



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
INSTITUTO DE ESTUDOS EM SAÚDE COLETIVA

PATRÍCIA DE FARIAS CARDOSO

PREVALÊNCIA DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO NOS ESTUDANTES
UNIVERSITÁRIOS DO BRASIL: uma revisão integrativa

Rio de Janeiro

2022

PATRÍCIA DE FARIAS CARDOSO

PREVALÊNCIA DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO NOS ESTUDANTES
UNIVERSITÁRIOS DO BRASIL: uma revisão integrativa

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do grau de bacharel em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Giovanni Marcos Lovisi

Coorientadora: Profa. Dra. Fernanda Monteiro Dias

Rio de Janeiro

2022

FOLHA DE APROVAÇÃO

PATRÍCIA DE FARIAS CARDOSO

PREVALÊNCIA DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO NOS ESTUDANTES
UNIVERSITÁRIOS DO BRASIL: uma revisão integrativa

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do grau de bacharel em Saúde Coletiva.

Aprovado em: 07 de março de 2022.

Prof. Dr. Giovanni Marcos Lovisi (Orientador)

IESC/UFRJ

Profa. Dra. Fernanda Monteiro Dias (Coorientadora)

IESC/UFRJ

Profa. Dra. Letícia Barroso Vertulli Carneiro

IESC/UFRJ

Profa. Dra. Marcia Aparecida Ribeiro de Carvalho

IESC/UFRJ

Dedico este trabalho a
todos os estudantes universitários.

AGRADECIMENTOS

Antes de tudo, sou profundamente grata por ter integrado o corpo discente da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Agradeço ao Instituto de Estudos em Saúde Coletiva pelo acolhimento e pelas imensuráveis oportunidades de desenvolvimento pessoal e profissional que me foram ofertadas no curso de Graduação em Saúde Coletiva.

Ao meu orientador, Giovanni Lovisi, e à minha coorientadora, Fernanda Monteiro, agradeço pela compreensão, apoio e conhecimento compartilhado.

À Elaine Brandão, agradeço pelo estímulo à pesquisa científica.

À Lucia Abelha, Fernanda Azulguir, Natalia Paiva, Marcia Ribeiro e aos demais docentes do IESC, agradeço pela contribuição à minha formação acadêmica.

Ao Geraldo Oliveira, agradeço pela experiência adquirida no Programa de Atividades Extracurriculares de Apoio aos Laboratórios de Informática de Graduação.

Ao Roberto Unger, agradeço pelo apoio metodológico na produção deste trabalho.

Às colegas de turma, Nathália Rangel, Anna Mayse, Lívia Rabelo e Jéssica Chagas, agradeço pelo aprendizado e parceria em diversos trabalhos.

Agradeço às amigas Maria Eduarda e Patricia Morais pelo carinho, incentivo e companheirismo.

Agradeço aos meus avós Nubia (*in memoriam*) e José Newton (*in memoriam*) pelo exemplo de abnegação e humildade.

Agradeço ao meu pai (*in memoriam*) por tudo o que fez por mim.

E agradeço, principalmente, à minha mãe pela compreensão, pelo amor incondicional e pelo suporte ao longo dessa caminhada.

*Mesmo quando tudo pede um pouco mais
de calma
Até quando o corpo pede um pouco mais
de alma
A vida não para
Enquanto o tempo acelera e pede pressa
Eu me recuso faço hora vou na valsa
A vida é tão rara (...)
Será que é o tempo que lhe falta pra
perceber
Será que temos esse tempo pra perder
E quem quer saber
A vida é tão rara.*

Paciência,

Lenine e Dudu Falcão

RESUMO

CARDOSO, Patrícia de Farias. **Prevalência de ansiedade e depressão nos estudantes universitários do Brasil**: uma revisão integrativa. Monografia (Graduação em Saúde Coletiva) – Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2022.

As vivências acadêmicas podem iniciar situações de crises que se apresentam através de sintomas depressivos, sintomas ansiosos, uso e abuso de álcool e outras drogas, abandono escolar, dificuldades de aprendizagem, isolamento, estresse e até tentativas de suicídio. Estima-se que de 15% a 25% dos universitários manifestam algum tipo de transtorno mental durante a sua trajetória acadêmica, sendo os transtornos depressivos e de ansiedade os mais frequentes. O objetivo deste trabalho foi realizar uma revisão integrativa, reunindo os estudos que avaliaram as prevalências de ansiedade e depressão e fatores de risco, em documentos publicados entre 2000 a 2019. As buscas, que ocorreram nos meses de maio a julho de 2019, foram realizadas na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), The Scientific Electronic Library Online (SciELO), PubMed, Scopus, PsycArticles e PsycINFO. A partir do cruzamento de palavras-chave e de descritores controlados, foram adotadas 5 estratégias de busca, exceto para a SciELO, onde utilizou-se 6 chaves de busca. No total, foram encontrados 5.526 documentos dos quais 3.955 eram repetições. Em seguida, realizou-se a leitura dos resumos de 1.571 estudos restantes, quando 77 artigos foram selecionados. Por fim, todos os documentos foram lidos na íntegra e 5 artigos foram considerados elegíveis. Outros 2 documentos foram sugeridos por pares e mais 28 identificados nas listas de referências, resultando em 34 artigos e uma tese de doutorado. Estabeleceu-se como critérios de inclusão: documentos disponíveis nos idiomas português, inglês e espanhol que abordem a prevalência de ansiedade e/ou depressão em estudantes universitários do Brasil, por meio de estudos epidemiológicos observacionais. Quanto aos critérios de exclusão, foram descartados: textos incompletos; documentos que apresentem apenas o resumo online; e artigos de revisão. Assim, a amostra final deste estudo foi composta por 33 documentos. A prevalência de ansiedade variou de 90% a 13,5%, ambas em medicina. Já a prevalência de depressão, variou de 79% (medicina) a 4,9% (farmácia). Na maioria dos documentos, as prevalências de sintomas depressivos e ansiosos foram mais elevadas no sexo feminino, em estudantes da área da saúde e no curso de medicina. Observou-se que os alunos apresentam distúrbios do sono, sintomas indicativos de estresse e de *Burnout*, elevado consumo de álcool, comprometimento da qualidade de vida e risco de suicídio.

Palavras-chave: Estudante universitário. Ansiedade. Depressão. Saúde mental. Prevalência. Fatores de risco. Transtornos mentais. Brasil.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Processo de elaboração da revisão integrativa	18
Figura 2 - Fluxograma de inclusão da revisão integrativa	23
Figura 3 - Distribuição dos estudos segundo ano de publicação	25
Figura 4 - Distribuição dos estudos por regiões do Brasil	26
Figura 5 - Distribuição dos estudos segundo organização acadêmica.....	26

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Chaves de busca – BVS, PubMed, Scopus, PsycArticles, PsycINFO.....	21
Quadro 2 - Chaves de Busca – SciELO ⁽¹⁾	21
Quadro 3 - Totalização de documentos, segundo procedência e chave de busca ...	22
Quadro 4 - Pontos de corte dos instrumentos BDI e BAI	33
Quadro 5 - Descrição dos documentos incluídos	34
Quadro 6 - Prevalência de ansiedade e depressão	68
Quadro 7 - Prevalência de ansiedade e depressão, segundo fase do curso, para os estudos #04, #09, #15, #18, #32	69
Quadro 8 - Distribuições entre os níveis de sintomas depressivos	70
Quadro 9 - Distribuições entre os níveis de sintomas ansiosos	71
Quadro 10 - Distribuições entre os níveis de sintomas depressivos, segundo fase do curso, para os estudos #20, #21, #23, #27	72
Quadro 11 - Distribuições entre os níveis de sintomas depressivos, segundo sexo, para os estudos #20, #27, #28	73
Quadro 12 - Recomendações dos autores.....	75

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição do número de artigos segundo desenho de estudo epidemiológico	28
Tabela 2 - Distribuição dos instrumentos utilizados nos estudos	31

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BAI	<i>Beck Anxiety Inventory</i>
BDI	<i>Beck Depression Inventory</i>
BIREME	Biblioteca Regional de Medicina
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
Capes	Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
DeCS	Descritores Ciências da Saúde
FAPESP	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo
FIES	Fundo de Financiamento Estudantil
GDS-15	<i>Geriatric Depression Scale</i>
IES	Instituições de Ensino Superior
INEP	Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira
MEDLINE	<i>Medical Literature Analysis and Retrieval System on-line</i>
MeSH	<i>Medical Subject Headings</i>
NCBI	<i>National Center for Biotechnology Information</i>
NLM	<i>National Library of Medicine</i>
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PBE	Prática Baseada em Evidências
PROUNI	Programa Universidade para Todos
QV	Qualidade de vida
SciELO	<i>The Scientific Electronic Library Online</i>
STAI	<i>State Trait Anxiety Inventory</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UNATI	Universidade Aberta para a Terceira Idade
WHO	<i>World Health Organization</i>

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2.1 TRAJETÓRIA DA PESQUISA	17
2.1.1 Elaboração da pergunta norteadora	17
2.1.2 Busca na literatura	18
2.1.3 Coleta de dados	24
2.1.4 Análise crítica dos estudos incluídos	24
2.1.5 Discussão dos resultados	24
2.1.6 Apresentação da revisão integrativa	24
3 RESULTADOS	25
3.1 DESCRIÇÃO DOS ESTUDOS SELECIONADOS	25
3.1.1 Ano de publicação	25
3.1.2 Local do estudo	25
3.1.3 Amostras dos estudos	27
3.1.4 Desenho de estudo	27
3.1.5 Instrumentos de pesquisa aplicados nos estudos	28
3.2 ANÁLISE DOS RESULTADOS	66
3.2.1 Objetivos dos estudos	66
3.2.2 Outras variáveis estudadas	66
3.2.3 Resultados dos estudos	67
3.2.4 Recomendações dos autores	73
4 DISCUSSÃO	77
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	97
REFERÊNCIAS	99

1 INTRODUÇÃO

O ensino superior brasileiro divide-se em dois seguimentos: público (minoritário) e privado (majoritário) (INEP, 2019). Segundo o Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP) (2019), as Instituições de Ensino Superior (IES) públicas (302; 11,6%), mantidas pelo Poder Público, podem ser: Federal (110; 36,4%); Estadual (132; 43,7%) ou Municipal (60; 19,9%); enquanto as privadas (2.306; 88,4%), dirigidas por pessoas físicas ou jurídicas de direito privado, podem ter ou não finalidade de lucro: particular, confessional, comunitária e filantrópica (MONDINI; DOMINGUES, 2005). Em termos acadêmico-administrativos, as IES podem ser denominadas como: faculdades (2.076; 79,6%); centros universitários (294; 11,3%); e universidades (198; 7,6%). A maioria das faculdades (83,8%) e dos centros universitários (96,3%) é privada, enquanto a maior parte das universidades é pública (54,5%) (INEP, 2019).

Observou-se nas últimas décadas o crescimento do número de estudantes que ingressam no ensino superior em consequência das ações afirmativas (cotas raciais, cotas sociais e o modelo de acréscimo de bônus), do Programa Universidade para Todos (PROUNI), do Fundo de Financiamento Estudantil (FIES) (NEVES; MARTINS, 2016) e do “aumento da quantidade de instituições e oferta de cursos e a ampliação do poder aquisitivo da população” (SOUZA; LOURENÇO; SANTOS, 2016, p. 36), possibilitando a heterogeneização do público discente (ALMEIDA *et al.*, 2004).

Segundo Almeida, Soares e Ferreira (2000), a transição do ensino médio para o ensino superior, além de marcar a passagem da adolescência para a vida adulta, traz novos desafios que ocorrem concomitantemente nos campos acadêmico, social, pessoal e vocacional/institucional. Os autores destacam três variáveis que afetam esse processo: aprendizagem e rendimento acadêmico; desenvolvimento psicossocial; e contexto universitário.

Em relação à aprendizagem e rendimento acadêmico, cabe ressaltar que o estudante passa a ser responsável por seu processo de aprendizado, estabelecendo metas e gerenciando o tempo de estudo. O grande volume de conteúdo programático e os novos métodos de ensino e avaliação demandam disciplina e estratégias de estudo mais criteriosas. Essa autonomia em relação à sua aprendizagem pode desencadear sentimentos de desamparo e vulnerabilidade,

principalmente quando a orientação ofertada pela universidade é deficiente (PINHO *et al.*, 2015).

Para Almeida, Soares e Ferreira (2000), as adaptações não se limitam apenas às obrigações acadêmicas. Grande parte dos alunos precisa sair de casa e mudar de cidade ou de estado, afastando-se dos pais e amigos. As redes de amizade e de apoio social passam por mudanças, havendo a necessidade de iniciar novos laços afetivos e adaptar-se a esse novo cenário.

O próprio *campus* (infraestrutura, serviços, lazer, etc.) influencia a integração, a aprendizagem e o desenvolvimento do discente (ALMEIDA; SOARES; FERREIRA, 2000), tanto quanto a boa relação com o corpo docente e a participação em atividades extracurriculares (TEIXEIRA *et al.*, 2008). A vivência universitária coloca o estudante em contato com um maior número de sujeitos, de ideologias e de comportamentos (PINHO *et al.*, 2015), colaborando, assim, para o desenvolvimento da autoestima e da tolerância, bem como um maior conhecimento de si mesmo e da sua sexualidade (ALMEIDA; SOARES; FERREIRA, 2000).

Por conseguinte, Almeida, Soares e Ferreira (2000) apontam que o primeiro ano da graduação é um período crítico, sendo a adaptação ao contexto acadêmico um importante fator que irá determinar a permanência ou o abandono do curso. Estima-se que mais da metade dos alunos ingressantes apresentam dificuldades nesta transição e, além disso, há um aumento de sintomas psicopatológicos.

Em um estudo longitudinal realizado pelo Serviço de Orientação Profissional da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), graduandos de diferentes cursos foram acompanhados do primeiro ano até a formatura. Lassance (1997) relata que foram identificadas quatro fases distintas na trajetória acadêmica dos alunos: 1. entusiasmo pela conquista da vaga e a entrada na universidade; 2. decepção (com o curso, docentes, instituição, colegas, etc.), acompanhada de inquietações em relação a uma possível mudança de curso; 3. comprometimento, onde o engajamento nas atividades acadêmicas é fundamental para a sua satisfação; e 4. engloba os formandos cuja satisfação depende da qualidade que atribuem aos estágios profissionais.

Bardagi, Lassance e Paradiso (2003) acreditam que a escolha da profissão também é motivada pela instabilidade do mercado de trabalho e por incertezas quanto ao futuro, levando o indivíduo a optar por um ofício cujo campo de trabalho seja amplo, promissor e bem remunerado. Todavia, a identificação pessoal com a

carreira induz um maior bem-estar psicológico, isto é, influencia a sua realização profissional e a satisfação com a vida acadêmica. Convém mencionar que nem todos conseguem entrar no curso correspondente à sua primeira opção, existindo ainda a possibilidade do curso escolhido não se adequar inteiramente às expectativas do aluno (ALMEIDA; SOARES; FERREIRA, 2000).

Tais vivências podem iniciar situações de crises que se apresentam através de sintomas depressivos, uso e abuso de álcool, abandono escolar, dificuldades de aprendizagem, isolamento (CERCHIARI, 2004), estresse, ansiedade, uso de drogas e até tentativas de suicídio (LIMA, 2013). Estima-se que de 15% a 25% dos universitários manifestam algum tipo de transtorno mental durante a sua trajetória acadêmica, sendo os transtornos depressivos e de ansiedade os mais frequentes (VASCONCELOS *et al.*, 2015; VICTORIA *et al.*, 2013).

A depressão é apontada como uma doença crônica e estigmatizante (RIOS, 2006). É um grave problema de saúde pública no Brasil (LUZ, 2017) e no mundo, sendo considerada o transtorno mais incapacitante (OMS, 2017). Alguns fatores de risco são: ansiedade, medo do contato social, eventos estressantes, doenças crônicas, conflitos com os pais, uso ou abuso de álcool ou drogas, ter um dos pais com histórico de depressão (BARBOSA *et al.*, 2020), pobreza, desemprego e rompimento de um relacionamento (OMS, 2017).

A depressão é descrita não apenas como tristeza, mas também pela sensação de “[...] irritabilidade, perda de interesse ou prazer em atividades cotidianas, perda de concentração ou memória, diminuição da autoestima, alteração de sono ou apetite” (BRANDTNER; BARDAGI, 2009; FUREGATO; SANTOS; SILVA, 2008; OMS, 1993 apud BARBOSA *et al.*, 2020, p. 3; SOUZA, 2010), diminuição da energia, perda de confiança, sentimento de culpa, ideação suicida (GARRO *et al.*, 2006; OMS, 2001), angústia, ansiedade, desânimo (RIOS, 2006), desesperança, ataques de ira e dores pelo corpo (MORAIS; MASCARENHAS; RIBEIRO, 2010). Esses sintomas não são sinal de fraqueza, ou excesso de pessimismo ou uma condição que possa ser dominada apenas pela força de vontade (RIOS, 2006).

No que diz respeito aos fatores associados à depressão na vida adulta, Rios (2006) assinala a exposição a estressores na infância, como a morte de um ente querido, abandono, separações etc. Lovisi *et al.* (1996 apud RIOS, 2006, p. 89) “reafirmam que a ausência ou fragilidade do suporte social predispõe os estudantes a apresentarem distúrbios psiquiátricos quando diante de eventos estressantes”.

A ansiedade é o sexto transtorno mais incapacitante (OMS, 2017). Caracteriza-se por um estado de humor desconfortável e apreensão negativa em relação ao futuro, assim como manifestações somáticas e fisiológicas (sensação de vazio no estômago, aperto no tórax, falta de ar, sudorese, tremores, tontura e taquicardia) e manifestações psíquicas (medo intenso, preocupações, inquietação interna, tensão, apreensão e desconforto mental) (BARBOSA *et al.*, 2020; LUZ, 2017; MORAIS; MASCARENHAS; RIBEIRO, 2010).

Esse estado emocional é provocado por um temor frente a um perigo real ou imaginário. Trata-se de uma defesa natural do corpo, que se torna prejudicial quando origina limitações ou quando provoca sentimentos ou sensações de difícil controle. O indivíduo pode desenvolver sentimentos de inferioridade, incapacidade, impotência, baixa autoestima, sensação de abandono ou solidão (MORAIS; MASCARENHAS; RIBEIRO, 2010).

No campo da aprendizagem, a ansiedade está associada a uma resignação passiva, ou seja, o indivíduo aprende a reagir com ansiedade quando se sente indefeso, incapaz, impotente para reagir frente à figura de autoridade - pai, mãe, professor. Torna-se uma pessoa oprimida e percebe que o controle está alheio a ela, acentuando o sentimento de resignação, intensificando a insegurança. (MORAIS; MASCARENHAS; RIBEIRO, 2010, p. 58).

Luz (2017) aponta alguns fatores colaborativos para as manifestações de sintomas ansiosos, a saber: baixo nível socioeconômico, convívio familiar e social, aspectos demográficos, crises econômicas, dificuldade de adaptar-se frente a uma situação estressante e doenças.

Estima-se que, em 2015, mais de 264 milhões de pessoas, o correspondente a 3,6% da população global, sofriam com transtornos de ansiedade. No Brasil, eram mais de 18 milhões (9,3%) de indivíduos afetados pelo transtorno (OMS, 2017).

Na população geral, os quadros psiquiátricos mais prevalentes são os transtornos ansiosos (CASTILLO *et al.*, 2000). Com relação aos universitários, os sintomas ansiosos e depressivos são mais frequentes em estudantes da área da saúde (ALVES, 2014). O curso de Medicina, quando comparado a cursos de diferentes áreas, apresenta o maior risco destes sintomas (ALVES, 2014).

Desse modo, o presente estudo tem o objetivo realizar uma revisão integrativa, reunindo os estudos que avaliaram as prevalências de ansiedade e depressão e fatores de risco, em documentos publicados entre 2000 a 2019.

2 METODOLOGIA

Para o desenvolvimento deste trabalho, optou-se por uma revisão integrativa cujo objetivo é obter o atual estado de conhecimento de um determinado tema, a partir de pesquisas anteriores disponíveis, além de apontar lacunas que precisam ser preenchidas com a realização de novos estudos. Dentre os tipos de revisão da literatura, a revisão integrativa é o método mais amplo porque possibilita que o revisor inclua, concomitantemente, estudos experimentais e não-experimentais, a fim de propiciar uma compreensão mais completa do assunto estudado, bem como a combinação de dados da literatura teórica e empírica. A vasta amostra, somada à pluralidade de propostas, fornece um panorama consistente de conceitos, teorias ou problemas de saúde (SOUZA *et al.*, 2010).

A revisão integrativa é um instrumento da Prática Baseada em Evidências (PBE) que permite a utilização das evidências na prática clínica. Este método possibilita a busca, a avaliação crítica e a síntese dos resultados, visando a atualização do conhecimento, a implementação de intervenções efetivas, assim como a identificação de lacunas que darão origem a futuras pesquisas (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

2.1 TRAJETÓRIA DA PESQUISA

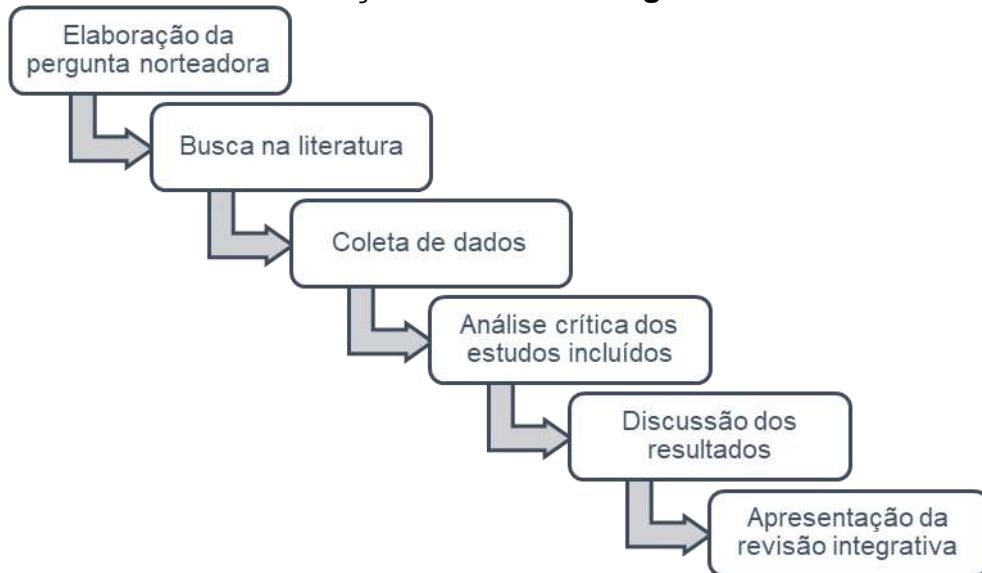
Para a operacionalização deste trabalho, considerou-se as seis fases do processo de elaboração da revisão integrativa (Figura 1) apresentadas por Souza, Silva e Carvalho (2010): elaboração da pergunta norteadora, busca na literatura, coleta de dados, análise crítica dos estudos incluídos, discussão dos resultados e apresentação da revisão integrativa.

2.1.1 Elaboração da pergunta norteadora

A elaboração da pergunta estabelece quais serão os estudos incluídos, os meios adotados para a identificação, a definição dos participantes e os resultados a serem mensurados. Precisa ser construída de forma clara e específica e estar relacionada a um raciocínio teórico (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

Neste trabalho, definiu-se a pergunta: Qual a prevalência de ansiedade e depressão em estudantes universitários no Brasil?

Figura 1 - Processo de elaboração da revisão integrativa



Fonte: Elaborado pela autora.

2.1.2 Busca na literatura

Cooper (1982) aponta duas ameaças à fase de busca na literatura: a revisão pode não incluir todos os estudos pertinentes ao tópico de interesse; e os sujeitos da amostra podem não representar todos os indivíduos da população-alvo. Deste modo, traçou-se estratégias de busca bem definidas a fim de obter uma pesquisa ampla e diversificada, garantindo o rigor metodológico (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010; WHITTEMORE; KNAFL, 2005). As buscas, que contemplaram bases eletrônicas, banco de dados e bibliotecas virtuais, foram realizadas nos meses de maio a julho de 2019 por meio das seguintes ferramentas:

- Biblioteca Virtual em Saúde (BVS)

Plataforma operacional de cooperação técnica da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e coordenada pela Biblioteca Regional de Medicina (BIREME).

- The Scientific Electronic Library Online (SciELO)

Biblioteca eletrônica que engloba uma coleção de periódicos científicos brasileiros. É o resultado da parceria entre a Fundação de Amparo à Pesquisa

do Estado de São Paulo (FAPESP) com a BIREME e tem o apoio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

- PubMed

Compreende citações da literatura biomédica da base de dados *Medical Literature Analysis and Retrieval System on-line* (MEDLINE), periódicos e livros. Abarca as áreas da biomedicina, saúde e ciências afins. É desenvolvida e disponibilizada pelo *National Center for Biotechnology Information* (NCBI), da *National Library of Medicine* (NLM) dos Estados Unidos da América.

- Scopus

Banco de dados de resumos e citações da literatura, tais como: revistas científicas, livros, processos de congressos e publicações do setor. Inclui pesquisas das áreas de ciência, tecnologia, medicina, ciências sociais, artes e humanidades. O acesso se dá pelo Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes).

- PsycArticles

Abrange artigos integrais de periódicos publicados pela Associação Americana de Psicologia, Associação Canadense de Psicologia, *Hogrefe Publishing Group* e *Educational Publishing Foundation*. Acesso pelo Portal de Periódicos da Capes.

- PsycINFO

Contém resumos e citações da literatura das ciências comportamentais e sociais. É mantido pela Associação Americana de Psicologia. Acesso pelo Portal da Capes.

Os descritores controlados foram estipulados com base na consulta aos Descritores Ciências da Saúde (DeCS) e ao *Medical Subject Headings* (MeSH):

- Saúde mental (*Mental health*) / (*Salud mental*): bem-estar emocional, psicológico e social de um indivíduo ou grupo.
- Prevalência (*Prevalence*) / (*Prevalencia*): número total de casos de uma dada doença em uma população especificada num tempo designado.
- Transtornos mentais (*Mental disorders*) / (*Trastornos mentales*): doenças psiquiátricas que se manifestam por rupturas no processo de adaptação

expressas primariamente por anormalidades de pensamento, sentimento e comportamento, produzindo sofrimento e prejuízo do funcionamento.

- Depressão (*Depression*) / (*Depresión*): estados depressivos geralmente de intensidade moderada quando comparados à depressão maior (transtornos neuróticos e psicóticos).
- Ansiedade (*Anxiety*) / (*Ansiedad*): sensação ou emoção de pavor, apreensão e desastre iminente, porém não incapacitante como nos transtornos de ansiedade.
- Fatores de risco (*Risk factors*) / (*Factores de Riesgo*): aspecto do comportamento individual ou do estilo de vida, exposição ambiental ou características hereditárias ou congênitas que, segundo evidência epidemiológica, está sabidamente associado a uma condição de saúde considerada importante de se prevenir.
- Brasil (*Brazil*) / (Brasil): país localizado na costa leste da América do Sul, entre a Colômbia e o Peru, que faz fronteira com o Oceano Atlântico. É delimitado ao norte pela Venezuela, Guiana, Suriname e Guiana Francesa; ao sul pelo Uruguai; e a oeste pela Argentina.

Pretendendo a seleção refinada dos artigos, considerou-se o cruzamento entre os descritores controlados e as palavras-chave “estudante universitário” (“*college student*” / “*undergraduate student*”) (“*estudiante universitario*”). Foram usadas cinco estratégias de busca (Quadro 1), exceto para a SciELO, sendo empregados os operadores booleanos AND e OR entre as estratégias. Quanto à BVS, foram aplicados os filtros de idiomas (português, inglês e espanhol). Para os demais, utilizou-se as chaves de busca em inglês e em espanhol.

No que concerne à SciELO, foram utilizadas seis chaves de busca (Quadro 2), dado que o formulário de pesquisa só possui três campos para descritores/palavras-chave.

Quadro 1 - Chaves de busca – BVS, PubMed, Scopus, PsycArticles, PsycINFO

Nº	Chaves de busca		
	Português	Inglês	Espanhol
I	Saúde mental AND Estudante universitário AND Prevalência AND Depressão	<i>Mental health AND Undergraduate student OR College student AND Prevalence AND Depression AND Brazil</i>	<i>Salud mental AND Estudiante universitario AND Prevalence AND Depresión AND Brasil</i>
II	Saúde mental AND Estudante universitário AND Prevalência AND Ansiedade	<i>Mental health AND Undergraduate student OR College student AND Prevalence AND Anxiety AND Brazil</i>	<i>Salud mental AND Estudiante universitario AND Prevalencia AND Ansiedad AND Brasil</i>
III	Transtornos mentais AND Estudante universitário AND Fatores de risco	<i>Mental disorders AND Undergraduate student OR College student AND Risk factors AND Brazil</i>	<i>Trastornos mentales AND Estudiante universitario AND Factores de Riesgo AND Brasil</i>
IV	Saúde mental AND Estudante universitário AND Depressão AND Fatores de risco	<i>Mental health AND Undergraduate student OR College student AND Depression AND Risk factors AND Brazil</i>	<i>Salud mental AND Estudiante universitario AND Depresión AND Factores de Riesgo AND Brasil</i>
V	Saúde mental AND Estudante universitário AND Ansiedade AND Fatores de risco	<i>Mental health AND Undergraduate student OR College student AND Anxiety AND Risk factors AND Brazil</i>	<i>Salud mental AND Estudiante universitario AND Ansiedad AND Factores de Riesgo AND Brasil</i>

Fonte: Elaborado pela autora.

