatística. Ao que mostraram as respostas dos entrevistados, os não praticantes de atividade física apresentaram 100% de chance a mais de desenvolver o transtorno do que aqueles que realizam. Sugerindo que a atividade física seja um fator preditivo de proteção contra o adoecimento mental. Sabe-se que os efeitos de tais práticas são diretamente relacionadas à promoção da saúde.

Estas atividades, descreve-se a produção de substâncias endógenas que justificam a sensação de prazer e bem estar. Assim, mesmo diante de estresse, a atividade física permite melhorar sua qualidade de vida, trazendo além dos benefícios para a musculatura, a prevenção de doenças cardiovasculares, câncer e redução de problemas psíquicos. A prática regular de exercícios físicos também pode atuar na

prevenção e tratamento de transtornos mentais, porque ajuda na re inserção social dos indivíduos doentes, pois essas atividades promovem a socialização.²³

Os graduandos que praticam atividade física e usufruem dos benefícios apresentam uma saúde mental mais equilibrada, além disso, ao ingressar no mercado de trabalho são multiplicadores dessa idéia e preescrevem mais essas práticas aos pacientes do que os sedentários durante a graduação.²⁴

Mesmo com os benefícios descritos, a prática dessas atividades ainda se constitui como desafio aos estudantes de Medicina. No universo acadêmico, o único curso em que os alunos realizam atividades físicas de forma regular e ideal são os próprios acadêmicos de Educação física. O curso de Medicina apareceu sempre entre os que as práticas dessas atividades é insatisfatória.²⁴ Justificado por a falta de tempo devido a extensa carga horária do curso e a demanda de assuntos a serem estudados fora o período da sala de aula. Segundo Reichert²⁵ *et al.* (2007), *“a falta de tempo é o principal argumento utilizado para aqueles que não realizam tais atividades, isso ocorre não apenas dentre os acadêmicos em Medicina, mas na população em geral”*. Embora a mais citada, a falta de tempo não parece ser o único fator associado a impossibilidade de realização de atividades físicas, outras alegações salientadas por Júnior²⁶ incluem a própria negligência quanta a importância dessas atividades para a saúde, não gostar de praticar essas atividades, as dificuldades financeiras, a localização insatisfatória de academias e outros locais para praticar as atividades.²⁶

As instituições de ensino podem reverter alguns desses aspectos e possibilitar que os estudantes pratiquem com mais frequência essas atividades. No caso do curso médico as mudanças do tamanho da carga horária requerem profunda reforma curricular, difícil a médio prazo. Contudo, de forma mais imediata, estratégias outras podem ser utilizadas para estimular os alunos, inicialmente ressaltando a importância dessas atividades. A estratégia é que a instituição possa disponibilizar os próprios espaços físicos da faculdade, para prática dessas ações, construindo de quadras e explorando pátios e corredores. Muitos alunos podem usar os intervalos entre aulas e procurar esses locais. O incentivo na formação de grupos para esportes e competições junto com discentes de outros cursos também é um ponto positivo.

Ainda no contexto das variáveis sociodemográficas, houve uma tendência a significância estatística na questão da doença psíquica em familiar de primeiro grau. Nesse aspecto, as explicações podem residir no estabelecimento do nexos causal com os fatores estressores comuns dentro do seio familiar e o desenvolvimento do transtorno.

Desse modo, os motivos que culminaram com o adoecimento de um familiar, tais como desarmonia e agressões, justificariam o adoecimento de outro membro²⁷. Além disso, pode-se notar a possibilidade do adoecimento de um membro da família atuar como fator precipitante para os demais. Isso decorre da angústia, sofrimento e sobrecarga daqueles que atuam como cuidadores desses doentes. Devido ao vínculo afetivo, não é possível se dissociar e não se envolver com o sofrimento do outro²⁷. Assim, os aspectos sociodemográficos exercem um peso importante na progressão do adoecimento.

Perpassando para as variáveis pedagógicas referentes ao curso, houve significância estatística em relação ao coeficiente de rendimento e número elevado de avaliações realizadas semanalmente e semestralmente. Os dados coletados mostraram que a média de pontos do coeficiente dos alunos abordados foi de 8,5, o que corresponde a um valor extremamente alto, considerando que a nota mínima necessária para aprovação pela UFBA é de 5 pontos. Os dados sugerem que isso pode ser um resquício da competitividade originada nas fases escolares, que muitas vezes é um dos pré-requisitos para ingresso no curso médico.⁷ Para os discentes e muitos docentes, a nota possivelmente se relaciona com um parâmetro seguro de demonstração do esforço e dedicação do aluno, o que se constitui em algumas vezes, em uma constatação errônea, porque muitos sentem dificuldades em realizar certos tipos de avaliações.

