

Universidade Federal de Ouro Preto

Escola de Nutrição

Programa de Pós-Graduação em Saúde e Nutrição
PPGSN

Dissertação

**Sintomas de transtorno de
ansiedade e depressão e uso
de substâncias psicoativas
entre estudantes
ingressantes da Universidade
Federal de Ouro Preto**

Waléria de Paula

Ouro Preto





UNIVERSIDADE FEDERAL DE OURO PRETO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E NUTRIÇÃO
ESCOLA DE NUTRIÇÃO



**Sintomas de transtorno de ansiedade e depressão e uso de
substâncias psicoativas entre estudantes ingressantes da
Universidade Federal de Ouro Preto**

Ouro Preto - Minas Gerais - Brasil
Fevereiro, 2020

Waléria de Paula

Sintomas de transtorno de ansiedade e depressão e uso de substâncias psicoativas entre estudantes ingressantes da Universidade Federal de Ouro Preto

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Saúde e Nutrição, pertencente à Escola de Nutrição da Universidade Federal de Ouro Preto, como requisito parcial à obtenção do grau de mestre em Saúde e Nutrição (Área de concentração: Saúde Coletiva).

Orientadora: Prof. Dra. Adriana Lúcia Meireles

Coorientadora: Prof. Dra. Renata Cristina Rezende Macedo do Nascimento

Ouro Preto - Minas Gerais - Brasil

Fevereiro, 2020

SISBIN - SISTEMA DE BIBLIOTECAS E INFORMAÇÃO

P324s Paula, Waléria de .

Sintomas de transtorno de ansiedade e depressão e uso de substâncias psicoativas entre estudantes ingressantes da Universidade Federal de Ouro Preto. [manuscrito] / Waléria de Paula. - 2020.

103 f.: il.: , gráf., tab..

Orientadora: Profa. Dra. Adriana Lúcia Meireles.

Coorientadora: Profa. Dra. Renata Cristina Rezende Macedo do Nascimento.

Dissertação (Mestrado Acadêmico). Universidade Federal de Ouro Preto. Escola de Nutrição. Programa de Pós-Graduação em Saúde e Nutrição.

Área de Concentração: Saúde e Nutrição.

1. Saúde Mental. 2. Depressão. 3. Ansiedade. 4. Estudantes - Universitários. 5. Psicotrópicos. I. Meireles, Adriana Lúcia. II. Nascimento, Renata Cristina Rezende Macedo do. III. Universidade Federal de Ouro Preto. IV. Título.

CDU 616.89-008-45

Bibliotecário(a) Responsável: Sônia Marcelino - CRB6-2247



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE OURO PRETO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E
NUTRIÇÃO

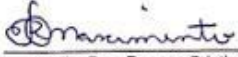


ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO

Aos 19 dias do mês de fevereiro do ano de 2020, às 13:30 horas, nas dependências do Centro de Educação a Distância (Cead), foi instalada a sessão pública para a defesa de dissertação da mestranda Waléria de Paula, sendo a banca examinadora composta pela Profa. Dra. Adriana Lucia Meireles (Presidente - UFOP), pela Profa. Dra. Clareci Silva Cardoso (Membro - Externo), pela Profa. Dra. Elaine Leandro Machado (Membro - Externo) e pela Profa. Dra. Renata Cristina Rezende Macedo do Nascimento (Co-Orientadora - UFOP). Dando início aos trabalhos, a presidente, com base no regulamento do curso e nas normas que regem as sessões de defesa de dissertação, concedeu à mestranda 40 minutos para apresentação do seu trabalho intitulado "Sintomas de Transtorno de Ansiedade e Depressão e Uso de Substâncias Psicoativas Entre Estudantes Ingressantes da Universidade Federal de Ouro Preto". Terminada a exposição, a presidente da banca examinadora concedeu, a cada membro, um tempo máximo de 0 minutos para perguntas e respostas à candidata sobre o conteúdo da dissertação, na seguinte ordem: Primeiro Profa. Dra. Clareci Silva Cardoso; segundo Profa. Dra. Elaine Leandro Machado; terceiro Profa. Dra. Renata Cristina Rezende Macedo do Nascimento; quarto Profa. Dra. Adriana Lucia Meireles. Dando continuidade, ainda de acordo com as normas que regem a sessão, a presidente solicitou aos presentes que se retirassem do recinto para que a banca examinadora procedesse à análise e decisão, anunciando, a seguir, publicamente, que a mestranda foi aprovada, sob a condição de que a versão definitiva da dissertação deva incorporar todas as exigências da banca, devendo o exemplar final ser entregue no prazo máximo de 60 (sessenta) dias à Coordenação do Programa. Para constar, foi lavrada a presente ata que, após aprovada, vai assinada pelos membros da banca examinadora e pela mestranda. Ouro Preto, 19 de fevereiro de 2020.

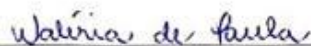

Profa. Dra. Adriana Lucia Meireles

Presidente

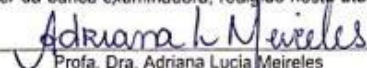

Profa. Dra. Renata Cristina
Rezende Macedo do Nascimento

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
Profa. Dra. Clareci Silva Cardoso
(Participação por
Videoconferência)


Profa. Dra. Elaine Leandro
Machado


Mestranda

Certifico que a defesa realizou-se com a participação a distância do(s) membros(s) Profa. Dra. Clareci Silva Cardoso e que, depois das arguições e deliberações realizadas, cada participante a distância afirmou estar de acordo com o conteúdo do parecer da banca examinadora, redigido nesta ata.


Profa. Dra. Adriana Lucia Meireles

Presidente

À Deus, razão da minha vida.

Aos meus amados pais e irmã por sempre apoiarem meus
sonhos.

Ao Gustavo por estar ao meu lado em todos os momentos
e acreditar em mim quando eu mesma não acreditava.

Agradecimentos

Agradeço primeiramente à Deus pelo dom da vida e por me presentear a cada novo dia e a Nossa Senhora que sempre passa na frente abençoando e abrindo os caminhos. Aos meus pais Wania e Ismael e minha irmã Wanessa, por serem o motivo de tudo! Obviamente foi graças aos seus esforços, apoio, fé e amor que cheguei até aqui. À minha avó Lourdes que sempre dedicou suas orações e aconchego aos netos. Ao Gustavo, o melhor presente que a vida me trouxe, que sempre me encorajou a buscar meus sonhos, estando ao meu lado em todos os momentos. Obrigada por todo amor, cumplicidade e respeito de sempre (minha duplinha). Só posso dizer que minha família é incrível!

À Adriana, a melhor orientadora que alguém poderia ter, pelo voto de confiança ao aceitar minha inserção no PPGSN, por todos os conselhos, convívio e amizade durante esses dois anos. Com certeza sua paciência e amor à docência faz com que tudo pareça mais leve. À minha coorientadora Renata por ser sempre tão amiga, disponível, atenciosa e um exemplo de profissional que quero seguir no meu caminho. Aos amigos e queridos alunos de IC Bruna, João, Gabriela e Mayra que foram peças-chaves para o desenvolvimento dessa pesquisa, trabalhando lado a lado comigo nas coletas! Aos colegas de mestrado e amigas do “Já” pelo apoio e companhia nos melhores e piores dias, em especial Magda, Laíse, Patrícia, Thaís, Ana Carla e Mirela, que se tornaram amigas para a vida toda! Conhecer vocês me deu a certeza de que nada é por acaso. Às amigas de Resende Costa, República Namoradeiras e a Renata, que entenderam minha ausência e nunca deixaram de me incentivar e amar.

Aos membros do GPENSC e PADu que ajudaram na realização dessa pesquisa e proporcionaram momentos de rica discussão e aprendizado. À UFOP, EFAR, ENUT e PPGSN pelo ensino gratuito e de qualidade inquestionáveis, e a todos os seus funcionários pela dedicação. À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) pelo apoio e financiamento de bolsa.

E por fim, agradeço todos os estudantes que aceitaram o convite de contribuir com esse estudo, principalmente aqueles que convivem com os sintomas de ansiedade e depressão e buscam incansavelmente entender esses transtornos na espera de uma melhor qualidade de vida. Juntos sempre seremos mais fortes!

DAS UTOPIAS

Se as coisas são inatingíveis... ora!

Não é motivo para não querê-las...

Que tristes os caminhos, se não fora

A presença distante das estrelas!

(Mario Quintana)

RESUMO

Introdução: A ansiedade e a depressão são transtornos mentais comuns entre estudantes universitários, sendo sua distribuição e prevalência cada vez mais estudadas. É também entre as idades de vivência acadêmica que muitas vezes ocorrem os primeiros contatos com substâncias psicoativas, o que pode ser um fator agravante ao desenvolvimento de transtornos mentais. **Objetivo:** Avaliar o uso de substâncias psicoativas e a prevalência dos sintomas de transtorno de ansiedade e de depressão e os fatores associados em estudantes universitários do primeiro período da Universidade Federal de Ouro Preto (UFOP). **Métodos:** Trata-se de um estudo transversal em que foram selecionados estudantes ingressantes no ano de 2019, com idade maior ou igual a 18 anos, de quatorze cursos da UFOP. Os estudantes responderam um questionário autoaplicado e impresso, composto por questões sociodemográficas, hábitos de vida (incluindo o uso de substâncias psicoativas) e condições de saúde, que originaram as variáveis explicativas. A variável desfecho foi obtida por meio da classificação dos sintomas de transtorno de ansiedade e depressão, avaliados pela escala DASS-21 (*Depression, Anxiety and Stress Scale -21*), traduzida e validada para o português. Foram realizadas análises descritiva, bivariada e multivariada (regressão de Poisson com variância robusta), no *software* estatístico STATA versão 13.0. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFOP e todos os 356 participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. **Resultados:** A prevalência de ansiedade foi de 42,5% e de depressão 33,2%. O uso de substâncias lícitas, como o álcool e o tabaco, foi relatado por 73,9% e 17,4% dos estudantes, respectivamente e 16,6% dos estudantes relataram fazer uso de algum tipo de droga ilícita. O uso de medicamentos psicotrópicos foi relatado por 21,9% dos estudantes e mostrou-se associado aos sintomas de transtorno de ansiedade (RP=1,71/ IC95% 1,36 - 2,17) e depressão (RP=1,84/ IC95% 1,40 - 2,42). Outros fatores permaneceram associados positivamente aos transtornos, tais como: sexo feminino, ser homossexual, cor da pele não branca, uso de internet moderado ou excessivo, falta de atividade física, não frequentar festas universitárias, fazer acompanhamento psicológico, ter histórico de ansiedade em parentes de primeiro grau, autoavaliação negativa da saúde e fazer uso de medicamento psicotrópico. **Conclusões:** Observaram-se altas prevalências de sintomas de ansiedade e depressão e de consumo de substâncias

psicoativas por estudantes universitários do primeiro período, assim como a associação dos transtornos mentais avaliados com o uso de medicamentos psicotrópicos, destacando a importância de desenvolver programas voltados à promoção da saúde mental e física de estudantes universitários e de prevenção ao uso de substâncias psicoativas no meio acadêmico.

Palavras chaves: Saúde Mental, Depressão, Ansiedade, Estudantes, Drogas, Psicotrópicos.