Quadro 2 - Chaves de Busca – SciELO⁽¹⁾

Nº	Chaves de busca		
	Português	Inglês	Espanhol
I	Depressão AND Estudante universitário AND Prevalência	<i>Depression AND Undergraduate student⁽²⁾ AND Prevalence</i>	<i>Depresión AND Estudiante universitario AND Prevalence</i>
II	Ansiedade AND Estudante universitário AND Prevalência	<i>Anxiety AND Undergraduate student⁽²⁾ AND Prevalence</i>	<i>Ansiedad AND Estudiante universitario AND Prevalence</i>
III	Transtornos mentais AND Estudante universitário AND Fatores de risco	<i>Mental disorders AND Undergraduate student⁽²⁾ AND Risk factors</i>	<i>Trastornos mentales AND Estudiante universitario AND Factores de Riesgo</i>
IV	Estudante universitário AND Depressão AND Fatores de risco	<i>Undergraduate student⁽²⁾ AND Depression AND Risk factors</i>	<i>Estudiante universitario AND Depresión AND Factores de Riesgo</i>
V	Estudante universitário AND Ansiedade AND Fatores de risco	<i>Undergraduate student⁽²⁾ AND Anxiety AND Risk factors</i>	<i>Estudiante universitario AND Ansiedad AND Factores de Riesgo</i>
VI	Transtornos mentais AND Estudante universitário	<i>Mental disorders AND Undergraduate student OR College student</i>	<i>Trastornos mentales AND Estudiante universitario</i>

(1) <http://www.scielo.br>; (2) A chave também foi usada com *College student* em substituição ao sinônimo *Undergraduate student* (Exemplo: *Depression AND College student AND Prevalence*).

Fonte: Elaborado pela autora.

No Quadro 3 estão os somatórios dos resultados obtidos, de acordo com as chaves de busca, para os três idiomas. No total, foram encontrados 5.526 documentos dos quais 3.955 eram repetições – o mais antigo foi publicado em 1927 e o mais recente em 2019. Em seguida, realizou-se a leitura dos resumos de 1.571 estudos restantes, quando 77 artigos foram selecionados. Por fim, todos os documentos foram lidos na íntegra e 5 artigos foram considerados elegíveis. Outros 2 documentos foram sugeridos por pares e mais 28 identificados nas listas de referências. Sendo assim, 34 artigos e uma tese de doutorado compõem a amostra final deste trabalho (Figura 2), tornando possível a revisão de estudos publicados nos últimos 12 anos.

Quadro 3 - Totalização de documentos, segundo procedência e chave de busca

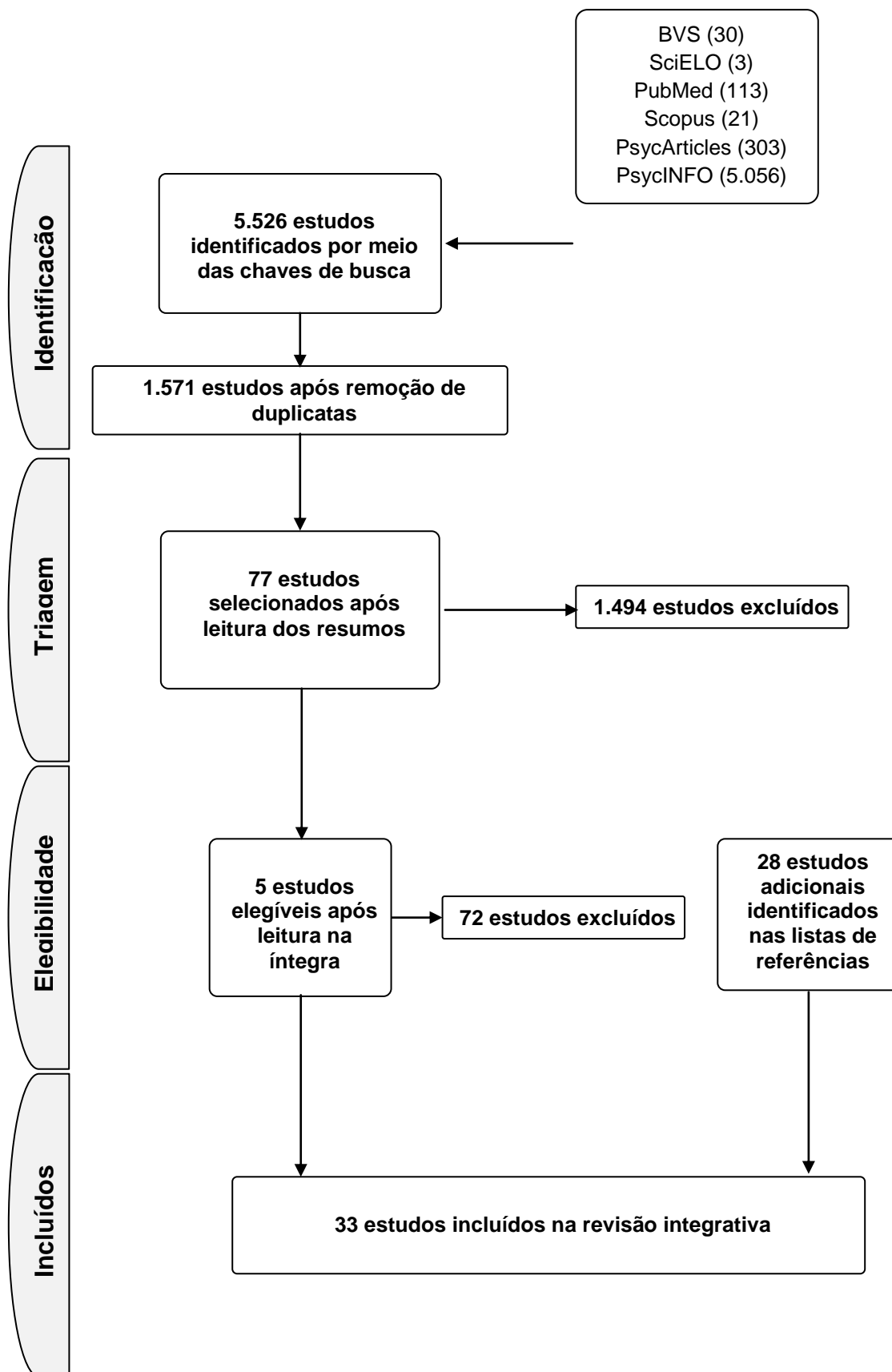
Chaves de busca	BVS	SciELO	PubMed	Scopus	PsycArticles	PsycINFO
I	4	0	17	3	68	1180
II	2	0	15	3	68	1181
III	22	0	74	10	31	337
IV	2	0	5	2	68	1179
V	0	0	2	3	68	1179
VI	-	3	-	-	-	-

Fonte: Elaborado pela autora.

“Os critérios de amostragem precisam garantir a representatividade da amostra, sendo importantes indicadores da confiabilidade e da fidedignidade dos resultados” (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010, p. 104). Sendo assim, estabeleceu-se como critérios de inclusão: documentos disponíveis nos idiomas português, inglês e espanhol que abordem a prevalência de ansiedade e/ou depressão em estudantes universitários do Brasil, por meio de estudos epidemiológicos observacionais.

Quanto aos critérios de exclusão, foram descartados: textos incompletos; documentos que apresentem apenas o resumo *online*; e artigos de revisão.

Figura 2 - Fluxograma de inclusão da revisão integrativa



Fonte: Elaborado pela autora.

2.1.3 Coleta de dados

Para a coleta e síntese de dados, utilizou-se um instrumento capaz de assegurar que a totalidade das informações pertinentes fossem extraídas dos estudos selecionados. Segundo Souza, Silva e Carvalho (2010), o instrumento auxilia a reduzir o risco de erros na transcrição, além de facilitar a checagem de informações-chave e servir como registro.

O instrumento a ser utilizado na coleta dos dados deste trabalho inclui: título / autores / ano, desenho de estudo, objetivos, tamanho da amostra, local do estudo, instrumentos utilizados, prevalência, outras variáveis estudadas, principais resultados e recomendações dos autores. Dessa forma, as informações foram organizadas e sumarizadas de modo sucinto (Quadro 5).

2.1.4 Análise crítica dos estudos incluídos

Nesta fase, equivalente à análise dos dados em pesquisas convencionais (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008; SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010), os estudos foram analisados minuciosamente, de forma crítica e imparcial, averiguando resultados diferentes ou conflitantes.

2.1.5 Discussão dos resultados

Com base na síntese e interpretação dos resultados dos estudos, os dados da análise foram comparados à literatura referente ao tema. Com o propósito de preservar a validade desta revisão integrativa, as conclusões, inferências e vieses foram explicitados no trabalho.

2.1.6 Apresentação da revisão integrativa

A fim de possibilitar ao leitor uma avaliação crítica dos resultados, buscou-se apresentar esta revisão de maneira clara, compreendendo informações detalhadas, sem omitir quaisquer evidências pertinentes.

3 RESULTADOS

Os resultados desta revisão integrativa da literatura serão apresentados em dois momentos: o primeiro consistirá em uma descrição sobre frequências e caracterizações dos estudos incluídos; o segundo, uma análise dos dados obtidos.

3.1 DESCRIÇÃO DOS ESTUDOS SELECIONADOS

3.1.1 Ano de publicação

Dos 33 documentos científicos que compõem a amostra final desta revisão, 16 (48,5%) foram publicados entre 2006 e 2010, 15 (45,5%) entre 2011 e 2015 e 2 (6%) entre 2016 e 2018 (Figura 3).

Figura 3 - Distribuição dos estudos segundo ano de publicação



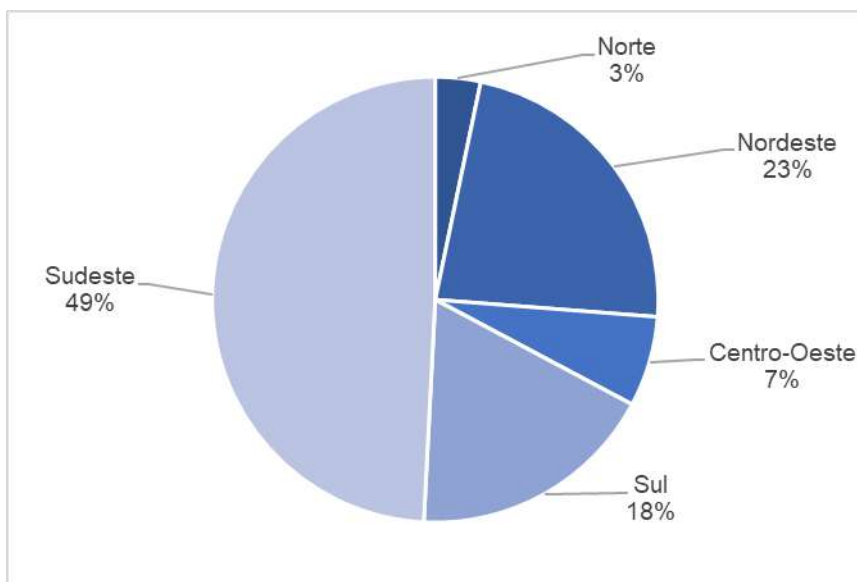
Fonte: Elaborado pela autora.

3.1.2 Local do estudo

Os autores de 4 artigos realizaram as pesquisas em mais de uma instituição de ensino superior, assim como algumas instituições estão presentes em mais de um artigo. Os estados que registraram as maiores quantidades de estudos foram: SP (20; 33%), RS (7; 11%), CE (5; 8%), MG (5; 8%) e RJ (5; 8%). Trinta (49%)

estudos foram realizados na região sudeste, 14 (23%) na região nordeste, 11 (18%) na região sul, 4 (7%) na região centro-oeste e 2 (3%) na região norte (Figura 4).

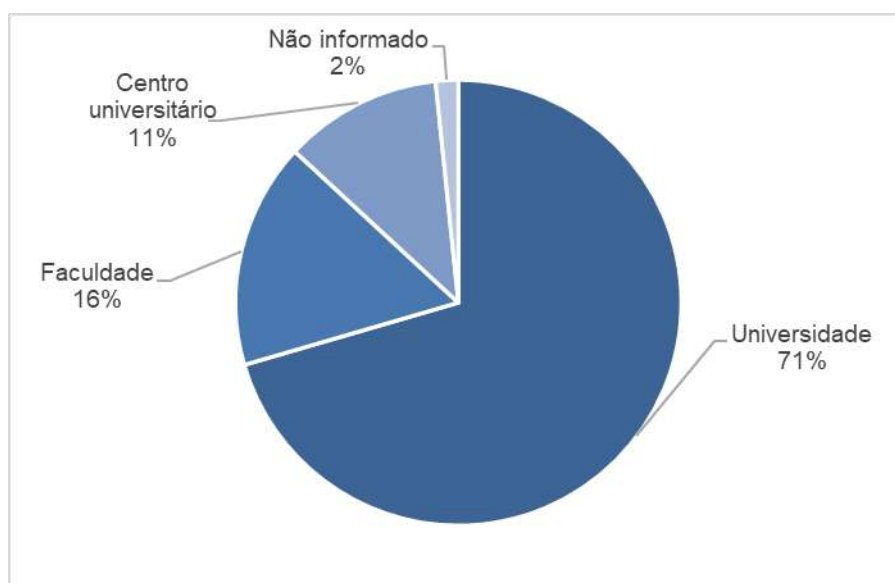
Figura 4 - Distribuição dos estudos por regiões do Brasil



Fonte: Elaborado pela autora.

No que se refere à organização acadêmica das IES (Figura 5), 71% dos estudos foram realizados em universidades, 16% em faculdades e 11% em centros universitários.

Figura 5 - Distribuição dos estudos segundo organização acadêmica



Fonte: Elaborado pela autora.

A maioria das pesquisas, 34 (56%), ocorreu em instituições públicas e 27 (44%) em instituições particulares. Das IES públicas, cerca de 68% são federais e 32% estaduais.

3.1.3 Amostras dos estudos

Os alunos investigados estavam matriculados em cursos de diferentes áreas. Medicina foi o mais frequente, aparecendo em 23 artigos. Os demais cursos citados foram: Administração (2), Arquitetura (1), Arquitetura e Urbanismo (1), Ciências Biológicas (1), Ciências Econômicas (1), Direito (1), Educação Física (1), Enfermagem (5), Bacharelado em Enfermagem (1), Bacharelado e Licenciatura em Enfermagem (1), Enfermagem e Obstetrícia (1), Engenharia Agrícola (1), Engenharia Civil (2), Engenharia da Computação (2), Engenharia de Alimentos (2), Engenharia Elétrica (1), Engenharia Mecânica (1), Engenharia Química (1), Estatística (1), Estudos Literários (1), Farmácia (2), Física (1), Fisioterapia (1), Fonoaudiologia (1), Letras (1), Música (1), Odontologia (1), Pedagogia (2), Psicologia (1), Química (1), Serviço Social (1), Tecnologia da Construção Civil (1), Tecnologia em Informática (1), Tecnologia em Saneamento Ambiental (1), Tecnologia em Telecomunicações (1), Terapia Ocupacional (1) e Turismo (1). Três estudos, #11, #15 e #16, não especificaram os cursos investigados.

3.1.4 Desenho de estudo

Quanto ao desenho de estudo¹ (Tabela 1), houve predominância de estudos transversais: transversal (67%); transversal descritivo (12%); estudo censitário, transversal e analítico (3%); transversal não controlado (3%); exploratório (3%); exploratório descritivo (3%); individual-observacional seccionado (3%); e estudo empírico correlacional (3%).

¹ Termos utilizados pelos autores dos estudos.

Tabela 1 - Distribuição do número de artigos segundo desenho de estudo epidemiológico

Desenho de estudo	Frequência	%
Estudo censitário, transversal e analítico	1	3
Transversal	22	67
Transversal descritivo	4	12
Transversal não controlado	1	3
Exploratório	1	3
Exploratório descritivo	2	6
Individual-observacional seccionado	1	3
Estudo empírico correlacional	1	3
Total	33	100

Fonte: Elaborado pela autora.

3.1.5 Instrumentos de pesquisa aplicados nos estudos

Foram identificados 33 instrumentos diferentes, sendo o *Beck Depression Inventory* (25; 76%), o Questionário Sociodemográfico (24; 73%), o *Beck Anxiety Inventory* (9; 27%) e o *State Trait Anxiety Inventory* (4; 12%), os mais frequentes (Tabela 2). Cumpre destacar que, nos artigos #01 e #03, o preenchimento dos instrumentos foi realizado com a supervisão de psicólogos.

O *Beck Depression Inventory* (BDI) é um inventário de autoavaliação amplamente utilizado para analisar a sintomatologia de depressão, tanto na área clínica como em pesquisa (GORESTEIN; ANDRADE, 1998; COSTA *et al.*, 2012), possibilitando a classificação em quatro graus de intensidade: mínimo ou sem depressão; depressão leve; depressão moderada; e depressão grave (SERRA; MATTOS; CASE, 2015; TEMPSKI *et al.*, 2015).

A escala original consiste de 21 itens, incluindo sintomas e atitudes, cuja intensidade varia de 0 a 3. Os itens referem-se a tristeza, pessimismo, sensação de fracasso, falta de satisfação, sensação de culpa, sensação de punição, autodepreciação, auto-acusações, ideias suicidas, crises de choro, irritabilidade, retração social, indecisão, distorção da imagem corporal, inibição para o trabalho, distúrbio do sono, fadiga, perda de apetite, perda de peso, preocupação somática, diminuição de libido. (GORESTEIN; ANDRADE, 1998, p. 246).

O *Beck Anxiety Inventory* (BAI), assim como o BDI, é um instrumento de autoavaliação utilizado para investigar a severidade dos sintomas de ansiedade, que podem ser classificados em: mínimo ou ausente, leve, moderado e grave (SERRA; MATTOS; CASE, 2015). A escala consiste em 21 itens sobre sintomas de ansiedade, no que diz respeito à última semana, em uma escala de 4 pontos, variando de 0 a 3 (BECK *et al.*, 1988).

O *State Trait Anxiety Inventory* (STAI) é um instrumento composto por duas escalas, com 20 itens cada, que analisa duas dimensões da ansiedade: ansiedade-estado e ansiedade-traço. Os escores totais variam de 20 a 80 pontos. (PADOVANI, *et al.*, 2014; SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010; TEMPSKI *et al.*, 2015).

Alguns estudos utilizaram outros instrumentos para investigar sinais de depressão e de ansiedade, são eles: Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão - Ehad (#05); Inventário de Depressão de Beck versão II - IDB-II (#09); *Geriatric Depression Scale - GDS-15* (#15); Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE) (#06, #11, #19, #24); Inventário de Ansiedade Estado-Traço (Idate II) (#21); questionário não validado sobre sintomas de ansiedade (#25); *Mini International Neuropsychiatric Interview* (M.I.N.I.) (#31 e #33).

A Ehad é utilizada para avaliar sintomas sugestivos de ansiedade e depressão, “[...] possui apenas 14 questões intercaladas de ansiedade e depressão e ainda apresenta boa sensibilidade (70,8% a 80,6%) e especificidade (69,6% a 90,9%)” quando comparada ao BAI e BDI. De acordo com os pesquisadores, a escala “[...] diminui a influência das patologias somáticas, uma vez que não utiliza manifestações clínicas inespecíficas [...] e/ou sintomas de ansiedade ou depressão relacionados a doenças físicas”. Os escores variam de 0 a 21: menor que 7 (sem sinais clínicos significativos para ansiedade/depressão); entre 8 e 10 (com sintomas possíveis - falso-positivos); acima de 10 (sintomas sugestivos de distúrbio) (VASCONCELOS *et al.*, 2015, p. 136).

IDB-II é um questionário padronizado e autoaplicável que “[...] consiste em 21 afirmações que variam de intensidade de zero a três, com uma pontuação final que pode variar de zero a 63”. De acordo com os autores, o instrumento “[...] não é recomendado para a classificação por escores de gravidade da depressão em amostras não clínicas”. Os pontos de cortes estabelecidos foram: 0 a 10 (normal); a partir de 11 (depressão) (PAULA *et al.*, 2014, p. 275).

IDATE abarca duas escalas para mensurar a ansiedade-traço e a ansiedade-estado, onde cada uma contém 20 afirmações. Os escores variam de: 1 (absolutamente não) a 4 (muitíssimo) para ansiedade-estado, e 1 (quase nunca) a 4 (quase sempre) para ansiedade-traço (PADOVANI *et al.*, 2014).

GDS-15 é uma escala para o rastreamento de depressão na população idosa. Foi utilizada uma versão resumida do instrumento em português, considerada válida e confiável, com 15 questões. A pontuação total indica a extensão do humor deprimido: 0 (pontuação mais baixa) a 15 (pontuação mais alta) (BATISTONI *et al.*, 2011).

Idate II é uma escala com 20 itens, cuja soma varia de 20 a 80: abaixo de 33 (sem sintomatologia ou ansiedade leve); entre 33 e 49 (média); e acima de 49 (alta sintomatologia) (BRUCH; CARNEIRO; JORNADA, 2009).

O M.I.N.I. é uma entrevista diagnóstica padronizada (15-30 minutos), “[...] compatível com os critérios do DSM-III-R/IV e da CID-10, destinada à utilização na prática clínica e na pesquisa em atenção primária e em psiquiatria”. Foi utilizado como um inventário de queixas autorreferidas para: episódio depressivo maior, distímia, hipomania, mania, transtorno de pânico, agorafobia, fobia social, transtorno obsessivo-compulsivo, bulimia e transtorno de ansiedade generalizada. Os autores do estudo #31 optaram por esse instrumento porque fornece diagnósticos mais específicos, quando comparado com o SRQ-20 e o GHQ-12. No artigo #33, todas as entrevistas foram realizadas por um dos pesquisadores do estudo (NEVES; DALGALARRONDO, 2007, p. 239).

Tabela 2 - Distribuição dos instrumentos utilizados nos estudos

Instrumentos	Nº de artigos
<i>Beck Anxiety Inventory (BAI)</i>	9
<i>Beck Depression Inventory (BDI)</i>	25
<i>Beck Hopeless Scale (BHS)</i>	1
<i>Beck Scale for Suicidal Ideation (BSI)</i>	1
<i>Dundee Ready Educational Environment Measure (DREEM)</i>	1
<i>Epworth Sleepiness Scale (ESS)</i>	1
Escala de Autoestima de Janis & Field	1
Escala de Pontos de Vista sobre Depressão	1
Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (Ehad)	1
<i>Family history of depression and regular physical activity questionnaire</i>	1
<i>General Health Questionnaire - 12 itens (GHQ-12)</i>	1
<i>Geriatric Depression Scale (GDS-15)</i>	1
<i>Horne & Östberg Morningness/ Eveningness Questionnaire (MEQ)</i>	1
<i>HRQL instrument (SF-36)</i>	2
Inventário de Ansiedade Estado-Traço (Idate II)	1
Inventário de Conhecimento sobre Depressão	1
Inventário de Depressão de Beck versão II (IDB-II)	1
Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL)	2
<i>Maslach Burnout Inventory-Student Survey (MBI-SS)</i>	2
<i>Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI)</i>	2
<i>Mini-Sleep Questionnaire (MSQ)</i>	1
<i>Obsessive-Compulsive Inventory-Revised (OCI-R)</i>	1
<i>Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI)</i>	1
Questionário sobre o conhecimento do usuário em relação ao ansiolítico	1
Questionário sobre o padrão de consumo dos ansiolíticos	1
Questionário sobre orientação no uso de ansiolítico	1
Questionário Sociodemográfico	24
Questionário sobre necessidades percebidas e recursos de apoio institucional	1
Questionário sobre o uso de antidepressivos	1
<i>Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20)</i>	1
<i>State Trait Anxiety Inventory (STAI)</i>	4
<i>Wagnild and Young's resilience scale</i>	1
<i>World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL-BREF)</i>	3

Fonte: Elaborado pela autora.

No Quadro 4 estão os diferentes pontos de corte adotados pelos autores para as escalas BDI e BAI. Em relação ao BDI, foram considerados sem depressão os pontos de corte: 0 a 3 (#27); 0 a 9 (#03, #04, #06, #08, #10, #14, #18, #19, #20, #28, #29, #30); 0 a 11 (#11, #17, #21, #22); 0 a 13 (#01); 0 a 14 (#16); 0 a 15 (#13); 0 a 18 (#02); 0 a 21 (#23). Com depressão leve: 4 a 7 (#27); 10 a 16 (#28, #29); 10 a 17 (#06); 10 a 18 (#03, #04, #08, #10, #14, #19, #20); 12 a 19 (#07, #11, #17, #21, #22); 14 a 19 (#01); 15 a 19 (#16). Depressão moderada: 8 a 15 (#27); 17 a 29 (#28,

#29); 18 a 29 (#06); 19 a 29 (#03, #04, 08, #10, #14, #19, #20); 20 a 28 (#01; #16); 20 a 35; (#07, #11, #17, #21, #22); Depressão grave: 16 a 63 (#27); 29 a 63 (#01, #16); 30 a 63 (#03, #04, #06, #07, #08, #10, #14, #19, #20, #28, #29); 36 a 63 (#11, #17, #21, #22).

Cinco artigos classificaram os sintomas em: sem depressão (0 a 9: #18, #30; 0 a 18: #02; 0 a 15: #13; 0 a 21: #23); e com presença de sintomas depressivos (10 a 63: #18 #30; 16 a 63: #13; 19 a 63: #02; 22 a 63: #23). O artigo #32 fez a seguinte classificação: sem depressão (0 a 15); disforia (16 a 20); sintomas indicativos de depressão (21 a 63).

Quanto ao BAI, foram considerados sem ansiedade os que apresentaram os pontos de corte: 0 a 7 (#01; #12); 0 a 9 (#10); 0 a 10 (#03, #04, #07, #11, #17, #22). Ansiedade leve: 8 a 15 (#01, #12); #10 a #18 (#10); 11 a 19 (#03, #04, #07, #11, #17, #22). Ansiedade moderada: 16 a 25 (#01, #12); 19 a 29 (#10); 20 a 30 (#03, #04, #07, #11, #17, #22). Ansiedade grave: 26 a 63 (#01, #12); 30 a 63 (#10); 31 a 63 (#03, #04, #07, #11, #17, #22).

O Quadro 5 reproduz o instrumento de coleta de dados utilizado com o intuito de condensar o máximo de informações sobre os documentos. O instrumento está dividido em: número do artigo; título da publicação, autores e ano; desenho de estudo; objetivos; tamanho da amostra; local onde o estudo foi realizado; instrumentos utilizados; prevalência de ansiedade ou depressão; outras variáveis estudadas; principais resultados encontrados; e recomendações dos autores.

Quadro 4 - Pontos de corte dos instrumentos BDI e BAI

Nº	<i>Beck Depression Inventory (BDI)</i>				<i>Beck Anxiety Inventory (BAI)</i>			
	Depressão				Ansiedade			
	Mínimo / Sem	Leve	Moderada	Grave	Mínimo / Sem	Leve	Moderada	Grave
#01	0 a 13	14 a 19	20 a 28	29 a 63	0 a 7	8 a 15	16 a 25	26 a 63
#02	0 a 18	19 a 63			-	-	-	-
#03	0 a 9	10 a 18	19 a 29	30 a 63	0 a 10	11 a 19	20 a 30	31 a 63
#04	0 a 9	10 a 18	19 a 29	30 a 63	0 a 10	11 a 19	20 a 30	31 a 63
#05	-	-	-	-	-	-	-	-
#06	0 a 9	10 a 17	18 a 29	30 a 63	-	-	-	-
#07	0 a 10	12 a 19	20 a 35	36 a 63	0 a 10	11 a 19	20 a 30	31 a 63
#08	0 a 9	10 a 18	19 a 29	30 a 63	-	-	-	-
#09	-	-	-	-	-	-	-	-
#10	0 a 9	10 a 18	19 a 29	30 a 63	0 a 9	10 a 18	19 a 29	30 a 63
#11	0 a 11	12 a 19	20 a 35	36 a 63	0 a 10	11 a 19	20 a 30	31 a 63
#12	-	-	-	-	0 a 7	8 a 15	16 a 25	26 a 63
#13	0 a 15	16 a 63			-	-	-	-
#14	0 a 9	10 a 18	19 a 29	30 a 63	-	-	-	-
#15	-	-	-	-	-	-	-	-
#16	0 a 14	15 a 19	20 a 28	29 a 63	-	-	-	-
#17	0 a 11	12 a 19	20 a 35	36 a 63	0 a 10	11 a 19	20 a 30	31 a 63
#18	0 a 9	10 a 63			-	-	-	-
#19	0 a 9	10 a 18	19 a 29	30 a 63	-	-	-	-
#20	0 a 9	10 a 18	19 a 29	30 a 63	-	-	-	-
#21	0 a 11	12 a 19	20 a 35	36 a 63	-	-	-	-
#22	0 a 11	12 a 19	20 a 35	36 a 63	0 a 10	11 a 19	20 a 30	31 a 63
#23	0 a 21	22 a 63			-	-	-	-
#24	-	-	-	-	-	-	-	-
#25	-	-	-	-	-	-	-	-
#26	Não informado				-	-	-	-
#27	0 a 3	4 a 7	8 a 15	16 a 63	-	-	-	-
#28	0 a 9	10 a 16	17 a 29	30 a 63	-	-	-	-
#29	0 a 9	10 a 16	17 a 29	30 a 63	-	-	-	-
#30	0 a 9	10 a 63			-	-	-	-
#31	-	-	-	-	-	-	-	-
#32	0 a 15	16 a 20	21 a 63		-	-	-	-
#33	-	-	-	-	-	-	-	-

Fonte: Elaborado pela autora.