É possível especular que as notas elevadas muitas vezes são vistas como vitória para a maioria dos alunos, pois obtê-las poderia ser uma espécie de compensação pelo o esforço de estudar os conteúdos, uma espécie de autoafirmação a cerca do que aprendera. O coeficiente de rendimento para muitos alunos pode assumir um valor muito representativo, e com isso, os que tem menor escore talvez sintam-se acuados e envergonhados por sua posição no “ranking” da turma, o que pode acarretarem ideias de autodepreciação e insegurança. Paradoxalmente, os que vivem em função dos melhores resultados teriam maior probabilidade de sofrer com a autocobrança.

Ainda em relação ao coeficiente de rendimento, parece haver uma relação direta entre o sofrimento mental e as notas. É uma via de mão dupla, porque os dados sugerem que os alunos com algum grau de sofrimento, evoluem para um menor desempenho acadêmico, tanto do ponto de vista de aprendizado, quanto na dificuldade de realizar as avaliações. Por outro lado, muito alunos sentem-se ansiosos quando suas notas não correspondem ao esperado para a sua rotina de estudo. Assim, o coeficiente baixo pode ser um preditor de risco para o adoecimento ou o resultado do adoecimento na rotina acadêmica do graduando.

O sistema de ensino da FAMEB\UFBA é ainda pautado na valoração de um número grande de atividades avaliativas como ferramenta para mensurar o aprendizado do aluno. No ciclo básico especialmente, para alguns acadêmicos o número de avaliações parece maiores do que o necessário para solidificar o aprendizado. Durante a aplicação dos questionários alguns discentes do segundo e terceiro semestres afirmaram a realização de pelo menos quatro avaliações semanais, o que em parte, justificaria o esgotamento físico e intelectual. Desse modo, o número significativo de avaliações realizadas mostrou relação com o adoecimento psíquico, pois as variáveis número de avaliações semanais e semestrais revelou significância estatística com o TCM. O número de avaliações também pode ser um dos fatores que contribui para maiores taxas de prevalência de TCM no ciclo básico quando comparado com o internato.

A realização de debates e seminários demonstrou tendência a inferência estatística. Muitos docentes são favoráveis as estratégias de avaliações, contudo, o problema parece estar relacionado a forma como essas avaliações são aplicadas e o receio dos alunos em realizar esses tipos de avaliações devido ao temor de exposição ao professor e também aos colegas. O aluno, muitas vezes, sente-se acuado e teme julgamentos. Para alguns acadêmicos existe grande dificuldade na exposição dessas atividades, o falar em público com clareza e eficiência é uma habilidade não muito comum. Os alunos mais tímidos e\ou com dificuldades de controlar o nervosismo e a ansiedade, acham que podem ser incapazes de cumprir essa tarefa.

Como melhorias para desconstrução do mito a cerca desses tipos de avaliações supracitados, seria pertinente o estímulo dessas atividades através de discussões com aspecto mais informal para aprimorar a oratória dos acadêmicos e estimular a troca de conhecimento de modo mais horizontalizado.

Também com tendência a significância estatística em relação ao desenvolvimento do TCM apareceu número de componentes curriculares cursados. O número é elevado, especialmente no ciclo básico, o que é decorrente da prevalência de um modelo departamental adotado na instituição. Nesse contexto, há uma separação de conteúdos e avaliações, que poderiam ser fundidos caso fosse estabelecido um modelo modular.

Com todos esses aspectos abordados, esse trabalho foi de fundamental importância para apontar o relevante sofrimento mental em que os graduandos em Medicina da Universidade Federal da Bahia estão imersos. Os fatores sugerem como aspecto comum na gênese do adoecimento: o modelo de ensino e as cobranças impostas

a esses acadêmicos. Mesmo com algumas de mudanças já realizadas dentro da Faculdade de Medicina da Bahia, seu modelo de ensino ainda é essencialmente tradicionalista e biologicista. A humanização tem sido pregada como um caminho para formar médicos sensíveis a exercer uma Medicina mais digna e próxima do sofrimento dos pacientes, contudo, para que isso se tornar real, o primeiro passo é a própria instituição acolher esses alunos com esse olhar humanizado considerando as angústias e sofrimentos que estes perpassam. Porém, isso ainda parece algo utópico, uma vez que discursos de dedicação exclusiva e incondicional ao aprimoramento do saber técnico é um dos pilares essenciais das estratégias metodológicas da instituição.

A formação desrespeita as prerrogativas da Organização Mundial da Saúde e seu conceito ampliando de saúde como um “*completo bem estar biopsicossocial*”. Valoriza-se o enriquecimento do aluno e aqueles que vivem de modo exclusivo para as atividades acadêmicas e abandonando as atividades de lazer e convívio social ainda são vistos como exemplos a serem seguidos. Os dados sugerem, mesmo que não seja unânime entre os docentes, como algo ainda muito presente nos discursos e nas metodologias adotadas pela instituição. Como consequência, o aluno que passou toda sua formação tendo sua subjetividade e autonomia desrespeitada, tem probabilidade de ingressar no mercado de trabalho perpetuando as mesmas ações que sofrera, agora transferidas aos pacientes, adotando uma postura pouco empática ao sofrimento alheio.