ABSTRACT

Background: Anxiety and depression are common mental disorders among university students, and their distribution and prevalence are increasingly studied. It is also between the ages of academic experience that the first contacts with psychoactive substances often occur, which can be an aggravating factor for the development of mental disorders. **Objective:** Evaluate the use of psychoactive substances and the prevalence of symptoms of anxiety disorder and depression and the associated factors in university students from the first period of the Federal University of Ouro Preto (UFOP). **Methods:** This is a cross-sectional study in which students entering the year 2019, aged 18 years or over, were selected from fourteen courses at UFOP. The students answered a self-administered and printed questionnaire, composed of sociodemographic questions, lifestyle (including the use of psychoactive substances) and health conditions, which originated the explanatory variables. The outcome variable was obtained through the classification of symptoms of anxiety and depression disorder, assessed by the DASS – 21 scale (Depression, Anxiety and Stress Scale- 21), translated and validated into portuguese. Descriptive, bivariate and multivariate analyzes (Poisson regression with robust variance) were performed using the statistical software STATA version 13.0. The research was approved by the UFOP Research Ethics Committee and all 356 participants signed the Free and Informed Consent Form. **Results:** The prevalence of anxiety was 42.5% and depression 33.2%. The use of legal substances, such as alcohol and tobacco, was reported by 73.9% and 17.4% of students, respectively and 16.6% of students reported using some type of illegal drug. The use of psychotropic drugs was reported by 21.9% of students and was associated with symptoms of anxiety disorder (PR = 1.71 / 95% CI 1.36 - 2.17) and depression (PR = 1.84 / 95% CI 1.40 - 2.42). Other factors remained positively associated with the disorders, such as: female gender, being homosexual, non-white skin color, moderate or severe internet use, lack of physical activity, not attending university parties, having psychological counseling, having a history of anxiety in relatives first degree, negative self-rated health and use psychotropic medication. **Conclusions:** There was a high prevalence of symptoms of anxiety and depression and consumption of psychoactive substances by university students in the first period, as well as the association of mental disorders assessed with the use of psychotropic drugs, highlighting the importance of

developing programs aimed at promoting the mental and physical health of university students and prevention of the use of psychoactive substances in the academic environment.

Key words: Mental Health, Depression, Anxiety, Students, Drugs, Psychotropics.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Modelo conceitual dos fatores associados aos sintomas de transtornos de ansiedade e depressão em estudantes universitários.....38

Figura 2. Distribuição da prevalência, por sexo, dos sintomas de transtorno de ansiedade e depressão de estudantes universitários ingressantes no ano de 2019 da Universidade Federal de Ouro Preto (n=355). *Prevalências significativamente diferentes entre os sexos ($p < 0,05$).....40

Figura 3. A: Distribuição por ordem crescente da prevalência dos sintomas de ansiedade por curso em estudantes universitários ingressantes no ano de 2019 da Universidade Federal de Ouro Preto (n=355) B: Distribuição por ordem crescente da prevalência dos sintomas de depressão por curso em estudantes universitários ingressantes no ano de 2019 da Universidade Federal de Ouro Preto (n=355).41

LISTA DE QUADRO E TABELAS

Quadro 1. Instruções para a soma das pontuações individuais para cada resposta da escala DASS-21.33

Tabela 1. Distribuição e classificação dos medicamentos psicotropicos usados por estudantes universitários do primeiro período da UFOP (n=73) de acordo com o código químico terapêutico anatômico (ATC).....43

Tabela 2. Análise bivariada dos sintomas de transtorno de depressão em relação às variáveis sociodemográficas, hábitos de vida e condições de saúde de estudantes universitários do primeiro período da Universidade Federal de Ouro Preto, 2019 (n=356)..... 45

Tabela 3. Análise multivariada por meio da regressão de Poisson, ajustada por idade, para sintomas de transtorno de ansiedade e fatores associados em estudantes universitários do primeiro período da Universidade Federal de Ouro Preto, 2019.....50

Tabela 4. Análise multivariada por meio da regressão de Poisson, ajustada por idade, para sintomas de depressão e fatores associados em estudantes universitários do primeiro período da Universidade Federal de Ouro Preto, 2019..... 51

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ATC -	<i>Anatomical Therapeutic Chemical</i>
CEP -	Comitê de Ética em Pesquisa
DASS -	<i>Depression Anxiety Stress Scale</i>
IBGE -	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICHS -	Instituto de Ciências Humanas e Sociais
ICSA -	Instituto de Ciências Sociais Aplicadas
IMC -	Índice de Massa Corporal
ISRS-	Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina
OMS -	Organização Mundial de Saúde
PNS -	Pesquisa Nacional de Saúde
SPA -	Substâncias Psicoativas
TCLE -	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFOP -	Universidade Federal de Ouro Preto
VIGITEL -	Vigilância de Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
2 REVISÃO DA LITERATURA	17
2.1 Transtorno de ansiedade: fatores de risco e epidemiologia	17
2.2 Transtorno depressivo: fatores de risco e epidemiologia	18
2.3 Transtorno de ansiedade e depressão como fatores de risco para o suicídio.....	20
2.4 Transtorno de ansiedade e depressão na vida universitária	21
2.5 O uso de substâncias psicoativas por estudantes universitários	24
2.6 O uso de fármacos antidepressivos e ansiolíticos por estudantes universitários	25
2.7 Avaliação da ansiedade e depressão.....	28
3 OBJETIVOS	30
3.1 Objetivo geral	30
3.1 Objetivos específicos	30
4 MÉTODOS	31
4.1 Desenho e população do estudo.....	31
4.2 Coleta de dados	31
4.3 Variável desfecho.....	32
4.4 Variáveis explicativas	34
4.5 Modelo Conceitual.....	38
4.6 Análise de dados.....	38
4.7 Aspectos éticos	39
5 RESULTADOS	40
5.1 Presença e ausência de sintomas de transtorno de ansiedade e depressão.....	40
5.2 Uso de substâncias psicoativas	42
5.3 Características sociodemográficas, hábitos de vida e condições de saúde.	44
5.4 Presença de sintomas de transtorno de ansiedade e depressão e fatores associados	49
6 DISCUSSÃO	52
7 CONCLUSÕES	63

REFERÊNCIAS.....	64
APÊNDICES.....	86
Apêndice A: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para estudantes universitários do primeiro período da Universidade Federal de Ouro Preto.....	87
Apêndice B: Questionário sociodemográfico, hábitos de vida, condições de saúde e de avaliação dos sintomas de transtorno de ansiedade e depressão entre estudantes universitários da Universidade Federal de Ouro Preto.....	89
Apêndice C: Cartilha on line para os estudantes participantes da pesquisa na Universidade Federal de Ouro Preto.....	108
ANEXOS	112
Anexo 1: DASS-21	113
Anexo 2: Aprovação do Comitê de ética CEP/UFOP	115

1. INTRODUÇÃO

Os transtornos mentais atingem 25% da população em alguma fase da vida e, dentre os mais comuns, estão os transtornos de ansiedade e depressão. De acordo com dados de 2015, da Organização Mundial da Saúde (OMS), estimou-se que 264 milhões (3,6% da população mundial) apresentavam transtornos de ansiedade e 322 milhões de pessoas (4,4% da população mundial) estavam depressivas (OMS, 2017).

Transtornos de ansiedade e de depressão são reconhecidos como problemas de saúde pública pois podem comprometer as atividades cotidianas do indivíduo, principalmente as relações sociais (BLAS & KURUP, 2010). Afetam o humor e os sentimentos das pessoas acometidas, pois altera o modo de se ver o mundo, a realidade e influencia as emoções, a disposição e o modo de vida em geral (OMS, 2001; BAXTER *et al.*, 2013; FERRARI *et al.*, 2013). Estes transtornos psiquiátricos podem ser desencadeados por fatores genéticos, sociais, familiares e psicológicos (STOPA *et al.*, 2015). Cada vez mais presentes na população universitária, múltiplas causalidades interferem na presença destes transtornos mentais, como a autocobrança exacerbada, a pressão familiar e acadêmica (BLAS & KURUP, 2010; DA SILVA *et al.*, 2018).

Por ser um local de diversas interações sociais, a universidade exige dos estudantes muitas habilidades interpessoais e acadêmicas. Os desafios enfrentados pelos estudantes podem agravar problemas de saúde mental já existentes ou aumentar a probabilidade dos mesmos ocorrerem (OSSE & DA COSTA, 2011; BOLSONI-SILVA & GUERRA, 2014; BRANDÃO *et al.*, 2017).

São muitos os desafios encontrados pelos estudantes ao ingressar na universidade, dentre eles: estudar diferentemente da forma como se preparou para as provas de vestibular/ENEM, lidar com autoridade do professor, falar em público, estabelecer novos vínculos sociais, dividir moradia com outras pessoas, por vezes desconhecidas e negociar divisão de tarefas, cuidar de si mesmo e dos próprios pertences, ficar longe da família, amigos e namorado/a, administrar renda e por vezes, conciliar estudo com trabalho (BOLSONI-SILVA & GUERRA, 2014). Embora muitos estudantes universitários passem por essa fase de modo mentalmente

saudável, todas essas novas exigências irão requerer que eles desenvolvam estratégias para lidar com essas demandas e outras situações que venham a surgir (BRANDÃO *et al.*, 2017).

Além dos desafios interpessoais, como a autocobrança exacerbada, e acadêmicos, os estudantes podem estar mais expostos ao consumo de substâncias psicoativas (SPA), como álcool, droga e substâncias ilícitas, pois por muitas vezes há uma grande pressão social por parte dos colegas para que os jovens façam uso destas substâncias (KERR-CORRÊA *et al.*, 1999; WEITZMAN *et al.*, 2003).

Sabe-se que SPA, como o álcool e o tabaco, por exemplo, são associadas a graves problemas de saúde pública e ainda podem servir como um caminho na transição para o uso de outras drogas. Estas, por sua vez, podem exacerbar problemas psicológicos e comportamentais e levar a quadros de estresse, episódios de ansiedade, depressão e um alto consumo de medicamentos psicotrópicos (GOUZOULIS-MAYFRANK & DAUMANN, 2006; ARRIA *et al.*, 2008; CASTALDELLI-MAIA *et al.*, 2014).

Os medicamentos psicotrópicos são fármacos que agem no sistema nervoso central e afetam o humor e o comportamento dos indivíduos (RANG *et al.*, 2016) e são uma alternativa de tratamento para sintomas de transtorno de ansiedade e depressão. Por outro lado ainda existe um estigma associado aos transtornos mentais pela população jovem, o que pode ser uma barreira significativa ao tratamento dessa população. Além disso, muitas vezes esses fármacos passam a ser usados indiscriminadamente, sem prescrição médica e orientação de profissionais da área de saúde, e por vezes usadas como drogas de abuso, podendo piorar ainda mais o quadro (STONE & MERLO, 2011).

Devido à carência de dados científicos sobre a prevalência de transtornos de ansiedade e depressão entre estudantes universitários de diferentes cursos no Brasil e da prevalência do uso de SPA, o presente estudo foi um dos primeiros no país, pois observou estudantes do primeiro período de diferentes áreas de estudo, como ciências da vida, ciências exatas e ciências sociais e humanas. Conhecer a os fatores que estão associados aos transtornos mentais pode ajudar no melhor entendimento da doença, bem como auxiliar na criação de estratégias de prevenção e intervenção no âmbito universitário.