Quadro 5 - Descrição dos documentos incluídos

Nº	Título / Autores / Ano	Desenho de estudo	Objetivos	Tamanho da amostra	Local do estudo	Instrumentos utilizados	Prevalência	Outras variáveis estudadas	Principais resultados	Recomendações dos autores
#01	<p>Prevalence of anxious and depressive symptoms in college students of a public institution.</p> <p>Márcia Astrês Fernandes; Francisca Emanuelle Rocha Vieira; Joyce Soares e Silva; Fernanda Valéria Silva Dantas Avelino; José Diego Marques Santos</p> <p>2018</p>	Estudo censitário, transversal e analítico	Identificar a prevalência de sintomas ansiosos e depressivos e suas correlações com características sociodemográficas e ocupacionais em estudantes universitários.	205 estudantes de enfermagem	universidade pública federal [Teresina - PI]	<p>1. Questionário Sociodemográfico e Ocupacional;</p> <p>2. Inventário de Beck para Ansiedade (BAI);</p> <p>3. Inventário de Beck para Depressão (BDI)</p>	<p>Depressão: 30,2%;</p> <p>Ansiedade: 62,9%.</p>	<p>Média de idade: 21,8 (\pm 3,8) anos, mínima de 18 e máxima de 50 anos; sexo feminino: 81,5%; solteiros: 91,6%; natural da capital do estado: 70,2%; viviam com os pais: 73,0%; 52,7% cursavam até o segundo ano e 47,3% estudavam a partir do terceiro ano do curso; 63,9% desenvolviam atividades extracurriculares, destacando-se extensão (23,9%), monitoria (10,2%), iniciação científica (7,8%) e estágio (5,9%); exerciam algum trabalho: 13,2%.</p>	<p>A maioria apresentou quantidade mínima ou ausência (143, 69,8%) de sintomas de depressão, sendo 40 (19,5%) com depressão leve e 14 (6,8%) com moderada. Em relação aos níveis de sintomas de ansiedade, houve maior distribuição: leve (62, 30,2%), moderada (44, 21,5%) e grave (23, 11,2%).</p> <p>Os universitários do sexo feminino tiveram 59% maior prevalência (IC95% = 1,01-2,53) de maior nível de sintomas depressivos (cutoff 8) na amostra.</p> <p>Identificou-se associação entre o nível de sintomas depressivos e o exercício de atividades de trabalho/emprego, horas destinadas a lazer e sexo. Os universitários do sexo feminino tiveram 59% maior prevalência de maior nível de sintomas depressivos na amostra.</p>	A investigação de sintomas ansiosos e depressivos na população universitária é necessária a fim de subsidiar a implementação de ações de intervenção à saúde mental da comunidade estudantil.

#02	<p>Obsessive-Compulsive Symptoms in Medical Students: Prevalence, Severity, and Correlates.</p> <p>Albina R. Torres; Bruna L. Cruz; Henrique C. Vicentini; Maria Cristina P. Lima; Ana Teresa A. Ramos-Cerqueira</p> <p>2016</p>	Transversal	<p>Estimar a prevalência e correlatos de sintomas sugestivos de transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) entre estudantes de medicina e investigar a gravidade e os correlatos das dimensões específicas de sintomas obsessivo-compulsivos (OCS) nessa população.</p>	471 estudantes de medicina	<p>Faculdade de Medicina de Botucatu</p> <p>[Botucatu - SP]</p>	<p>1. Questionário sociodemográfico;</p> <p>2. <i>Obsessive-Compulsive Inventory-Revised (OCI-R)</i>;</p> <p>3. <i>Beck Depression Inventory (BDI)</i></p>	<p>Sintomas depressivos: 8,1%</p>	<p>Idade média: 22,5 anos (desvio padrão 2,6); sexo feminino: 58,4%; solteiros: 98,9%; morava sozinho: 34,0%; 96,4% eram de outras cidades, 20,7% relataram visitar suas famílias semanalmente, 29,3% quinzenalmente, 30,7% uma vez por mês e 15,7% a cada 2 meses ou mais; prevalência de TOC: 3,8%</p>	<p>Existe associação entre sintomas sugestivos de TOC e sintomas depressivos, ser calouro e ter dificuldades de adaptação.</p>	<p>Programas institucionais de recepção, integração e adaptação de calouros podem diminuir o nível de estresse e ansiedade e, consequentemente, a gravidade do TOC.</p>
-----	---	-------------	--	----------------------------	---	--	-----------------------------------	--	--	---

#03	<p>Prevalence of Anxiety and Depression among Medical Students.</p> <p>Fábio de Oliveira Tabalipa; Mariana Fuganti de Souza; Gláucia Pfützenreuter; Vinícius Carriero Lima; Eliane Traebert; Jefferson Traebert</p> <p>2015</p>	Transversal	Estimar a prevalência de ansiedade e depressão entre acadêmicos de Medicina.	262 estudantes de medicina	Universidade do Sul de Santa Catarina [SC]	<p>1. Questionário sociodemográfico;</p> <p>2. <i>Beck Depression Inventory (BDI)</i>;</p> <p>3. <i>Beck Anxiety Inventory (BAI)</i></p>	<p>Ansiedade: 35.5%</p> <p>Depressão: 32.8%</p>	<p>Média de idade: 23,0 anos (DP = 3,3); sexo feminino: 56,1%; solteiros: 91,6%; divorciados: 1,1%; com filhos: 4,2%; 24% tinham pelo menos um dos pais com ocupação médica; 95,8% relataram sentir pressão dos pais; 68,7% manifestaram preocupação frequente com o futuro profissional.</p>	<p>Distribuição de ansiedade: 24,8% leve a moderado, 8,8% moderado e 1,9% grave, com uma taxa de ansiedade clinicamente significativa de 8,5%.</p> <p>Distribuição de depressão: 28,2% leve a moderado, 4,2% moderado a grave e 0,4% grave.</p> <p>Prevalência de sintomas de ansiedade e de depressão mostrou forte associação com o sexo feminino. A pressão dos pais foi associada à ansiedade e depressão. A preocupação dos alunos com o futuro também foi associada à depressão.</p>	Não se aplica.
-----	--	-------------	--	----------------------------	--	--	---	---	--	----------------

#04	<p>Prevalence of depressive and anxiety symptoms in medical students in the city of Santos.</p> <p>Rosana Denobile Serra; Sandra Lopes Mattos e Dinato; Marcos Montani Caseiro</p> <p>2015</p>	Transversal descritivo	Verificar a prevalência de sintomas depressivos e ansiosos em acadêmicos de Medicina.	657 estudantes de medicina	Centro Universitário Lusíada [Santos - SP]	<p>1. Questionário sociodemográfico;</p> <p>2. <i>Beck Depression Inventory (BDI)</i>;</p> <p>3. <i>Beck Anxiety Inventory (BAI)</i></p>	<p>Sintomas depressivos: 30%;</p> <p>sintomas de ansiedade: 21.5%</p>	<p>Média de idade: 22,7 anos; sexo feminino: 61,2%; solteiro namorando: 45,8%; católicos: 64,2%; moram com colegas: 44,7%; mora sozinho: 28,9%; mora com a família: 24,6%; são da cidade de São Paulo: 40,7%; Baixada Santista: 17,0%. Lazer: Internet (76,1%); filmes (63,1%); encontros sociais (63,1%); esportes (57,3%); leitura (37,4%); outras (17,3%). Ingerem bebidas alcoólicas: 83,9%, raramente (22,4%), finais de semana (44,4%), com frequência (11,3%). Fumantes: 4,6%; drogas ilícitas: 8,2%. 13,3% já foram submetidos a tratamento psiquiátrico; 70,6% acreditam que não devem receber o tratamento. Terapia psicológica: 31,4% fizeram e 29,4% acham que deveriam fazer; 96,8% estavam felizes com a escolha profissional; 4,4% estavam envolvidos em algum tipo de atividade laboral. Renda familiar: 20 salários mínimos ou mais (57,2%).</p>	<p>Sintomas de ansiedade, por ano do curso: 1º ano (18,4%); 2º ano (28,8%); 3º ano (22,2%); 4º ano (22,9%); 5º ano (27,9%); 6º ano (9,9%).</p> <p>Sintomas depressivos, por ano do curso: 1º ano (17,2%); 2º ano (35,6%); 3º ano (32,6%); 4º ano (34,9%); 5º ano (40,7%); 6º ano (18,8%).</p> <p>Há predominância de sintomas depressivos e sintomas de ansiedade entre as mulheres em cada ano do curso e no número total de alunos.</p>	<p>Estudos futuros poderão auxiliar em possíveis medidas preventivas aos fatores de risco.</p> <p>O risco de suicídio existe e deve ser considerado com a gravidade que merece.</p>
-----	---	------------------------	---	----------------------------	---	--	---	---	---	---

#05	<p>Prevalência de Sintomas de Ansiedade e Depressão em Estudantes de Medicina.</p> <p>Tatheane Couto de Vasconcelos; Bruno Rafael Tavares Dias; Larissa Rocha Andrade; Gabriela Figueirôa Melo; Leopoldo Barbosa; Edvaldo Souza</p> <p>2015</p>	Transversal	Determinar a prevalência de sintomas de ansiedade e depressão em estudantes de Medicina e avaliar fatores associados.	234 estudantes de medicina	Faculdade Pernambucana de Saúde [PB]	<p>1. Questionário sociodemográfico e educacional;</p> <p>2. Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (Ehad)</p>	<p>Ansiedade: 19,7%;</p> <p>Depressão: 5,6%</p>	<p>Média de idade: 22 anos (DP: +/- 3); sexo feminino (65,8%); Região Metropolitana do Recife (65,4%), outros municípios de PE (19,6%); 52,1% possui parceiro fixo; muito satisfeitos/satisfeitos com o curso (95,3%); estudam em média 19,3 horas/semana; atividade extracurricular remunerada (15,4%). Moram com os pais (61,1%), com outros familiares (16,6%), sozinhos (11,1%), pensionato/hotel (4,2%), 3,4% moram com parceiro e 3,4% moram com outras pessoas. Religião: muito importante (51,7%), importante (30,3%), não é importante (6,4%), pouco importante (5,9%), indiferente (5,5%). Lazer: muito frequentemente (18,1%), frequentemente (43,8%), algumas vezes (30,9%), raramente (6,2%), nunca (0,8%). 68% usavam álcool eventualmente, 16,6% usavam droga ilícita e 11,1% usavam drogas psicoativas.</p>	<p>Ansiedade: 26,9% já haviam realizado tratamento psicológico e 25,6% já tinham usado algum medicamento. O uso de drogas psicoativas se mostrou associado à presença de sintomas sugestivos de ansiedade.</p> <p>Depressão: 13,3% já tinham feito tratamento e 11,5% já haviam usado algum medicamento. Ser procedente da RMR surgiu como fator de proteção, e o uso de drogas ilícitas se mostrou como fator de risco para sintomas de depressão.</p>	Não se aplica.
-----	--	-------------	---	----------------------------	---	--	---	---	---	----------------

#06	<p>Relationship among Medical Student Resilience, Educational Environment and Quality of Life</p> <p>Patricia Tempski; Itamar S. Santos; Fernanda B. Mayer; Sylvia C. Enns; Bruno Perotta; Helena B. M. S. Paro; Silmar Gannam; Munique Peleias; Vera Lucia Garcia; Sergio Baldassin; Katia B. Guimaraes; Nilson R. Silva; Emirene M. T. Navarro da Cruz; Luis F. Tofoli; Paulo S. P. Silveira; Milton A. Martins</p> <p>2015</p>	Transversal	Avaliar a associação entre níveis de resiliência, qualidade de vida (QV) e percepções do ambiente educacional.	1.350 estudantes de medicina	<p>UFRJ, UFCSA, UESPI, FMP, FCM-PB, PUC-SP, UFC, UFG, UFMS, EBMS, FAMEMA, FAMERP, Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba, FEPAR, FMABC, UNIR, PUCRS, UFT, UFU, UNESP, UNIFESO, Unifor, UPF</p> <p>[BA, CE, GO, MG, MS, PB, PI, PR, RJ, RO, RS, SP, TO]</p>	<p>1. <i>Wagnild and Yong's resilience scale</i>;</p> <p>2. <i>World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL-BREF)</i>;</p> <p>3. <i>Dundee Ready Educational Environment Measure (DREEM)</i>;</p> <p>4. <i>Beck Depression Inventory (BDI)</i>;</p> <p>5. <i>State Trait Anxiety Inventory (STAI)</i></p>	<p>Ansiedade estado: 30,4%</p> <p>Sintomas depressivos: 41,3%</p>	<p>A idade variou entre 17 e 40 anos ($22,8 \pm 1,3$ anos); sexo feminino: 52,9%; 34,0% estavam no primeiro e segundo anos do curso de medicina, 36,4% no terceiro e quarto anos e 29,6% nos últimos dois anos.</p> <p>Ansiedade traço: 35,6%.</p> <p>Alunos com resiliência muito alta apresentaram menores valores de ansiedade traço quando comparados a todos os outros níveis de resiliência.</p> <p>Apresentaram também QV mais alta.</p>	<p>Sintomas depressivos: leve (28,5%), moderado (11,6%), grave (1,2%)</p> <p>Alunos com resiliência muito alta apresentaram menores valores de BDI e ansiedade estado quando comparados a todos os outros níveis de resiliência.</p>	Não se aplica.
-----	--	-------------	--	------------------------------	--	---	---	--	--	----------------

#07	<p>First- and last-year medical students: is there a difference in the prevalence and intensity of anxiety and depressive symptoms?</p> <p>Ana M. Bassols; Lucas S. Okabayashi; Anais B. da Silva; Bruna B. Carneiro; Fernando Feijó; Guilherme C. Guimarães; Gabriela N. Cortes; Luis A. Rohde; Claudio L. Eizirik</p> <p>2014</p>	Transversal	Avaliar a prevalência e intensidade de ansiedade e sintomas depressivos em estudantes de medicina e comparar amostras de alunos do primeiro e do sexto ano.	232 alunos de medicina	Universidade Federal do Rio Grande do Sul [RS]	<p>1. Questionário sociodemográfico;</p> <p>2. <i>Beck Depression Inventory (BDI)</i>;</p> <p>3. <i>Beck Anxiety Inventory (BAI)</i></p>	<p>Sintomas de ansiedade: 19,5%;</p> <p>Sintomas depressivos: 18,6%</p>	<p>Média de idade foi de 20,7 anos no grupo do primeiro ano e 25,3 anos no grupo do sexto ano. O envolvimento em atividades remuneradas foi significativamente maior no grupo do sexto ano. Ingestão de álcool / drogas: 44,5%, com maior frequência entre os alunos do sexto ano; uso de estimulantes: 78,7%; uso de tabaco: 4,4%; uso de medicamentos: 42,8%, com maior frequência no sexto ano.</p>	<p>Os sintomas de ansiedade entre os alunos do primeiro (30,8%) ano foram superiores aos observados no sexto ano (9,4%): 19,2% leve, 8,7% moderado e 2,9% grave; há maior prevalência em mulheres que constituíram 62,5% da amostra. Sintomas de ansiedade no sexto ano: 6,8% leve, 1,7% moderado e 0,9% grave; 82% eram mulheres. O risco relativo (RR) de desenvolver sintomas de ansiedade no primeiro ano foi de 3,79, e o uso de medicamentos aumentou o risco de ansiedade em 2,69.</p> <p>Sintomas depressivos: 14,7% leve e 3,9% moderado, não houve diferença significativa entre os grupos quanto à gravidade dos sintomas. Primeiro ano: 21,8%; grupo do sexto ano: 15,6%; 58,1% eram do sexo feminino. Houve associação entre sintomas depressivos, tabagismo e insatisfação com a escola de medicina.</p>	Não se aplica.
-----	--	-------------	---	------------------------	---	--	---	--	--	----------------

#08	<p>Prevalence of depression in nursing students in an institution of higher education in Brasilia.</p> <p>Raquel de Moura Camargo; Cleciane de Oliveira Sousa; Maria Liz Cunha de Oliveira</p> <p>2014</p>	Exploratório descritivo	Identificar os casos de depressão e os níveis de prevalência em acadêmicos de Enfermagem	91 estudantes de enfermagem	Universidade Católica de Brasília [Brasília - DF]	1. <i>Beck Depression Inventory (BDI)</i>	Depressão: 37,4%	Faixa etária: 17 a 20 anos (34,4%), 21 a 23 anos (34,0%), 34 a 40 anos (10,9%). Sexo feminino: 93,4%; 78,5% eram solteiros; 10,9% estavam no segundo semestre, 21,9% no terceiro, 14,2% no quarto, 38,4% no quinto, 12% no sexto e 2,2% no sétimo semestre.	Nível de depressão: depressão leve (62,6%), leve a moderada (25,2%), moderada a grave (10,9%) e grave (1,1%).	A instituição deveria implementar um programa de apoio psicológico voltado para os estudantes de enfermagem.
-----	---	-------------------------	--	-----------------------------	--	---	------------------	---	---	--

#09	<p>Prevalência e fatores associados à depressão em estudantes de medicina.</p> <p>Juliane dos Anjos de Paula; Ada Maria Farias Sousa Borges; Louise Rayra Alves Bezerra; Helena Vieira Parente; Rafael César dos Anjos de Paula; Rubens Wajnsztein; Alzira Alves de Siqueira Carvalho; Vitor Engrácia Valenti; Luiz Carlos de Abreu</p> <p>2014</p>	Transversal	Estimar a prevalência de sintomas depressivos e sua associação com aspectos sociodemográficos e psicossociais em estudantes de medicina.	652 estudantes de medicina (31,1% da UFCa e 68,9% da FMJ)	Universidade Federal do Cariri e Faculdade de Medicina Estácio de Juazeiro do Norte [CE]	1. Questionário sociodemográfico; 2. Inventário de Depressão de Beck versão II (IDB-II)	Depressão: 28,8%	Média de idade: 22,74 ± 3,68, com maior concentração entre 20 a 27 anos (73,0%); ciclo básico (44,3%); sexo feminino (58,9%); cor da pele: cor branca (58,9%); proveniente do estado do CE (75,6%); 93,5% estavam solteiros e 50,3% mantinham algum relacionamento amoroso; 71,2% eram católicos; moravam com familiares (55,1%) e 29,5% moravam com outros estudantes; 60,7% relacionavam-se bem com amigos e parentes e participavam com frequência de atividades sociais; 40,5% realizavam esporadicamente atividades de lazer e 66,3% escolheram o curso de medicina por vontade própria; 46,6% utilizam carro próprio; 82,5% não exerce atividade remunerada. Ideação suicida: 10,34% (destes, todos apresentavam sintomas depressivos).	Depressão: ciclo básico (31,1%), ciclo intermediário (27,8%), internato (25%). É mais frequente: no sexo feminino; quando a percepção de saúde física é considerada como razoável; nos alunos que tinham muita incerteza quanto ao seu futuro profissional; e naqueles que não participam de atividades sociais.	Repensar o papel da instituição e do currículo médico no desencadeamento, manutenção e prevenção dos sintomas detectados poderia ser uma solução com a finalidade de minimizar os efeitos mentais dos estudantes de medicina.
-----	--	-------------	--	---	---	--	------------------	---	--	---

#10	<p>The Relation Between Burnout and Sleep Disorders in Medical Students.</p> <p>Daniel Pagnin; Valéria de Queiroz; Yeska Talita Maia Santos Carvalho; Augusto Sergio Soares Dutra; Monique Bastos Amaral; Thiago Thomasin Queiroz</p> <p>2014</p>	Transversal	Avaliar as relações mútuas entre burnout e distúrbios do sono em estudantes na fase pré-clínica da faculdade de medicina.	127 estudantes de medicina matriculados no segundo semestre (último período da fase pré-clínica)	Universidade Federal Fluminense [Niterói - RJ]	<p>1. <i>Maslach Burnout Inventory-Student Survey (MBI-SS)</i>;</p> <p>2. <i>Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI)</i>;</p> <p>3. <i>Epworth Sleepiness Scale (ESS)</i>;</p> <p>4. <i>Beck Depression Inventory (BDI)</i>;</p> <p>5. <i>Beck Anxiety Inventory (BAI)</i>.</p>	<p>Depressão: 41,7%;</p> <p>Ansiedade: 46,4%</p>	<p>A idade média foi de 21 anos (DP = 2,27), e o sexo feminino representou 55% da amostra. Os estudantes estavam emocionalmente exaustos na fase pré-clínica, cerca de 60% sentia-se assim pelo menos uma vez por semana. Cerca de 17% dos estudantes sentiam sensação de realização acadêmica menos de uma vez por semana. Cerca de 65% dos estudantes tinham dificuldade moderada/grave na qualidade do sono e 63% apresentavam um nível alto ou excessivo de sonolência diurna. Apenas 20% da amostra total dormia mais de 7 horas por noite. Entre os emocionalmente exaustos, apenas 14% dormiam mais de 7 horas por noite. Entre aqueles com sonolência diurna, apenas 21% dormiam mais de 7 horas por noite.</p>	<p>Depressão: leve/moderada (30,7%), moderada/grave (8,7%), grave (2,4%).</p> <p>Ansiedade: leve/moderada (23,6%), moderada/grave (16,5%), grave (6,3%).</p>	<p>Estudos com abordagem longitudinal podem contribuir com mais conhecimento em relação ao burnout e distúrbios do sono em estudantes de medicina.</p> <p>Intervenções precoces em tais fatores podem ajudar a impedir distúrbios de burnout e de sono e suas consequências.</p> <p>Programas de gerenciamento do estresse com educação para o sono devem ser considerados para prevenir e tratar o burnout e os distúrbios de sono nos anos pré-clínicos.</p>
-----	--	-------------	---	--	--	---	--	---	--	--

#11	<p>Vulnerabilidade e bem-estar psicológicos do estudante universitário.</p> <p>Ricardo da Costa Padovani; Carmem Beatriz Neufeld; Juliana Maltoni; Leopoldo Nelson Fernandes Barbosa; Wanderson Fernandes de Souza; Helton Alexandro Firmino Cavalcanti; Joelma do Nascimento Lameu.</p> <p>2014</p>	Transversal	Identificar indicadores de vulnerabilidade e bem-estar psicológicos em estudantes universitários.	Os sintomas ansiosos e depressivos foram avaliados em 709 e 689 estudantes das áreas de Ciências Sociais, Exatas, Humanas, Biológicas e da Saúde, respectivamente	3 universidades públicas: 2 em [SP] e 1 no [RJ] 3 particulares: 1 em [PE] e 2 em [SP]	<p>1. Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL);</p> <p>2. <i>Maslach Burnout Inventory - Student Survey (MBI-SS)</i>;</p> <p>3. Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE);</p> <p>4. Inventário de Ansiedade de Beck (BAI);</p> <p>5. Inventário de Depressão de Beck (BDI);</p> <p>6. <i>Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20)</i>;</p> <p>7. <i>General Health Questionnaire - 12 itens (GHQ-12)</i></p>	<p>Ansiedade: 13,54%;</p> <p>Depressão: 7,26%</p>	<p>Predominância: acima de 16 anos; sexo feminino (66,63%).</p> <p>Sintomatologia de estresse (avaliada em 2 centros de estudo): foram investigados 783 indivíduos (65,52% mulheres), com prevalência geral de 52,88% (2,17% na fase de alerta, 42,66% na resistência, 6,26% na quase-exaustão e 1,79% na exaustão).</p> <p>Houve predominância feminina.</p> <p>O sofrimento psicológico (avaliados em 2 centros de estudo): foram investigados 1.403 graduandos (61,65% mulheres). 39,97% da amostra apresentou sofrimento psicológico significativo, observado com maior frequência em estudantes do sexo feminino.</p> <p>Burnout (avaliado em um centro de estudo): foram investigados 468 participantes (60,5% mulheres) do curso de medicina. Foi encontrado em 5% da amostra.</p>	<p>Sintomas ansiosos (avaliados em dois centros de estudo): foram investigados 709 estudantes (54,87% sexo masculino). A prevalência encontrada considerou apenas as duas últimas faixas do BAI. Houve predominância do sexo feminino.</p> <p>Sintomas depressivos (avaliados em dois centros de estudo): foram investigados 689 estudantes (55,22% mulheres). 7,26% dessa amostra se encontrava nas faixas de gravidade moderada e grave. Houve predominância do sexo feminino.</p>	<p>Incentivo à convivência com a família;</p> <p>Aumento do número de profissionais de assistência psicossocial ao estudante;</p> <p>Políticas específicas voltadas para a saúde da mulher;</p> <p>Desenvolvimento de estudos que investiguem a vulnerabilidade e a saúde mental dos universitários;</p> <p>Planejamento e desenvolvimento de ações integradas de prevenção e tratamento do estudante.</p>
-----	---	-------------	---	---	--	---	---	---	--	--

#12	<p>Ansiedade e consumo de ansiolíticos entre estudantes de enfermagem de uma universidade pública.</p> <p>Katia Colombo Marchi; Alessandra Marino Bárbaro; Adriana Inocenti Miasso; Carlos Renato Tirapelli</p> <p>2013</p>	Transversal descritivo	Analisar a presença da ansiedade em estudantes de enfermagem de uma universidade pública do estado de São Paulo; avaliar o conhecimento dos estudantes que utilizam fármacos com ação ansiolítica; e caracterizar o padrão de consumo desses medicamentos.	308 estudantes de enfermagem (bacharelado e licenciatura)	Escola pública de enfermagem [SP]	<p>1. Questionário sociodemográfico;</p> <p>2. Questionário sobre orientação no uso de ansiolítico;</p> <p>3. Questionário sobre o conhecimento do usuário em relação ao ansiolítico;</p> <p>4. Questionário sobre o padrão de consumo dos ansiolíticos;</p> <p>5. <i>Beck Anxiety Inventory - BAI.</i></p>	Ansiedade: 16%	<p>Estavam usando ou já haviam usado ansiolíticos: bacharelado (35,4%); licenciatura (64,5%)</p> <p>sexo feminino (85,4%), solteiros (87,5%), entre 18 a 22 anos (56,3%), não trabalhavam (70,8%), tiveram a última consulta médica há menos de 3 meses (52,1%), fazem acompanhamento médico (65%), usam diazepam (37,5%) e 31,3% ingerem álcool durante o tratamento. Utilizaram o medicamento pela 1ª vez aos 20 anos (14,6%). 65% não apresentaram efeitos colaterais; 46% interromperam o tratamento sem consultar o médico; 60% utilizam outras medicações além do ansiolítico (antidepressivos: 19%).</p> <p>Dúvidas: interação de ansiolíticos com outros fármacos (62%), efeitos colaterais (57%), dependência (43%). 27% já aumentaram a dose sem consultar o médico.</p>	<p>Ansiedade: bacharelado (35,4%); licenciatura (64,5%).</p> <p>Níveis de ansiedade: grau mínimo de ansiedade (30%), ansiedade leve (34%), moderada (24%) e grave (12%).</p> <p>Entre os estudantes com ansiedade grave, 82% não ingeriram álcool durante o tratamento e 59% não interromperam o tratamento, porém todos já aumentaram a dose sem consultar o médico.</p>	Medidas que estimulem o uso racional de ansiolíticos devem ser adotadas assim como a orientação medicamentosa deve ser efetivada, visando minimizar riscos aos usuários destes fármacos. É fundamental a adesão correta ao tratamento, sem interrupções ou aumento da dose. É importante a adoção, pela instituição formadora, de medidas direcionadas aos fatores de risco para a ansiedade nos estudantes, de revisão das metodologias de ensino adotadas, bem como de estratégias que viabilizem a escuta e acolhimento aos mesmos, de modo a identificar a presença de ansiedade patológica e minimizar suas consequências.
-----	--	------------------------	--	---	-----------------------------------	---	----------------	--	---	---

#13	<p>Health-related quality of life and depressive symptoms in undergraduate nursing students.</p> <p>Ismelinda Maria Diniz Mendes Souza; Helena Borges Martins da Silva Paro; Rogerio Rizo Morales; Rogerio de Melo Costa Pinto; Carlos Henrique Martins da Silva</p> <p>2012</p>	<p>Estudo descritivo e transversal.</p>	<p>Avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) dos estudantes, durante o curso de Enfermagem, e possíveis relações com as variáveis sociodemográficas e a intensidade de sintomas depressivos, de acordo com o ano de curso e variáveis sociodemográficas.</p>	<p>256 estudantes de enfermagem</p>	<p>Universidade Federal de Uberlândia [Uberlândia - MG]</p>	<p>1. SF-36; 2. Inventário de Depressão de Beck (IDB); 3. Questionário sociodemográfico</p>	<p>Depressão: 14,10%</p>	<p>Média de idade foi de 21,5 anos (dp=2,9); a maioria é do sexo feminino (80,5%), solteira (89,8%) e sem filhos (94,5%). Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nos domínios capacidade funcional, vitalidade e aspectos sociais. As estudantes do sexo feminino apresentaram maior prejuízo nos domínios relacionados a limitações das atividades físicas cotidianas (capacidade funcional), energia (vitalidade) e dor. Encontrou-se correlação negativa, ainda que muito baixa, de renda familiar mensal com o domínio aspectos emocionais.</p>	<p>A maioria apresenta menor frequência de sintomas depressivos (85,9%).</p> <p>O impacto negativo na percepção de bem-estar é maior nos estudantes do último ano do curso em relação aos estudantes dos demais anos, nos do sexo feminino e naqueles com maior intensidade de sintomas depressivos.</p> <p>A intensidade dos sintomas depressivos aumenta ao longo do curso e é maior nos estudantes do último ano.</p> <p>Há correlação entre intensidade moderada de sintomas depressivos e impacto negativo na QVRS.</p>	<p>Conhecer as fontes de problemas durante o processo ensino/aprendizagem; Oferecer suporte multiprofissional para adaptação do aluno; Incentivar a criação de programas tutoriais; Realizar e incentivar seminários que desenvolvam habilidades, autocontrole e relaxamento em situações geradoras de ansiedade; Propiciar intervenções para a redução do estresse.</p>
-----	---	---	---	-------------------------------------	---	---	--------------------------	---	--	--