Essa valoração da dedicação a faculdade como um sacerdócio exclusivo, tem uma visão socialmente construída como sendo um privilégio, afinal, estar em uma Faculdade de Medicina é um sonho que pertence a uma minoria e os que conseguem não teriam porquê se queixar da exaustão do curso, pois milhares de outros jovens almejarão estar nessa posição.⁷ A sociedade exerce sua parcela de culpa ao criar uma caricatura do estudante de Medicina: alguém que só estuda, não se diverte, vive rodeado de livros e com o rosto marcado pelas olheiras pelas noites não dormidas. E é isso que a sociedade espera desses estudantes. Cria-se então um ciclo entre instituição e a pressão social, com o aluno vitimizado no meio desse processo.

Mudar a concepção social e a formação médica requer que um longo caminho seja percorrido, todavia, essas mudanças podem ser paulatinamente implantadas. As reformas devem ser construídas com base nas pesquisas que há muito vem elucidando as defasagens do ensino e seu papel no adoecimento de estudantes. Rever a necessidade de uma carga horária delegada aos componentes curriculares é um ponto inicial e que vai reverberar em muitas outras questões. Analisar os sistemas de avaliações e adoção

de novas estratégias para mensurar o aprendizado do aluno. Nessa conjuntura, as representações estudantis precisam estar presentes nos espaços de discussões, nos fóruns acadêmicos, promover momentos de debates a fim de expor suas demandas e sugestões. Desse modo, ajudar na elaboração de estratégias que tragam melhorias ao ensino e na qualidade de vida dos acadêmicos. Somar as queixas e pensar junto com os docentes soluções viáveis e que também não precarizem a qualidade do ensino e dos conteúdos a serem aprendidos.

Concomitante a esse processo, outra estratégia que deve ser adotada e que trará resultados imediatos, consiste na solidificação de um apoio psicológico aos estudantes. Por se tratar de um sofrimento já estabelecido é preciso adotar ações terapêuticas e fomentar mecanismos de prevenção tanto para o TCM quanto para os transtornos mais graves. Pode-se fazer parcerias junto a faculdade de Psicologia da UFBA e elaborar ações interdisciplinares entre alunos e docentes, objetivando a busca pela promoção da saúde. Construir atividades educativas e encontros explanando possibilidades que podem ser traçadas para enfrentar as problemáticas vivenciadas pelos alunos. Outro aspecto é a individualização do cuidado e da atenção, com rotinas de consultas com profissionais da área de psicologia e psiquiatria promovidas por um Núcleo de Apoio Psicológico (NAP) para acompanhar e ajudar na recuperação do aluno. Estabelecer uma rotina dentro dos próprios espaços da instituição com um local para realização dessas consultas e garantir o acompanhamento da saúde mental desses alunos.

Assim, a adoção de estratégias para prevenir e tratar o TCM é o passo essencial para evitar o desenvolvimento de transtornos mais graves. Atuar na raiz do adoecimento psíquico é importante, porque interrompe a linha do adoecer e impede a evolução para casos mais problemáticos. Uma pesquisa anterior, realizada na Faculdade de Medicina da Ufba, revelou que a prevalência de sintomas depressivos entre os acadêmicos foi de 43%, o que representa uma taxa significativamente alta.²⁸

O adoecimento mental severo, pode envolver quadros sintomatológicos graves, como a depressão e transtornos de ansiedade, até uma conjuntura dramática que envolve o suicídio. Embora pareça alarmante, os índices de jovens acadêmicos do curso de Medicina que colocam fim a própria vida inspira grande preocupação. Estudo realizado por Cavestro²⁹ refere que a taxa de prevalência de depressão entre os alunos Medicina atingem uma taxa de 8,9% com risco de suicídio 7,5% enquanto que no Brasil, a taxa de mortalidade por suicídio é de 5,6 mortes a cada 100 mil habitantes.³⁰

Assim, se o aluno sai da instituição ainda envolto com o processo de adoecimento psíquico, com a imersão no campo de trabalho, isso tende a ser perpetuado. As questões relacionadas ao estresse laboral, cansaço físico, fracassos e perdas de pacientes, somados as responsabilidades inerentes a profissão, podem atuar como fatores precipitantes.³¹ Pesquisada realizada em 2007, com um grupo de 342 médicos, atestou que a prevalência global TCM nesses profissionais foi de 23,39% e os índices variavam de acordo com o setor de trabalho, os que estavam na enfermaria a prevalência foi de 17,4%, enquanto os que estavam nos atendimentos de emergência a porcentagem foi de 32%³¹. Desse modo, o processo do adoecer que se inicia na instituição pode ser reativado durante o desenvolver da vida profissional.