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1. Transtorno de ansiedade: fatores de risco e epidemiologia

A ansiedade caracteriza-se por sentimentos de medo, incluindo fobias, síndrome do pânico, transtorno obsessivo compulsivo e stress pós-traumático, ansiedade excessiva e perturbações comportamentais relacionadas. É o mais comum entre os transtornos psiquiátricos e pode resultar em grande sofrimento e comprometimento funcional do indivíduo. Os sintomas abrangem níveis leves a graves e geralmente são persistentes (OMS, 2017).

A ansiedade encontra-se presente no cotidiano e todo indivíduo a experimenta diante de algumas situações: falar em público, entrevistas de emprego, expectativa para datas ou eventos importantes, vésperas de provas, espera por resultados de exames de saúde, entre outras. Além de ser um propulsor do desenvolvimento mental, pode aumentar a capacidade de concentração e reduzir, de forma momentânea, a necessidade de sono e a fome. Algumas pessoas, porém, vivenciam esta reação de forma mais frequente e intensa, que pode ser considerada patológica e comprometer a saúde emocional. Ao atingir níveis mais elevados e graves, com impactos físicos e mentais sobre as pessoas, ela se torna uma doença denominada transtorno de ansiedade (GRAEFF & BRANDÃO, 1999; BAPTISTA *et al.*, 2005; SIMPSON *et al.*, 2010; CLARK e BECK, 2012).

Os transtornos de ansiedade apresentam alta prevalência na população em geral, levando a dificuldades sociais e interpessoais e, no caso dos jovens, dificuldades na vida acadêmica e profissional. Embora a ansiedade e a depressão tenham altas taxas de comorbidade (JOHANSSON *et al.*, 2013), a ansiedade geralmente precede a depressão, que pode ser observada no início da infância. Esses dois transtornos podem ser combinados durante a adolescência e fase adulta, ou seja, em todo o decorrer da vida (DOZOIS, 2006; BOLSONI-SILVA & LOUREIRO, 2015).

Os transtornos de ansiedade diferenciam-se do medo ou da ansiedade normal do dia a dia por serem excessivos ou fora de proporção e por persistirem além de períodos apropriados ao nível de desenvolvimento. Outros sintomas são alterações no sono e na função intestinal, pensamento obsessivo, dificuldade de

concentração, inquietação e fadiga, compulsão alimentar, tensão muscular, preocupação em excesso, irritabilidade, mudanças repentinas de humor, taquicardia e palpitações, dentre outros. A ansiedade também tende a produzir confusões perceptivas, tanto relacionadas ao tempo e espaço, como também relacionadas a pessoas e significados de eventos. Tais distorções podem interferir no aprendizado, na concentração e na memória (GOLDBERG & HUXLEY, 1992; AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

Cerca de um em cada quatro americanos sofre de um transtorno de ansiedade (ANDREASEN & BLACK, 2009), sendo o sexo feminino um dos grupos mais vulneráveis (KENDLER *et al.*, 1992). Atualmente, o Brasil é o país com a maior taxa de pessoas com transtornos de ansiedade no mundo e o quinto em casos de depressão. Em 2015, 264 milhões de pessoas ao redor do mundo sofriam com transtornos de ansiedade, uma média de 3,6%. O número representa uma alta de 15% em comparação a 2005. Também no ano de 2015, estimou-se que 18,6 milhões ou 9,3% da população brasileira possuíam sintomas do transtorno de ansiedade (OMS, 2017).

2.2. Transtorno depressivo: fatores de risco e epidemiologia

A depressão é definida como uma doença que afeta o humor, além de alterar e comprometer o corpo e a mente, tendo como principais sintomas a tristeza, diminuição da energia, perda de interesse em atividades, sentimento injustificado de culpa, perda de confiança e autoestima, diminuição da concentração e perturbações do sono e do apetite, aumentando o risco para comportamentos autodestrutivos e até mesmo acarretar em suicídio (FLECK *et al.*, 2009; OPS, 2018).

Os distúrbios depressivos incluem duas principais classificações: transtorno depressivo maior ou episódio depressivo (categorizados como leve, moderado ou grave dependendo do número e da gravidade dos sintomas) e transtorno depressivo persistente ou distímia, que tendem a apresentar sintomas menos intensos, porém por um período mais prolongado, sendo uma forma mais crônica de depressão. O transtorno depressivo maior representa a condição clássica da depressão, sendo caracterizado por episódios distintos de pelo menos duas semanas de duração

envolvendo esses sintomas. (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION *et al.*, 2014; JORGE; FILHO; ROCHA, 2016; OMS, 2017).

Nenhum sintoma é definitivo para o diagnóstico do transtorno depressivo maior e diferentes pessoas irão apresentar sintomas bastante variáveis (MCDOWELL, 2006). De modo geral, estes são agrupados como afetivos (apatia, choro, tristeza), cognitivos (sentimentos de culpa, desamparo, desespero, suicídio) e somáticos (distúrbios de apetite, energia e sono) (BRINK *et al.*, 1982). No momento do diagnóstico é preciso cautela para a diferenciação da tristeza e do luto normais em relação a um episódio de transtorno depressivo (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION *et al.*, 2014).

A etiologia da depressão vem de fatores hereditários, ambientais e comportamentais que podem ser agravantes ou desencadeantes. Dentre os fatores, destacam-se: histórico familiar (componentes hereditários ou suicídios em membros da família); fatores socioeconômicos (vida urbana e desemprego, por exemplo); presença de outras doenças emocionais e alterações afetivas prévias (indivíduo com quadro depressivo anterior tem mais chances de desenvolver um segundo episódio); doenças físicas e mentais (depressão pode acompanhar outros transtornos como o alimentar, ansiedade, compulsão, alteração hormonal); eventos estressantes ou de perdas; uso de medicamentos, bebida alcóolica e outras drogas. É no período da adolescência que muitas pessoas apresentam a primeira crise depressiva que pode não ser reconhecida, demonstrando que a doença deve ser encarada seriamente em todas as faixas etárias e ser abordada de forma precoce (CERCHIARI *et al.*, 2005; FITTS *et al.*, 2009; FERRARI *et al.*, 2013).

Por sua gravidade e sua alta prevalência e impacto no âmbito social, a depressão se destaca como um problema de saúde pública. Estudos indicam o transtorno depressivo como a quarta maior causa de incapacidade no mundo e, em 2030, será a doença mais prevalente em todos os continentes. Bromet e colaboradores (2011) estimaram que 14,6% das pessoas em países de alta renda são depressivas e tem o primeiro episódio de depressão aos 25,7 anos. Já em países pobres ou em desenvolvimento, estima-se que 11,1% da população seja depressiva e que os primeiros sintomas se manifestam, em média, aos 24 anos (BROMET *et al.*, 2011; JORGE; FILHO; ROCHA, 2016).

Segundo a OMS, em 2015, 11,5 milhões de brasileiros foram diagnosticados com depressão. No panorama mundial, as mulheres são as principais afetadas (5,1% para elas e 3,6% para homens). Isto pode ser explicado devido a fatores culturais e biológicos (gravidez, menopausa, ciclo menstrual, dentre outros) (OMS, 2017).

Em 2011, a OMS conduziu um inquérito com 5.037 indivíduos de 18 anos ou mais de idade, residentes na área metropolitana de São Paulo, que demonstrou uma prevalência de episódio depressivo de 10,4%, superior à prevalência de 5,9% determinada em outros oito países de baixa e média renda localizados em diferentes continentes (BROMET *et al.*, 2011).

Em Pelotas, Rio Grande do Sul, um estudo transversal de base populacional entre indivíduos com 20-69 anos mostrou alta prevalência de sintomas depressivos como tristeza (29%), ansiedade (58%), falta de energia (37%), falta de disposição (40%), pensar no passado (34%) e preferir ficar em casa (54%). Outro ponto de destaque nesse estudo foi a taxa de prevalência da depressão nestas mulheres ter sido duas vezes superior a dos homens (ROMBALDI *et al.*, 2010).

2.3. Transtorno de ansiedade e depressão como fatores de risco para o suicídio

O suicídio, embora não seja um diagnóstico específico, encontra-se entre as 10 principais causas de morte na população e é o segundo tipo de morte mais comum entre 15 e 29 anos de idade. De acordo com a OMS, a taxa de suicídio está relacionada com a região e o sexo, variando de abaixo de cinco por 100.000 habitantes entre mulheres de países de baixa e média renda do Mediterrâneo Oriental e regiões americanas, para 20 ou mais entre homens em países de alta renda e também nos países de baixa e média renda das regiões africanas, europeias e do sudeste asiático. Em 2015, 78% dos suicídios globais ocorreram em países pobres ou em desenvolvimento (OMS, 2014).

Vários são os fatores de risco para o suicídio, destacando-se: tentativa de suicídio anterior, pobreza, histórico familiar, abuso de SPA, desemprego, término de relacionamentos, ansiedade, depressão e outros transtornos mentais. A depressão, no entanto, é um dos principais contribuintes para o suicídio (OMS, 2017). Nenhum

fator é suficiente para explicar o motivo de um indivíduo ter suicidado, pois o comportamento suicida é um fenômeno complexo que pode ser influenciado por fatores pessoais, sociais, psicológicos, culturais, biológicos e ambientais. Fatores que aumentam o estresse emocional podem desencadear depressão e comportamentos suicidas em pessoas que já são vulneráveis. Isto pode explicar o fato de um número significativo de pessoas suicidas passarem anteriormente por quadros de ansiedade e depressão (OMS, 2014; OMS, 2017).

Os estressores psicossociais associados ao suicídio podem surgir de diferentes tipos de traumas, crises disciplinares, problemas financeiros, problemas acadêmicos e *bullying*, que é um tipo de violência intencional e repetitiva (FOSTER, 2011; OLWEUS, 2013). Estima-se que uma perda pessoal ou um grande conflito com os pais ou namorado (a) esteja presente em 70% dos casos de tentativas e de suicídio (WERNECK *et al.*, 2006). Além disso, jovens que sofreram, na infância, violência física, abuso sexual ou emocional, negligência, maus-tratos, violência familiar, separação parental ou divórcio têm um risco maior de suicídio do que outros (JOHNSON *et al.*, 2002).

2.4. Transtorno de ansiedade e depressão na vida universitária

O ingresso no ensino superior constitui um período de maior vulnerabilidade para os jovens adultos, pois é o momento em que são inseridos na vida acadêmica e passam por uma fase de adaptação a esse novo contexto. Essa fase muitas vezes coincide com a transição da adolescência para a idade adulta, um período que há mais vulnerabilidade psicológica. Somado a isso, como estudantes, os jovens estão expostos a um conjunto de estresses, pressões e exigências que mudam obrigatoriamente a sua forma de agir (CLAUDINO & CORDEIRO, 2006; KUMARASWAMY, 2013).