#14	<p>Sintomas depressivos entre internos de medicina em uma universidade pública brasileira.</p> <p>Edméa Fontes de Oliva Costa; Ygo Santos Santana; Ana Teresa Rodrigues de Abreu Santos; Luiz Antonio Nogueira Martins; Enaldo Vieira de Melo; Tarcísio Matos de Andrade</p> <p>2012</p>	Transversal	Estimar entre internos de medicina a prevalência de sintomas depressivos e sua intensidade, além dos fatores associados.	84 internos de medicina	Universidade Federal de Sergipe [SE]	1. Inventário de Depressão de Beck (IDB); 2. Questionário sociodemográfico	Sintomas depressivos: 40,5%.	A média de idade: 24 anos ($\pm 3,9$) no grupo I (sintomas mínimos ou ausentes) e 25,2 anos ($\pm 3,6$) no grupo II (sintomas leves a moderados). Possuíam algum tipo de religião (61,2% I; 60,7% II); oriundos da capital (76,0% I; 75,9% II); procedentes do interior (14,0% I; 17,2% II); vinham de outros estados (10,0% I; 6,9% II). Estavam satisfeitos com a escolha do curso (98,0% I; 86,2% II); o curso às expectativas (62,0% I; 31,0% II); estavam conseguindo habilidades para serem bons médicos (82,0% I; 64,3% II); insatisfeitos com as estratégias de ensino (79,2% I; 86,2% II); sentiam-se confortáveis com as atividades da faculdade (71,4% I; 37,9% II); negaram a presença de alguma doença física preocupante (88% I; 86,2% II); sentiam-se tensos (I: 42,0%; II: 82,8%); o curso era fonte de prazer para 84% do grupo I e 82,8% do grupo II.	Sintomas depressivos: leves a moderados (34,5%); moderados a graves (4,8%); e graves (1,2%). Observou-se o aumento da prevalência de sintomas depressivos à medida que diminuía a renda familiar. Identificou-se uma maior porcentagem de sintomas depressivos leves a moderados, entre aqueles que pensaram em abandonar o curso e o consideraram aquém de suas expectativas; naqueles que disseram ter desempenho acadêmico regular; nos que acreditavam não ter conseguido desenvolver as habilidades necessárias; nos que estavam desconfortáveis com as atividades do curso; que se sentiam emocionalmente tensos; que não recebiam o apoio emocional necessário; que tinham expectativas regulares para o futuro, e nos que não se sentiam felizes.	Os achados deste estudo são úteis para promover maior reflexão acerca do processo ensino-aprendizagem em medicina e subsidiar estratégias preventivas ao sofrimento psíquico do estudante. São necessários mais estudos sobre o tema, principalmente com desenho longitudinal e qualitativo.
-----	---	-------------	--	-------------------------	---	---	------------------------------	---	---	---

#15	<p>Depressive symptoms in elderly participants of an open university for elderly.</p> <p>Samila Sathler Tavares Batistoni; Tiago Nascimento Ordonez; Thaís Bento Lima da Silva; Priscila Pascarelli Pedrico do Nascimento; Priscilla Tiemi Kissaki; Meire Cachioni</p> <p>2011</p>	Transversal	Investigar, com base no tempo de estudo, a prevalência de sintomas depressivos em uma amostra de idosos participantes da Universidade Aberta para a Terceira Idade da Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo (EACH USP).	184 estudantes idosos entre 50 e 80 anos	Universidade Aberta para a Terceira Idade da Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo	<p>1. Questionário sociodemográfico;</p> <p>2. <i>Geriatric Depression Scale (GDS-15)</i>.</p>	Sintomas depressivos: 9,24%	56,5% estavam na faixa etária de 60-69 anos; a maioria (49,46%) era casada e possuía ensino médio completo; 80,89% estavam aposentados; 14,13% estudaram na UnATI EACH-USP por um semestre.	<p>Dos 184 indivíduos entrevistados, apenas 17 participantes (9,24%) apresentaram sintomas depressivos leves a moderados. Desses participantes, 12 pertenciam ao Grupo I (estudaram por menos de um semestre acadêmico) e 5 ao Grupo II (estudaram por mais de um semestre acadêmico).</p> <p>Aqueles que estudaram por mais de um ano acadêmico, apresentaram menos sintomas depressivos.</p> <p>Apenas 5 (3,57%) sujeitos pontuaram 6, classificação de sintomatologia leve no GDS-15.</p>	Estudos futuros devem envolver um número maior de sujeitos e incluir acompanhamento longitudinal para confirmar a manutenção a longo prazo de um estado emocional melhorado. Esses estudos também devem fornecer uma descrição mais aprofundada dos aspectos sociodemográficos e do estado de humor e procurar determinar as atividades nos ambientes da UNATI que são mais protetoras contra o desenvolvimento da depressão e verificar uma possível relação entre essa proteção e a metodologia da atividade ou professor envolvido.
-----	---	-------------	--	--	---	--	-----------------------------	---	--	--

#16	<p>Sleep disorders among undergraduate students in Southern Brazil.</p> <p>Asdrubal Falavigna; Marcio Luciano de Souza Bezerra; Alisson Roberto Teles; Fabrício Diniz Kleber; Maíra Cristina Velho; Bruna Steiner; Natália Laste Beckenkamp; Lucas Lazzaretti; Daniel Barazzetti; Fabíola Abruzzi; Natália Baseggio; Gustavo Lisboa de Braga; Priscila Ferrari; Marcelo Vinicius de Souza</p> <p>2011</p>	Transversal	Analisar a prevalência de distúrbios do sono e sua correlação com a depressão em uma amostra de jovens universitários de uma universidade do sul do Brasil.	1180 estudantes	Universidade Caxias do Sul [Caxias do Sul - RS]	<p>1. Questionário sociodemográfico;</p> <p>2. <i>Beck Depression Inventory (BDI)</i>;</p> <p>3. <i>Mini-Sleep Questionnaire (MSQ)</i></p>	Depressão: 9,4%	63,2% eram mulheres; 59,6% tiveram alterações do sono; ser do gênero feminino e estar deprimido podem ser considerados fatores independentes para perturbações do sono; grande parte da amostra foi composta por estudantes de níveis socioeconômicos mais altos.	<p>A depressão leve foi identificada em 5,3% (n = 62), a moderada em 3,4% (n = 40) e a depressão grave em 0,7% (n = 8) dos alunos.</p> <p>Os sintomas depressivos foram associados a pontuações mais altas nas escalas MSQ.</p> <p>Entre os jovens que apresentam sintomas depressivos, 86,2% têm sono interrompido, em comparação com 58,4% daqueles que não estão deprimidos. Além disso, estar deprimido é um fator independente para a má qualidade do sono.</p>	São necessários mais estudos para abordar a relação entre depressão e distúrbios do sono, a fim de determinar direções futuras no tratamento dessas duas patologias.
-----	--	-------------	---	-----------------	--	--	-----------------	---	--	--

#17	<p>Well-being and help-seeking: an exploratory study among final-year medical students.</p> <p>Paula Bertozzi de Oliveira e Sousa Leão; Luiz Antonio Nogueira Martins; Paulo Rossi Menezes; Patrícia Lacerda Bellodi</p> <p>2011</p>	Exploratório	Investigar a relação entre bem-estar, percepção de necessidades e busca de ajuda entre alunos do último ano do curso médico.	156 estudantes do último ano do curso de medicina	Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo [São Paulo - SP]	<p>1. <i>Beck's Depression Inventory (BDI)</i>;</p> <p>2. <i>Beck's Anxiety Inventory (BAI)</i>;</p> <p>3. WHOQOL-brief</p> <p>4. Questionário sobre necessidades percebidas e recursos de apoio institucional</p>	<p>Sintomas de ansiedade: 27%;</p> <p>Sintomas depressivos: 20%</p>	<p>Média de idade de 24,6 ($\pm 1,44$) anos; homens (56%); 68% relataram boa qualidade de vida; 67% satisfação com a saúde; 98% conheciam o Serviço de Saúde Mental, 26% relatou ter utilizado o serviço (75% psicoterapia e 23% medicamentos) e, destes, 56% recomendaram o serviço; O Programa de Mentoria era conhecido por todos, 41% não participaram de reuniões durante o ano, 27% participaram de 1 ou 2 reuniões e 32% participaram de 3 ou mais; 78% mostraram alto nível de satisfação com seus mentores, 68% com o grupo de mentores e o programa (59%), mudanças positivas foram relatadas por 46% e 20% não recomendaram a atividade. Ser do sexo feminino, reconhecer necessidades psicológicas e apresentar sintomas ansiosos mostrou-se significativamente associado à procura de ajuda no Serviço de Saúde Mental.</p>	<p>Ansiedade: leve (23%), moderada (3%), severa (1%). Depressão: leve (15%), moderada (5%).</p> <p>Uma parcela dos estudantes com ansiedade (21%), depressão (32%) e má qualidade de vida (15%) declararam necessidades emocionais. Um número maior com sintomas ansiosos (41%) e depressivos (41%) e má qualidade de vida (35%) declararam necessidades acadêmicas. Em relação à procura de ajuda, alguns dos alunos com ansiedade (33%), depressão (27%) e má qualidade de vida (20%) utilizavam o Serviço de Saúde Mental. Considerando a frequência do Programa de Tutoria, apenas uma parcela dos alunos com sintomas ansiosos (33%) e depressivos (32%) ou com má qualidade de vida (35%) compareceu a três ou mais reuniões.</p>	<p>"Estudos semelhantes devem ser realizados em estudantes de outros anos acadêmicos para explorar mudanças ao longo do tempo e de outras escolas e cursos de Medicina.</p> <p>Essas descobertas podem melhorar os recursos de suporte da escola de medicina e ajudar no desenvolvimento de estratégias específicas para sensibilizar os alunos em relação à busca de ajuda durante o treinamento médico."</p>
-----	---	--------------	--	---	---	--	---	---	---	--

#18	<p>Health-related quality of life of medical students.</p> <p>Helena B M S Paro; Nívea M O Morales; Carlos H M Silva; Carlos H A Rezende; Rogério M C Pinto; Rogério R Morales; Tânia M S Mendonça; Marília M Prado</p> <p>2010</p>	Transversal	Avaliar a QV relacionada à saúde (QVRS) de estudantes de medicina ao longo de seus 6 anos de treinamento em uma escola com um currículo tradicional.	38 estudantes de medicina do primeiro ano (pesquisados em 2006 quando os alunos estavam na segunda semana de aulas) e 352 (em 2007) alunos do primeiro ao sexto ano.	Universidade Federal de Uberlândia [Uberlândia - MG]	<p>1. Questionário sociodemográfico;</p> <p>2. <i>HRQL instrument (SF-36)</i>;</p> <p>3. <i>Beck Depression Inventory (BDI)</i></p>	Sintomas depressivos: 1º ao 6º ano (36,6%); 1º ano (15,7%).	<p>Média de idade: alunos ingressantes (19,1 ± 1,9) anos; estudantes em todo o grupo (22,3 ± 2,4) anos. A maioria dos estudantes era do sexo feminino (61,3%) e solteira (96,6%).</p> <p>1º ano (2006): 52,6% do sexo feminino e 47,4% do sexo masculino; eram solteiros; sem filhos; 75,7% moravam com a família; doenças crônicas (9%).</p> <p>1º ao 6º ano (2007): 61,6% do sexo feminino e 38,4% do sexo masculino; 96,6% eram solteiros; 97,1% sem filhos; 63,3% moravam com a família; doenças crônicas (14,2%).</p> <p>Alunos sem sintomas depressivos nos anos 2-4 do curso tiveram pontuações significativamente mais baixas em vitalidade, quando comparados com os alunos ingressantes e do 1º ano.</p>	Sintomas depressivos: estudantes que apresentaram sintomas depressivos tiveram escores mais baixos em todos os componentes do SF-36; o sexo feminino registrou pontuações mais baixas em 6 domínios do SF-36 e no componente mental.	Na prática, as escolas de medicina devem criar estratégias curriculares e apoiar medidas para melhorar o bem-estar dos alunos, especialmente durante os períodos mais críticos do treinamento médico.
-----	--	-------------	--	--	---	---	---	--	--	---

#19	<p>Prevalência de sintomas depressivos, ansiosos e estresse em acadêmicos de medicina.</p> <p>Luciano Souza</p> <p>2010</p>	Transversal	Identificar a prevalência de sintomas depressivos e ansiosos em estudantes de uma escola pública de medicina, do primeiro ao sexto ano.	359 estudantes de medicina do 1º ao 6º ano	Universidade Federal do Paraná [PR]	<p>1. Questionário sociodemográfico;</p> <p>2. Inventário Beck de Depressão;</p> <p>3. Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE)</p>	<p>Sintomas depressivos: 9,2%</p> <p>Ansiedade-estado: 89,1%</p>	<p>Predominância: gênero feminino (56,5%); entre 17 e 26 anos (95,5%); solteiro sem companheiro (52,64%); religião católica (52,2%); nasceram no Paraná (74%); tem saúde boa e raramente se resfria (43,01%); nunca procurou auxílio médico por problemas de desempenho (82,96%); não procurou auxílio médico no ano anterior ao da entrada no curso (52,79%); consideram o relacionamento com os colegas muito gratificante (40,78%); não tinha qualquer ideia de se matar (86,9%); nunca desejou mudar de curso (60,44%). Média de idade de 21,27 anos, com idade mínima de 16 e máxima de 36 anos. Distribuição por ano de curso: 1º (23,67%); 2º (18,94%); 3º (17,27%); 4º (12,81%); 5º (16,71%); 6º (10,58%)</p> <p>Ansiedade-traço: leve/moderado (10%); moderado/grave (90%)</p> <p>Houve associação estatisticamente significativa entre sexo, saúde física e o desempenho acadêmico, saúde física antes de entrar na faculdade e desejo de mudar de curso com os escores de ansiedade-traço do IDATE.</p>	<p>Sintomas depressivos: leve/moderado (29,8%); moderado/grave (8,1%); grave (1,1%).</p> <p>Ansiedade-estado: leve/moderado (10,9%); moderado/grave (89,1%)</p> <p>Houve associação estatisticamente significativa entre ano do curso, sexo, saúde física e o desempenho acadêmico, saúde física antes de entrar na faculdade, relacionamento com os colegas e desejo de mudar de curso com os escores de depressão do BDI. Observou-se associação estatisticamente significativa entre sexo e relacionamento com os colegas com os escores de ansiedade-estado do IDATE.</p>	<p>Desenvolver estratégias para habilitar o estudante de enfrentamento de situações de estresse e idealizações do "ser" médico. Buscar novas metodologias de ensino que evitem a fragmentação da prática médica. Serviço que possa identificar precocemente estudantes de risco e atender àqueles que mostram sinais graves de adoecimento. Criar espaço de discussão, educação e sensibilização dos estudantes para a frequência do adoecimento. Aperfeiçoar programas com a finalidade de estar atento às mudanças sociodemográficas. Sistema de suporte para estudantes da graduação.</p>
-----	--	-------------	---	--	--	---	--	--	---	--

#20	<p>Factors associated with depressive symptoms in a sample of Brazilian medical students.</p> <p>Paula Natalie Arraes Guedes Macedo; Luciana Loureiro Nardotto; Luiz Henri que Junqueira Dieckmann; Yngrid Dieguez Ferreira; Barbara Arraes Guedes Macedo; Maria Aparecida Pedrosa dos Santos; Mario Alfredo De Marco</p> <p>2009</p>	Transversal	<p>1- Verificar prevalência de sintomas depressivos nos estudantes de medicina do 1º a 4º ano através do IDB;</p> <p>2- Estabelecer correlações entre os fatores questionados e a incidência de maior ou menor pontuação no IDB;</p> <p>3- Investigar relação entre a prevalência de sintomas depressivos e a procura por atendimento psicológico oferecido pela Universidade Lusíada.</p>	290 alunos de medicina (1º ao 4º ano)	Centro Universitário Lusíada [Santos - SP]	<p>1. Inventário de Depressão de Beck (IDB);</p> <p>2. Questionário sociodemográfico</p>	Sintomas depressivos: 23,1%	<p>Amostra: 59% são mulheres e 41% homens; média de idade era 21,6 anos (dp: 2); 32,4% moravam sozinhos; 25.9% com a família; 39.7% com amigos; 1.7% outros; para 79,5%, o curso atendeu às expectativas iniciais; entre os estudantes insatisfeitos, 85,3% consideraram que o curso não atendeu às expectativas iniciais.</p> <p>Satisfação com o curso: 12,5% insatisfeitos, dos quais 36,1% apresentaram algum grau de sintomas depressivos (28,1% depressão leve/moderada, 2,6% moderada/grave, 5,2% grave). Os estudantes insatisfeitos apresentaram mais sintomas depressivos e depressão mais grave. Para aqueles cujas expectativas iniciais não foram atendidas, 40% apresentaram sintomas depressivos (35,4% leve/moderado, 3,1% moderado/grave e 1,5% grave).</p>	<p>Sintomas depressivos: 23,1% (19,9% leve/moderada, 2,6% moderada/grave e 0,6% grave); 21,3% no sexo masculino (17,7% leve/moderado; 0,9% grave); 24,2% no sexo feminino (21,2% leve/moderado; 3% moderado/grave).</p> <p>Distribuição por ano de curso: 1º: 17,60% leve/moderado; 4,40% moderado/grave; 1,10% grave; 2º: 25,90% leve/moderado; 3,40% moderado/grave; 1,70% grave; 3º: 25,10% leve/moderado; 1,70% moderado/grave; 4º: 14,60% leve/moderado; 1,20% moderado/grave;</p> <p>Alunos de fora da cidade apresentaram associação estatisticamente significativa com sintomas depressivos (36,40%).</p>	Não se aplica.
-----	--	-------------	--	---------------------------------------	---	--	-----------------------------	--	---	----------------

#21	<p>Presença de sintomas psiquiátricos em estudantes de medicina de Universidade do sul do Brasil.</p> <p>Tatiana Pizzolotto Bruch; Ellis Alves Carneiro; Luciano Kurtz Jornada</p> <p>2009</p>	Individual-observacional seccionado	Avaliar a prevalência de sintomas depressivos e ansiosos nos acadêmicos do curso de medicina, em diferentes semestres.	233 alunos de medicina 18,9% do 3º semestre; 15,5% do 4º; 15% do 5º; 15% do 6º; 17,6% do 7º e o restante do 8º semestre.	Faculdade de medicina da Universidade do Sul de Santa Catarina [Tubarão - SC]	1. Inventário de Depressão de Beck (IDB); 2. Inventário de Ansiedade Estado-Traço (Idate II)	Depressão: 28,4%;	Ansiedade estado-traço: sintomatologia moderada (69,1%) e alta (30,9%). 3º semestre: 75% moderada e 25% alta 4º semestre: 63,9% moderada 5º semestre: 57,1% moderada 6º semestre: 57,1% moderada 7º semestre: 85,4% moderada 8º semestre: 71,5% moderada	Depressão: sintomatologia leve/moderada (24,5%), moderada/grave (3,4%) e grave (0,9%). 3º semestre: 22,7% leve/moderada; 4º semestre: 19,5% leve/moderada; 5º semestre: 20% leve/moderada e 2,9% moderada/grave; 6º semestre: 37,1% leve/moderada, 8,6% moderada/grave, e 5,7% grave; 7º semestre: 17% leve/moderada e 2,5% sintomatologia moderada/grave; 8º semestre: 31% leve/moderada, 7,1% moderada/grave	Não se aplica
-----	---	-------------------------------------	--	--	--	---	-------------------	--	--	---------------

#22	<p>Sintomatologia de Depressão e Ansiedade em Estudantes de uma Universidade Privada do Rio Grande do Sul.</p> <p>Maríndia Brandtner; Marucia Bardagi</p> <p>2009</p>	Estudo empírico correlacional	Avaliar os níveis de ansiedade e depressão em estudantes universitários de uma instituição privada do sul do Brasil e, ainda, relacionar estes níveis com variáveis acadêmicas tais como participação em atividades acadêmicas, período no curso e ter atividade remunerada.	<p>200 estudantes</p> <p>26% Educação Física; 17% Letras; 18,5% Engenharia de Alimentos; 17,5% Psicologia; 21% Administração</p>	universidade privada [RS]	<p>1. Questionário sociodemográfico;</p> <p>2. Inventário Beck de Depressão (BDI);</p> <p>3. Inventário Beck de Ansiedade (BAI)</p>	<p>Depressão: 9,34% (dos 182 alunos que puderam ser classificados de forma completa)</p> <p>Ansiedade: 19,7% (dos 167 alunos que foram classificados de forma completa)</p>	<p>homens (27%); mulheres (73%); entre 17 e 47 anos (M = 22,2; DP = 5,01); 69,5% eram do início (primeiro e segundo semestres) e 30,5% do final (penúltimo e último semestres); 82,5% solteiros; 63% residiam com os pais; renda mensal entre 500 e 1000 reais (20,5%); primeira graduação (83%); exercia alguma atividade remunerada (73%); daqueles que participavam de atividades (29,5%), 9,5% exerciam a atividade de monitoria, 8% iniciação científica e 24% estágio; 31,3% se declararam muito satisfeitos com a escolha do curso, 57,1% satisfeitos, 9,6% pouco satisfeitos e 2% insatisfeitos; 97% não tinham problemas físicos crônicos; 15,5% tinham algum problema psicológico; alunos de final de curso apresentavam problemas físicos crônicos com maior frequência do que os alunos em início de curso; alunos de Letras apresentavam problemas emocionais com maior frequência</p>	<p>Depressão: 8% moderado e 0,5% grave (dos 182 alunos que puderam ser classificados de forma completa); foi mais evidente em alunos de início de curso e das áreas de Humanas; alunos de Letras e Psicologia apresentaram índices mais elevados em relação aos demais cursos, assim como estudantes de início de curso em relação aos finalistas</p> <p>Ansiedade: manifestou-se de forma mais uniforme, independente do período no curso ou da área de formação.</p> <p>Observou-se alta correlação entre ansiedade e depressão, indicando comorbidade. As mulheres demonstraram índices mais elevados em ambas as patologias.</p>	<p>A criação de mais serviços e a boa divulgação dos já existentes, bem como a atenção de professores e funcionários das unidades acadêmicas aos alunos a fim de contribuir para um melhor processo de auxílio ao aluno. Uma boa preparação inicial do aluno que ingressa no ensino superior, uma boa acolhida por parte da instituição e do curso, inclusive como prevenção de futuros problemas psicológicos. Avaliar de forma mais consistente as questões do bem-estar psicológico masculino. Sugere-se que mais estudos na área sejam realizados, abrangendo maior número de alunos, bem como cursos e áreas. Sugere-se a realização de estudos longitudinais em que os alunos pudessem ser acompanhados ao longo da graduação, com avaliações periódicas da saúde emocional.</p>
-----	--	-------------------------------	--	--	----------------------------------	---	---	---	--	--

#23	<p>Suicidal ideation among students enrolled in healthcare training programs: a cross-sectional study.</p> <p>Clóvis Alexandrino-Silva; Maira Lazarini Guimarães Pereira; Carlos Bustamante; André Corrêa de Toledo Ferraz; Sergio Baldassin; Arthur Guerra de Andrade; Tânia Corrêa de Toledo Ferraz Alves.</p> <p>2009</p>	Transversal	Avaliar a presença de ideação suicida, sintomas depressivos e sintomas de desesperança entre três cursos da área da saúde.	563 estudantes de medicina, enfermagem, farmácia	Faculdade de Medicina da Fundação do ABC [SP]	<p>1. <i>Beck Scale for Suicidal Ideation (BSI)</i>;</p> <p>2. <i>Beck Depression Inventory (BDI)</i>;</p> <p>3. <i>Beck Hopeless Scale (BHS)</i>;</p> <p>4. Questionário sociodemográfico</p>	Sintomas depressivos: medicina (8,3%); enfermagem (8,5%); farmácia (4,9%).	<p>Amostra: 78% eram do sexo feminino (69% medicina, 94% enfermagem, 88% farmácia); média de idade de 22,21 (DP ± 3,483) anos - medicina: 22,42 (DP ± 2,548), enfermagem: 23,04 (DP ± 6,006), farmácia: 20,92 (DP ± 2,207).</p> <p>Ideação suicida: medicina (13,4% - ciclo básico: 13%; ciclo pré-clínico/clínico-teórico: 11%; internato: 16,2%); enfermagem (12,3%); farmácia (12,3%).</p> <p>Sintomas de desesperança: medicina (95,5% - ciclo básico: 97%; ciclo pré-clínico/clínico-teórico: 95%; internato: 94%); enfermagem (91,4%); farmácia (96,7%).</p>	<p>Sintomas depressivos graves: ciclo básico (13%); ciclo pré-clínico/clínico-teórico (6%); internato (12%).</p> <p>Verificou-se uma correlação positiva significativa entre os escores de risco de suicídio e a presença de sintomas depressivos e sintomas de desesperança.</p>	<p>Estabelecimento de programas dedicados a estudantes de saúde que não sejam estudantes de medicina.</p> <p>Identificação precoce de ideação suicida, sintomas depressivos e sintomas de desesperança.</p>
-----	---	-------------	--	--	---	--	--	--	---	---

#24	<p>Universidade, contexto ansiogênico? Avaliação de traço e estado de ansiedade em estudantes do ciclo básico.</p> <p>Camomila Lira Ferreira; Katie Moraes de Almondes; Liliane Pereira Braga; Ádala Nayana de Sousa Mata; Caroline Araújo Lemos; Eulália Maria Chaves Maia</p> <p>2009</p>	Transversal	<p>Avaliar a ansiedade-traço e a ansiedade-estado de estudantes universitários do ciclo básico da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, verificando diferenças entre três grandes áreas de conhecimento, biomédica, humanística e tecnológica.</p>	<p>158 estudantes do 1º período de dezessete cursos de três áreas de conhecimento:</p> <p>53 alunos da humanística (Administração, Ciências Econômicas, Turismo, Direito, Pedagogia, Serviço Social);</p> <p>47 alunos da biomédica (Ciências Biológicas, Enfermagem e Obstetrícia, Farmácia, Medicina, Odontologia);</p> <p>58 alunos da tecnológica (Engenharia Civil, Engenharia Elétrica, Engenharia Química, Arquitetura e Urbanismo, Engenharia Mecânica ou Engenharia da Computação)</p>	<p>Universidade Federal do Rio Grande do Norte</p> <p>[RN]</p>	<p>1. Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE);</p> <p>2. Ficha de identificação</p>	<p>Ansiedade-estado: humanística (36,2%); biomédica (30,2%); tecnológica (29,3%).</p>	<p>Média de idade de 20,04 anos ($\pm 3,37$). Área humanística: 35 mulheres e 18 homens; média de idade de $19,72 \pm 1,73$ anos (fem: $20,6 \pm 3,32$ anos; masc: $21,89 \pm 7,68$ anos). Biomédica: 25 mulheres e 22 homens, média de idade de $21,04 \pm 5,18$ anos (fem: $19,84 \pm 1,82$; masc: $19,59 \pm 65$). Área tecnológica: 11 mulheres e 47 homens, média de idade de $19,38 \pm 1,68$ anos (fem: $19,55 \pm 1,44$; masc: $19,34 \pm 1,75$ anos).</p> <p>Ansiedade-traço (acima da média): humanística (34%); biomédica (30,2%) e tecnológica (15,5%). Humanística (fem: 34,3%; masc: 16,7%); biomédica (fem: 28%; masc: 45,4%); tecnológica (fem: 27,3%; masc: 21,3%).</p> <p>Ansiedade-traço (dentro da média): humanística (31,3%); biomédica (28,3%); tecnológica (39,7%). Humanística (fem: 40%; masc: 33,3%); biomédica (fem: 48%; masc: 36,4 %); tecnológica (fem: 54,5%; masc: 40,4%).</p>	<p>Dentro da média: Ansiedade-estado: humanística (19,1%); biomédica (30,2%); tecnológica (29,3%). Humanística (fem: 37,1%; masc: 44,4%); biomédica (fem: 52%; masc: 27,3%); tecnológica (fem: 27,3 %; masc: 38,3%).</p> <p>Acima da média: Ansiedade-estado: humanística (fem: 37,1%; masc: 16,7%); biomédica (fem: 28%; masc: 54,5%); tecnológica (fem: 45,4%; masc: 31,9%).</p>	Não se aplica.
-----	--	-------------	---	---	--	--	---	---	--	----------------

#25	<p>A prevalência de estresse em uma amostra de estudantes do curso de medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.</p> <p>Ana Margareth Bassols; Anne Orgler Sordi; Cláudio Laks Eizirik; Gabriela Marques Seeger; Graziela Smaniotto Rodrigues; Mateus Reche</p> <p>2008</p>	Transversal não controlado	Avaliar a prevalência de estresse em uma amostra de estudantes matriculados na Faculdade de Medicina da UFRGS, as variáveis demográficas e os fatores associados ao estresse.	78 alunos da Faculdade de Medicina da UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul [RS]	<p>1. Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISLL);</p> <p>2. Questionário sociodemográfico e de informações sobre uso de álcool e outras substâncias e questões sobre sintomas de ansiedade.</p>	<p>Sintomas de ansiedade limitantes: 67,5% (com estresse); 57,9% (sem estresse).</p> <p>Sentiu-se nervoso ou ansioso nos últimos 6 meses: 90% (com estresse); 39,5% (sem estresse).</p>	<p>Média de idade foi de 22 (\pm2,3) anos; 56,4% do sexo masculino; 43,6% nasceram em Porto Alegre; 98,7% solteiros, dos quais 47,5% estavam em relacionamento estável; 32% eram dos semestres 1, 2, 3; 19,2% dos semestres 4, 5, 6; 42,2% do 7, 8, 9; 6,4% do 10, 11, 12; em relação ao uso de substâncias estimulantes, 74,4% usavam café, chá e chimarrão, 3,8% guaraná cerebral e 1,3% anfetaminas; 1,3% usavam tabaco; 43,6% consumiam álcool regularmente.</p> <p>Prevalência de sintomas de estresse: 51,3%, sendo 29,5% com maior prevalência de sintomas físicos e 21,8% com maior prevalência de sintomas psíquicos. Entre os alunos estressados, 40% já haviam experimentado sintomas de pânico, enquanto entre os não estressados apenas 5,3% tiveram os sintomas; 90% sentiram-se ansiosos ou nervosos nos últimos 6 meses, enquanto 39,5% dos não estressados referiram estes sintomas.</p>	<p>Sintomas de ansiedade: 23,1% já vivenciaram um ataque de pânico; 15,4% tinham sintomas de agorafobia; 62,8% sintomas de ansiedade limitantes; 65,4% sentiram-se nervosos ou ansiosos nos últimos 6 meses.</p> <p>A maior prevalência de sintomas de pânico entre os alunos estressados sugere que os sintomas de ansiedade estavam associados ao estresse.</p>	Investigar as causas da alta prevalência de estresse encontrada, a fim de propor medidas preventivas e/ou de oferecer apoio psicológico para os estudantes, proporcionando uma melhor formação médica.
-----	--	----------------------------	---	---	---	---	---	--	---	--