Limitações do Estudo

Durante a coleta de dados alguns fatores atuaram como limitações para o desenvolvimento do estudo. Caso os questionários fossem aplicados em dias de avaliações seria gerado um viés nas respostas dos participantes, dificultando a aplicação dos questionários, pois o tempo para recrutamento de participantes foi menor. Como consequência, as turmas do 5º e 8º semestres acabaram não participaram da pesquisa. Para não haver diminuição na amostra estudada, a quantidade de participantes correspondente a essas duas turmas foi remanejada para as demais. Como o 5º é mais próximo do ciclo básico foi redistribuída a quantidade que seria dessa turma entre os alunos desse período do curso. Já no caso do 8º semestre, como o contexto é mais próximo do internato, a alocação foi feita entre as turmas de internos.

Alguns aspectos que tangem ao instrumento de coleta, questionário sociodemográfico, devem ser citados: a questão da carga horária variou dentro de um mesmo semestre porque alguns alunos incluíram atividades extracurriculares e outros não, e também devido as matérias optativas ou repetidas. Quanto ao coeficiente de rendimento, a turma do 1º semestre não pode ser analisado porque esses alunos ainda não tem uma nota.

O número de avaliações semanais também variou dentro de uma mesma turma porque alguns componentes curriculares tem mais de um docente e estes adotam mais de uma metodologia avaliativa dentro da mesma matéria.

Na relação com o os participantes, os alunos parcialmente semestralizados foram os que mais se recusaram a participar da pesquisa. Além disso, o fato do entrevistador ser um colega de curso, alguns alunos apresentaram uma resistência inicial, principalmente por medo de que suas respostas fossem identificadas. A estigmatização sofrida por parte de alguns alunos em relação a reprovação em componentes curriculares dificulta a inserção grupal dos mesmos.

VII. CONCLUSÕES

1. Foi encontrada alta prevalência de TCM com 37,8% na amostra, sendo o 4º semestre com a maior porcentagem de respostas do SRQ20 com escore superior a 7 (52,2%).
2. Na análise univariada foram considerados fatores preditivos de proteção: sexo masculino, com 87% dos entrevistados com escore SRQ20 menor que 7, ($p < 0,001$), e prática de atividade física ($p < 0,001$) com significância estatística.
3. Na análise univariada foram considerados fatores preditivos de risco: maior número de avaliações semanais ($p=0,002$) e semestrais ($p=0,013$) e menor coeficiente de rendimento ($p=0,041$) com significância estatística.
4. A análise multivariada revelou que o sexo masculino, prática de atividade física e menor número de avaliações foram preditivos de proteção, sem significância estatística.

VIII. SUMMARY

COMMONMENTAL DISORDERS PREVALENCE AND ASSOCIATED FACTORS IN MEDICAL STUDENTS OF UFBA

Theoretical foundation: The TCM represent mild psychiatric disorders with episodes of forgetfulness, difficulty concentrating, insomnia, irritability, fatigue and somatic complaints. **Objective:** To evaluate the prevalence of disorders and associated factors in students of the medical school of the Universidade Federal da Bahia (UFBA). **Methods:** Cross-sectional cohort study, descriptive. Data collection took place between the second semester of 2014 and the first of 2015 proportional random sample stratified by semester, totaling 402 participants who answered two self-administered and anonymous questionnaires. A questionnaire assessed socio-demographic and educational issues of the course. To evaluate the TCM, used the Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20), with the cut-off point of 7/8, regardless of sex. The project was submitted to the Research Ethics Committee (CEP) of the Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) to look 38352114.9.0000.5577. **Results:** The overall prevalence of Common Mental Disorders (CMD) was 37.8% in the sample. The 4th semester had the highest percentage of responses SRQ20 than 7 (52.2%). The gender, physical activity, coefficient of performance and number of evaluations were related to mental illness. The frequency of a SRQ score above 7 with values of 24.8% in women and 13% in men. ($P < 0.001$) The physical activity has proved to be predictive of protection factor for non-development disorder ($p < 0.001$), the percentage of top answers to 7 in SRQ20 among the practitioners of these activities was 14%, while in non-practicing the values were 23.9%. The coefficient of performance was related to the illness ($p = 0.041$), number of semi-annual evaluations ($p = 0.002$) and number of weekly evaluations ($p = 0.013$). **Conclusions:** High prevalence of TCM in this population, male and physical activity as predictors of protection.