Durante o ensino superior, o jovem, na maioria das vezes, aprende a organizar a sua vida sem a ajuda da família, pois desde o início tem que morar em uma cidade nova, muitas vezes sozinho, tendo que lidar com independência e autogestão para sua adaptação física, emocional, social e acadêmica (CLAUDINO & CORDEIRO, 2006; KUMARASWAMY, 2013). Este período de transição pode tornar os estudantes predispostos ao desenvolvimento de transtornos mentais (MICHAEL

et al., 2006). Como fator agravante, é também entre as idades de vivência acadêmica (18-25 anos) que surge a maioria dos distúrbios mentais, incluindo os episódios depressivos (KESSLER *et al.*, 2007), uma vez que muitos estudantes têm dificuldades na adaptação à rotina acadêmica, à escassez de tempo para a preparação para provas, ansiedade sobre as notas, entre outros fatores (WANI *et al.*, 2016).

O isolamento e falta de apoio social até o estudante se inserir no meio acadêmico podem vir acompanhados de depressão, sentimentos de solidão e desespero. Combinado com outros fatores, isso pode levar a um aumento no risco de comportamento suicida, uma vez que o isolamento social e a solidão são fatores importantes para o suicídio (CASIANO *et al.*, 2013).

De um modo geral, na faculdade se vivem situações novas e pressões sociais, que favorecem condições próprias para mudanças de humor e comportamento. Por vezes, o cansaço diário da rotina de aulas, projetos e trabalhos faz com que haja notas baixas e não cumprimento de prazos, que podem ser vistos pelo estudante como fracassos acadêmicos, levando a sentimentos depressivos (CLAUDINO & CORDEIRO, 2006).

Neste contexto, a ansiedade, a depressão e o estresse são alguns dos principais motivos que levam os estudantes universitários a procurar ajuda profissional (PEREIRA *et al.*, 2006), uma vez que o comportamento social, físico, emocional e cognitivo podem ser altamente prejudicados (ANDREWS & WILDING, 2004). Além disso, os processos psicológicos associados à depressão podem comprometer a cognição do estudante, tal como a leitura, a compreensão e concentração, a atenção, a memorização, assim como a qualidade do sono (FLECK *et al.*, 2009; CHELLAPPA & ARAÚJO, 2007)

Os transtornos mentais podem impactar na vida universitária de tal forma que, na América, cerca de 30% dos estudantes universitários estão deprimidos. Mais precisamente nos EUA, quase 10% dos universitários foram diagnosticados ou tratados com depressão no ano de 2010 (WANI *et al.*, 2016). Contudo, segundo dados levantados por Beiter e colaboradores, em 2015 apenas metade dos estudantes diagnosticados com depressão nos EUA buscaram tratamento para o transtorno. Hunt e Eisenberg (2010) relataram haver uma elevada prevalência de problemas de saúde mental entre estudantes universitários e que,

consequentemente, mais jovens têm procurado ajuda profissional, levando à descoberta de problemas psicológicos mais severos. Em revisão sistemática realizada com mais de vinte estudos desenvolvidos entre 1990 a 2010, com estudantes universitários de diferentes países, observou-se uma prevalência média de depressão de 30,6%, com intervalo de variação entre 10 e 85% (IBRAHIM *et al.*, 2013).

Diferenças nas taxas de prevalência para transtornos de ansiedade e depressão foram observadas em função do país que o estudo foi realizado. No México, Ramírez *et. al* (2009) estudaram 506 estudantes mexicanos e identificaram as seguintes prevalências: 50% dos estudantes apresentaram algum nível de ansiedade; 21,1% depressão leve, 2,8% moderada e 0,8% depressão grave.. Outro estudo com graduandos mexicanos em medicina (n = 1.027) identificou que 19% apresentavam sintomas de ansiedade e 18% de depressão (ROBERTS *et al.*, 2001).

Em um estudo realizado com 287 estudantes norte-americanos, identificou-se que 16,5% e 11,9% dos indivíduos apresentaram ansiedade e depressão, respectivamente, dentro de um período de 12 meses (WRISTEN, 2013). Na Malásia, a partir de um estudo com 506 estudantes, as seguintes taxas de prevalência foram identificadas: 27,5% com depressão moderada; 9,7% com depressão grave ou extremamente grave; 34% com ansiedade moderada; e 29% com ansiedade grave ou extremamente grave (SHAMSUDDIN *et al.*, 2013). Alguns achados demonstram que, entre estudantes de graduação, a prevalência de ansiedade é maior que a da depressão, independentemente do país em que o estudo foi conduzido (FANG *et al.*, 2010; BITSIKA & SHARPLEY, 2012; BEITER *et al.*, 2015; BOLSONI-SILVA & LOUREIRO, 2015; CHEUNG *et al.*, 2016; BRANDÃO *et al.*, 2017).

Os estudos nacionais que avaliaram a prevalência de transtornos mentais, nesse grupo, geralmente envolveram apenas estudantes dos cursos de Medicina, Psicologia ou de Enfermagem e com amostras pequenas. Em estudo realizado com estudantes do curso de graduação em enfermagem da Universidade de São Paulo, observou-se que 30,7% dos participantes relataram sintomas depressivos (MOREIRA & FUREGATO, 2013). Em outro trabalho, realizado em 22 escolas médicas brasileiras, foi apontado alta prevalência do transtorno de ansiedade (81,7%) entre os acadêmicos, demonstrando que a ansiedade está cada vez mais presente entre estudantes (MAYER *et al.*, 2016).

No Brasil, ainda são poucos os estudos acerca desse tema que investigam estudantes ingressantes de diferentes áreas de conhecimento, o que mais uma vez comprova a necessidade em se conhecer a prevalência de ansiedade, depressão e seus sintomas entre estudantes universitários. Os transtornos mentais têm impactos negativos sobre esse público, como má qualidade de vida, baixo desempenho e evasão escolar e até mesmo comportamentos autodestrutivos (BUCHANAN, 2012).

2.5. O uso de substâncias psicoativas por estudantes universitários

Substâncias psicoativas têm a capacidade de modificar as funções do sistema nervoso central, afetar a atividade mental, produzir euforia ou calma e alterar os estados de consciência e vigília. As alterações que essas substâncias podem causar estão relacionadas com as características pessoais de quem as usa, bem como tipo de droga, quantidade e frequência de uso, efeito esperado e as circunstâncias de consumo (RANG, 2016; SADOCK *et al.*, 2018).

As SPA podem ser lícitas (uso permitido por lei) ou ilícitas (comercialização proibida pela justiça) e vão desde substâncias advindas da fermentação de materiais orgânicos (álcool) até compostos sintéticos, como os barbitúricos e os benzodiazepínicos. Outros exemplos são a ayahuasca, os produtos da papoula (ópio e morfina), do cânhamo (haxixe e marijuana), da folha da coca (cocaína) e do tabaco (nicotina). Estas substâncias podem ser estimulantes, ou seja, aumentam a atividade mental (cafeína, tabaco, anfetamina, cocaína); depressoras, diminuindo a atividade mental (ansiolíticos, álcool, inalantes, narcóticos) ou perturbadoras do sistema nervoso central, alterando a percepção, como os alucinógenos (CARLINI *et al.*, 2001; BEYER *et al.*, 2014).

Independente da legalidade ou não dos SPA, a utilização destas tem sido considerada um problema de saúde pública, uma vez que há riscos associados ao uso abusivo, podendo acarretar em distúrbios do sono, dependência (física e psicológica) e episódios de violência, dentre outros (DUARTE & FORMIGONI, 2014; RANG, 2016; DE ASSIS TRINDADE *et al.*, 2018). Seu consumo tem aumentado consideravelmente, sendo o início de uso cada vez mais precoce. Há uma preocupação do envolvimento dos estudantes universitários com essas substâncias, pois a vida universitária é um período de experiências novas e também

vulnerabilidade para o início e manutenção do uso das SPA (KANDEL & YAMAGUCHI, 1993; SKIDMORE; KAUFMAN; CROWELL, 2016).

O uso de SPA pelos estudantes universitários ocorre muitas vezes pela busca de diversão, fuga da realidade ou até mesmo para potencializar os estudos, melhorar memória, atenção e raciocínio (ZALAF *et al.*, 2009). Outros fatores como problemas familiares, desejo de permanecer acordado durante a noite, pressão para obter sucesso no meio acadêmico e facilidade de acesso às drogas também têm sido apontados como motivos de uso (ZHIMIN *et al.*, 2001). Além disso, pode-se destacar a ansiedade como um motivador para o abuso de álcool e outras drogas, visto que o consumo de SPA pode reduzir os sintomas da ansiedade e do estresse (KERR-CORRÊA *et al.*, 1999; CHIAPETTI & SERBENA, 2007).

Segundo Eckschmidt e colaboradores (2013), no Brasil, a prevalência do uso de álcool é maior entre estudantes universitários quando comparada à população em geral. Além disso, o uso de substâncias lícitas e ilícitas por essa população é maior do que pela população na faixa etária de 18 e 24 anos que não frequentam a universidade. Outros estudos nacionais demonstraram que as SPA mais consumidas entre os estudantes universitários são o álcool e o tabaco, sendo que o consumo de álcool é o mais prevalente (COLARES; FRANCA; GONZALEZ, 2009; TEIXEIRA *et al.*, 2010; GOMES *et al.*, 2013; PORTUGAL *et al.*, 2013).

As drogas lícitas, apesar de permitidas por lei e comumente aceitas pela sociedade, não estão isentas de causar dependência. Assim como as drogas ilícitas, podem afetar os usuários física e psicologicamente. Além disso, o uso de medicamentos também pode acarretar diversos distúrbios comportamentais, de dependência e abstinência, como qualquer outra SPA (PIZZOL *et al.*, 2006), podendo ocasionar piora no desempenho acadêmico devido à maior ausência às aulas e menor tempo dedicado aos estudos (GOUZOULIS-MAYFRANK & DAUMANN, 2006; ARRIA *et al.*, 2008).

2.6. O uso de fármacos antidepressivos e ansiolíticos por estudantes universitários

Diversas modalidades de tratamento vêm sendo utilizadas no tratamento dos transtornos de ansiedade e depressão. Os principais tipos de abordagens

terapêuticas empregados para esses transtornos são a psicoterapia e a terapia medicamentosa (VERSIANI, 2008; FLECK *et al.*, 2009).

A psicoterapia é um método de tratamento embasado em conceitos teóricos e técnicos, utilizando princípios psicológicos como a comunicação verbal (STRUPP, 1978). Em relação à terapia medicamentosa, os efeitos dos fármacos são dependentes da classe, dose, via de administração, absorção pelo organismo, interação com outros medicamentos, dentre outros parâmetros farmacocinéticos (CAMELO *et al.*, 2016; RANG, 2016; BRUNTON & KNOLLMANN, 2018).

Segundo a OMS, medicamentos psicotrópicos são aqueles que podem modificar seletivamente o Sistema Nervoso Central e podem ser classificados, em: ansiolíticos e sedativos; antipsicóticos (neurolépticos); antidepressivos; estimulantes psicomotores; psicomiméticos e fármacos que possuem atividade potencializadora da cognição. Duas destas categorias apresentam grande importância na terapia medicamentosa para os transtornos de ansiedade e depressão, sendo elas os ansiolíticos (mais especificamente os benzodiazepínicos) e os antidepressivos (OMS, 2007; RANG, DALE, RITTER, 2001).