#26	<p>Depressão entre estudantes de enfermagem relacionada à auto-estima, à percepção da sua saúde e interesse por saúde mental.</p> <p>Antonia Regina Ferreira Furegato; Jair Licio Ferreira Santos; Edilaine Cristina da Silva</p> <p>2008</p>	Transversal	Identificar a relação da presença de depressão entre acadêmicos de enfermagem com sua auto-estima, percepção da saúde física e interesse por saúde mental.	224 alunos de enfermagem do 1º, 2º e 3º anos do Curso de Bacharelado	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, USP [Ribeirão Preto - SP]	<ol style="list-style-type: none"> 1. Inventário de Conhecimento sobre depressão; 2. Escala de Pontos de Vista sobre Depressão; 3. Inventário de Beck; 4. Escala de Autoestima de Janis & Field; 5. uma questão de percepção clínica do cabeçalho da Escala de Avaliação da Qualidade de Vida - WHOQOLBREF; 6. Questionário sociodemográfico, clínico, interesse pela área de saúde mental, frequência a cursos. 	Depressão: 19,20%	<p>Amostra: sexo feminino (95%); 17 a 44 anos (79% jovens de 20 a 25 anos; 5,8% acima dos 25 anos); solteiros (95%); 4,5% casados; 0,4% separados;</p> <p>Autoestima: 17% altos níveis; 63,4% níveis médios; todos os que tinham altos níveis, não apresentavam sinais de depressão; observou-se que havia correlação positiva entre a autoavaliação dos alunos a respeito da sua saúde física e mental e a presença de depressão.</p>	<p>Depressão: 12,5% disforia; 12,5% leve; 6,3% moderada; 0,4% grave; sexo masculino (22,5%); sexo feminino (18,2%).</p> <p>Escala de Pontos de Vista sobre Depressão: escores baixos (85,3%), médios (93,7%) e altos (31,3%) - indicando que os estudantes sabem detectar pacientes deprimidos e concordam que o enfermeiro pode ser o primeiro elemento na detecção e manejo dos casos de depressão.</p>	Sugere-se estar atento às manifestações de estado depressivo entre estudantes de enfermagem, e observar sua procura por atendimentos clínicos frequentes e atividades extraclasse na área.
-----	--	-------------	--	--	--	--	-------------------	--	---	--

#27	<p>Prevalência de Sintomas Depressivos entre Estudantes de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia.</p> <p>Carlos Henrique Alves de Rezende; Carolina Borges Abrão; Ediane Palma Coelho; Liliane Barbosa da Silva Passos</p> <p>2008</p>	Transversal	Conhecer a prevalência de sintomas depressivos entre os estudantes de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia.	400 alunos de medicina	Universidade Federal de Uberlândia [Uberlândia - MG]	<p>1. Questionário de informações gerais;</p> <p>2. Inventário de Beck (IDB)</p>	Sintomas depressivos: 79%	<p>Sexo feminino (56%): 16 a 49 anos, média de idade (21 anos e 8 meses; dp: 3 anos e 1 mês). Sexo masculino: 17 a 30 anos, média de idade (22 anos e 2 meses; dp: 2 anos e 5 meses). Solteiros (96%); 57,25% moravam com os pais; 19,50% em pensionato, hotel ou república; 50% eram de Uberlândia; 33,25% outros municípios de MG; 16,25% outro estado; atividade remunerada (88,25%); 6,75% atividade acadêmica; 4,75% trabalho remunerado; 43,50% sempre praticava atividades de lazer; 45,0% raramente. Nunca passaram por tratamento psicológico (72%); 24% já passaram, sendo que 4% estavam em tratamento; não havia feito tratamento psiquiátrico (93,00%); 5,25% já fizeram; 1,25% estão em tratamento; em andamento. Satisfação com o curso de Medicina: bom (54,75%); excelente (19,50%); razoável (20,75%); ruim (4,25%); péssimo (0,25%).</p>	<p>Distribuição: leve (29%); moderado (31%); grave (19,25%). Leve: sexo feminino (28,12%); sexo masculino (30,11%). Moderado: sexo feminino (35,27%); sexo masculino (25,57%). Grave: sexo feminino (21,88%); sexo masculino (15,91%). Predominância por ano de curso: 1º (37,84% leve); 2º (30,77% leve; 30,77% moderada); 3º (38,46% leve); 4º (33,33% leve); 5º (35,90% moderada); 6º (35,26% moderada); 7º (39,39% moderada); 8º (51,43% moderada); 9º (42,42% moderada); 10º (20% leve; 20% moderada); 11º (28,12% leve); 12º (37,50% leve).</p>	<p>Apoio institucional e ampliação de acesso aos programas existentes.</p> <p>As excessivas cargas horárias e a ansiedade progressiva com a finalização do curso merecem maior atenção no processo de mudança curricular.</p>
-----	--	-------------	---	------------------------	---	--	---------------------------	---	---	---

#28	<p>Sintomas depressivos em acadêmicos de medicina da Universidade Federal de Goiás: um estudo de prevalência.</p> <p>Geraldo Francisco do Amaral; Lidyane Marque de Paula Gomide; Mariana de Paiva Batista; Paulo de Paula Piccolo; Thais Bittencourt Gonsalves Teles; Paulo Maurício de Oliveira; Maria Amélia Dias Pereira</p> <p>2008</p>	Transversal descritivo	Investigar a prevalência de sintomas depressivos em alunos de medicina da Universidade Federal de Goiás, comparando com a população em geral e verificando a possibilidade de determinado período do curso atuar como fator de risco.	287 alunos de medicina	Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás [Goiânia - GO]	<p>1. Inventário de Depressão de Beck (BDI);</p> <p>2. Questionário de identificação</p>	Sintomas depressivos: 26,8%	<p>Amostra: 1º ano: 54 alunos; 2º ano: 57 alunos; 3º ano: 58 alunos; 4º ano: 52 alunos; 5º ano: 40 alunos; 6º ano: 26 alunos.</p> <p>Média de idade de 21,3 anos; homens (45,7%); mulheres (54,3%); atividade remunerada (11,2%); 71,8% residem em família (pais, irmãos); 5,3% com familiares (avós ou tios); 11,5% residem em repúblicas; 6,3% vivem sozinhos; 79,8% tiveram depressão diagnosticada e/ou fizeram tratamento; 8,1% já haviam tido/feito antes do ingresso na faculdade de medicina; 7% passaram pelo processo patológico após o ingresso no curso; 6,3% estavam em tratamento no momento da pesquisa.</p>	<p>Sintomas depressivos: 33,5 mulheres; 19% homens.</p> <p>Grau de sintomas depressivos: leve (19,9%); moderado (5,9%); (1,0%) grave.</p> <p>Sintomas leves: 25,8% mulheres e 12,9% homens.</p> <p>Sintomas moderados e graves: 7,7% mulheres e 6,1% homens.</p> <p>Não apresentaram sintomas depressivos: 66,5% mulheres e 81,1% homens.</p> <p>28,9% sentiam-se tristes; 67,6% sentiam-se de algum modo pior que os outros; 50,7% apresentavam-se mais irritados do que já foram; 38,8% perderam o interesse pelas outras pessoas; 46% haviam perdido a capacidade de trabalhar tão bem quanto antes; 61,2% cansaço superior ao habitual; 7,9% já tiveram ideias sobre se matar.</p>	Sugere-se que estudos de acompanhamento longitudinal sejam realizados.
-----	---	------------------------	---	------------------------	--	--	-----------------------------	---	--	--

#29	<p>The characteristics of depressive symptoms in medical students during medical education and training: a cross-sectional study.</p> <p>Sergio Baldassin; Tânia Correa de Toledo Ferraz Alves; Arthur Guerra de Andrade; Luiz Antonio Nogueira Martins</p> <p>2008</p>	Transversal	Avaliar as características específicas dos sintomas depressivos em estudantes de medicina, bem como realizar uma análise exploratória para pesquisar possíveis correlações com diversos fatores de risco.	481 estudantes de medicina: ciclo básico (33,8%), intermediário (34,1%), internato (32,1%)	Faculdade de Medicina do ABC [SP]	1. <i>Beck Depression Inventory (BDI)</i> ; 2. Questionário sociodemográfico	Prevalência de 38,2% para depressão.	<p>Amostra: média de idade (21,9 ± 2,4 anos); sexo feminino (59,5%); moravam com a família (90,6%); 17,1% tinham pelo menos uma diferença de 2 anos entre o final do ensino médio e o ingresso na faculdade; 28,2% tinham um dos pais como médico. Ciclo básico: média de idade 20 anos (entre 17–31 anos); 34,8% sexo masculino; 97,1% moravam com a família; 20,3% tinham pelo menos uma diferença de 2 anos entre ensino médio e faculdade; 28,2% tinham um dos pais como médico. Ciclo intermediário: média de 21,9 anos (entre 20–35 anos); 44,3% sexo masculino; 86% moravam com a família; 16,9% tinham pelo menos uma diferença de 2 anos entre ensino médio e faculdade; 33,8% tinham um dos pais como médico. Internato: média de 24 anos (entre 21–36 anos); 41,1% sexo masculino; 88,8% moravam com a família; 14,7% tinham pelo menos uma diferença de 2 anos entre ensino médio e faculdade; 22,9% tinham um dos pais como médico.</p>	<p>Na amostra, 184 (38,2%) estavam deprimidos (depressão leve, n = 120 [24,9%]; depressão moderada, n = 53 [11%]; e depressão grave n = 11 [2,3%]).</p> <p>Foi observada uma associação significativa entre o ano do curso e os sintomas depressivos, havendo diferenças significativas ao comparar o internato com os ciclos básico e intermediário. A intensidade dos sintomas depressivos é maior nos estudantes do internato e menor no ciclo intermediário.</p> <p>Pertencer ao gênero feminino e não ter pais médicos são fatores de risco significativos.</p> <p>Estudar mais de 2 anos para entrar na faculdade de medicina é um fator de risco para depressão.</p>	Investigar o risco de suicídio entre estudantes de medicina; Investigar as diferenças entre os gêneros masculino e feminino; Investigar quais aspectos particulares do suporte familiar são, possivelmente, fatores de proteção.
-----	--	-------------	---	--	--	---	--------------------------------------	--	---	--

#30	<p>Depression in Medical School: The Influence of Morningness-Eveningness.</p> <p>Fabiana Campos Hirata; Monica Colares Oliveira Lima; Veralice Meireles Sales de Bruin; Paulo Ribeiro Nóbrega; Germano Paulo Wenceslau; Pedro Felipe Carvalhede Bruin</p> <p>2007</p>	Transversal	Avaliar a relação entre o entardecer e a depressão em estudantes de medicina.	161 estudantes de medicina do 1º ao 4º semestre	Universidade Federal do Ceará [CE]	<p>1. <i>Questionnaire asking for the use of antidepressants;</i></p> <p>2. <i>Family history of depression and regular physical activity questionnaire;</i></p> <p>3. <i>Beck Depressive Inventory scale (BDI);</i></p> <p>4. <i>Horne & Östberg Morningness/ Eveningness Questionnaire (MEQ)</i></p>	Sintomas depressivos: 32,9%	Amostra: sexo feminino (52,2%); entre 19 e 30 anos (média de idade: 22.1+2.1 anos); atividade física regular (36.0%); histórico familiar de depressão (35.4%); (9,3%) tipo definitivamente noturno, (26,1%) tipo moderadamente noturno, (27,3%) indiferente, (26,1%) tipo moderadamente matutino, (11,2%) tipo definitivamente matutino; nenhum dos sujeitos relatou usar antidepressivos ou outra terapia psicossocial.	Sintomas depressivos: sexo feminino (20.4%); sexo masculino (12.4%). Hábitos noturnos, histórico familiar de depressão e sedentarismo estão associados a sintomas depressivos.	Estudos futuros envolvendo um maior número de sujeitos. Exercício físico, exposição à luz e estímulo à preferência matinal podem reduzir os sintomas depressivos nessa população.
-----	---	-------------	---	---	---------------------------------------	--	-----------------------------	--	---	--

#31	<p>Transtornos mentais auto-referidos em estudantes universitários.</p> <p>Marly Coelho Carvalho Neves; Paulo Dalgalarondo</p> <p>2007</p>	Transversal	Verificar a prevalência de transtornos mentais auto referidos entre estudantes de graduação, identificando os fatores demográficos e psicossociais associados.	1.290 alunos de estudos literários, pedagogia, música, fonoaudiologia, medicina, estatística, física, arquitetura, engenharia civil, engenharia agrícola, engenharia de alimentos, engenharia da computação, engenharia química, tecnologia em informática, tecnologia em saneamento ambiental, tecnologia da construção civil e tecnologia em telecomunicações	Universidade Estadual de Campinas [Campinas e Limeira - SP]	1. Questionário sociodemográfico e psicossocial; 2. <i>Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.)</i>	Depressão: 17,3%	Amostra: gênero feminino (55,5%); 92% solteiro; 82% entre 17 e 23 anos; 75% reside em Campinas durante a semana e 42% no subdistrito de Barão Geraldo (campus universitário); 56% vive em república/ pensionato; 33% reside com os pais. Nível socioeconômico: 39% médio; 32% baixo; 29% alto. 50% dos pais e 50% das mães têm curso superior completo; 61% fizeram ensino fundamental em escola particular e 67% o ensino médio; 77% brancos; 13% pardos/negros; 47% católicos; 24% não têm religião; 15% espíritas. 58% tinham "algum transtorno mental" (f: 69%; m: 45%). Distímia: 19,7% (f: 24,6%; m: 13,7%). Agorafobia: 14,4% (f: 17%; m: 11%). Mania: 13,8% (f: 15,9%; m: 11%). Transtorno de pânico: 12% (f: 15,2%; m: 7,9%). Crise de pânico: 7,7% (f: 9,8%; m: 5,1%). Fobia social: 5,9% (f: 6,8%; m: 4,8%). Bulimia: 3% (f: 5%; m: 0,5%). TOC: 0,9% (f: 1%; m: 0,9%). Transtorno mental: humanas e artes (68,1%); saúde (56,3%); ciências básicas, exatas e tecnológicas (54,7%).	A prevalência de depressão em estudantes do sexo feminino é de 21,4% (n=153) e de 12,3% (n=70) para o sexo masculino. Ansiedade generalizada: 13,4% (16,7% feminino; 9,3% masculino). O sexo feminino foi a variável que mais se associou de modo independente a ter um transtorno psiquiátrico. As outras variáveis que se associaram a ter um transtorno mental indicaram uma possível situação de pior condição psicossocial: pior relacionamento com amigos, sentir-se mais discriminado e menos apoiado pelos pais, uso de álcool ou drogas na família e ter ensino fundamental realizado em escola pública	Não se aplica
-----	---	-------------	--	---	--	--	------------------	---	--	---------------

#32	<p>Depressão em Graduandos de Enfermagem</p> <p>Igor Moreira Barbosa Garro; Simone de Oliveira Camillo; Maria do Perpétuo Socorro de Sousa Nóbrega</p> <p>2006</p>	Exploratório-descriptivo	Averiguar o número de graduandos de Enfermagem da Faculdade de Medicina do ABC que se apresentam com sintomas indicativos de depressão	119 alunos de Enfermagem	Faculdade de Medicina da Fundação ABC [Santo André - SP]	1. Inventário de Depressão de Beck	Sintomas indicativos de depressão: 26,06%	Predominância: sexo feminino (92,44%); faixa etária de 17 a 20 anos (44,56%).	Distribuição de sintomas indicativos de depressão, por ano de curso: 1º ano de Enfermagem (17,95%); 2º ano (34,21%); 3º ano (21,73%); 4º ano (42,10%). Dos 31 estudantes que trabalham na área da saúde, 29,04% apresentam sintomas indicativos de depressão.	A implantação de programas de suporte psicológico aos alunos, com o objetivo de dar suporte para lidarem com as situações conflituosas inerentes à vida acadêmica e qualidade de vida pessoal, prevenindo possíveis disfunções e distúrbios.
#33	<p>Prevalência de depressão entre estudantes universitários.</p> <p>Julio de Melo Cavestro; Fabio Lopes Rocha</p> <p>2006</p>	Transversal	Identificar e comparar a prevalência de transtornos depressivos e o risco de suicídio entre estudantes de medicina, fisioterapia e terapia ocupacional.	342 alunos: Fisioterapia (26,3%); Medicina (62,3%); Terapia Ocupacional (11,4%)	Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais [Belo Horizonte-MG]	1. <i>Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI)</i>	Episódios depressivos: 10,5%	Amostra: sexo feminino (63%); masculino (27%); média de idade de 23 anos (18 a 36 anos); 73,2% era da faixa etária entre 20 e 24 anos. Terapia ocupacional: sexo feminino (100%); Fisioterapia: sexo feminino (80%); Medicina: sexo feminino (48,8%). Risco de suicídio: 9,6% (63,6% risco baixo; 15,2% risco médio; 21,2% risco elevado). Terapia ocupacional (25,6%); medicina (7,5%); e fisioterapia (7,8%).	Prevalência de episódios depressivos entre os alunos: terapia ocupacional (28,2%); medicina (8,9%); e fisioterapia (6,7%). Distímia: terapia ocupacional (2,6%); medicina (2,8%); e fisioterapia (4,4%). A chance de ocorrer episódio depressivo entre as alunas da terapia ocupacional foi de 3,6 vezes a chance de ocorrer entre as alunas de medicina e fisioterapia.	Não se aplica

Fonte: Elaborado pela autora.

3.2 ANÁLISE DOS RESULTADOS

3.2.1 Objetivos dos estudos

No que diz respeito aos objetivos, 8 artigos (#01, #03, #04, #05, #07, #19, #21 e #22) visavam identificar a prevalência de sintomas ansiosos e depressivos, 13 (#08, #09, #14, #15, #20, #23, #26, #27, #28, #29, #30, #32 e #33) almejavam conhecer a prevalência de depressão, 2 (#12 e #24) pretendiam a prevalência de ansiedade e 8 (#02, #06, #10, #11, #12, #18, #25 e #31) tinham outras variáveis como foco principal, sendo elas: transtorno obsessivo-compulsivo; níveis de resiliência; qualidade de vida; percepções do ambiente educacional; *Burnout*; distúrbios do sono; indicadores de vulnerabilidade e bem-estar psicológicos; percepção de necessidades; busca de ajuda; estresse; e transtornos mentais autorreferidos.

Dois documentos (#13 e #16) tinham como objetivo analisar a possível relação entre sintomas depressivos e as variáveis principais dos estudos: qualidade de vida relacionada à saúde (#13) e prevalência de distúrbios do sono (#16).

3.2.2 Outras variáveis estudadas

Dentre as outras variáveis estudadas estão: as sociodemográficas (idade, sexo, situação conjugal; naturalidade; cor da pele, filhos, com quem viviam, onde moravam antes e durante a universidade, frequência com que visitavam suas famílias, religião, renda familiar, principal meio de transporte, ocupação profissional, escolaridade e ocupação profissional dos pais); as informações sobre o curso e a universidade (período/ano, atividades extracurriculares, satisfação com o curso); relações entre pares e informações sobre saúde física e mental (lazer, atividade física, pressão dos pais, preocupação com o futuro profissional, consumo de álcool, uso de drogas ilícitas, uso de tabaco, uso de medicamentos, tratamento psiquiátrico, tratamento psicológico, histórico familiar de transtornos mentais, presença de doenças crônicas); comportamento suicida (ideação suicida, risco de suicídio, desesperança, qualidade do sono, estresse, *Burnout*, ansiedade-traço, sofrimento psicológico, qualidade de vida, autoestima); entre outras.

3.2.3 Resultados dos estudos

Durante a análise dos artigos, observou-se dois termos diferentes em relação à ansiedade:

[...] a ansiedade-estado, referente a um estado emocional transitório, caracterizado por sentimentos subjetivos de tensão que podem variar em intensidade ao longo do tempo, e a ansiedade-traço, a qual se refere a uma disposição pessoal, relativamente estável, a responder com ansiedade a situações estressantes e uma tendência a perceber um maior número de situações como ameaçadoras. (GAMA *et al.*, 2008, p. 20).

Portanto, os valores de ansiedade-traço foram desconsiderados, haja vista que os sintomas de ansiedade pesquisados neste trabalho estão em desacordo com o conceito desta variável.

Assim sendo, a prevalência de ansiedade (Quadro 6) variou de 90% a 13,5%, ambas de medicina. Já a prevalência de depressão, variou de 79% (medicina) a 4,9% (farmácia).

Quadro 6 - Prevalência de ansiedade e depressão

Nº	Ansiedade (%)	Depressão (%)
#01	62,9	30,2
#02	-	8,1
#03	35,5	32,8
#04	21,5	30,0
#05	19,7	5,6
#06	30,4*	41,3
#07	19,5	18,6
#08	-	37,4
#09	-	28,8
#10	46,4	41,7
#11	13,5	7,3
#12	16,0	-
#13	-	14,1
#14	-	40,5
#15	-	9,2
#16	-	9,4
#17	27,0	20,0
#18	-	36,6 (1º ao 6º ano) 15,7 (1º ano)
#19	89,1*	9,2
#20	-	23,1
#21	-	28,4
#22	19,7	9,3
#23	-	8,5 (enfermagem) 4,9 (farmácia) 8,3 (medicina)
#24	30,2* (biomédica) 36,2* (humanística) 29,3* (tecnológica)	-
#25	67,5 (com estresse) 57,9 (sem estresse) Sintomas nos últimos 6 meses 90,0 (com estresse) 39,5 (sem estresse)	-
#26	-	19,2
#27	-	79,0
#28	-	26,8
#29	-	38,2
#30	-	32,9
#31	-	17,3
#32	-	26,1
#33	-	10,5

* valores para ansiedade-estado.

Fonte: Elaborado pela autora.

Os autores de cinco estudos (Quadro 7) distribuíram as prevalências de ansiedade (#04) e depressão (#09, #15, #18, #32) segundo a fase do curso em que

o aluno se encontrava no momento da investigação. No artigo #04, a maioria dos graduandos que apresentaram sintomas de ansiedade e sintomas depressivos estavam no segundo (28,8%) e quinto ano (40,7%), respectivamente.

Em relação aos sintomas de depressão, os estudantes de medicina (#09) do ciclo básico, quando comparados àqueles do ciclo intermediário e internato, apresentaram a maior prevalência (31,1%). O mesmo se deu com os ingressantes do artigo #15 (6,5%) e com os discentes do primeiro ao sexto ano (36,6%) do estudo #18. Em contrapartida, no curso de enfermagem (#32), a prevalência (42,1%) mais elevada foi registrada entre os alunos do quarto ano.

Quadro 7 - Prevalência de ansiedade e depressão, segundo fase do curso, para os estudos #04, #09, #15, #18, #32

Nº	Ansiedade (%)	Depressão (%)
#04	1º ano: 18,4 2º ano: 28,8 3º ano: 22,2 4º ano: 22,9 5º ano: 27,9 6º ano: 9,9	1º ano: 17,2 2º ano: 35,6 3º ano: 32,6 4º ano: 34,9 5º ano: 40,7 6º ano: 18,8
#09	-	Ciclo básico: 31,1 Ciclo intermediário: 27,8 Internato: 25
#15	-	1º semestre: 6,5 A partir do 2º semestre: 2,7
#18	-	1º ao 6º ano: 36,6 1º ano: 15,7
#32	-	1º ano enfermagem: 17,9 2º ano enfermagem: 34,2 3º ano enfermagem: 21,7 4º ano enfermagem: 42,1

Fonte: Elaborado pela autora.

O Quadro 8 contém os sintomas depressivos distribuídos entre os níveis mínimo/sem, leve, leve a moderado, moderado, moderado a grave e grave. Os sintomas graves (19,2%) e moderados (31%) mais prevalentes foram detectados entre estudantes de medicina (#27). Já as maiores frequências de sintomas leves (62,6%) e de sintomas moderados a grave (10,9%) foram identificadas entre os acadêmicos de enfermagem (#08). E a maior prevalência de sintomas leves a moderados (34,5%) ocorreu entre internos de medicina (#14).

Quadro 8 - Distribuições entre os níveis de sintomas depressivos

Nº	Níveis de sintomas depressivos (%)					
	Mínimo / Sem	Leve	Leve a Moderado	Moderado	Moderado a Grave	Grave
#01	-	19,5	-	6,8	-	-
#03	-	-	28,2	-	4,2	0,4
#06	-	28,5	-	11,6	-	1,2
#07	-	14,7 ⁽¹⁾	-	3,9 ⁽¹⁾	-	-
#08	-	62,6	25,2	-	10,9	1,1
#10	-	-	30,7	-	8,7	2,4
#11	-	-	-	7,3		
#14	-	-	34,5	-	4,8	1,2
#15	-	3,6 ⁽²⁾	-	9,2 ⁽²⁾	-	-
#16	-	5,3	-	3,4	-	0,7
#17	-	15,0	-	5	-	-
#19	-	-	29,8	-	8,1	1,1
#20	-	-	19,9	-	2,6	0,6
#21	-	-	24,5	-	3,4	0,9
#22	-	-	-	8	-	0,5
#26	12,5	12,5	-	6,3	-	0,4
#27	-	29,0	-	31	-	19,2
#28	-	19,9	-	5,9	-	1,0
#29	-	24,9	-	11	-	2,3

(1) valores referentes ao sexto ano; (2) GDS-15.

Fonte: Elaborado pela autora.

No Quadro 9 estão as distribuições entre os níveis de sintomas ansiosos, onde estudantes de enfermagem de uma universidade pública de São Paulo (#12) apresentaram as maiores prevalências: leve (34%), moderado (24%) e grave (12%). Em relação ao nível leve a moderado, os alunos de medicina da Universidade do Sul de Santa Catarina (#03) tiveram a maior prevalência (24,8%). Para o nível moderado a grave, a taxa de 89,1%, concernente à ansiedade-estado, foi identificada entre acadêmicos de medicina da Universidade Federal do Paraná (#19).

Quadro 9 - Distribuições entre os níveis de sintomas ansiosos

Nº	Níveis de sintomas ansiosos (%)					
	Mínimo / Sem	Leve	Leve a Moderado	Moderado	Moderado a Grave	Grave
#01	-	30,2		21,5	-	11,2
#03	-	-	24,8	8,8	-	1,9
#07	-	6,8 ⁽¹⁾	-	1,7 ⁽¹⁾	-	0,9 ⁽¹⁾
#10	-	-	23,6	-	16,5	6,3
#12	30,0	34,0	-	24,0	-	12,0
#17	-	23,0	-	3,0	-	1,0
#19	-	-	10,9 ⁽²⁾	-	89,1 ⁽²⁾	-

(1) valores referentes ao sexto ano; (2) ansiedade-estado.

Fonte: Elaborado pela autora.

O Quadro 10 traz as distribuições entre os níveis de sintomatologia depressiva de quatro documentos (#20, #21, #23, #27) que discorrem sobre acadêmicos de medicina, segundo a fase do curso em que se encontravam. Na amostra (#20) do Centro Universitário Lusíada, em Santos - SP, os alunos do segundo ano revelaram as maiores prevalências nos níveis leve a moderado (25,9%) e grave (1,7%). No nível moderado a grave, a prevalência mais elevada foi registrada no primeiro ano da graduação.

Os estudantes do sexto semestre da Universidade do Sul de Santa Catarina (#21) apresentaram as prevalências mais elevadas para os níveis leve a moderado (37,1%), moderado a grave (8,6%) e grave (5,7%), seguidos dos estudantes do oitavo semestre com 31% de sintomas leves a moderados e 7,1% de sintomatologia moderada a grave. Na Fundação do ABC (#23), sintomas depressivos graves foram observados no ciclo básico (13%), no pré-clínico (6%) e no internato (12%). Na Universidade Federal de Uberlândia, sintomas leves eram mais frequentes no terceiro (38,5%), primeiro (37,8%) e quarto (33,3%) anos, enquanto as maiores frequências de sintomas leves a moderados foram identificadas no oitavo (51,4%) e nono (42,4%) anos.

Quadro 10 - Distribuições entre os níveis de sintomas depressivos, segundo fase do curso, para os estudos #20, #21, #23, #27

Nº	Níveis de sintomas depressivos (%)					
	Fase	Leve	Leve a Moderado	Moderado	Moderado a Grave	Grave
#20	1º ano	-	17,6	-	4,4	1,1
	2º ano	-	25,9	-	3,0	1,7
	3º ano	-	25,1	-	1,7	-
	4º ano	-	14,6	-	1,2	-
#21	3º semestre	-	22,7	-	-	-
	4º semestre	-	19,5	-	-	-
	5º semestre	-	20,0	-	2,9	-
	6º semestre	-	37,1	-	8,6	5,7
	7º semestre	-	17,0	-	2,5	-
	8º semestre	-	31,0	-	7,1	-
#23	Ciclo básico	-	-	-	-	13,0
	Pré-clínico	-	-	-	-	6,0
	Internato	-	-	-	-	12,0
#27	1º ano	37,8	-	-	-	-
	2º ano	30,8	30,8	-	-	-
	3º ano	38,5	-	-	-	-
	4º ano	33,3	-	-	-	-
	5º ano	-	35,9	-	-	-
	6º ano	-	35,3	-	-	-
	7º ano	-	39,4	-	-	-
	8º ano	-	51,4	-	-	-
	9º ano	-	42,4	-	-	-
	10º ano	20,0	20,0	-	-	-
	11º ano	28,1	-	-	-	-
	12º ano	37,5	-	-	-	-

Fonte: Elaborado pela autora.

Os autores de três estudos (#20, #27, #28) apresentaram as distribuições dos níveis de sintomas depressivos de acordo com o sexo (Quadro 11). As maiores prevalências foram do sexo feminino nos estudos #20 (21,2% leve a moderado; 3% moderado a grave) e #27 (35,3% moderado; 21,9% grave). Já no artigo #28, a sintomatologia grave foi mais frequente no sexo masculino (13%), enquanto a maior frequência de sintomas moderados a graves (7,7%) foi detectada no sexo feminino.

Quadro 11 - Distribuições entre os níveis de sintomas depressivos, segundo sexo, para os estudos #20, #27, #28

Nº	Níveis de sintomas ansiosos (%)						
	Sexo	Mínimo / Sem	Leve	Leve a Moderado	Moderado	Moderado a Grave	Grave
#20	Masculino	-	-	17,7	-	0,9	-
	Feminino	-	-	21,2	-	3	-
#27	Masculino	-	30,1	-	25,6	-	15,9
	Feminino	-	28,1	-	35,3	-	21,9
#28	Masculino	81,1	12,9	-	-	6,1	13
	Feminino	66,5	25,8	-	-	7,7	6

Fonte: Elaborado pela autora.

Os principais achados no tocante à ansiedade e depressão, tais como distribuições entre os níveis de sintomas e associações entre as variáveis analisadas, serão examinados na seção 4, referente à discussão deste trabalho.