Keywords: 1. common mental disorder; 2. Common mental disorder prevalence in medical students; 3. Mental Illness in students

IX. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. FiorottiPK, Rossoni RR, Borges LR, Miranda AE. Transtornos mentais comuns entre os estudantes do curso de medicina: prevalência e fatores associados. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 2010, Fev, 59(1):17-23.
2. Baldisserotto MC, Soar Filho E, Nedel F, SakaeMT. Problemas psiquiátricos menores e indicadores do uso problemático de álcool entre os estudantes de medicina da Universidade do Sul de Santa Catarina – UNISUL. *Arquivos Catarinenses de Medicina*. 2005, Vol. 34, Nº 4.
3. SpricigoJS. Saúde Mental e Dependência Química. Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde, Florianópolis. 2010, p. 98
4. Santos EG, Siqueira MM .Prevalência dos transtornos mentais na população adulta brasileira: uma revisão sistemática de 1997 a 2009. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 2010, Ago; 59(3):238-46.
5. Neves MCC, Dalgalarondo P. Transtornos mentais auto-referidos em estudantes universitários. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 2007, Novembro, 56(4): 237- 44.
6. Costa EF. O Common mental disorders among medical students at Universidade Federal de Sergipe: a cross-sectional study. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2010, Mar, Vol. 32. Nº 01.
7. Benevides-Pereira ANT. Transtornos emocionais e a formação em Medicina: um estudo longitudinal. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2009, Mar, 33 (1):10 - 23.
8. Pereira MG. *Epidemiologia Teoria e Prática*. Edição 5. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan; 2001. Páginas 341-57.
9. Santos KOB, Araújo TM, Pinho OS, Silva ACC. Avaliação de um instrumento de mensuração de morbidade psíquica: estudo de validação do *Self-reporting Questionnaire* (SRQ-20). *Revista Baiana de Saúde Pública*. 2010, Jul/Set, v.34, n.3, p.544-60.
10. Gonçalves DM, Stein AT, Kapczinski F. Avaliação de desempenho do *Self-Reporting Questionnaire* como instrumento de rastreamento psiquiátrico: um estudo comparativo com o *Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR*. *Cad. Saúde Pública*. 2008, Fev, 24(2):380-90.
11. Lima MCP, Domingues MS, Cerqueira AT. Prevalence and risk factors of common mental disorders among medical students. *Rev. Saúde Pública*. 2006;40:1035-41.
12. Facundes VLD, Ludermir AB. Transtornos mentais comuns em estudantes da área de saúde. *Rev. Bras Psiquiatr*. 2005;27(3):194-200.

13. Rocha ES, Sassi AP. Transtornos Mentais Menores entre Estudantes de Medicina. *Rev. Brasileira de Educação Médica*. 2013, Mar 37 (2) : 210 -16.
14. Roberts LW, Warner TD, Lyketsos C, Frank E, Ganzini L, Carter D. Perceptions of academic vulnerability associated with personal illness: a study of 1,027 students at nine medical schools. *Comprehensive Psychiatry*. 2011 42(1):1-15.
15. Ristoff D. O Novo Perfil do Campus Brasileiro: Uma análise do perfil socioeconômico do estudante de graduação. *Rev. Avaliação* 2014, Nov, vol 19, n.3, p. 723 - 47.
16. Oliveira NA, Alves LA. Ensino Médico, SUS e início da profissão: como se sente quem está se formando? *Rev. Bras. Educação Médica* 2011, vol 35, n.1, p 26-36.
17. Angest R. Psicologia e Resiliência: Uma revisão de literatura. *Psicol. Argum.* 2009, jul./set, p. 253-60.
18. Lopes CS, Faerstein E, Chor D. Eventos produtores de estresse e transtornos mentais comuns: resultados do Pró- Saúde. *Cad. Saude Pública* 2003; vol 19, p. 1713-20.
19. Araújo TM, Pinho PS, Almeida MMG. Prevalência de Transtornos Mentais Comuns em mulheres e sua relação com as características sociodemográficas e o trabalho doméstico. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant., Recife*, 2005, Jul. / set., p. 337-48.
20. Rennó JJR, Demarque R, Lobo HW, Cavalsan JP, Silva AG. Saúde Mental da Mulher: Transtornos Psiquiátricos Relacionados ao Ciclo Reprodutivo. *Rev. Debates em Psiquiatria* 2012, Nov\Dez, n.6, p 6-14.
21. Gomes R, Nascimento EF, Araújo FC. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro* 2007, Mar, p. 565-74.
22. Lemos KM, Neves NMBC, Kuwano AY, Tedesqui G, Bitencourt AGV, Neves FBC, Guimarães AN, Rebello A, Bacellar F, Lima MM. Uso de substâncias psicoativas entre os estudantes de Medicina de Salvador (BA). *Rev. Psiq. Clín.* 2007, vol 34, p. 118-24.
23. Raddi LLO, Júnior JP Ferrari GLM, Oliveira LC, Matsudo VKR. Nível de Atividade Física e acúmulo de tempo sentando em estudantes de Medicina. *Rev. Bras. Med. Esporte*, 2014, Mar\Abr, vol 20, p.101-04.
24. Marcondelli P, Costa THM e Schmitz BAS. Nível de atividade física e hábitos alimentares de universitários do 3º ao 5º semestres da área da saúde. *Rev. Nutr.* 2008, vol 21, p. 39-44.