Os benzodiazepínicos, em geral, são utilizados para a farmacoterapia de distúrbios de ansiedade generalizada e outros tipos de ansiedade. Comercializados desde o início da década de 1960, estes tornaram-se os medicamentos com propriedades sedativas mais utilizados, substituindo os barbitúricos como fármacos de primeira escolha (LALONDE & VAN LIESHOUT, 2011; RANG *et al.*, 2016).

Na década de 1990, a prescrição de antidepressivos tornou-se mais frequente devido ao surgimento de novas classes de medicamentos. Neste período, o início do uso dos Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina (ISRS) foi um marco para o tratamento da depressão (BURMAN *et al.*, 2005; KADISON, 2005). Estes medicamentos apresentam maior eficácia e segurança e menos efeitos colaterais quando comparados aos antidepressivos tricíclicos, que eram os fármacos de primeira escolha para o tratamento de depressão e ansiedade (HUNT & EISENBERG, 2010). Entre adolescentes e jovens, faixa etária predominante em estudantes universitários, os antidepressivos também são prescritos para a depressão ansiosa ou irritável, frequentemente encontrada nesta população (PARKER & ROY, 2001).

Uma pesquisa desenvolvida pela OMS em 21 países demonstrou que um a cada cinco estudantes universitários apresenta algum transtorno mental e que apenas 16,4% destes receberam algum tipo de tratamento (AUERBACH *et al.*, 2016). A falta de diagnóstico e/ou de tratamento pode acarretar sofrimento psíquico e somático, isolamento social, diminuição do aproveitamento acadêmico, abuso de álcool e substâncias ilícitas e aumento de ideação suicida (ZULLIG & DIVIN, 2012; SKIDMORE; KAUFMAN; CROWELL, 2016).

A prescrição e a utilização de psicotrópicos elevaram-se consideravelmente nos últimos anos e essas substâncias passaram a ser um dos grupos de fármacos mais prescritos no mundo (ABBING-KARAHAGOPIAN *et al.*, 2014). Como se trata de fármacos que causam dependência, o uso não adequado de medicamentos psicotrópicos ultrapassa a área clínica e vem se tornando um grave problema de saúde pública (BRAGA *et al.*, 2016).

Apesar dos psicofármacos terem sua venda regulamentada pela Portaria Federal nº 344 de 1998 e da necessidade de serem prescritos e utilizados sob orientação médica, nem sempre essas orientações são seguidas e esses medicamentos são frequentemente utilizados como automedicação (CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 1998; BADIGER *et al.*, 2012; MARCHI *et al.*, 2013). A automedicação pode ser explicada como o hábito de ingerir medicamentos sem o aconselhamento de um profissional de saúde. Esta prática pode ser prejudicial à saúde individual e coletiva, considerando que nenhum medicamento é isento de danos ao organismo (ARRIA & DUPONT, 2010).

Diversos estudos indicam que os maiores adeptos da automedicação são aqueles que dispõem de um maior grau de informação, uma vez que o acúmulo de conhecimento gera uma maior confiança naqueles que se automedicam. Entre os estudantes, a automedicação atinge valores superiores a 70%. Entre os estudantes universitários da área de saúde, esses números são ainda mais elevados (DAMASCENO, 2007; AQUINO; BARROS; SILVA, 2010; SILVA *et al.*, 2011; GALATO *et al.*, 2012). Em estudo de Silva e colaboradores (2011), 88,6% dos estudantes do curso de Enfermagem e 94,6% dos estudantes de Medicina afirmaram praticar a automedicação. No estudo de Jesus e colaboradores (2013), 78,0% dos estudantes de Farmácia e 74,6% dos de Medicina se automedicavam sempre que considerassem necessário. Estudantes de outros cursos da área de

saúde, tais como de Fisioterapia, Educação Física, Nutrição, Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional e Odontologia também praticam a automedicação (AQUINO; BARROS; SILVA, 2010; JESUS *et al.*, 2013).

O uso prolongado de ansiolíticos e antidepressivos podem causar dependência química e provocar a busca compulsiva, prejudicando o indivíduo pessoal e socialmente. Além disso, diversos efeitos adversos podem se manifestar, favorecendo o abandono do tratamento. Logo, estes medicamentos devem ser usados com cautela para o tratamento da ansiedade e depressão (HEDENRUD *et al.*, 2013).

2.7. Avaliação da ansiedade e depressão

Os meios para mensurar a ansiedade e a depressão podem ser divididos em dois grupos principais: avaliação clínica e uso de questionários (autoavaliativos ou administrados por um profissional). O diagnóstico formal de um indivíduo como depressivo é baseado na anamnese, exames laboratoriais e avaliação clínica detalhada, requerendo a exclusão dos sintomas por outras doenças. Diferentes diretrizes podem ser seguidas para a conclusão do diagnóstico (MCDOWELL, 2006). Para se avaliar transtornos de ansiedade, medidas objetivas podem ser utilizadas, incluindo a realização de exames como eletroencefalograma e eletrocardiograma, avaliação dos sistemas respiratório e gastrointestinal e análise da transpiração palmar (ZUNG & CAVENAR, 1980).

A autoavaliação é uma abordagem básica, mais barata e frequentemente utilizada em estudos epidemiológicos, porém não pode ser considerada uma ferramenta para definir um diagnóstico de distúrbio psicológico (MCDOWELL, 2006). Além disso, cabe destacar que questionários de autoavaliação não indicam com precisão o grau de severidade, uma vez que os pacientes podem não ter capacidade necessária para avaliar a gravidade de seus sintomas. Pacientes com formas mais leves podem avaliar-se com sintomas moderados ou graves e vice-versa (CARROLL *et al.*, 1973; HUGHES *et al.*, 1982). Ainda possuem como limitação sua pouca utilidade quando o público alvo possui baixa alfabetização, não conseguindo preenche-los ou interpretá-los (HAMILTON, 1960).

Para fins de triagem e estudos epidemiológicos, os seguintes questionários para análise de sintomas depressivos são principalmente aplicados: Beck Depression Inventory (1961), Depression Adjective Check-Lists (1965), The Self-Rating Depression Scale (1965) e Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (1972). Para a avaliação de transtornos de ansiedade, destacam-se os testes: Manifest Anxiety Scale (1953), Self-Rating Anxiety Scale (1971), State-Trait Anxiety Inventory (1977) e Beck Anxiety Inventory (1988). A confiabilidade e validade de todos estes questionários são classificadas como adequadas ou excelentes (MCDOWELL, 2006).

Além destes testes, a *Depression Anxiety Stress Scale* (DASS – Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse) é um dos instrumentos mais recentes e um dos mais utilizados, sendo capaz de discriminar sintomas de ansiedade, depressão e estresse/tensão em um único questionário (LOVIBOND, 1998). Desenvolvida por Lovibond & Lovibond em 1995, a DASS têm como foco os sintomas mais específicos desses distúrbios psicológicos, analisando a gravidade e a frequência nos sete dias anteriores à avaliação (LOVIBOND & LOVIBOND, 1995).

A DASS apresenta uma versão maior composta de 42 itens (DASS-42) e uma versão reduzida com 21 questões (DASS-21). Quanto à validade e a confiabilidade dos resultados, esta versão abreviada é equivalente ou até mesmo superior à DASS-42 (ANTONY *et al.*, 1998; MCDOWELL, 2006). A avaliação da depressão baseia-se principalmente em alterações do humor disfórico, como sentimentos de inércia, inutilidade e tristeza. Já a escala de ansiedade inclui sintomas de excitação física, ataques de medo e pânico, enquanto o estresse é avaliado por sintomas de excitação inespecífica como irritabilidade e reação exagerada. Cada questão é avaliada em uma escala de 0 a 3 e a severidade dos distúrbios psicológicos aumenta de modo proporcional à pontuação (LOVIBOND & LOVIBOND, 1995). Este questionário foi traduzido para uma versão em português e validado para uso no Brasil (VIGNOLA & TUCCI, 2014).

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo geral

Avaliar o uso de substâncias psicoativas e a prevalência dos sintomas de transtorno de ansiedade e de depressão e seus fatores associados em estudantes do primeiro período de cursos ofertados pela Universidade Federal de Ouro Preto.

3.2. Objetivos específicos

- Conhecer a prevalência dos sintomas de transtorno de ansiedade e depressão dos estudantes universitários do primeiro período;
- Determinar a prevalência do uso de substâncias psicoativas lícitas e ilícitas;
- Avaliar os fatores associados aos sintomas de transtorno de ansiedade e depressão;
- Verificar se o uso de substâncias psicoativas está relacionado aos sintomas de ansiedade e depressão.

4. MÉTODOS

4.1. Desenho e população do estudo

Trata-se de um estudo epidemiológico transversal, aninhado ao estudo longitudinal “Sintomas de ansiedade e depressão entre estudantes universitários de Minas Gerais: estudo longitudinal”, na qual a coleta de dados é dividida em três momentos: o primeiro no início do curso (T0), o segundo após dois anos cursados (T1) e o terceiro no último ano do curso (T2). O presente trabalho utilizou os dados coletados do T0.

A coleta de dados foi realizada na Universidade Federal de Ouro Preto (UFOP) entre os meses de abril e setembro de 2019. A população de estudo foi constituída por 356 estudantes ingressantes no ano de 2019, dos cursos das áreas de Ciências da Vida (Educação Física, Farmácia, Medicina e Nutrição), de Ciências Exatas (Arquitetura, Matemática, Engenharia Civil, Engenharia Geológica e Engenharia de Produção) e de Ciências Humanas, Sociais e Aplicadas (Artes Cênicas, Direito, História, Jornalismo e Pedagogia), maiores de 18 anos, da UFOP.

Em função das possíveis perdas optou-se em convidar todos os estudantes matriculados nos cursos selecionados, ingressantes do primeiro período do ano de 2019 na UFOP dos campus Morro do Cruzeiro, Instituto de Ciências Humanas e Sociais (ICHS) e Instituto de Ciências Sociais Aplicadas (ICSA). O poder da amostra foi de 79,66% para se avaliar os sintomas de transtornos de ansiedade e 100% para se avaliar os sintomas de depressão. O cálculo foi realizado no *software* estatístico *OpenEpi* versão 3.01, que estima o poder da amostra para estudos transversais a partir do tamanho da amostra nos grupos expostos e não expostos, prevalência (%) da condição e os limites de confiança (95%) (DEAN, SULLIVAN, SOE, 2013).

4.2. Coleta de dados

Realizou-se um estudo piloto, entre os meses de novembro e dezembro de 2018, no qual foram coletados os dados de estudantes concluintes dos cursos da área da saúde, que não participariam da amostra. Tal estudo testou a logística de

campo do inquérito, treinou os responsáveis pela coleta, bem como testou a inquirição, compreensão, aceitabilidade e adequação do questionário aos propósitos do estudo.

Para a coleta de dados, foi solicitado a um professor de cada curso incluído no estudo o tempo de uma hora/aula para aplicação do questionário, baseando-se no tempo gasto no estudo piloto. A pesquisa e seus objetivos foram apresentados aos estudantes, bem como sua importância, riscos e benefícios. Os participantes receberam um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (APÊNDICE A), composto por uma página de esclarecimento sobre a pesquisa e a solicitação de autorização para o uso dos dados, sendo a coleta realizada apenas após esclarecimentos de dúvidas sobre a proposta da pesquisa.