3.2.4 Recomendações dos autores

Dos artigos que continham recomendações dos autores (Quadro 12), 14 (#01, #04, #10, #11, #13, #14, #15, #16, #17, #22, #25, #28, #29 e #30) sugeriram a realização de estudos futuros, principalmente de desenho longitudinal e qualitativo, envolvendo um número maior de sujeitos e universidades, entre diferentes cursos e áreas. Os autores propõem a investigação da vulnerabilidade, do suporte familiar, dos aspectos sociodemográficos, do estado de humor e do risco de suicídio. Indicou-se também investigar a relação entre depressão e distúrbios do sono, assim como as diferenças entre os sexos masculino e feminino.

Esses resultados poderiam auxiliar o desenvolvimento de intervenções em benefício da promoção e proteção da saúde mental dos universitários, o conhecimento dos fatores de risco, a elaboração de estratégias de sensibilização em relação à busca de ajuda e o aperfeiçoamento dos recursos de suporte das instituições.

Outras ações indicadas para as instituições de ensino foram: programas de recepção, integração e adaptação de calouros, a fim de diminuir os níveis de estresse e ansiedade; aumentar o número de profissionais de assistência psicossocial ao estudante; programas de gerenciamento do estresse; incentivo à convivência com a família; políticas voltadas para a saúde da mulher; planejamento

e desenvolvimento de ações integradas de prevenção e tratamento do estudante; revisão das metodologias de ensino adotadas; estratégias que viabilizem a escuta e o acolhimento; criação de programas tutoriais; seminários que desenvolvam habilidades, autocontrole e relaxamento; medidas para melhorar o bem-estar; criar espaço de discussão, educação e sensibilização dos estudantes para a frequência do adoecimento; estar atento às mudanças sociodemográficas; boa divulgação dos serviços de assistência existentes; atenção de professores e funcionários das unidades acadêmicas aos alunos; e oferecer espaço para exercício físico.

Cabe ressaltar que, em relação ao curso de medicina, autores de 5 (#09, #14, #18, #19 e #27) artigos aconselharam as universidades a: repensarem o currículo médico; refletirem sobre o processo ensino-aprendizagem; observarem a metodologia da atividade ou do professor envolvido; reexaminarem as excessivas cargas horárias; e considerarem a ansiedade que acompanha os alunos que estão finalizando o curso. Quanto ao curso de enfermagem, dois documentos (#12 e #13) orientaram a revisarem as metodologias de ensino adotadas e a entenderem as fontes de problemas durante o processo ensino-aprendizagem.

Quanto ao estudo #15, realizado em uma amostra de idosos participantes da Universidade Aberta para a Terceira Idade (UNATI), os autores recomendam a detecção de atividades protetoras e a investigação de uma possível relação com a metodologia da atividade ou professor envolvido.

Quadro 12 - Recomendações dos autores

Nº	Recomendações dos autores
#01	A investigação de sintomas ansiosos e depressivos na população universitária é necessária a fim de subsidiar a implementação de ações de intervenção à saúde mental da comunidade estudantil.
#02	Programas institucionais de recepção, integração e adaptação de calouros podem diminuir o nível de estresse e ansiedade e, conseqüentemente, a gravidade do TOC.
#03	Não se aplica.
#04	Estudos futuros poderão auxiliar em possíveis medidas preventivas aos fatores de risco. O risco de suicídio existe e deve ser considerado com a gravidade que merece.
#05	Não se aplica.
#06	Não se aplica.
#07	Não se aplica.
#08	A instituição deveria implementar um programa de apoio psicológico voltado para os estudantes de enfermagem.
#09	Repensar o papel da instituição e do currículo médico no desencadeamento, manutenção e prevenção dos sintomas detectados poderia ser uma solução com a finalidade de minimizar os efeitos sobre a saúde mental dos estudantes de medicina.
#10	Estudos com abordagem longitudinal podem contribuir com mais conhecimento em relação ao burnout e distúrbios do sono em estudantes de medicina. Intervenções precoces em tais fatores podem ajudar a impedir distúrbios de burnout e de sono e suas conseqüências. Programas de gerenciamento do estresse com educação para o sono devem ser considerados para prevenir e tratar o burnout e os distúrbios de sono nos anos pré-clínicos.
#11	Incentivo à convivência com a família; Aumento do número de profissionais de assistência psicossocial ao estudante; Políticas específicas voltadas para a saúde da mulher; Desenvolvimento de estudos que investiguem a vulnerabilidade e a saúde mental dos universitários; Planejamento e desenvolvimento de ações integradas de prevenção e tratamento do estudante.
#12	Medidas que estimulem o uso racional de ansiolíticos devem ser adotadas assim como a orientação medicamentosa deve ser efetivada, visando minimizar riscos aos usuários destes fármacos. É fundamental a adesão correta ao tratamento, sem interrupções ou aumento da dose. É importante a adoção, pela instituição formadora, de medidas direcionadas aos fatores de risco para a ansiedade nos estudantes, de revisão das metodologias de ensino adotadas, bem como de estratégias que viabilizem a escuta e acolhimento aos mesmos, de modo a identificar a presença de ansiedade patológica e minimizar suas conseqüências.
#13	Conhecer as fontes de problemas durante o processo ensino/aprendizagem; Oferecer suporte multiprofissional para adaptação do aluno; Incentivar a criação de programas tutoriais; Realizar e incentivar seminários que desenvolvam habilidades, autocontrole e relaxamento em situações geradoras de ansiedade; Propiciar intervenções para a redução do estresse.
#14	Os achados deste estudo são úteis para promover maior reflexão acerca do processo ensino-aprendizagem em medicina e subsidiar estratégias preventivas ao sofrimento psíquico do estudante. São necessários mais estudos sobre o tema, principalmente com desenho longitudinal e qualitativo.
#15	Estudos futuros devem envolver um número maior de sujeitos e incluir acompanhamento longitudinal para confirmar a manutenção a longo prazo de um estado emocional melhorado. Esses estudos também devem fornecer uma descrição mais aprofundada dos aspectos sociodemográficos e do estado de humor e procurar determinar as atividades nos ambientes da UNATI que são mais protetoras contra o desenvolvimento da depressão e verificar uma possível relação entre essa proteção e a metodologia da atividade ou professor envolvido.
#16	São necessários mais estudos para abordar a relação entre depressão e distúrbios do sono, a fim de determinar direções futuras no tratamento dessas duas patologias.
#17	"Estudos semelhantes devem ser realizados em estudantes de outros anos acadêmicos para explorar mudanças ao longo do tempo e de outras escolas e cursos de Medicina. Essas descobertas podem melhorar os recursos de suporte da escola de medicina e ajudar no desenvolvimento de estratégias específicas para sensibilizar os alunos em relação à busca de ajuda durante o treinamento médico."

#18	Na prática, as escolas de medicina devem criar estratégias curriculares e apoiar medidas para melhorar o bem-estar dos alunos, especialmente durante os períodos mais críticos do treinamento médico.
#19	Desenvolver estratégias para habilitar o estudante de medicina no enfrentamento de situações de estresse e idealizações do "ser" médico. Buscar novas metodologias de ensino que evitem a fragmentação da prática médica. Serviço que possa identificar precocemente estudantes de risco e atender àqueles que mostram sinais graves de adoecimento. Criar espaço de discussão, educação e sensibilização dos estudantes para a frequência do adoecimento. Aperfeiçoar programas com a finalidade de estar atento às mudanças sociodemográficas. Sistema de suporte para estudantes da graduação.
#20	Não se aplica.
#21	Não se aplica
#22	A criação de mais serviços e a boa divulgação dos já existentes, bem como a atenção de professores e funcionários das unidades acadêmicas aos alunos a fim de contribuir para um melhor processo de auxílio ao aluno. Uma boa preparação inicial do aluno que ingressa no ensino superior, uma boa acolhida por parte da instituição e do curso, inclusive como prevenção de futuros problemas psicológicos. Avaliar de forma mais consistente as questões do bem-estar psicológico masculino. Sugere-se que mais estudos na área sejam realizados, abrangendo maior número de alunos, bem como cursos e áreas. Sugere-se a realização de estudos longitudinais em que os alunos pudessem ser acompanhados ao longo da graduação, com avaliações periódicas da saúde emocional.
#23	Estabelecimento de programas dedicados a estudantes de saúde que não sejam estudantes de medicina. Identificação precoce de ideação suicida, sintomas depressivos e sintomas de desesperança.
#24	Não se aplica.
#25	Investigar as causas da alta prevalência de estresse encontrada, a fim de propor medidas preventivas e/ou de oferecer apoio psicológico para os estudantes, proporcionando uma melhor formação médica.
#26	Sugere-se estar atento às manifestações de estado depressivo entre estudantes de enfermagem, e observar sua procura por atendimentos clínicos frequentes e atividades extraclasse na área.
#27	Apoio institucional e ampliação de acesso aos programas existentes. As excessivas cargas horárias e a ansiedade progressiva com a finalização do curso merecem maior atenção no processo de mudança curricular.
#28	Sugere-se que estudos de acompanhamento longitudinal sejam realizados.
#29	Investigar o risco de suicídio entre estudantes de medicina; Investigar as diferenças entre os gêneros masculino e feminino; Investigar quais aspectos particulares do suporte familiar são, possivelmente, fatores de proteção.
#30	Estudos futuros envolvendo um maior número de sujeitos. Exercício físico, exposição à luz e estímulo à preferência matinal podem reduzir os sintomas depressivos nessa população.
#31	Não se aplica
#32	A implantação de programas de suporte psicológico aos alunos, com o objetivo de dar suporte para lidarem com as situações conflituosas inerentes à vida acadêmica e qualidade de vida pessoal, prevenindo possíveis disfunções e distúrbios.
#33	Não se aplica

Fonte: Elaborado pela autora.

4 DISCUSSÃO

Com base na pergunta norteadora deste trabalho – **Qual a prevalência de ansiedade e depressão nos estudantes universitários do Brasil?** –, no tocante à sintomatologia depressiva, os documentos analisados apresentaram 10 (30,3%) estudos com variação de prevalência entre 4,9% a 9,4%; 6 (18,2%) entre 10,5% e 19,2%; 6 (18,2%) entre 20% e 28,8%; 7 (21,2%) entre 30% e 38,2%; 3 (9,1%) entre 40,5% e 41,7%; e 1 (3,0%) de 79%. No que tange aos sintomas ansiosos, encontrou-se 5 (26,3%) estudos com variação de prevalência entre 13,5% e 19,7%; 3 (15,8%) entre 21,5% e 29,3%; 5 (26,3%) entre 30,2% e 39,5%; 1 (5,3%) de 46,4%; 1 (5,3%) de 57,9%; 2 (10,5%) de 62,9% e 67,5%; 1 (5,3%) de 89,1%; e 1 (5,3%) de 90%.

Encontrou-se associações entre sintomas depressivos e as seguintes variáveis: exercício de atividades de trabalho/emprego (#01); horas destinadas a lazer (#01, #27); tabagismo (#07); não participar de atividades sociais (#09); satisfação com o curso (#07, #27); desejo de mudar de curso (#19); desempenho acadêmico (#19); ser de outra cidade (#19); saúde física (#09, #19, #30); autoavaliação acerca da saúde física e mental (#26); má qualidade do sono (#16, #30); risco de suicídio (#23); tratamento psicológico e psiquiátrico (#27); maior gravidade dos sintomas obsessivo-compulsivos (#02); dificuldade de adaptação (#02); preocupação com o futuro (#03, #09); sintomas de desesperança (#23); e histórico familiar de depressão (#30). No que se refere aos sintomas de ansiedade, verificou-se associações com as variáveis: uso de drogas psicoativas (#05); uso de medicamentos (#07); e estresse (#25).

Quanto às variáveis que se associaram tanto aos sintomas de ansiedade quanto aos sintomas de depressão estão: sexo (#01, #03, #04, #09, #19, #31); ano do curso (#02, #07, #19, #27, #29); relacionamento com os colegas (#19; #31); uso de álcool / drogas na família (#31); ter cursado ensino fundamental em escola pública (#31); pressão dos pais (#03); apoio dos pais (#31); resiliência (#06); e condição psicossocial (#31). Segundo a Organização Mundial da Saúde (2001), ansiedade e depressão, frequentemente, ocorrem em concomitância. No estudo #22, observou-se alta correlação entre ambos.

No que concerne às distribuições entre os níveis de sintomas depressivos, a maior prevalência identificada foi em sintomatologia leve (62,6%), no estudo #08

(enfermagem), e a menor prevalência foi encontrada em sintomatologia grave, nos estudos #03 (medicina) e #26 (enfermagem), ambos com 0,4%. Acerca dos sintomas ansiosos, encontrou-se a maior frequência em sintomatologia moderada a grave (89,1%), no estudo #19, e a menor frequência em sintomatologia grave (0,9%), no estudo #07, ambos em medicina.

Em 2015, estima-se que, em nível global, mais de 300 milhões de pessoas sofriam de depressão, o equivalente a 4,4% da população mundial. No Brasil, eram mais de 11 milhões (5,8%) de indivíduos afetados pelo transtorno (OMS, 2017). Cerca de “15 a 25% dos indivíduos podem apresentar crise depressiva pelo menos uma vez na vida, sendo que o primeiro episódio depressivo ocorre, mais frequentemente, antes dos dezoito anos de idade” (BARBOSA *et al.*, 2020, p. 3).

As variáveis idade e sexo, níveis socioeconômicos mais baixos, conflitos, catástrofes, doenças físicas graves e o grupo familiar e social são fatores determinantes no surgimento e prevalência de sintomas depressivos, os quais podem acometer o indivíduo em qualquer fase da vida, sendo crescente entre os jovens e se estendendo até a fase adulta (OMS, 2001; VICTORIA *et al.*, 2013). É imperioso ressaltar que as prevalências de ansiedade e depressão na população geral são mais comuns no sexo feminino, tanto em países desenvolvidos como em países em desenvolvimento (OMS, 2001; 2017). Além disso, “[...] as diferenças sexuais quanto aos índices de depressão mostram forte correlação com a idade: as diferenças maiores ocorrem na vida adulta, sem diferenças assinaladas na infância e poucas na velhice” (OMS, 2001, p. 41).

No presente trabalho, a faixa etária (20 a 24 anos) e o sexo (feminino) predominantes coincidem com os resultados do Censo da Educação Superior (INEP, 2019). Em contrapartida, quanto ao tipo de categoria das IES, a maior parte das pesquisas ocorreu em instituições públicas (56%) e federais (68%) que, segundo o Censo, não correspondem à maioria das IES brasileiras.

Assim como na população geral, as universitárias têm mais chances de desenvolver depressão maior e transtornos de ansiedade (HUNT; EISENBERG, 2010). Apenas o estudo #24 observou sintomatologia ansiosa mais prevalente nos homens do que nas mulheres. Em quinze estudos, alguns motivos não possibilitaram afirmar qual sexo apresentava os sintomas com mais frequência, são eles: não haver diferença significativa entre os sexos; a pesquisa ter sido realizada em cursos cuja predominância é do sexo feminino; e a amostra não ter sido representativa. No

estudo #21, os autores optaram por excluir a variável para que os alunos não receassem o comprometimento do anonimato, uma vez que os pesquisadores eram do mesmo curso.

Nos dezesseis documentos restantes, as prevalências de sintomas depressivos e ansiosos foram mais elevadas no sexo feminino: #01 - sintomas depressivos em 59% das mulheres; #03 - 14% de ansiedade e 16% de depressão; #04 - houve predominância em cada ano do curso; #05; #07 - ansiedade; #09 - depressão; #11; #19; #22; #23; #27; #28 - sintomas depressivos em 33,5% das mulheres; #29, #30 e #33 - sintomas depressivos; e #31 - 69% das mulheres. Esses resultados estão de acordo com os achados de Barbosa, Asfora e Moura (2020) e Victoria *et al.* (2013). Em contrapartida, em duas universidades portuguesas, Vizzotto, Jesus e Martins (2017) não encontraram diferenças significativas entre os gêneros, a não ser a depressão em nível mais elevado entre os homens. Porém, não houve diferenças nos níveis ansiedade.

Tanto fatores genéticos e biológicos, como as alterações hormonais, quanto fatores psicológicos e sociais, como o papel da mulher na sociedade e a violência doméstica e sexual, influem de forma considerável na diferença entre os sexos no que concerne à depressão e à ansiedade (OMS, 2001; RIOS, 2006). À medida que o indivíduo interage com fatores sociais e culturais, ser homem ou mulher representa riscos distintos, seja na mortalidade por causas externas, mais frequente no sexo masculino, seja na maior expectativa de vida para as mulheres (OLINTO, 1998).

Dos 33 documentos, 26 utilizaram o termo “sexo”, descrito por Olinto (1998, p. 166) como “uma variável qualitativa categórica binária, com duas categorias mutuamente excludentes: sexo masculino ou feminino”. Apenas os estudos #19 e #31 utilizaram o termo “gênero”, caracterizado pela autora como “eixo organizador das relações sociais” (OLINTO, 1998, p. 165). “Gênero” é um conceito criado pelas ciências sociais, nos anos 70, que “expressa todo um sistema de relações que inclui sexo, mas que transcende a diferença biológica. O termo sexo designa somente a caracterização genética e anátomo-fisiológica dos seres humanos” (OLINTO, 1998, p. 162), não incluindo dados sobre a população LGBTQIA+. Nesta revisão integrativa, nenhum autor faz menção às populações de lésbicas, gays, bissexuais, transgênero, *queer*, intersexo e demais minorias sexuais e de gênero.

Cumprе destacar que o Ministério da Saúde, na Portaria nº 2.836, de 1º de dezembro de 2011, que institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a

Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, considera que

a discriminação por orientação sexual e por identidade de gênero incide na determinação social da saúde, no processo de sofrimento e adoecimento decorrente do preconceito e do estigma social reservado às populações de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais. (BRASIL, 2011, online).

Onze pesquisas investigaram se os discentes participavam de alguma atividade extracurricular, remunerada ou não, ou se trabalhavam. A minoria dos participantes dos estudos #01, #04, #15 e #27 estava envolvida em algum tipo de atividade laboral. No estudo #07, o envolvimento em atividades remuneradas foi significativamente maior no grupo do 6º ano. Estavam inseridos em atividades remuneradas os graduandos dos estudos #09 (17,5%), #22 (73%), #27 (88,2%) e #28 (11,2%). Quanto à atividade extracurricular, no estudo #01, 63,9% desenvolviam atividades, sendo extensão (23,9%), monitoria (10,2%), iniciação científica (7,8%) e estágio (5,9%) as principais. No estudo #05, 15,4% dos alunos participavam de alguma atividade extracurricular remunerada. No estudo #22, dos 29,5% inseridos em atividades, 9,5% exerciam monitoria, 8% iniciação científica e 24% estágio. No estudo #27, 6,7% participavam de algum tipo de atividade acadêmica.

Para muitos indivíduos, o ingresso em uma universidade configura a saída de casa e o desligamento da família (VIZZOTTO; JESUS; MARTINS, 2017). Essas mudanças demandam amadurecimento pessoal e adaptações significativas, que reforçam os sentimentos de medo e de insegurança, e estão associadas a um alto nível de estresse, segundo observado por Rios (2006).

Apenas 11 estudos perguntaram com quem os graduandos viviam no momento da investigação. Em 7 estudos (#01, #05, #09, #22, #27, #28, #29), a maior parte dos alunos vivia com os pais/família. Em 3 estudos (#04, #20, #31), a maioria vivia com colegas e, no estudo #02, a maioria dos alunos vivia sozinha.

Apenas o artigo #02 indaga sobre visitas à família. Dos universitários que precisaram sair da casa dos pais, a maior parte (30,7%) visitava a família apenas uma vez por mês. Quanto aos demais, 20,7% visitavam a família semanalmente, 29,3% quinzenalmente e 15,7% a cada 2 meses ou mais. Os autores do estudo encontraram associação estatisticamente significativa entre os alunos de outras

idades e sintomas depressivos (36,4%), o que coincide com os achados de Rios (2006) e Vizzotto, Jesus e Martins (2017).

Dentre os 16 estudos que citam o estado civil dos alunos, a maior parte é composta por solteiros, o que está de acordo com os achados de Coelho *et al.* (2010), Oliveira *et al.* (2016) e Maia e Dias (2020).

De acordo com Rios (2006), o apoio social provindo de amigos, colegas de curso, cônjuges, pais, filhos, professores etc. é muito importante para a trajetória acadêmica e para a saúde mental do discente.

As relações sociais formam um sistema de apoio, no qual o indivíduo vive imerso proporcionando-lhe controle e domínio perante situações difíceis, oferecendo-lhe guias e ajuda para identificar recursos pessoais e sociais. Estas relações funcionam também como um sistema de retroalimentação sobre as condutas que melhoram a eficiência na vida.

Há uma distinção entre a atividade social de redes sociais e apoio social. A atividade social corresponde à frequência de contatos sociais, as redes sociais são os números de relações e proximidade e o apoio social é a ajuda efetiva e percebida, emocional ou instrumental que deriva da rede de apoio. (RIOS, 2006, p. 42).

Apenas os estudos #09, #14 e #19 abordaram os relacionamentos sociais. No estudo #09, 60,7% dos estudantes relacionavam-se bem com amigos e parentes e participavam com frequência de atividades sociais, 40,5% realizavam atividades de lazer esporadicamente e 71,2% eram católicos. No estudo #14, identificou-se uma maior porcentagem de sintomas depressivos leves a moderados, entre aqueles que não recebiam o apoio emocional necessário. No estudo #19, 52,2% eram católicos, 40,8% os alunos do 1º ao 6º ano consideravam o relacionamento com os colegas muito gratificante e observou-se associação estatisticamente significativa entre relacionamento com os colegas e ansiedade, o que está em conformidade com os achados de Lima, Domingues e Cerqueira (2006).

Para Ariño e Bardagi (2018), ter uma percepção negativa acerca da própria capacidade de socialização dentro do ambiente acadêmico, pode prejudicar o surgimento das relações sociais e comprometer a saúde dos graduandos, causando sofrimento e dificuldade de adaptação. Um estudo realizado no Nepal identificou que os alunos utilizavam o apoio emocional como uma das estratégias de enfrentamento contra eventos estressantes (SREERAMAREDDY *et al.*, 2007). O suporte social tem como objetivo

[...] atenuar os efeitos de eventos estressantes do cotidiano, sendo assim, aqueles que teriam a ausência do suporte social, estariam mais predispostos a apresentarem um distúrbio psiquiátrico quando submetidos a eventos desta natureza. (LOVISI *et al.*, 1996 apud RIOS, 2006, p. 161).

No que concerne à renda familiar mensal, alunos de níveis socioeconômicos mais baixos correm um risco maior de apresentar sintomas depressivos e de ansiedade (HUNT; EISENBERG, 2010). No estudo #04, 57,2% dos acadêmicos relataram renda familiar de 20 salários mínimos ou mais. No estudo #13, os autores encontraram correlação negativa, ainda que muito baixa, de renda familiar mensal com o domínio aspectos emocionais. No artigo #14, verificou-se o aumento da prevalência de sintomas depressivos à medida que diminuía a renda familiar, o que está de acordo com os resultados encontrados por Santos *et al.* (2021). No estudo #16, grande parte da amostra foi composta por estudantes de níveis socioeconômicos mais altos. No estudo #22, 20,5% dos alunos informaram ter renda familiar entre R\$500,00 e R\$1.000,00. No estudo #31, 61% dos alunos fizeram ensino fundamental em escola particular e 67% o ensino médio, 39% eram de nível socioeconômico médio, 32% baixo e 29% alto.

De acordo com Smolen e Araújo (2017), a raça/cor da pele pode influenciar as oportunidades educacionais, financeiras e sociais que um indivíduo recebe ao longo da vida, refletindo na sua posição socioeconômica. Além disso, os papéis sociais, a discriminação e o racismo são estressores importantes. Convém mencionar que, segundo o Censo de 2010, mais da metade da população brasileira é negra (IBGE, 2010).

Em 2001, após a III Conferência Mundial Contra o Racismo, a Discriminação Racial, a Xenofobia e Intolerâncias Correlatas, a Divisão de Saúde e Desenvolvimento Humano da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) propôs um Plano de Ação para mitigar as iniquidades em saúde que afetam a população negra, dando origem ao documento “Subsídios para o debate sobre a Política Nacional de Saúde da População Negra: Uma Questão de Equidade”. Neste documento, as doenças, agravos e condições mais comuns na população negra brasileira são classificadas em

(i) Geneticamente determinadas - anemia falciforme e deficiência de glicose 6-fosfato desidrogenase; ou dependentes de elevada frequência de genes responsáveis pela doença ou a ela associadas - hipertensão arterial e

diabete melito [...]; **(ii) Adquiridas, derivadas de condições socioeconômicas desfavoráveis** – desnutrição, mortes violentas, mortalidade infantil elevada, abortos sépticos, anemia ferropriva, DST/AIDS, doenças do trabalho, **transtornos mentais resultantes da exposição ao racismo e ainda transtornos derivados do abuso de substâncias psicoativas, como o alcoolismo e a toxicomania** [...]; (iii) De evolução agravada ou de tratamento dificultado – hipertensão arterial, diabete melito, coronariopatias, insuficiência renal crônica, câncer e mioma [...]; (iv) Condições fisiológicas alteradas por condições socioeconômicas - crescimento, gravidez, parto e envelhecimento. (ONU, 2001, p. 5-6, grifo nosso).

As doenças e agravos derivados de condições socioeconômicas desfavoráveis são “[...] agravadas quando incidem sobre mulheres e homens negros em razão das desvantagens psicológicas, sociais e econômicas geradas pelo racismo a que estão expostos” (ONU, 2001, p. 6). De acordo com o documento, existe associação entre experiências de racismo e o maior risco de manifestação ou agravamento de transtornos mentais, como depressão e angústia psicológica.

No Brasil, existem poucos estudos que examinam a associação entre raça/cor e saúde mental. Em muitos casos, os pesquisadores não incluem a variável raça/cor nos instrumentos de pesquisa (SMOLEN; ARAÚJO, 2017). Apenas os documentos #09 e #31 incluíram essa variável. No estudo #09, 58,9% dos graduandos de medicina eram brancos. No estudo #31, 77% se autodeclararam brancos e 13% negros (pardos e pretos).

As revisões sistemáticas de Smolen e Araújo (2017) e Goto, Couto e Bastos (2013) observaram associações positivas e estatisticamente significativas entre transtornos mentais e a população negra. Os autores apontam a importância da realização de pesquisas que investiguem os fatores de risco.

A prevalência de transtornos mentais comuns, como ansiedade e depressão, na população universitária é significativamente maior que na população geral e em adultos jovens não universitários, sendo assim, é possível que aspectos relacionados à vida acadêmica e à carreira estejam impactando a saúde mental destes indivíduos (ARIÑO; BARDAGI, 2018; VICTORIA *et al.*, 2013).

Algumas situações que ocorrem no período de transição e ao longo da experiência acadêmica podem desencadear altos níveis de estresse para uma parcela importante dos universitários que são considerados vulneráveis ou grupo de risco para perturbações mentais, como a depressão. Alguns desses estressores incluem a migração, o afastamento da família, as responsabilidades, a pressão, as

preocupações com o futuro, as dificuldades financeiras (ASSUNÇÃO *et al.*, 2019; BARBOSA; ASFORA; MOURA, 2020; COELHO *et al.*, 2010), “[...] o excesso de carga horária de estudo, o nível de exigências em relação ao processo de formação, a adaptação a um novo contexto, novas rotinas de sono, novas demandas de organização de tempo e estratégias de estudo” (ARIÑO; BARDAGI, 2018, p. 45).

“[...] O modo como os estudantes enfrentam os estressores acadêmicos e as demais intercorrências no seu processo de formação também impactam em sua saúde” (ARIÑO; BARDAGI, 2018, p. 49). O indivíduo que tem dificuldade em se adaptar aos novos padrões de relações sociais, pode ter a autoeficácia, percepção que os alunos possuem acerca da própria competência, reduzida. Além disso, percepções negativas no tocante à escolha do curso e à competência pessoal para a carreira escolhida, podem trazer prejuízos para a saúde mental (ARIÑO; BARDAGI, 2018; VALDEBENITO, 2017).

Além do que, existe uma relação inversa entre ansiedade e rendimento acadêmico, ou seja, a preocupação que antecede as avaliações pode prejudicar o desempenho acadêmico, resultando em reprovações e até no abandono do curso (HERNADEZ-POZO *et al.*, 2008).

Os níveis de sintomas depressivos e sintomas ansiosos podem variar de acordo com a área de conhecimento dos cursos universitários (VICTORIA *et al.*, 2013). Uma pesquisa realizada entre graduandos das áreas de ciências exatas e de ciências humanas indicou que os estudantes de ciências exatas apresentaram escores mais elevados de assertividade e de autoestima e escores menos elevados de ansiedade do que os de ciências humanas (BANDEIRA *et al.*, 2005). No estudo #22, os sintomas depressivos eram mais evidentes em alunos da área de humanas, sendo que os cursos de letras e psicologia apresentaram os índices mais elevados em relação aos demais cursos, o que está de acordo com os resultados encontrados por Victoria *et al.* (2013).

Em relação ao período ou ano do curso, no artigo #04, a maior prevalência de ansiedade (28,8%) foi registrada entre os alunos do 2º ano e a menor prevalência foi encontrada entre os alunos do 6º ano (9,9%), o que diverge dos achados de Carvalho *et al.*, (2015). No estudo #22, os sintomas ansiosos manifestaram-se de forma mais uniforme, independente do período. Quanto aos sintomas depressivos, assim como no estudo #22, os universitários do início do curso nos estudos #09, #15 e #18, registraram as prevalências mais elevadas: ciclo básico (31,1%), 1º semestre

(6,5%) e 1º ano (15,7%), respectivamente. Estes resultados coincidem com os achados de Barbosa *et al.* (2020). Nos estudos #04 e #32, os universitários do final da graduação registraram as prevalências de depressão mais elevadas: 5º ano: 40,7% e 4º ano (42,1), respectivamente. Além disso, os alunos de final de curso do estudo #22 apresentaram problemas físicos crônicos com maior frequência. No estudo #29, a intensidade dos sintomas depressivos é maior nos estudantes do internato e menor no ciclo intermediário.