25. Reichert, F. The role of perceived personal barriers to engagement in leisure-time physical activity. *American Journal of Public Health*, Boston, v. 97, n. 3, p. 515-19, 2007.
26. Júnior EFC, Barreto LA, Oliveira JAA, Almeida PC, Leite JAD. Avaliação do nível de atividade física e fatores associados em estudantes de Medicina de Forataleza (CE). *Rev. Bras. Ciênc. Esporte*, Florianópolis, 2012, out./dez, v. 34, n. 4, p. 955-67.
27. Sapadini LS, Souza MCBM. A doença mental sob o olhar de pacientes e familiares. *Rev. Esc. Enferm. USP*, São Paulo, 2006, v. 40 p. 123-27.
28. Oliveira, EM. Prevalência de sintomas depressivos em estudantes de Medicina da Universidade Federal da Bahia. UFBA, Salvador, 2013.
29. Cavestro JM, Rocha FL. Prevalência de depressão entre estudantes universitários. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 2006, vol. 55, n. 4, p. 264-67.
30. Lovisi GM, Santos SA. Análise epidemiológica do suicídio no Brasil entre 1980 e 2006. *Rev. Bras Psiquiatria*, 2009, v. 31, p. 86-93.
31. Cabanal MCFL, Ludemir AB, Silva ER, Ferreira MLL, Pinto MER. Transtornos mentais comuns em médicos e seu cotidiano de trabalho. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 2007, vol. 56, n.1, p.33-40.

X. ANEXOS

ANEXO I



FACULDADE DE MEDICINA DA
BAHIA DA UFBA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Prevalência de Transtornos Mentais Comuns em Estudantes de Medicina da Universidade Federal da Bahia

Pesquisador: ISABEL CARMEN FONSECA FREITAS

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 38352114.9.0000.5577

Instituição Proponente: FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 866.602

Data da Relatoria: 30/11/2014

Apresentação do Projeto:

Os Transtornos Mentais Comuns (TCM) representam alterações psíquicas leves que tem como sintomatologia principal episódios de esquecimento, dificuldade na concentração e tomada de decisões, Insônia, Irritabilidade, fadiga e queixas somáticas. Estas alterações podem preceder transtornos mentais mais graves e contribuem para prejuízos na qualidade de vida dos indivíduos. Hipótese: A prevalência de transtornos mentais comuns em estudantes de medicina é maior do que a população em geral.

Trata-se de um corte transversal, descritivo. A coleta de dados ocorrerá no segundo semestre de 2014 e o primeiro semestre de 2015 em amostra aleatória proporcional e estratificada por semestre, totalizando 400 participantes que responderão a dois questionários autoaplicáveis e anônimos. Isso irá ocorrer nas salas após aulas de disciplinas que agregam maior número de alunos para as turmas até o oitavo semestre. Quanto aos Internos, a aplicação ocorrerá nos campos de prática dos ambulatórios do Hospital Universitário Professor Edgar Santos (HUPES).

Dois questionários serão autoaplicados: (1) questionário que avalia aspectos sócio-demográficos (idade, gênero, estado civil, moradia, renda, prática de atividade física, crença religiosa, possuir

transporte próprio e forma de ingresso no curso) e também questões referentes aos aspectos pedagógicos do curso, em particular, carga horária semestral, metodologias avaliativas, e coeficiente de rendimento acadêmico. (2) Para avaliar os TCM, o questionário utilizado será o Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20), validado no Brasil e recomendado pela Organização Mundial da Saúde, que possui 20 questões, com respostas dicotomizadas, das quais, quatro abordam sintomas físicos e 16 desordens psicoemocionais, sendo atribuída pontuação equivalente que varia de 0 a 20. Nenhum questionário será identificado com nome de alunos evitando-se a posterior identificação dos mesmos e consequente quebra de sigilo.

Objetivo da Pesquisa:

GERAL

Avaliar a prevalência de Transtornos Mentais Comuns e fatores associados em estudantes do curso de Medicina da Universidade Federal da Bahia.

SECUNDÁRIO

Estimar a prevalência dos Transtornos Mentais Comuns;-Descrever os sintomas mais prevalentes;

Verificar a associação entre os Transtornos Mentais Comuns, variáveis sócio- demográficas e alguns aspectos pedagógicos do curso.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

RISCOS:

... Os questionários serão respondidos de forma voluntária sem qualquer interferência do pesquisador ou ônus para o pesquisado, evitando-se constrangimentos em relação a qualquer resposta. Não serão realizadas entrevistas. Nenhum questionário será identificado com nome de alunos evitando-se a posterior identificação dos mesmos e consequente quebra de sigilo. A análise dos dados será feita exclusivamente pelos pesquisadores e a divulgação dos resultados não implicará em identificação de nenhum estudante. A não participação na pesquisa não implicará em nenhum prejuízo acadêmico para o estudante ou qualquer tipo de retaliação ou constrangimento individual ou público.