Os estudantes participantes responderam a um questionário impresso (APÊNDICE B), autoaplicado e confidencial, abrangendo questões sociodemográficas, de hábitos de vida, incluindo o uso de substâncias psicoativas, condições de saúde e presença de sintomas de ansiedade e depressão. Um pesquisador esteve presente durante todo o tempo de preenchimento do questionário, a fim de esclarecer quaisquer dúvidas.

Em todas as etapas foram utilizadas estratégias para garantir a qualidade das informações e a validade interna do estudo, tais como teste dos instrumentos utilizados, treinamento exaustivo dos pesquisadores para a coleta e tabulação de dados, além de várias aproximações com a comunidade acadêmica, pessoalmente e via redes sociais, objetivando a sensibilização dos estudantes na participação da pesquisa.

4.3. Variável desfecho

A variável desfecho deste estudo foi “sintomas de transtorno de ansiedade e depressão”, a qual foi obtida por meio da Depression Anxiety Stress Scale-21 (DASS-21), traduzida e validada para o português por Vignola e Tucci (2014). A escala é composta por um conjunto de três subescalas, elaborada a fim de estimar, de maneira autorrelatada, os sintomas de ansiedade, depressão e estresse durante a última semana, ou seja, a semana anterior à coleta dos dados.

Cada uma dessas subescalas é composta por sete questões, distribuídas ao longo do questionário, sendo as questões 1, 6, 8, 11, 12, 14 e 18 referentes ao estresse; 2, 4, 7, 9, 15, 19 e 20 indicativas de ansiedade, e as demais (3, 5, 10, 13, 16, 17 e 21) sugestivas de depressão. As respostas foram obtidas de acordo com a escala Likert de 4 pontos, a qual apresenta respostas que variam de zero a três, sendo “não se aplicou de maneira alguma” referente à primeira e “aplicou-se muito, ou na maioria das vezes” relativo à última. As respostas “aplicou-se em algum grau, ou por pouco de tempo” e “aplicou-se em um grau considerável, ou por uma boa parte do tempo”, referem-se aos escores um e dois, respectivamente (ANEXO 1).

As pontuações para depressão e ansiedade foram geradas após o somatório dos escores e posteriormente multiplicadas por 2, gerando a classificação em “normal”, “leve”, “moderado”, “grave” e “extremamente grave” (Quadro 1). Nesse estudo não utilizamos a subescala de estresse.

Quadro 1. Instruções para a soma das pontuações individuais para cada resposta da escala DASS-21.

	Depressão	Ansiedade
Normal	0-9	0-7
Leve	10-13	8-9
Moderado	14-20	10-14
Grave	21-27	15-19
Extremamente grave	≥28	≥20

Fonte: Adaptado do DASS-21, *Depression, Anxiety and Stress Scale -21*.

Segundo a DASS-21, na subescala de depressão, os indivíduos com pontuação entre 21 e 27 são classificados com depressão grave, e os indivíduos com pontuação igual ou superior a 28 com depressão extremamente grave. Já na subescala de ansiedade, os indivíduos com pontuação entre 15 e 19 são classificados com ansiedade grave, enquanto os que possuem pontuação superior a 20 com ansiedade extremamente grave. Na subescala de estresse, por sua vez, os indivíduos com pontuação entre 25 e 33 são classificados com estresse grave, e os com pontuação superior a 34, são classificados com estresse extremamente grave (LOVIBOND e LOVIBOND, 1995).

Neste estudo, o desfecho sintomas de transtorno de ansiedade e depressão foi reclassificado, utilizando-se apenas as três últimas classificações (moderado, grave e extremamente grave) como determinantes da presença dos transtornos. Sendo assim, os indivíduos que foram classificados com ansiedade ou depressão moderadas, graves e extremamente graves foram classificados com presença de sintomas desses transtornos e os indivíduos classificados com ansiedade ou depressão normal ou leve foram classificados com ausência de sintomas desses transtornos.

4.4. Variáveis explicativas

As variáveis explicativas compuseram três grandes blocos: características sociodemográficas, hábitos de vida e condições de saúde.

Características sociodemográficas

Neste bloco foram avaliadas as variáveis sexo (feminino e masculino), idade (≤ 20 anos e > 20 anos), área de conhecimento (ciências da vida, ciências exatas e ciências humanas e sociais e aplicadas), cursos (Nutrição, Medicina, Educação Física, Farmácia, Artes Cênicas, Direito, História, Jornalismo, Pedagogia, Engenharia Civil, Engenharia Geológica, Engenharia de Produção, Arquitetura e Matemática), cor de pele (branco e não branco – amarelo, pardo, mulato ou negro), orientação sexual (heterossexual e outros – homossexual, bissexual e assexual), estado civil (solteiro e outros – casado, união estável, viúvo, divorciado), se tem filhos (sim ou não), renda total mensal da família (< 4 salários mínimos ou ≥ 4 salários mínimos), se trabalha (sim ou não), se recebe auxílio financeiro da Universidade (sim ou não) e se possui alguma crença religiosa (sim ou não).

Para compor o bloco de características sociodemográficas foram utilizadas perguntas retiradas e/ou baseadas no censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010) e na Pesquisa Nacional de Saúde (PNS, 2013).

Hábitos de vida

Neste bloco foram avaliados o uso de internet, prática de atividade física, práticas alimentares, consumo de bebida alcóolica, consumo de bebida alcóolica em excesso, tabagismo, uso de drogas ilícitas e o hábito de frequentar festas universitárias.

Para avaliar o uso de internet utilizou-se a escala *Internet Addiction Test* validada para o Brasil por Conti e colaboradores (2012). Ela é composta por 20 itens com escala de pontos Likert, onde os indivíduos podem ser classificados em usuários normais da Internet (0 a 30), usuários com dependência leve (31 a 49), moderada (50 a 79) e excessiva (80 a 100) (LACONI *et al.*, 2014). No presente estudo as classificações relacionadas ao uso de internet foram recategorizadas em uso normal ou leve e uso moderado ou excessivo.

A prática de atividade física foi identificada pela pergunta “Nos últimos três meses, você praticou algum tipo de exercício físico ou esporte? (Não considere fisioterapia)”, que está presente no módulo P da PNS (2013). As respostas foram categorizadas em sim e não.

A variável práticas alimentares foi obtida por meio da escala desenvolvida por Gabe e Jaime (2019) para indivíduos adultos. Essa escala consta de frases declarativas que foram elaboradas com base nas recomendações do novo Guia Alimentar para a População Brasileira, em escala likert. Os indivíduos foram classificados de acordo com o ponto de corte adotado no Guia de Bolso publicado pelo Ministério da Saúde "Como está a sua alimentação?". (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018). No presente estudo, a classificação dos indivíduos em alimentação “excelente”, “siga em frente” e “atenção”, foram renomeadas como “adequada”, “risco” e “inadequada”, respectivamente.

No presente estudo o uso de substâncias psicoativas foi separado em substâncias lícitas de livre comércio, como o álcool e tabaco; substâncias lícitas de venda controlada, como os medicamentos psicotrópicos, e substâncias ilícitas, que são as drogas que não têm o consumo legalizado no Brasil, como maconha, cocaína, entre outras.

Os consumos de bebida alcóolica e tabagismo foram obtidos por meio das perguntas do módulo P na PNS (2013), também utilizadas em questionários do

IBGE (2010) e da Vigilância de Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL, 2017). São elas: “Com que frequência você costuma consumir alguma bebida alcoólica?” e “Atualmente você fuma cigarro ou algum outro produto do tabaco?”. Ambas tiveram suas respostas categorizadas em sim e não.

O consumo de bebida alcóolica em excesso foi determinado pelo total de doses ingeridas em uma única ocasião, informado numericamente no questionário por meio da pergunta retirada da PNS (2013): “Em geral, no dia que você bebe, quantas doses de bebida alcoólica consome? (Considere 1 dose de bebida alcoólica como 1 lata de cerveja de 330mL, 1 taça de vinho de 100mL ou 1 dose de cachaça, whisky ou qualquer outra bebida alcoólica destilada de 30mL)”. Para ser classificado como consumo de bebida alcóolica em excesso, foi considerado o consumo mínimo de cinco doses para os homens e quatro para as mulheres, em uma única ocasião. Foi considerado, ainda, que uma dose contém entre 10 e 12 gramas de álcool, o qual pode estar presente em uma taça de vinho (100 mL), em uma lata de cerveja (350 mL) ou em uma dose de bebida destilada (30 mL) (*NATIONAL INSTITUTE ON ALCOHOL ABUSE, 2007*).

As perguntas referentes ao uso de substâncias ilícitas foram retiradas do estudo de Rosário (2011) e baseadas nas perguntas do VIGITEL (2017), onde várias drogas foram listadas e o estudante marcava se já fez uso e qual a frequência (nunca usou, já usou uma ou duas vezes, faz uso mensal, semanal ou diário). Posteriormente, essa variável foi categorizada em faz uso (para quem já usou ou faz uso) e não faz uso (para quem nunca usou).

O hábito de frequentar festas universitárias foi identificado pelo autorrelato, por meio da pergunta: “Você tem o costume de ir às festas universitárias (rock, calourada, social)?”. As respostas foram categorizadas em sim e não.

Condições de saúde e uso de medicamentos psicotrópicos

Este bloco foi composto pelas variáveis: autoavaliação de saúde, Índice de Massa Corporal (IMC), histórico familiar de ansiedade em parente de primeiro grau, histórico familiar de depressão em parente de primeiro grau, acompanhamento psicológico, uso de medicamentos psicotrópicos e, para quem usa medicamento psicotrópico, se ele foi prescrito pelo médico.

Para a autoavaliação de saúde foi utilizada a pergunta “Em geral, como você avalia sua saúde?”, retirada do questionário da PNS (2013). Posteriormente, essa variável foi categorizada em “boa”, quando a resposta incluía as opções de autoavaliação de saúde muito boa e boa; e ruim, quando a resposta incluía as repostas de autoavaliação de saúde regular, ruim e muito ruim.

A classificação do IMC se deu a partir do cálculo de peso em quilogramas (kg), pela altura em metros ao quadrado (m²), que foram autorreferidos pelos estudantes e posteriormente categorizadas a partir da faixa etária, segundo os valores referenciais, preconizados pela Ministério da Saúde (2008) para adolescentes e adultos, que são: baixo peso, eutrófico, sobrepeso e excesso de peso. Posteriormente essas categorias foram agrupadas e os indivíduos classificados com sobrepeso e obesidade foram reclassificados em “com excesso de peso”, enquanto que os indivíduos eutróficos e baixo peso foram reclassificados em “sem excesso de peso”.