No tocante às distribuições entre os níveis de sintomas depressivos, tem-se que: no estudo #27, a sintomatologia leve foi mais frequente no 3º ano (38,5%) e a sintomatologia leve a moderada foi mais frequente no 8º ano (51,4%); #21 - sintomatologia moderada a grave mais prevalente no 6º semestre (8,6%); e #23 - sintomatologia grave mais prevalente no internato (12%).

Os estudantes da área da saúde apresentam maior prevalência de sintomas de adoecimento mental (ARIÑO; BARDAGI, 2018; SILVA; COSTA, 2012). Em relação aos acadêmicos de medicina, apresentam pior bem-estar psicossocial, maior prevalência de depressão e maior prevalência de *Burnout* do que a população em geral, provavelmente em virtude da intensa carga de trabalho. Cabe destacar que o sofrimento mental pode comprometer o atendimento ao paciente, uma vez que a empatia e o profissionalismo podem ser prejudicados (PACHECO *et al.*, 2017).

No Brasil, o curso de medicina tem um currículo de 6 anos, dividido em três ciclos: um ciclo básico (pré-clínico), um ciclo teórico-clínico e o internato. Uma alta proporção de estudantes de medicina são acometidos por problemas de saúde mental, como estresse psicológico, ansiedade, depressão, distúrbios do padrão do sono, esgotamento, distúrbios alimentares e uso potencialmente perigoso do álcool (PACHECO *et al.*, 2017), o que pode ocasionar novas demandas de saúde, como o aumento de comportamentos sexuais de risco e de consumo e abuso de outras drogas (ARIÑO; BARDAGI, 2018). Ademais, existe correlação entre adoecimento mental e pensamentos de evasão escolar (KESSLER *et al.*, 1995 apud OLIVEIRA *et al.*, 2016; PACHECO *et al.*, 2017). Acredita-se que o contato com indivíduos debilitados, “[...] o treinamento clínico e a grade curricular com altas demandas podem ser estímulos para distúrbios emocionais” (VICTORIA *et al.*, 2013, p. 173).

No presente trabalho, 23 documentos investigaram alunos de medicina: #03 - 2% tinham pelo menos um dos pais com ocupação médica, 95,8% relataram sentir pressão dos pais e 68,7% manifestaram preocupação frequente com o futuro

profissional; #04 - 96,8% estavam felizes com a escolha profissional; #05 - 95,3% estavam muito satisfeitos/satisfeitos com o curso e os alunos estudavam, em média, 19,3 horas/semana; #09 - 66,3% relataram ter escolhido o curso de medicina por vontade própria; #10 - cerca de 17% sentiam sensação de realização acadêmica menos de uma vez por semana; #14 - sintomas depressivos mínimos ou ausentes (grupo I) e sintomas leves a moderados (grupo II) - (82,0% I; 64,3% II) tinham habilidades profissionais; (79,2% I; 86,2% II) estavam insatisfeitos com as estratégias de ensino; (71,4% I; 37,9% II) sentiam-se confortáveis com as atividades da faculdade; (98,0% I; 86,2% II) estavam satisfeitos com a escolha do curso; (62,0% I; 31,0% II) consideravam que o curso atendia às expectativas; e o curso era fonte de prazer para 84% do grupo I e 82,8% do grupo II; #17 - declararam necessidades emocionais (21% - ansiedade, 32% - depressão, 15% - má qualidade de vida) e necessidades acadêmicas (ansiedade - 41%, depressão - 41%, má qualidade de vida - 35%); #19 - 83% nunca havia procurado auxílio médico por problemas de desempenho e 60,4% nunca havia desejado mudar de curso; #20 - 85,3% consideraram que o curso não atendeu às expectativas iniciais; #27 - satisfação com o curso - bom (54,7%), excelente (19,5%), razoável (20,7%), ruim (4,2%) e péssimo (0,2%); #29 - 17,1% tinham pelo menos uma diferença de 2 anos entre o final do ensino médio e o ingresso na faculdade, 28,2% tinham um dos pais com ocupação médica e não ter pais médicos é um fator de risco significativo.

O estresse pode ser caracterizado por quatro fases: alerta (“o organismo prepara-se para a reação de luta ou fuga”), resistência (“sensação de desgaste físico, cansaço e dificuldades com a memória”), quase exaustão (“resistência física e emocional começa a dar sinais de fraqueza”) e exaustão (a exaustão psicológica pode impedir que o indivíduo consiga se concentrar ou trabalhar, prejudicando sua qualidade de vida). Alguns dos sintomas de estresse são taquicardia, sudorese excessiva, tensão muscular, boca seca e sensação de estar alerta (MORAIS; MASCARENHAS; RIBEIRO, 2010, p. 59-60).

As fontes geradoras de estresse podem ser externas (eventos do cotidiano sobre os quais os indivíduos têm pouco ou nenhum controle) ou internas (provém do tipo de personalidade, de pensamento e o modo de reagir aos eventos externos). Esse processo será iniciado caso o sujeito perceba o estímulo como ameaçador e avalie negativamente suas próprias aptidões para lidar com o acontecimento,

independentemente de ser um estímulo negativo ou positivo (MORAIS; MASCARENHAS; RIBEIRO, 2010).

No estudo #11, a prevalência (52,9%) de sintomatologia de estresse encontrada foi de 2,2% na fase de alerta, 42,7% na fase de resistência, 6,3% na fase de quase-exaustão e 1,8% na fase de exaustão. No estudo #25, foi de 51,3%, sendo 29,5% com maior prevalência de sintomas físicos e 21,8% com maior prevalência de sintomas psíquicos. Entre os alunos com sintomas de estresse, 40% já haviam experimentado sintomas de pânico, enquanto entre os que não apresentavam sintomas de estresse, apenas 5,3% tiveram os sintomas. No que se refere à ansiedade, 90% sentiram-se ansiosos ou nervosos nos últimos 6 meses, enquanto 39,5% dos que não manifestavam sintomas de estresse referiram estes sintomas. Os resultados de ambos os estudos coincidem com os achados de Moraes, Mascarenhas e Ribeiro (2010).

Ao longo da vida universitária, os mecanismos desenvolvidos pelos graduandos para enfrentar as exigências, preocupações e excesso de demandas acadêmicas, concomitante à baixa incidência de atividade física, podem causar o surgimento dos sintomas da síndrome de *Burnout* (MOTA *et al.*, 2019). Esta síndrome, apontada como uma importante questão de saúde pública e considerada um dos agravos laborais de caráter psicossocial mais significativos (ASSUNÇÃO *et al.*, 2019), é descrita como uma condição de exaustão emocional, despersonalização e diminuição do sentimento de realização pessoal.

A exaustão emocional é caracterizada por um sentimento muito forte de tensão emocional que produz sensação de esgotamento, de falta de energia e de recursos emocionais para lidar com as rotinas da prática profissional, representando a dimensão individual da síndrome. A despersonalização é resultado do desenvolvimento de sentimentos e de atitudes negativas, por vezes, indiferentes e cínicas, em relação àquelas pessoas que entram em contato direto com o profissional e que são sua demanda e seu objeto de trabalho. A falta de realização profissional, que se caracteriza pela tendência de estar insatisfeito com as condições que afetam as habilidades interpessoais relacionadas com a prática profissional, influenciando, diretamente, a forma de atendimento e de contato com as pessoas, bem como com a organização do trabalho. A falta de realização profissional, que se caracteriza pela tendência de estar insatisfeito com as condições que afetam as habilidades interpessoais relacionadas com a prática profissional, influenciando, diretamente, a forma de atendimento e de contato com as pessoas, bem como com a organização do trabalho. (MOTA *et al.*, 2017, p. 245).

Alguns dos sintomas característicos da síndrome de *Burnout* são definidos

como sintomatologias que afetam o indivíduo nas esferas físicas, psíquicas, comportamentais e defensivas. Entre elas se destacam: fadiga constante e progressiva, distúrbios do sono, dores musculares, irritabilidade, perda de iniciativa, incapacidade para relaxar, falta de atenção e de concentração, alterações da memória, impaciência, tendência ao isolamento, absenteísmo e perda de interesse pelo trabalho. (BENEVIDES-PEREIRA, 2002 apud MOTA *et al.*, 2019, p. 9).

Os estudantes que relatam sintomas da síndrome de *Burnout* podem se sentir emocionalmente esgotados e incapazes de realizar as atividades acadêmicas, o que pode resultar no comprometimento negativo de sua saúde física e psicológica e na evasão escolar (MOTA *et al.*, 2019). Mota *et al.* (2017) acreditam que a inserção dos estudantes no contexto da pesquisa e da extensão gera um excesso de carga de trabalho e, conseqüentemente, o surgimento de sintomas relativos à síndrome.

No estudo #10, os acadêmicos do último período da fase pré-clínica estavam emocionalmente exaustos, dos quais cerca de 60% sentia-se assim pelo menos uma vez por semana. No estudo #11, observou-se sintomas de *Burnout* em 5% da amostra. Os dois estudos estão de acordo com os achados de Assunção *et al.* (2019) e Mota *et al.* (2019).

Segundo Novais e Rezende (2021), o conceito de qualidade de vida (QV) engloba aspectos físicos, psicológicos e sociais. Ter QV significa ter condições satisfatórias de usufruir destes aspectos.

Para a Organização Mundial da Saúde, a 'qualidade de vida' pode ser definida como um fenômeno holístico que reúne os recursos sociais, individuais e físicos necessários ao indivíduo para a concretização de seus objetivos e aspirações, bem como para a satisfação de suas demandas em diferentes níveis. (WHO, 2002 apud OLIVEIRA *et al.*, 2021, p. 75).

Na pesquisa #13, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nos domínios capacidade funcional, vitalidade e aspectos sociais. No estudo #17, dos alunos do último ano com má QV, 15% declararam necessidades emocionais e 35% declararam necessidades acadêmicas. Em relação à procura de ajuda, 20% dos alunos com má QV utilizavam o Serviço de Saúde Mental da instituição e 35% compareceram a três ou mais reuniões do Programa de Tutoria. No estudo #18, verificou que alunos sem sintomas depressivos nos anos 2–4 do curso tiveram

pontuações significativamente mais baixas em vitalidade, quando comparados com os alunos ingressantes e do 1º ano.

Segundo Coelho *et al.* (2010, p. 36), o sono é um “fenômeno essencial para a sobrevivência, tem como função primordial a restauração corporal e mental, com diversos efeitos fisiológicos, entre eles o processamento de vários tipos de memória”. Os autores apontam diversos fatores que podem perturbar o ciclo sono-vigília: “privação do sono, presença de distúrbios mentais, efeitos de drogas no Sistema Nervoso Central (SNC), hábitos irregulares, idade, patologias físicas e cognitivas, mudança de fuso horário e ritmo circadiano”.

“Alterações no sono-vigília são também frequentes em universitários” (VICTORIA *et al.*, 2013, p. 164). A maioria é jovem com menos de 25 anos, grupo que “geralmente apresenta maior privação de sono com tendência à sonolência excessiva diurna e, como consequência, queda do desempenho escolar, lapsos de memória, inconstância no humor [...] e problemas comportamentais” (COELHO *et al.*, 2010, p. 36). Segundo Victoria *et al.* (2013), alguns estudos já indicaram relação entre este padrão de sono e os níveis de ansiedade na vida do graduando.

No estudo #10, observou-se que cerca de 65% dos estudantes tinham dificuldade moderada/grave na qualidade do sono e 63% apresentavam um nível alto ou excessivo de sonolência diurna. Apenas 20% da amostra total dormia mais de 7 horas por noite. Entre os emocionalmente exaustos, apenas 14% dormiam mais de 7 horas por noite. Entre aqueles com sonolência diurna, apenas 21% dormiam mais de 7 horas por noite. No estudo #16, 59,6% dos alunos relataram alterações do sono. Ambos os estudos coincidem com os resultados encontrados por Coelho *et al.* (2010).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (2001), é comum a presença de transtornos mentais associados ao uso e abuso de substâncias. É importante ressaltar que a comorbidade é mais comum nas mulheres do que nos homens, bem como a prescrição de medicamentos psicotrópicos (drogas contra ansiedade, antidepressivos, sedativos, hipnóticos e antipsicóticos). Contudo, esse uso maior de medicamentos pode ser explicado por um índice mais elevado de comportamentos de busca por ajuda.

Estudos já observaram que o consumo de álcool pode comprometer o rendimento acadêmico (BEVILAQUA *et al.*, 2006; BORINI *et al.*, 1994). A bebida pode ser usada para relaxar, sentir-se desinibido e confiante, para confraternizar

com os colegas, para acalmar as preocupações, sentir-se feliz e até como medicamento. No entanto, o consumo exagerado pode causar distúrbios biológicos, sociais e econômicos (BEVILAQUA *et al.*, 2006). Cumpre destacar que Lawi (2015) encontrou relação estatisticamente significativa ($p=0,042$) entre renda familiar e consumo de bebida alcoólica.

Já as substâncias psicoativas podem ser usadas para diminuir ou moderar os sintomas depressivos e ansiosos, contudo, a abstinência e o uso crônico frequentemente aumentam esses sintomas em médio prazo. São drogas capazes de alterar o funcionamento cerebral, causando modificações no estado mental e no psiquismo. Transtornos decorrentes do uso de substâncias são mais comuns entre homens do que entre mulheres e o consumo de drogas ilícitas é maior entre as idades de 18 e 25 anos (BARBOSA *et al.*, 2020; BEVILAQUA *et al.*, 2006; OMS, 2001).

A caracterização de aspectos psicossociais, da saúde mental e da frequência de uso de substâncias psicoativas em uma população vulnerável pode servir de importante fonte para o desenvolvimento de futuros programas de prevenção e atenção à saúde dos universitários. Em relação a uso de substâncias psicoativas, ansiedade e depressão, programas psicoeducacionais podem ser uma alternativa importante, pois podem desmistificar o que de fato são sintomas de ansiedade e depressão e assim propiciar suporte adequado. (BARBOSA *et al.*, 2020, p. 7).

No estudo #04, dos acadêmicos que ingeriam bebidas alcoólicas (83,9%), 22,4% consumiam raramente, 44,4% nos finais de semana e 11,3% com frequência. Quanto a drogas ilícitas, 8,2% relataram fazer uso e 4,6% eram fumantes. No estudo #05, 68% dos alunos ingeriam álcool eventualmente, 16,6% usavam droga ilícita e 11,1% faziam uso de drogas psicoativas. No estudo #07, 44,5% dos acadêmicos referiram ingestão de álcool / drogas, com maior frequência entre os alunos do 6º ano. O uso de tabaco foi observado em 4,4% dos acadêmicos, 78,7% usavam estimulantes e 42,8% faziam uso de medicamentos, com maior frequência no 6º ano. No estudo #12, estavam usando ou já haviam usado ansiolíticos: sexo feminino (85,4%); solteiros (87,5%); entre 18 a 22 anos (56,3%); não trabalhavam (70,8%); tiveram a última consulta médica há menos de 3 meses (52,1%); e faziam acompanhamento médico (65%). No estudo #25, consumiam álcool regularmente (43,6%) e usavam tabaco (1,3%). Acerca do uso de substâncias estimulantes, 74,4% usavam café, chá e chimarrão, 3,8% guaraná cerebral e 1,3% anfetaminas. No

estudo #30, nenhum dos alunos do 1º ao 4º semestre relatou usar antidepressivos ou outra terapia psicossocial.

No que concerne aos comportamentos suicidas, Lima (2019, p. 30) aponta que alguns autores consideram “[...] a agregação de três eventos (ideações, planejamentos e tentativas), havendo, além disso, uma divisão entre comportamentos fatais e não fatais”:

O suicídio é visto como um ato intencional para acabar com a própria vida. Pensamentos e comportamentos suicidas não fatais são agrupados em três categorias: ideação suicida, pensamentos que fomentam a intenção de acabar com a própria vida; plano suicida, formulação de um método para acabar com a própria vida; tentativa de suicídio, comportamento voltado para se ferir em que há alguma intenção de se matar. Ela pode resultar em nenhum ferimento, em ferimento ou em morte. Se a tentativa de suicídio resulta em morte, então é definida como suicídio. A literatura tem utilizado também o termo comportamento suicida, como um tipo de conduta da pessoa que busca se ferir (de modo explícito ou implícito), seja agindo contra si e ameaçando sua vida, seja deixando pistas verbais ou comportamentais. (CAVALCANTE; MINAYO; MANGAS, 2013, p. 2987).

O suicídio é uma questão de saúde pública global. (LOVISI *et al.*, 2009). Em 2019, de acordo com o *Mental Health Atlas 2020*, publicado pela *World Health Organization - WHO* (2021), o suicídio foi responsável por mais de 700.000 mortes em todo o planeta. É imperioso destacar que se trata da quarta causa mais comum de morte entre jovens no mundo. Ademais, indivíduos acometidos por transtornos mentais “[...] apresentam taxas desproporcionalmente mais altas de incapacidade e mortalidade do que a população em geral, devido a problemas de saúde física, mas também ao suicídio” (WHO, 2021, p. 112, tradução nossa).

A tentativa de suicídio é de 10 a 20 vezes mais frequente que o suicídio e, além disso, é o principal fator de risco para a sua consumação. Outros fatores de risco são: ausência de apoio social; histórico de suicídio na família; forte intenção suicida; eventos estressantes; características sociodemográficas, como pobreza e desemprego; e transtornos mentais, como depressão e dependência de álcool e de outras drogas psicoativas (LOVISI *et al.*, 2009; BOTEAGA, 2014).

Uma análise epidemiológica dos índices de suicídio registrados entre 1980 e 2006 nas regiões e capitais estaduais verificou que “[...] a taxa de mortalidade por suicídio é maior entre os homens. [...] Embora as mulheres sejam propensas a tentar o suicídio mais vezes, os homens têm êxito mais frequente” (LOVISI *et al.*, 2009, p.

S91). Ademais, os autores identificaram um crescente aumento das taxas no grupo com idade de 20 a 59 anos, em ambos os gêneros.

De acordo com Silva *et al.* (2020, p. 549), o suicídio é a segunda causa de morte entre universitários. Além disso, há um aumento dos casos de suicídio, sendo responsável por 8,5% das mortes em jovens da mesma faixa etária no mundo. É forçoso enfatizar que esse crescimento “[...] é preocupante, dada a possibilidade de anos a serem vividos, de produtividade e de transformações na vida dos jovens que estão ingressando no meio acadêmico”.

O estudo #04 identificou risco de suicídio entre os graduandos. No estudo #09, dos 10,3% alunos que referiram ideação suicida, todos apresentavam sintomas depressivos. No estudo #19, 86,9% dos indivíduos não tinham qualquer ideia de se matar. No estudo #23, 12,3% dos discentes de enfermagem, 12,3% de farmácia e 13,4% dos discentes de medicina (ciclo básico - 13%; ciclo pré-clínico/clínico-teórico - 11%; e internato - 16,2%) relataram ideação suicida. O estudo #33 encontrou 9,6% de risco de suicídio (63,6% risco baixo; 15,2% risco médio; 21,2% risco elevado): terapia ocupacional (25,6%); medicina (7,5%); e fisioterapia (7,8%).

Em 30 de janeiro de 2020, o surto do novo coronavírus (SARS-CoV-2) foi declarado como Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional pela OMS. A *Coronavirus Disease 2019* (COVID-19) foi identificada pela primeira vez na cidade de Wuhan, na China, em dezembro de 2019. Já em 11 de março de 2020, a OMS classificou a COVID-19 como uma pandemia (OPAS, 2021). No Brasil, o primeiro caso da doença foi confirmado em fevereiro de 2020. A estratégia de contenção da propagação do vírus foi regulada pela busca e isolamento dos casos confirmados e de seus contatos, com a finalidade de evitar a transmissão do vírus de pessoa a pessoa (OPAS, 2021). Estima-se que mais de um terço da população global tenha ficado em isolamento, como resultado do fechamento de escolas, universidades, instituições públicas e da adesão ao trabalho remoto em muitas empresas (MAIA; DIAS, 2020).

Além do isolamento, a COVID-19 causa medo da morte e mudanças na vida do indivíduo, gerando sentimentos de impotência e abandono que podem evoluir para transtornos depressivos, de ansiedade e suicídio. Ademais, a incerteza sobre infecção ou o risco de infectar familiares pode potencializar estados mentais disfóricos (ORNELL *et al.*, 2020).

Durante as epidemias, o número de pessoas cuja saúde mental é afetada tende a ser maior do que o número de pessoas afetadas pela infecção. Tragédias anteriores mostraram que as implicações para a saúde mental podem durar mais tempo e ter maior prevalência do que a própria epidemia e que os impactos psicossociais e econômicos podem ser incalculáveis se considerarmos sua ressonância em diferentes contextos. (ORNELL *et al.*, 2020, p. 1, tradução nossa).

Segundo Maia e Dias (2020, p. 2), “[...] as pandemias são geradoras de forte impacto social, econômico e político”. No que diz respeito aos universitários, os autores verificaram que estudantes portugueses apresentaram níveis significativamente mais elevados de depressão, ansiedade e estresse em relação ao período normal, sugerindo que a pandemia teve um impacto psicológico negativo nos alunos. Na China, Wang *et al.* (2020) observaram que indivíduos do sexo feminino e estudantes foram significativamente associados a um maior impacto psicológico do surto e a níveis mais elevados de estresse, ansiedade e depressão. Posto que os custos econômicos associados aos transtornos mentais são altos, a melhoria das estratégias de tratamento de saúde mental pode levar a ganhos tanto na saúde física quanto no setor econômico (ORNELL *et al.*, 2020).

Sintomas ansiosos, depressivos e de estresse são os principais motivos que levam os universitários a procurarem ajuda profissional, uma vez que comprometem o funcionamento físico, social, emocional, cognitivo e desempenho acadêmico (OLIVEIRA *et al.*, 2016).

No estudo #04, 13,3% dos indivíduos já haviam sido submetidos a tratamento psiquiátrico e 70,6% acreditavam que não precisavam de tratamento; 31,4% haviam feito terapia psicológica e 29,4% achavam que deveriam fazer. No estudo #05, dos participantes que apresentaram sintomatologia depressiva, 13,3% já haviam feito tratamento e, quanto à sintomatologia ansiosa, 26,9% já haviam realizado tratamento psicológico. No estudo #12, 65% faziam acompanhamento médico, 52,1% haviam tido a última consulta médica há menos de 3 meses. No estudo #27, 93% dos alunos não havia feito tratamento psiquiátrico, 5,25% já haviam feito, 1,25% estavam em tratamento; houve correlação negativa e estatisticamente significativa entre tratamento psicológico e psiquiátrico e a pontuação do BDI. No estudo #28, 79,8% dos graduandos tiveram depressão diagnosticada e/ou fizeram tratamento; 8,1% já havia tido/feito antes do ingresso na universidade; 7% passaram

pelo processo patológico após o ingresso no curso; 6,3% estavam em tratamento no momento da pesquisa.

Em uma pesquisa realizada entre universitários norte-americanos, pelo *American College Health Association* (2008), apenas 24,5% daqueles que foram diagnosticados com depressão estavam em tratamento. No Nordeste, 57,8% faziam tratamento psicológico (BARBOSA *et al.*, 2020). Outro estudo realizado entre indivíduos em idade universitária (19 a 25 anos), pela *2001-2002 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions*, observou que as taxas mais baixas de busca por tratamento foram relatadas nos transtornos por uso de álcool e outras drogas e apenas 20% dos indivíduos com transtornos de ansiedade haviam procurado tratamento (BLANCO *et al.*, 2008).

Algumas barreiras para a procura por tratamento pelos estudantes incluem falta de tempo, preocupações com a privacidade, falta de abertura emocional, restrições financeiras, falta de percepção da necessidade de ajuda, desconhecimento dos serviços ou da cobertura de seguro e o ceticismo sobre a eficácia do tratamento (HUNT; EISENBERG, 2010).

Oliveira *et al.* (2016) acreditam que as intervenções ofertadas por computador, via Web, seriam ideais para a população universitária, posto que são de fácil acesso e menos estigmatizantes do que as tradicionais. Além do que, esse público é o que mais utiliza a internet e são poucos os que dispõem de ajuda profissional. De acordo com as autoras, esse tipo de intervenção *online* tem efeito positivo considerável em adolescentes e jovens adultos com sintomas ansiosos e depressivos.

O campo de saberes e práticas da Saúde Coletiva, além de buscar a compreensão da saúde e a explicação de seus determinantes sociais, é norteado para o contexto de práticas voltadas para a promoção, a prevenção e o cuidado de agravos e doenças da coletividade (VIEIRA-DA-SILVA; PAIM; SCHRAIBER, 2014). Sendo assim, a Saúde Coletiva pode contribuir significativamente com o planejamento e desenvolvimento de ações integradas de proteção e atenção à saúde mental do aluno, bem como em práticas promotoras de saúde, permitindo que os universitários enfrentem com mais qualidade de vida e bem-estar psicossocial as mudanças oriundas da vida acadêmica.

Para Hunt e Eisenberg (2010), devido à sua natureza acadêmica, as IES propiciam uma oportunidade única de debater sobre os problemas de saúde mental

mais relevantes entre adolescentes tardios e jovens adultos. Outrossim, considerando que o papel da universidade é o de formar cidadãos, as IES devem auxiliar os discentes durante o processo de formação, a fim de que os anos de graduação sejam vivenciados de maneira positiva, sem acarretar em sofrimento ou adoecimento, físico e mental, de seus alunos. Para as autoras, as universidades devem promover, desde o ingresso do aluno, ações cujo objetivo seja fornecer meios para que o estudante consiga gerenciar a vida acadêmica de modo equilibrado, adotando estratégias de estudo eficazes e cumprindo prazos sem negligenciar horas de sono e lazer. Nesse sentido, destaca-se a relevância dos programas de orientação de carreira e do psicólogo que favorecem a autoeficácia, as vivências acadêmicas, a satisfação com o curso, o processo de aprendizagem e a qualidade de vida dos discentes (ARIÑO; BARDAGI, 2018).

Cumprido destacar que a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) estabelece que

A educação, dever da família e do Estado, inspirada nos princípios de liberdade e nos ideais de solidariedade humana, tem por finalidade o pleno desenvolvimento do educando, seu preparo para o exercício da cidadania e sua qualificação para o trabalho. (BRASIL, 1996, Art. 2º).

Outrossim, educação e saúde são direitos sociais conquistados pelos cidadãos brasileiros. Além disso, a Constituição Federal de 1988 preconiza que

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988, Art. 196).

Ademais, tendo em vista que a população universitária é majoritariamente composta por adolescentes e jovens adultos, é forçoso ressaltar que

É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar [...] ao adolescente e ao jovem, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão. (BRASIL, 1988, Art. 227).

No que concerne às recomendações dos autores dos documentos selecionados, indicou-se: investigação de *Burnout* e distúrbios do sono em

estudantes de medicina; investigação da vulnerabilidade e da saúde mental dos universitários; realização de mais estudos com desenho longitudinal; monitoramento das mudanças sociodemográficas; investigação do estado de humor; análise da relação entre depressão e distúrbios do sono; e avaliação do bem-estar psicológico masculino.

Além disso, sugeriu-se a implementação de programas institucionais de recepção, integração e adaptação de calouros; programas de assistência psicossocial ao estudante e ampliação de acesso aos programas existentes; planejamento e desenvolvimento de ações integradas de prevenção e tratamento; desenvolvimento de estratégias específicas para sensibilizar os alunos em relação à busca por ajuda; políticas específicas voltadas para a saúde da mulher; treinamento de docentes e funcionários das unidades acadêmicas para a identificação de discentes em sofrimento psíquico; criação de espaços de discussão, educação e sensibilização dos graduandos sobre a frequência do adoecimento; estratégias que viabilizem a escuta e acolhimento dos alunos; programas de gerenciamento do estresse com educação para a qualidade do sono; incentivo à convivência com a família; revisão das metodologias de ensino-aprendizagem; incentivo à criação de programas de tutoria; medidas preventivas aos fatores de risco de ansiedade; realização e incentivo de ações que desenvolvam habilidades, autocontrole e relaxamento em situações geradoras de ansiedade; e elaboração de medidas que estimulem o bem-estar dos alunos. As recomendações dos autores coincidem com as propostas sugeridas por Barbosa *et al.* (2021), Morais, Mascarenhas e Ribeiro (2010), Osse e Costa (2011) e Vizzotto, Jesus e Martins (2017).

De acordo com Werneck e Almeida (2009, p. 276-277), “a validade de um estudo epidemiológico está associada à ausência de erros sistemáticos”. Quando esses erros ocorrem, “a distorção dos resultados [...] é denominada viés”. Esses vieses de informação “[...] referem-se a distorções nas estimativas de efeito obtidas em estudos epidemiológicos que decorrem de erros na mensuração/aferição da exposição e/ou desfecho de interesse” (WERNECK; ALMEIDA, 2009, p. 282).

No que tange às limitações metodológicas do presente trabalho, estão a diversidade de instrumentos utilizados para a coleta de dados das variáveis sintomas de ansiedade e sintomas de depressão, que dificultam a comparação dos estudos, e a utilização de instrumentos não validados. Por fim, o artigo #15 é um estudo enviesado por ter como objeto de estudo alunos universitários idosos.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No presente trabalho, observou-se que a população universitária é, predominantemente, do sexo feminino, de 20 a 24 anos e solteira. A maior parte dos estudos ocorreu em instituições de ensino superior públicas e federais. A prevalência de sintomas ansiosos nos estudantes universitários do Brasil variou de 13,5% a 90%. No tocante aos sintomas depressivos, a prevalência variou de 4,9% a 79%. Na maioria dos documentos, as frequências de sintomas depressivos e ansiosos foram mais elevadas no sexo feminino, em estudantes da área da saúde e no curso de medicina. Os resultados indicaram que os alunos apresentam distúrbios do sono, sintomas indicativos de estresse e de *Burnout*, elevado consumo de álcool, comprometimento da qualidade de vida, comportamento suicida e resistência quanto à procura por tratamento.