BENEFÍCIOS:

Identificar grupos mais vulneráveis na Instituição e implantação de estratégias de apoio psico-

pedagógico.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um projeto de pesquisa bem argumentado transversal de conveniência em que 400 estudantes de medicina responderão à questionários geral e específico para identificação de doença entre os participantes. ÉTICO.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

TCLE: o termo contém os elementos éticos da RES466/12.

ORÇAMENTO: R\$ 400 próprio; sem a contrapartida institucional anotada, COMPATÍVEL.

Cronograma: ATUALIZADO, ADEQUADO.

Termo de anuência da Instituição: não necessário, ADEQUADO

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

SALVADOR, 11 de Novembro de 2014

Assinado por:
Eduardo Martins Netto
(Coordenador)

ANEXO II

Questionário Sociodemográfico
Data de aplicação: ____/____/____
Dados pessoais
1-Idade: ____ 2-Gênero: <input type="checkbox"/> Fem <input type="checkbox"/> Masc
3-Estado Civil: Solteiro(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) ou União estável <input type="checkbox"/> Outro
4-Natural de: _____
5-Residência próxima das atividades acadêmicas: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
6-Local de Residência Atual: _____
7-Composição da co-habitação(com quem mora) -Famíliares: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não -Amigos ou colegas: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não -Sozinho: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
8-Exerce alguma atividade laboral? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
9-Renda Salarial mensal da família -Menor ou igual a 3 salários mínimos <input type="checkbox"/> -De 4 a 6 salários mínimos <input type="checkbox"/> -De 6 a 9 salários mínimos <input type="checkbox"/> -Maior ou igual a 10 salários mínimos <input type="checkbox"/>
10-Você possui algum vínculo religioso ou crença? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
11-Forma de ingresso no curso de Medicina <input type="checkbox"/> Quotas <input type="checkbox"/> Não quotas
12-. Pratica alguma atividade física? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
13 - Possui transporte próprio? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
14- História familiar em parentes de 1º grau de doença psíquica <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Qual_____
15-Possui alguma outra formação superior <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Qual_____

Aspectos pedagógicos
16- Qual a sua carga horária semestral? _____
17- Está semestralizado? <input type="checkbox"/> Total <input type="checkbox"/> Parcial
18- Está em qual semestre do curso? <input type="checkbox"/> 1° Semestre <input type="checkbox"/> 2° Semestre <input type="checkbox"/> 3° Semestre <input type="checkbox"/> 4° Semestre <input type="checkbox"/> 5° Semestre <input type="checkbox"/> 6° Semestre <input type="checkbox"/> 7° Semestre <input type="checkbox"/> 8° Semestre <input type="checkbox"/> Internato <input type="checkbox"/> Parcialmentesemestralizado <input type="checkbox"/> (considerar o semestre que cursa o maior número de matérias)_____
19- Qual o número de componentes curriculares que está cursando no semestre? _____
20- Qual o número de avaliações por semana? (incluindo provas, seminários, debates) _____
21- Número de avaliações já realizadas nesse semestre: _____
22- Tipos de avaliações realizadas nesse semestre: <input type="checkbox"/> Provas teóricas <input type="checkbox"/> Seminários <input type="checkbox"/> Debates <input type="checkbox"/> Apresentação de Caso clínico <input type="checkbox"/> Provas práticas
23- Coeficiente de rendimento: _____ <input type="checkbox"/> Desconhecido

ANEXO III

TESTE 3: SRQ 20 - Self Report Questionnaire.

Teste que avalia o sofrimento mental. Por favor, leia estas instruções antes de preencher as questões abaixo. É muito importante que todos que estão preenchendo o questionário sigam as mesmas instruções.

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.

OBS: Lembre-se que o diagnóstico definitivo só pode ser fornecido por um profissional.

PERGUNTAS	RESPOSTAS	
1- Você tem dores de cabeça freqüente?	SIM <input type="radio"/>	NÃO <input type="radio"/>
2- Tem falta de apetite?	SIM <input type="radio"/>	NÃO <input type="radio"/>
3- Dorme mal?	SIM <input type="radio"/>	NÃO <input type="radio"/>
4- Assusta-se com facilidade?	SIM <input type="radio"/>	NÃO <input type="radio"/>
5- Tem tremores nas mãos?	SIM <input type="radio"/>	NÃO <input type="radio"/>
6- Sente-se nervoso (a), tenso (a) ou preocupado (a)?	SIM <input type="radio"/>	NÃO <input type="radio"/>
7- Tem má digestão?	SIM <input type="radio"/>	NÃO <input type="radio"/>
8- Tem dificuldades de pensar com clareza?	SIM <input type="radio"/>	NÃO <input type="radio"/>
9- Tem se sentido triste ultimamente?	SIM <input type="radio"/>	NÃO <input type="radio"/>
10- Tem chorado mais do que costume?	SIM <input type="radio"/>	NÃO <input type="radio"/>
11- Encontra dificuldades para realizar com satisfação Suas atividades diárias?	SIM <input type="radio"/>	NÃO <input type="radio"/>
12- Tem dificuldades para tomar decisões?	SIM <input type="radio"/>	NÃO <input type="radio"/>
13- Tem dificuldades no serviço (seu trabalho é penoso, lhe causa- sofrimento?)	SIM <input type="radio"/>	NÃO <input type="radio"/>
14- É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?	SIM <input type="radio"/>	NÃO <input type="radio"/>
15- Tem perdido o interesse pelas coisas?	SIM <input type="radio"/>	NÃO <input type="radio"/>
16- Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo?	SIM <input type="radio"/>	NÃO <input type="radio"/>