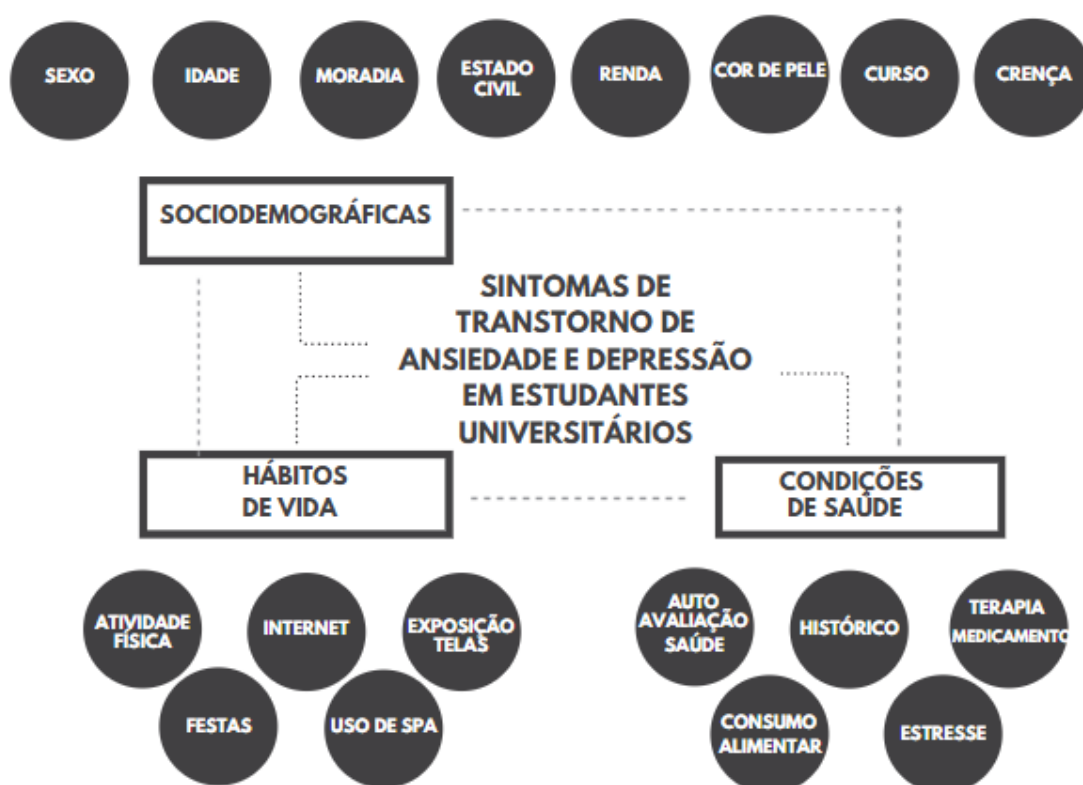
As variáveis de histórico familiar de ansiedade em parente de primeiro grau, histórico familiar de depressão em parente de primeiro grau, foram obtidas pela pergunta “Possui histórico de ansiedade/depressão em parentes de primeiro ou de segundo grau? (Considere parentes de primeiro grau: pai, mãe e filho (a) e de segundo grau: Irmão (ã), avô e avó)”. O mesmo ocorreu para a pergunta referente a acompanhamento psicológico, que foi obtida por autorrelato por meio do questionamento “Você faz algum acompanhamento psicológico?”. Ambas as perguntas foram categorizadas em sim e não.

O uso de medicamentos psicotrópicos e sua indicação por prescrição médica foram avaliados pelo autorrelato dos participantes. Uma lista de medicamentos psicotrópicos estava disponível para os estudantes identificarem qual(is) utilizava(m) ou já havia(m) usado e informarem se o uso foi prescrito previamente por um médico. Além disso, o estudante poderia acrescentar em um campo aberto outros medicamentos psicotrópicos não contemplados na listagem disponibilizada.

Os medicamentos psicotrópicos foram classificados de acordo com o terceiro e o quinto nível da *Anatomical Therapeutic Chemical* - ATC (OMS, 2016) e, posteriormente, para análise estatística, foram agrupados como psicotrópicos, pois todos são pertencentes à classe N, ou seja, possuem ação no sistema nervoso.

4.5. Modelo conceitual

Considerando os estudos analisados na literatura e as variáveis identificadas nos instrumentos de avaliação nessa pesquisa, foi elaborado um modelo conceitual que tem como objetivo identificar aspectos que interferem no aparecimento dos sintomas de transtorno de ansiedade e depressão em estudantes universitários (Figura 1).



SPA – Substância psicoativa

Figura 1. Modelo conceitual dos fatores associados aos sintomas de transtornos de ansiedade e depressão em estudantes universitários.

4.6. Análise de dados

Os dados coletados foram duplamente digitados utilizando o programa Microsoft Excel 2013. Após a tabulação dos dados foi realizada a avaliação da

consistência, a fim de garantir a autenticidade e a confiabilidade das informações e posterior análise.

A análise dos dados foi realizada no software estatístico STATA 13.0. As variáveis explicativas foram categorizadas observando o valor da mediana e analisadas de forma descritiva, por meio de distribuição de frequência. Para verificar a associação entre a variável desfecho e as variáveis explicativas, utilizou-se a regressão de Poisson com variância robusta, devido ao desfecho ser muito frequente.

As variáveis explicativas que apresentaram valor-p inferior a 0,20 na análise bivariada foram selecionadas para a análise multivariada (regressão de Poisson). O método de entrada de dados escolhido no modelo múltiplo foi o *backward*, ou seja, todas as variáveis selecionadas na análise bivariada foram inseridas ao mesmo tempo no modelo e retirou-se uma a uma, partindo da menos significativa. Usou-se a variável idade como ajuste, a fim de limitar a possibilidade de efeito de seleção.

Para verificar o ajuste do modelo utilizou-se o Teste de Hosmer Lemeshow, sendo que quanto maior o valor p, maior a segurança de que o modelo está bem ajustado (valores de p acima de 0,05 mostram que o modelo está bem ajustado).

4.7. Aspectos éticos

A pesquisa teve aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP/UFOP) sob o número CAAE 19467919.5.0000.5150.

Os estudantes dos cursos selecionados foram convidados a participar voluntariamente do projeto de pesquisa, após informação, esclarecimento e assinatura do TCLE específico (APÊNDICE A).

Riscos: Os riscos para os participantes foram mínimos, tais como: incômodo ao responder alguma pergunta, desconforto ou constrangimento dos participantes no momento de responder o questionário ou desconfortos pelo tempo gasto durante a coleta de dados.

Benefícios: Todos os participantes receberão uma cartilha via e-mail contendo informações e orientações sobre os sintomas de transtorno de ansiedade e depressão (APÊNDICE C).

5. RESULTADOS

5.1. Presença e ausência de sintomas de transtorno de ansiedade e depressão

O presente estudo compreendeu um total de 356 estudantes que responderam ao questionário autoaplicado. Apenas um estudante não respondeu ao questionário DASS-21, não podendo então ser avaliado quanto à presença ou ausência de sintomas de transtorno de ansiedade e depressão.

A prevalência total de sintomas de transtorno de ansiedade foi de 42,5% (IC95% 0,37 - 0,48) e a de depressão foi de 33,2% (IC95% 0,28 - 0,38), sendo que ao se analisar por sexo, as mulheres são as mais acometidas em ambos os transtornos, 68,9% para sintomas de ansiedade e 66,9% para sintomas de depressão, como pode ser observado na figura 2.

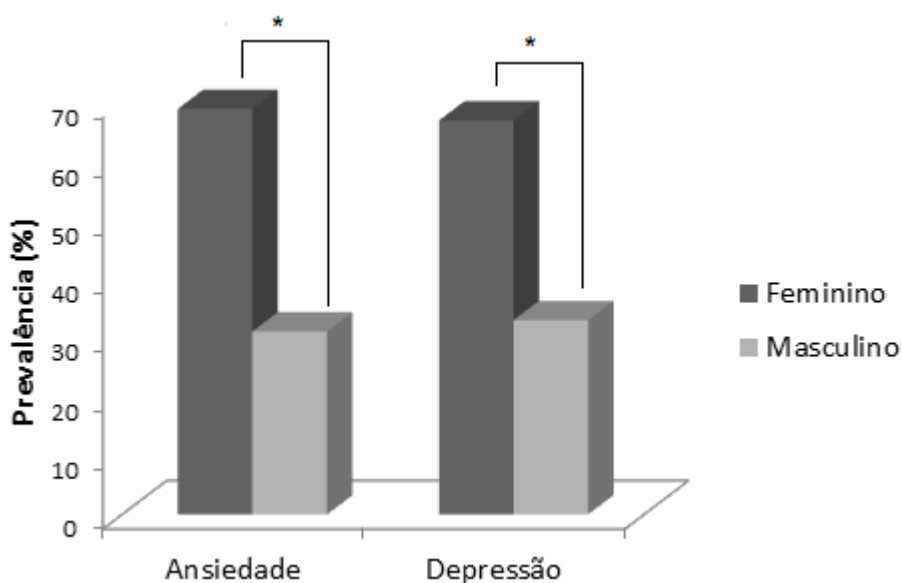
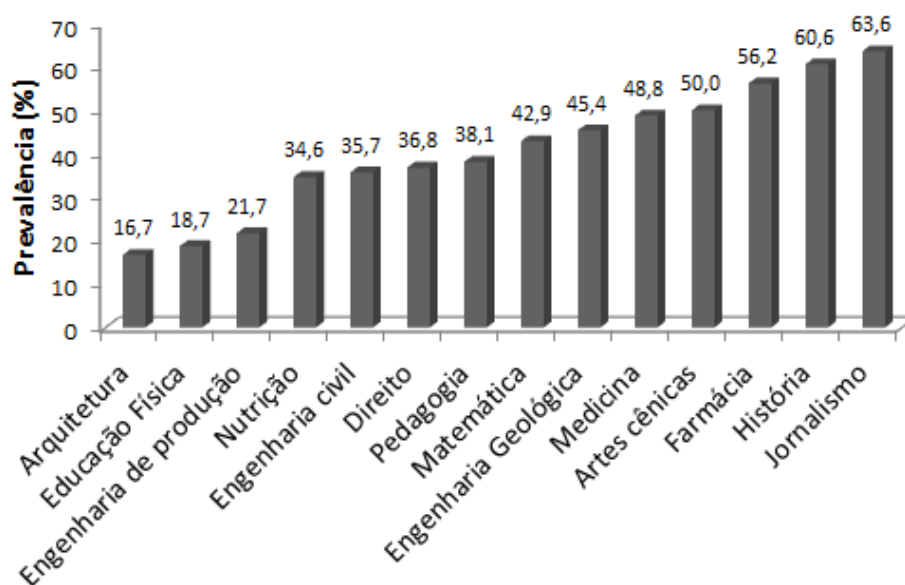


Figura 2. Distribuição da prevalência, por sexo, dos sintomas de transtorno de ansiedade e depressão de estudantes universitários ingressantes no ano de 2019 da Universidade Federal de Ouro Preto (n=355).

*Prevalências significativamente diferentes entre os sexos ($p < 0,05$).

A prevalência de sintomas de transtorno de ansiedade e depressão por curso está descrita na figura 3.