Isto posto, espera-se que estes dados auxiliem estudos futuros na área de saúde mental, sobretudo no campo da Saúde Coletiva. Esta, por sua vez, além de buscar a compreensão da saúde e de seus determinantes sociais, é norteada para o contexto de práticas voltadas para a promoção, a prevenção e o cuidado de agravos e doenças da coletividade. Destarte, o sanitarista pode atuar no planejamento e desenvolvimento de ações integradas de proteção e atenção à saúde mental do aluno, bem como em práticas promotoras de saúde.

Para isso, é necessário conhecer o perfil epidemiológico dos estudantes universitários, investigar os fatores associados aos sintomas de ansiedade e sintomas de depressão e explorar outras variáveis acadêmicas relacionadas ao processo saúde-doença. Conseqüentemente, será possível compreender melhor o panorama da saúde mental nos cursos de graduação.

No que diz respeito às ações de promoção, prevenção e cuidado, tem-se como exemplo a Política de Atenção à Saúde Mental do Estudante da UFRJ, cuja estratégia prioritária é o cultivo de ambientes que viabilizem o bem-estar e a qualidade de vida discente. As ações multidisciplinares são realizadas em vários pontos do *campus*, são elas: planejamento e execução de ações em saúde; palestras; grupo de reflexão de gênero; exibição de filmes que abordem a temática feminina e/ou direitos humanos, seguida de discussão e reflexão sobre o tema; meditação e técnica de respiração; oficinas de arte; teatro; coral; esporte; prática

corporal; yoga; grupos de dança; grupo de terapia; assistência e acolhimento; e atendimento psicológico.

Nesta revisão integrativa, verificou-se que apenas dois estudos incluíram a variável raça/etnia nos instrumentos de pesquisa. Contudo, mais da metade da população brasileira é negra (pretos e pardos) e, além desta variável poder influenciar as oportunidades educacionais que um indivíduo recebe ao longo da vida, existe associação entre experiências de racismo e o maior risco de manifestação ou agravamento de transtornos mentais. Por conseguinte, torna-se imperioso que estudos futuros examinem a associação entre raça/etnia e saúde mental.

Ademais, a maioria dos estudos incluiu o termo “sexo”, que aponta apenas a caracterização genética e anátomo-fisiológica dos indivíduos. Nenhum dos documentos mencionou dados sobre a população LGBTQIA+. Visto que a discriminação por orientação sexual e por identidade de gênero incide no processo de sofrimento e adoecimento, estudos futuros devem incluir essas informações nos instrumentos de pesquisa.

Quanto à pandemia de COVID-19, a literatura sugere efeitos danosos à saúde psíquica da comunidade estudantil. Portanto, é imprescindível continuar a investigar as suas implicações na saúde mental dos graduandos, principalmente entre os alunos de níveis socioeconômicos mais baixos, que foram os mais afetados.

REFERÊNCIAS

- ALEXANDRINO-SILVA, C. *et al.* Suicidal ideation among students enrolled in healthcare training programs: a cross-sectional study. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 31, n. 4, p. 338-344, 2009. Disponível em: <https://psycnet.apa.org/record/2011-08110-009>. Acesso em: jun. 2019.
- ALMEIDA, L. S. *et al.* Transição e adaptação à universidade: apresentação de alguns instrumentos de medida. *In*: CONFERÊNCIA INTERNACIONAL, 10., 2004, Braga. **Anais [...]**. Braga: Psiquilíbrios Edições, 2004. p. 487-495. Tema: Avaliação psicológica: formas e contextos. Disponível em: <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/12100>. Acesso em: 31 out. 2021.
- ALMEIDA, L. S. *et al.* Transição e adaptação à universidade: adaptação do Questionário de Vivências Acadêmicas (QVA). **Psicologia**, v. 14, n. 2, p. 189-208, 2000. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/277212780>. Acesso em: 10 fev. 2020.
- ALVES, T. C. D. T. F. Depressão e ansiedade entre estudantes da área de saúde. **Revista de Medicina**, v. 93, n. 3, p. 101-105, jul./set. 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v93i3p101-105>.
- AMARAL, G. F. D. *et al.* Sintomas depressivos em acadêmicos de medicina da Universidade Federal de Goiás: um estudo de prevalência. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 30, n. 2, p. 124-130, 2008. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0101-81082008000300008>.
- AMERICAN COLLEGE HEALTH ASSOCIATION. National College Health Assessment: Reference Group Data Report, Spring 2008. **Journal of American College Health**, v. 57, n. 5, p. 477-488, 2008. Disponível em: https://www.acha.org/documents/ncha/JACH_March_2009_SP08_Ref_Grp.pdf. Acesso em: 04 nov. 2021.
- ARIÑO, D. O.; BARDAGI, M. P. Relação entre Fatores Acadêmicos e a Saúde Mental de Estudantes Universitários. **Psicologia em Pesquisa**, v. 12, n. 3, p. 44-52, set./dez. 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.24879/2018001200300544>.
- ASSUNÇÃO, D. *et al.* A ocorrência da Síndrome de Burnout em universitários de cursos da área da saúde de uma instituição privada na região Norte de Minas Gerais: um estudo transversal. **Revista de Ciências Médicas e Biológicas**, v. 18, n. 1, p. 15-20, jan./abr. 2019. DOI: <https://doi.org/10.9771/cmbio.v18i1.27685>.
- BALDASSIN, S. *et al.* The characteristics of depressive symptoms in medical students during medical education and training: a cross-sectional study. **BMC Medical Education**, v. 8, n. 60, 2008. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1472-6920/8/60>. Acesso em: 15 maio 2019.
- BANDEIRA, M. *et al.* Comportamento assertivo e sua relação com ansiedade, locus de controle e auto-estima em estudantes universitários. **Estudos de Psicologia**, v. 22, n. 2, jun. 2005. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2005000200001>.

BARBOSA, L. N. F.; ASFORA, G. C. A.; MOURA, M. C. D. Ansiedade e depressão e uso de substâncias psicoativas em jovens universitários. **SMAD. Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, v. 16, n. 1, p. 01-08, jan./mar. 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.1806-6976.smad.2020.155334>.

BARBOSA, N. S. *et al.* Intervenções para prevenção do comportamento suicida em universitários: revisão integrativa. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental**, v. 13, p. 1193-1198, jan./dez. 2021 DOI: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v13.9136>.

BARDAGI, M. P. **Evasão e comportamento vocacional de universitários**: estudos sobre o desenvolvimento de carreira na graduação. Tese (Doutorado em Psicologia) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/10762>. Acesso em: 29 out. 2021.

BARDAGI, M. P.; LASSANCE, M. C. P.; PARADISO, Â. C. Trajetória Acadêmica e Satisfação com a Escolha Profissional de Universitários em Meio de Curso. **Revista Brasileira de Orientação Profissional**, v. 4, n. 1/2, p. 153-166, dez. 2003. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbop/v4n1-2/v4n1-2a13.pdf>. Acesso em: 14 fev. 2020.

BASSOLS, A. M. *et al.* A prevalência de estresse em uma amostra de estudantes do curso de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. **Revista HCPA**, v. 28, n. 3, p. 153-157, 2008. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/164547>. Acesso em: jun. 2019.

BASSOLS, A. M. *et al.* First- and last-year medical students: is there a difference in the prevalence and intensity of anxiety and depressive symptoms? **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 36, n. 3, p. 233-240, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2013-1183>.

BATISTONI, S. S. T. *et al.* Depressive symptoms in elderly participants of an open university for elderly. **Dementia e Neuropsychologia**, v. 5, n. 2, p. 85-92, jun. 2011. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5619302/>. Acesso em: jun. 2019.

BECK, A. T. *et al.* An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v. 56, n. 6, p. 893-897, 1988. DOI: 10.1037//0022-006x.56.6.893.

BEVILAQUA, N. R. *et al.* O consumo de álcool entre estudantes de dois cursos universitários. **Revista Contrapontos**, v. 6, n. 1, p. 123-136, jan./abr. 2006. Disponível em: <https://siaiap32.univali.br/seer/index.php/rc/article/view/854>. Acesso em: 14 set. 2020.

BLANCO, C. *et al.* Mental health of college students and their non-college-attending peers: results from the national epidemiologic study on alcohol and related conditions. **Archives Of General Psychiatry**, v. 65, n. 12, p. 1429-1437, Dec. 2008. DOI: 10.1001/archpsyc.65.12.1429.

BORINI, P. *et al.* Padrão de uso de bebidas alcoólicas de estudantes de medicina (Marília, São Paulo): Parte 1. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 2, n. 43, p. 93-103, fev. 1994. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/psi-2668>. Acesso em: 10 nov. 2021.

BOTEGA, N. J. Comportamento suicida: epidemiologia. **Psicologia USP**, v. 25, n. 3, p. 231-236, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-6564D20140004>.

BRANDTNER, M.; BARDAGI, M. Sintomatologia de Depressão e Ansiedade em Estudantes de uma Universidade Privada do Rio Grande do Sul. **Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia**, v. 2, n. 2, p. 81-91, 2009. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/gerais/v2n2/v2n2a04.pdf>. Acesso em: jun. 2019.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**, Brasília: Senado Federal, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 26 nov. 2021.

BRASIL. Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 23 dez. 1996. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19394.htm. Acesso em: 27 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.836, de 1º de dezembro de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT). **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2836_01_12_2011.html. Acesso em: 01 out. 2021.

BRUCH, T. P.; CARNEIRO, E. A.; JORNADA, L. K. Presença de sintomas psiquiátricos em estudantes de medicina de Universidade do sul do Brasil. **ACM Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 38, n. 4, out./dez. 2009. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-664868>. Acesso em: jun. 2019.

CAMARGO, R. D. M.; SOUSA, C. D. O.; OLIVEIRA, M. L. C. D. Prevalence of cases of depression in nursing students in an institution of higher education in Brasília. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 18, n. 2, p. 392-397, abr./jun. 2014. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-727276>. Acesso em: jun. 2019.

CARVALHO, E. A. D. *et al.* Índice de ansiedade em universitários ingressantes e concluintes de uma instituição de ensino superior. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 14, n. 3, p. 1290-1298, jul./set. 2015. DOI: <https://doi.org/10.4025/ciencuidsaude.v14i3.23594>.

CASTILLO, A. R. G. *et al.* Transtornos de ansiedade. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 22, p. 20-23, 2000. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1516-4446200000600006>.

CAVALCANTE, F. G.; MINAYO, M. C. S.; MANGAS, R. M. N. Diferentes faces da depressão no suicídio em idosos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 10, p. 2985-2994, out. 2013. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013001000023>.

CAVESTRO, J. D. M.; ROCHA, F. L. Prevalência de depressão entre estudantes universitários. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 55, n. 4, p. 264-267, 2006. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0047-20852006000400001>.

CERCHIARI, E. A. N. **Saúde mental e qualidade de vida em estudantes universitários**. Tese (Doutorado em Ciências Médicas) – Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2004. Disponível em: http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/313371/1/Cerchiari_EdneiaAlbinoNunes_D.pdf. Acesso em: 01 out. 2019.

COELHO, A. T. *et al.* Qualidade de sono, depressão e ansiedade em universitários dos últimos semestres de cursos da área da saúde. **Neurobiologia**, v. 73, n. 1, jan./mar. 2010. Disponível em: <https://revistaneurobiologia.com.br/index.php/edicoes/ano-2010/volume-73-jan-mar/5-qualidade-de-sono-depressao-e-ansiedade-em-universitarios-dos-ultimos-semestres-de-cursos-da-area-da-saude>. Acesso em: 14 set. 2020.

COSTA, E. F. D. O. *et al.* Sintomas depressivos entre internos de medicina em uma universidade pública brasileira. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 58, n. 1, p. 53-59, 2012.

FACUNDES, V. L. D.; LUDERMIR, A. B. Common mental disorders among health care students. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 27, n. 3, p. 194-200, 2005. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1516-44462005000300007>.

FALAVIGNA, A. *et al.* Sleep disorders among undergraduate students in Southern Brazil. **Sleep Breathing**, v. 15, n. 3, p. 519-524, July 2010. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs11325-010-0396-6>. Acesso em: maio 2019.

FERNANDES, M. A. *et al.* Prevalence of anxious and depressive symptoms in college students of a public institution. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, supl. 5, p. 2169-2175, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0752>.

FERREIRA, C. L. *et al.* Universidade, contexto ansiogênico? Avaliação de traço e estado de ansiedade em estudantes do ciclo básico. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 3, p. 973-981, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/9vk9JkNZyLX6PJF5RJKvZnq/?lang=pt>. Acesso em: jun. 2019.

FUREGATO, A. R. F.; SANTOS, J. L. F.; SILVA, E. C. D. Depressão entre estudantes de enfermagem relacionada à auto-estima, à percepção da sua saúde e interesse por saúde mental. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 16, p. 198-204, mar./abr. 2008. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692008000200005>.

GAMA, M. M. A. *et al.* Ansiedade-traço em estudantes universitários de Aracaju (SE). **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 30, n. 1, p. 19-24, 2008. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0101-81082008000100007>.

GARRO, I. M. B. *et al.* Depressão em graduandos de enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 19, n. 2, p. 162-167, 2006. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002006000200007>.

GORESTEIN, C.; ANDRADE, L. Inventário de depressão de Beck: propriedades psicométricas da versão em português. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 25, n. 5, p. 245-250, 1998. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-228051>. Acesso em: jul. 2020.

GOTO, J. B.; COUTO, P. F. M.; BASTOS, J. L. Revisão sistemática dos estudos epidemiológicos sobre discriminação interpessoal e saúde mental. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, n. 3, p. 445-459, 2013. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2013000300004>.

GOYATÁ, S. L. T. *et al.* Efeitos da acupuntura no tratamento da ansiedade: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 69, n. 3, p. 602-609, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2016690325i>.

HERNÁNDEZ-POZO, M. D. R. *et al.* Desempeño académico de universitarios en relación con ansiedad escolar y auto-evaluación. **Acta Colombiana de Psicología**, v. 11, n. 1, p. 13-23, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/acp/v11n1/v11n1a02.pdf>. Acesso em: 31 out. 2021.

HIRATA, F. C. *et al.* Depression in medical school: the influence of morningness-eveningness. **Chronobiology International**, v. 24, n. 5, p. 939-946, 2007. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17994347/>. Acesso em: maio 2019.

HUNT, J.; EISENBERG, D. Mental health problems and help-seeking behavior among college students. **Journal of Adolescent Health**, v. 46, n. 1, 2010. p. 3-10. Disponível em: [https://www.jahonline.org/article/S1054-139X\(09\)00340-1/fulltext](https://www.jahonline.org/article/S1054-139X(09)00340-1/fulltext). Acesso em: 21 dez. 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. SIDRA - Banco de Tabelas Estatísticas. Censo Demográfico, 2010. Disponível em: <https://sidra.ibge.gov.br/tabela/2093>. Acesso em: 25 out. 2021.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS. **Censo da Educação Superior**: Notas estatísticas. [S. l.]: INEP, 2019. 33 p. Disponível em: https://download.inep.gov.br/educacao_superior/censo_superior/documentos/2020/Notas_Estatisticas_Censo_da_Educacao_Superior_2019.pdf. Acesso em: 22 set. 2021.

LASSANCE, M. C. P. A Orientação profissional e a globalização da economia. **Revista da ABOP**, v. 1, p. 71-80, 1997. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rabop/v1n1/v1n1a06.pdf>. Acesso em: 11 nov. 2021.

LAWI, E. R. J. A. **Perfil de hábitos de leitura e qualidade de vida de alunos ingressantes em 2014, de odontologia e fonoaudiologia da Faculdade de Odontologia da USP de Bauru, São Paulo**. 2015. Dissertação (Mestrado em Ortodontia e Odontologia em Saúde Coletiva) – Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo, Bauru, 2015. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/25/25144/tde-24112015-161003/pt-br.php>. Acesso em: 11 nov. 2021.

LEÃO, P. B. D. O. E. S. *et al.* Well-being and help-seeking: an exploratory study among final-year medical students. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 57, n. 4, p. 379-386, 2011. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21876917/>. Acesso em: 16 jun. 2019.

LIMA, M. C. P.; DOMINGUES, M. D. S.; CERQUEIRA, A. T. D. A. R. Prevalência e fatores de risco para transtornos mentais comuns entre estudantes de Medicina. **Revista de Saúde Pública**, v.40, n. 6, p. 1035-1041, 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/8XR4gYNpWjfPQLgyj6CVDtR/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: jun. 2019.

LIMA, M. E. B. M. P. D. **Ideação Suicida e Saúde Coletiva no Brasil**: pesquisa exploratória e elucubrações acerca do profissional sanitário na prevenção de comportamentos suicidas. 2019. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019. Disponível em: <http://hdl.handle.net/11422/10882>. Acesso em: 14 nov. 2021.

LIMA, R. D. Os suicídios e a universidade produtivista. **Revista Espaço Acadêmico**, p. 78-86, out. 2013. Disponível em: <http://www.espacoacademico.com.br/044/44eue>. Acesso em: 1 set. 2019.

LOVISI, G. M. *et al.* Análise epidemiológica do suicídio no Brasil entre 1980 e 2006. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 31, supl. 2, p. S86-S93, 2009. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1516-44462009000600007>.

LUZ, F. M. **Sintomas e stress, ansiedade e depressão em universitários de cursos de saúde**. 2017. Dissertação (Mestrado em Psicologia da Saúde) – Escola de Ciências Médicas e da Saúde da Universidade Metodista de São Paulo, São Bernardo do Campo, 2017. Disponível em: <http://tede.metodista.br/jspui/handle/tede/1736>. Acesso em: 14 set. 2020.

MACEDO, P. N. A. G. *et al.* Factors associated with depressive symptoms in a sample of Brazilian medical students. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 33, n. 4, dez. 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0100-55022009000400010>.

MACHADO, R. P. *et al.* Fatores de risco para ideação suicida entre universitários atendidos por um serviço de assistência de saúde estudantil. **SMAD. Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, v. 16, n. 4, p. 23-31, jul./ago. 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.1806-6976.smad.2020.169186>.

MAIA, B. R.; DIAS, P. C. Ansiedade, depressão e estresse em estudantes universitários: o impacto da COVID-19. **Estudos de Psicologia**, v. 37, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-0275202037e200067>.

MARCHI, K. C. *et al.* Ansiedade e consumo de ansiolíticos entre estudantes de enfermagem de uma universidade pública. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 15, n. 3, p. 731-739, jul./set. 2013. DOI: <https://doi.org/10.5216/ree.v15i3.18924>.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 17, n. 4, p. 758-64, out./dez. 2008. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>.

MONDINI, V. E. D.; DOMINGUES, M. J. C. D. S. Entendendo a classificação das IES no Brasil. *In: COLOQUIO INTERNACIONAL SOBRE GESTIÓN UNIVERSITARIA EN AMÉRICA DEL SUR*, 5., 2005, Mar del Plata. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/97136>. Acesso em: 4 jun. 2020.

MORAIS, L. M. D.; MASCARENHAS, S. A. D. N.; RIBEIRO, J. L. P. Diagnóstico do estresse, ansiedade e depressão em universitários: desafios para um serviço de orientação e promoção da saúde psicológica na universidade - um estudo com estudantes da UFAM-Brasil. **Revista AMAzônica**, v. 4, n. 1, p. 55-76, jan./jun. 2010. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4028883>. Acesso em: 14 set. 2020.

MOTA, I. D. *et al.* Relação entre atividade física e síndrome de burnout em estudantes universitários: revisão sistemática. **Pensar a Prática**, v. 22, p. 1-15, 2019. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/controlcancer/resource/pt/biblio-1006060>. Acesso em: 19 out. 2021.

MOTA, Í. D. *et al.* Síndrome de burnout em estudantes universitários: um olhar sobre as investigações. **Motrivivência**, v. 29, n. esp., p. 243-256, dez. 2017. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-880959>. Acesso em: 19 out. 2021.

NEVES, C. E. B.; MARTINS, C. B. Ensino superior no Brasil: uma visão abrangente. *In: DWYER, T. et al. Jovens universitários em um mundo em transformação: uma pesquisa sino-brasileira*. Brasília: Ipea; Pequim; SSAP, 2016. cap. 3, p. 95-124. Disponível em: http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/7351/1/Jovens%20universit%C3%A1rios%20em%20um%20mundo%20em%20transforma%C3%A7%C3%A3o_uma%20pesquisa%20sino-brasileira.pdf. Acesso em: 11 dez. 2019.

NEVES, M. C. C.; DALGALARRONDO, P. Transtornos mentais auto-referidos em estudantes universitários. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 56, n. 4, p. 237-244, 2007. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0047-20852007000400001>.

NOVAIS, L. H.; REZENDE, B. A. Estresse, qualidade de vida e pressão arterial de estudantes universitários. **Estudos Interdisciplinares em Psicologia**, v. 12, n. 1, p. 183-199, jan-abr. 2021. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1337758>. Acesso em: 15 nov. 2021.

OLINTO, M. T. A. Reflexões sobre o uso do conceito de gênero e/ou sexo na epidemiologia: um exemplo nos modelos hierarquizados de análise. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 1, n. 2, 1998. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1415-790X1998000200006>.

OLIVEIRA, C. *et al.* Programas de Prevenção para a Ansiedade e Depressão: Avaliação da Percepção dos Estudantes Universitários. **Interacções**, v. 12, n. 42, p. 96-111, 2016. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/psicologiaufc/article/view/60039>. Acesso em: 14 set. 2020.

OLIVEIRA, L. S. *et al.* Qualidade de vida de estudantes de uma universidade pública do Ceará. **Revista de Psicologia**, v. 12, n. 1, p. 72-85, jan./jun. 2021. DOI: <https://doi.org/10.36517/revpsiufc.12.1.2021>.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Subsídios para o debate sobre a Política Nacional de Saúde da População Negra**: uma questão de equidade. Brasília: Sistema Nações Unidas, 2001. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saudepopnegra.pdf>. Acesso em: 28 out. 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório sobre a saúde no mundo 2001**: Saúde mental: nova concepção, nova esperança. Genebra: OMS, 2001. p. 1-16. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0205.pdf>. Acesso em: 21 set. 2021.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Histórico da pandemia de COVID-19. **Folha informativa sobre COVID-19**, 2021. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/covid19/historico-da-pandemia-covid-19>. Acesso em: 24 nov. 2021.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Saúde universal e a pandemia**: sistemas de saúde resilientes: relatório anual 2020: Brasil. [S. l.]: OPAS,, 2021. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/54862/OPASBRA210040_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 24 nov. 2021.

ORNELL, F. *et al.* “Pandemic fear” and COVID-19: mental health burden and Strategies. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 42, n. 3, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbp/a/WGD9CnJ95C777tcjnkHq4Px/?lang=en>. Acesso em: 21 dez. 2020.

OSSE, C. M. C.; COSTA, I. I. da. Saúde mental e qualidade de vida na moradia estudantil da Universidade de Brasília. **Estudos de Psicologia**, v. 28, n. 1, p. 115-122, jan./mar. 2011. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2011000100012>.

PACHECO, J. P. *et al.* Mental health problems among medical students in Brazil: a systematic review and meta-analysis. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 39, n. 4, p. 369-378, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2017-2223>.

PADOVANI, R. D. C. *et al.* Vulnerabilidade e bem-estar psicológicos do estudante universitário. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, v. 10, n. 1, p. 2-10, 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/1808-5687.20140002>.

PAGNIN, D. *et al.* The relation between burnout and sleep disorders in medical students. **Academic Psychiatry**, v. 38, n. 4, p. 438-44, Aug. 2014. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24683060/>. Acesso em: jun. 2019.

PARO, H. B. M. S. *et al.* Health-related quality of life of medical students. **Medical Education**, v. 44, n. 3, p. 227-35, Mar. 2010. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20444053/>. Acesso em: jun. 2019.

PAULA, J. D. A. D. *et al.* Prevalência e fatores associados à depressão em estudantes de medicina. **Journal of Human Growth and Development**, v. 24, n. 3, p. 274-281, 2014. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/jhgd/article/view/88911>. Acesso em: jul 2020.

PINHO, A. P. M. *et al.* A transição do ensino médio para a universidade: um estudo qualitativo sobre os fatores que influenciam este processo e suas possíveis consequências comportamentais. **Revista de Psicologia**, v. 6, n. 1, p. 33-47, jan./jun. 2015. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/psicologiaufc/article/view/1691>. Acesso em: 10 fev. 2020.

REZENDE, C. H. A. D. *et al.* Prevalência de Sintomas Depressivos entre Estudantes de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 32, n. 3, set. 2008. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0100-55022008000300006>.

RIOS, O. D. F. L. **Níveis de stress e depressão em estudantes universitários.** 2006. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2006. Disponível em: <https://tede2.pucsp.br/handle/handle/15516>. Acesso em: 05 out. 2021.

SANTOS, L. B. D. *et al.* Prevalência, severidade e fatores associados à depressão em estudantes universitários. **SMAD. Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, v. 17, n. 1, p. 92-100, mar. 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.1806-6976.smad.2021.167804>.

SERRA, R. D.; MATTOS, S. L.; CASE, M. M. Prevalence of depressive and anxiety symptoms in medical students in the city of Santos. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 64, n. 3, p. 213-220, set. 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000081>.

SILVA, A. G.; CERQUEIRA, A. T. D. A. R.; LIMA, M. C. P. Social support and common mental disorder among medical students. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 17, n. 1, p. 229-242, jan./mar. 2014. DOI: 10.1590/1415-790x201400010018eng..

SILVA, L. D. C. *et al.* Comportamentos de risco a saúde em universitários de uma instituição pública. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 12, p. 544-550, jan./dez. 2020. DOI: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v12.8635>.

SILVA, R. S.; COSTA, L. A. D. Prevalência de transtornos mentais comuns entre estudantes universitários da área da saúde. **Revista de Psicologia**, v. 15, n. 23, p. 105-112, 2012. Disponível em: <https://revista.pgsskroton.com/index.php/renc/article/view/2473>. Acesso em: 30 jul. 2019.

SMOLEN, J. R.; ARAÚJO, E. M. D. Raça/cor da pele e transtornos mentais no Brasil: uma revisão sistemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 12, p. 4021-4030, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320172212.19782016>.

SOUZA, I. M. D. M. *et al.* Health-related quality of life and depressive symptoms in undergraduate nursing students. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 20, n. 4, p. 736-743, jul./ago. 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692012000400014>.

SOUZA, L. **Prevalência de sintomas depressivos, ansiosos e estresse em acadêmicos de medicina**. Tese (Doutorado em Ciências) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010. Disponível em: <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5131/tde-01022011-181552/publico/LucianoSouza.pdf>. Acesso em: jul 2020.

SOUZA, L. K. D.; LOURENÇO, E.; SANTOS, M. R. G. D. Adaptação à universidade em estudantes ingressantes na graduação em Psicologia. **Psicologia da Educação**, v. 42, p. 35-48, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/2175-3520.20150023>.

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein**, v. 8, p. 102-6, 2010. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1679-45082010RW1134>.

SREERAMAREDDY, C. T. *et al.* Psychological morbidity, sources of stress and coping strategies among undergraduate medical students of Nepal. **BMC Medical Education**, v. 7, n. 26, 2007. Disponível em: <https://bmcmmededuc.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1472-6920-7-26.pdf>. Acesso em: 25 out. 2021.

STEMPLIUK, V. D. A. *et al.* Comparative study of drug use among undergraduate students at the University of São Paulo – São Paulo campus in 1996 and 2001. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 27, n. 3, p. 185-193, 2005. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1516-44462005000300006>.

TABALIPA, F. D. O. *et al.* Prevalence of anxiety and depression among medical students. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 39, n. 3, set. 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v39n3e02662014>.

TEIXEIRA, M. A. P. *et al.* Adaptação à universidade em jovens calouros. **Psicologia Escolar e Educacional**, v. 12, n. 1, p. 185-202, jan./jun. 2008. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-85572008000100013>.

TEMPSKI, P. *et al.* Relationship among medical student resilience, educational environment and quality of life. **PLoS ONE**, v. 10, n. 6, jun. 2015. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26121357/>. Acesso em: jun. 2019.

TORRES, A. R. *et al.* Obsessive-compulsive symptoms in medical students: prevalence, severity, and correlates. **Academic Psychiatry**, v. 40, n. 1, p. 46-54, Feb. 2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26108391/>. Acesso em: 8 out. 2019.

VALDEBENITO, M. A. B. Autoeficácia y vivencias académicas en estudiantes universitarios. **Acta Colombiana de Psicología**, v. 20, n. 1, p. 275-283, jun. 2017. DOI: <https://doi.org/10.14718/ACP.2017.20.1.13>.

VASCONCELOS, T. C. D. *et al.* Prevalência de Sintomas de Ansiedade e Depressão em Estudantes de Medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 39, n. 1, p. 135-142, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v39n1e00042014>.

VICTORIA, M. S. *et al.* Níveis de ansiedade e depressão em graduandos da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). **Revista de Psicologia**, v. 16, n. 25, 2013. Disponível em: <https://revista.pgsskroton.com/index.php/renc/article/view/2447>. Acesso em: 14 set. 2020.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M.; PAIM, J. S.; SCHRAIBER, L. B. O que é Saúde Coletiva? *In*: PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. **Saúde coletiva: teoria e prática**. Rio de Janeiro: MedBook, 2014. cap. 1.

VIZZOTTO, M. M.; JESUS, S. N. D.; MARTINS, A. C. Saudades de Casa: indicativos de depressão, ansiedade, qualidade de vida e adaptação de estudantes universitários. **Revista Psicologia e Saúde**, v. 9, n. 1, 2017. Disponível em: <https://pssaucdb.emnuvens.com.br/pssa/article/view/469>. Acesso em: 14 set. 2020.

WANG, C. *et al.* Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the General Population in China. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 17, n. 5, p. 1-25, 6 mar. 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32155789/>. Acesso em: 24 nov. 2021.

WERNECK, G. L.; ALMEIDA, L. M. D. Validade em estudos epidemiológicos. *In*: MEDRONHO, R. A. (org.). *et al.* **Epidemiologia**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2009. cap. 15.

WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. The integrative review: updated methodology. **Journal of Advanced Nursing**, v. 52, n. 5, p. 546-553, 2005. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16268861/>. Acesso em: 11 mar. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Depression and other common mental disorders**: global health estimates. Geneva: WHO, 2017. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 18 nov. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Mental Health Atlas 2020**. Geneva: WHO, 2021. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240036703/>. Acesso em: 14 nov. 2021.