17- Tem tido idéia de acabar com a vida?	SIM <input type="radio"/>	NÃO <input type="radio"/>
18- Sente-se cansado (a) o tempo todo?	SIM <input type="radio"/>	NÃO <input type="radio"/>
19- Você se cansa com facilidade?	SIM <input type="radio"/>	NÃO <input type="radio"/>
20- Têm sensações desagradáveis no estomago?	SIM <input type="radio"/>	NÃO <input type="radio"/>

RESULTADO

Se o resultado for ≥ 7 (maior ou igual a sete respostas SIM) está comprovado sofrimento mental

ANEXO IV

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, Isabel Carmen Fonseca Freitas responsável pelo estudo **Prevalência de Transtornos Mentais Comuns e fatores associados em estudantes de Medicina da UFBA** estou fazendo um convite para sua participação como Voluntário no presente estudo.

Esta pesquisa pretende analisar o processo de adoecimento psíquico em estudantes de medicina de uma Universidade Pública de Salvador, tomando como base os transtornos mentais leves. Acredito que ela seja importante para que possamos identificar grupos mais vulneráveis e que necessitam de estratégias psicopedagógicas preventivas, bem como, fazer uma problematização na nossa Universidade, das metodologias avaliativas após a nova estruturação curricular do curso de Medicina.

Para sua realização serão aplicados dois questionários autoaplicáveis e anônimos: o primeiro avaliará a ocorrência de transtornos psíquicos leves, o SRQ-20, enquanto o segundo fará uma caracterização sócio demográfica do entrevistado. Sua participação constará de responder a estes dois questionários.

Esclareço que a aplicação dos questionários será precedida da assinatura do termo de Consentimento Livre e Esclarecido e explanação dos objetivos da pesquisa. Isso irá ocorrer nas salas após aulas de disciplinas que agregam maior número de alunos para as turmas até o oitavo semestre. Quanto aos internos, a aplicação ocorrerá nos campos de prática dos ambulatórios e no Hospital Universitário professor Edgar Santos (HUPES). O TCLE será disponibilizado em 2 vias, ficando 1 via com o pesquisado. Os questionários serão respondidos de forma voluntária sem qualquer interferência do pesquisador ou ônus para o pesquisado, evitando-se qualquer tipo de constrangimento em relação a qualquer resposta. Nenhum questionário será identificado com nome de alunos evitando-se a posterior identificação dos mesmos e consequente quebra de sigilo. Não serão realizadas entrevistas. A análise dos dados será feita exclusivamente pelos pesquisadores e a divulgação dos resultados não implicará em identificação de nenhum estudante. A não participação na pesquisa não implicará em nenhum prejuízo acadêmico ou qualquer tipo de retaliação. Durante todo o período da pesquisa você tem o direito de tirar qualquer dúvida ou pedir qualquer outro esclarecimento, bastando para isso entrar em contato com a pesquisadora ou com o Conselho de Ética em Pesquisa.

Você tem garantido o seu direito de não aceitar participar ou de retirar sua permissão, a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo ou retaliação.

As informações desta pesquisa serão confidenciais, e serão divulgadas apenas em eventos e publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, sendo assegurado o sigilo sobre sua participação.

Fica garantida indenização em caso de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extrajudicial.

Autorização:

Assinatura do Voluntário(a)

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste voluntário(a) para a participação neste estudo.

Assinatura do Pesquisador responsável

Dados do pesquisador responsável:

Isabel Carmen Fonseca Freitas

Professora Adjunto do Departamento de Pediatria-FMB-UFBA

TEL (71) 99562160- 32835562

E-MAIL:wicfreitas@uol.com.br

ENDEREÇO INSTITUCIONAL: Departamento de Pediatria-FMB-Largo do Terreiro de Jesus, s/n. Centro Histórico, CEP 40.026-010 Salvador, Bahia, Brasil

ENDEREÇO RESIDENCIAL: Avenida santa Luzia, nº 379, apt 802, CEP-40295-050, Salvador, Bahia, Brasil

CEP da FMB:

TEL: (71) 3283-5564

E-MAIL :cepfmb@ufba.br

ENDEREÇO: Largo do Terreiro de Jesus, s/n. Centro Histórico, CEP 40.026-010 Salvador, Bahia, Brasil