A: Prevalência de ansiedade



B: Prevalência de depressão

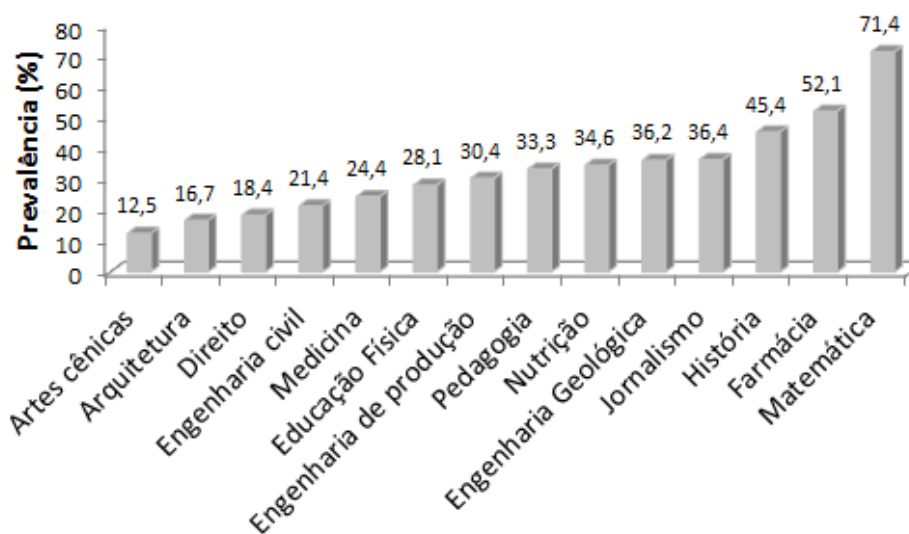


Figura 3. **A:** Distribuição por ordem crescente da prevalência dos sintomas de ansiedade por curso em estudantes universitários ingressantes no ano de 2019 da Universidade Federal de Ouro Preto (n=355). **B:** Distribuição por ordem crescente da prevalência dos sintomas de depressão por curso em estudantes universitários ingressantes no ano de 2019 da Universidade Federal de Ouro Preto (n=355).

Os sintomas de transtorno de ansiedade foram mais elevados no curso de Jornalismo (63,6%), seguido pelo curso de História (60,6%) e Farmácia (56,2%), enquanto que os sintomas de depressão foram mais elevados nos cursos de Matemática (71,4%) e Farmácia (52,1%). As menores prevalências desses transtornos foram entre os ingressantes do curso de Arquitetura para sintomas de ansiedade (16,7%) e do curso de Artes Cênicas para sintomas de depressão (12,5%). Dada a heterogeneidade do número de estudantes em cada curso, não foram realizados testes de diferenças estatísticas entre os mesmos.

5.2. Uso de substâncias psicoativas

Considerando o consumo de substâncias lícitas de venda livre e o consumo de substâncias ilícitas pelos estudantes participantes, o álcool foi a substância mais consumida (73,9%), destacando-se o consumo excessivo por 44,1% da amostra. O uso de tabaco e de drogas ilícitas foram relatados por 17,4% e 16,6% dos estudantes, respectivamente.

Do total de 356 estudantes 14,0% relataram o uso de maconha, 11,5% de alucinógenos ou excstasy, 8,7% de inalante ou solvente e 4,8% de cocaína, sendo que mais de um tipo de substância pode ser utilizada por cada estudante.

Dentre os 356 estudantes participantes, 21,9% (n=78) faziam uso de medicamentos psicotrópicos, sendo que os mais utilizados foram os antidepressivos, os antiepiléticos e os ansiolíticos. A fluoxetina, pertencente à classe dos antidepressivos, foi o medicamento mais utilizado pelos estudantes, seguida do clonazepam, que é classificado como antiepilético. Entre os ansiolíticos, os mais utilizados foram o alprazolam e o diazepam. A maioria dos medicamentos utilizados

(82,4%) foram prescritos por médico. O clonazepam foi o medicamento mais utilizado sem prescrição médica (Tabela 1).

Outras classes de medicamentos psicotrópicos também foram citadas, como a dos opioides, onde destacou-se o uso da morfina; a dos hipnóticos e sedativos e a dos psicoestimulantes (Tabela 1).

Tabela 1. Distribuição e classificação dos medicamentos psicotropicos usados por estudantes universitários do primeiro período da UFOP (n=73) de acordo com o código químico terapêutico anatômico (ATC).

Medicamentos psicotrópicos (código ATC)	n	Uso com prescrição	
		Não (%)	Sim (%)
Opioides (N02A)			
Morfina (N02AA01)	9	1 (11.1)	8 (88.9)
Antiepiléticos (N03A)			
Clonazepam (N03AE01)	15	8 (53.3)	7 (46.7)
Fenobarbital (N03AA02)	5	2 (40.0)	3 (60.0)
Pregabalina (N03AX16)	1	0	1 (100.0)
Topiramato (N03AX11)	4	0	4 (100.0)
Ansiolíticos (N05B)			
Alprazolam (N05BA12)	8	3 (37.5)	5 (62.5)
Diazepam (N05BA01)	8	2 (25.0)	6 (75.0)
Buspiridona (N05BE01)	2	0	2 (100.0)
Clobazam (N05BA09)	1	0	1 (100.0)
Hipnóticos e sedativos (N05C)			
Zolpidem (N05CF02)	3	0	3 (100.0)
Nitrazepam (N05CD02)	1	0	1 (100.0)
Antidepressivos (N06A)			
Fluoxetina (N06AB03)	26	2 (7.7)	24 (92.3)
Sertralina(N06AB06)	11	1 (9.1)	10 (90.9)
Amitriptilina (N06AA09)	8	2 (25.0)	6 (75.0)
Paroxetina (N06AB05)	6	0	6 (100.0)
Fluvoxamina (N06AB08)	4	0	4 (100.0)
Citalopram (N06AB04)	3	0	3 (100.0)
Escitalopram (N06AB10)	4	0	4 (100.0)
Trazodona (N06AX05)	1	0	1 (100.0)
Desvenlafaxina (N06AX23)	1	0	1 (100.0)
Clomipramina (N06AA04)	1	0	1 (100.0)
Nortriptilina (N06AA10)	1	0	1 (100.0)
Psicoestimulantes (N06B)			
Metilfenidato (N06BA04)	2	1 (50.0)	1 (50.0)
Total	125	22 (17.6%)	103 (82.4%)

Classificação de acordo com o terceiro e quinto nível da *Anatomical Therapeutic Chemical (ATC)*, (OMS, 2016).

5.3. Características sociodemográficas, hábitos de vida e condições de saúde

Dos 356 estudantes que participaram da pesquisa, 57,6% eram do sexo feminino e 65,2% tinham idade ≤ 20 anos. Quanto à distribuição por área de conhecimento, 41,6% estavam matriculados nos cursos de Ciências da Vida, 24,1% nos cursos de Ciências Exatas e 34,3% nos cursos de Ciências Humanas e Sociais e Aplicadas (Tabela 2).

Em relação à cor da pele dos estudantes, 50,8% declaram possuir pele branca, a maioria identificou-se como heterossexual (79,7%), solteiros (95,2%), não possuíam filhos (96,9%), não recebiam auxílio financeiro da UFOP (89,6%), não trabalhavam (88,8%), 56,2% moravam em república ou com amigos, 66,0% possuíam alguma crença religiosa e 57,9% tinham renda familiar ≥ 4 salários mínimos, conforme mostra a tabela 2.

No que diz respeito aos hábitos de vida, 76,1% dos estudantes fazem uso normal ou leve de internet ao dia, 62,9% afirmaram praticar atividade física e 56,9% alegaram frequentar festas universitárias (Tabela 2).

Relacionado à condição de saúde, 59% dos estudantes declarou sua saúde como boa e a maioria não apresentou excesso de peso (77,5%); porém 80,6% possuíam práticas alimentares inadequadas ou em risco. Em relação à presença de sintomas de transtorno de ansiedade e depressão em parentes de primeiro grau (pai, mãe e filho) e/ou de segundo grau (irmãos e avós), 62,6% e 56,5% não tinham o histórico de sintomas de transtornos de ansiedade e depressão, respectivamente. 61,5% dos estudantes faziam acompanhamento psicológico e apenas 21,9% utilizavam algum tipo de medicamento psicotrópico (Tabela 2).

Tabela 2. Análise bivariada dos sintomas de transtorno de depressão em relação às variáveis sociodemográficas, hábitos de vida e condições de saúde de estudantes universitários do primeiro período da Universidade Federal de Ouro Preto, 2019 (n=356).

Variáveis	n	%	Ansiedade		RP bruta (IC 95%)	Valor-p	Depressão		RP bruta (IC 95%)	Valor-p
			Não (%)	Sim (%)			Não (%)	Sim (%)		
Características Sociodemográficas										
Sexo										
Masculino	151	42.4	50.5	31.1	1		46.8	33.1	1	
Feminino	205	57.6	49.5	68.9	1.62 (1.23 - 2.13)	0.001	53.2	66.9	1.48 (1.08 - 2.04)	0.016
Idade										
≤ 20 anos	232	65.2	62.2	68.9			64.1	66.9	1	
> 20 anos	124	34.8	37.8	31.1	0.84 (0.64 - 1.10)	0.206	35.9	33.1	0.92 (0.67 - 1.26)	0.603
Área do conhecimento										
Ciências exatas	86	24.1	21.9	19.2	1		24.9	22.9	1	
Ciências da vida	148	41.6	41.7	41.1	1.25 (0.88 - 1.78)	0.213	39.7	44.9	1.15 (0.79 - 1.68)	0.475
Ciências humanas e sociais e aplicadas	122	34.3	30.4	39.7	1.46 (1.03 - 2.06)	0.033	35.4	32.2	0.99 (0.66 - 1.50)	0.970
Cor da pele										
Branco	181	50.8	55.4	45.0	1		55.3	42.4	1	
Outros (amarelo. pardo. mulato ou negro)	175	49.2	44.6	55.0	1.26 (0.99 - 1.62)	0.055	44.7	57.6	1.41 (1.05 - 1.91)	0.024
Orientação Sexual* (n= 355)										
Heterossexual	283	79.7	84.8	72.7	1		82.7	73.5		
Outros (homossexual bissexual e assexual)	72	20.3	15.2	27.3	1.47 (1.15 - 1.89)	0.002	17.3	26.5	1.41 (1.03 - 1.94)	0.034
Estado Civil										
Solteiro (a)	339	95.2	93.1	98.0	1		94.5	96.6	1	
Outros (casado. união estável. viúvo. divorciado)	17	4.8	6.9	2.0	0.40 (0.14 - 1.13)	0.085	5.5	3.4	0.70 (0.29 - 1.67)	0.418
Filhos										
Não	345	96.9	95.1	99.3	1		96.2	98.3	1	
Sim	11	3.1	4.9	0.7	0.21 (0.03 - 1.36)	0.101	3.8	1.7	0.54 (0.15 - 1.91)	0.338

Tabela 2. Análise bivariada dos sintomas de transtorno de depressão em relação às variáveis sociodemográficas, hábitos de vida e condições de saúde de estudantes universitários do primeiro período da Universidade Federal de Ouro Preto, 2019 (n=356) (Continuação).

Renda total da família (SM=R\$998,00)										
< 4 salários mínimos	206	57.9	55.4	61.6	1		57.8	58.5	1	
≥ 4 salários mínimos	150	42.1	44.6	38.4	0.86 (0.67 - 1.11)	0.248	42.2	41.5	0.98 (0.73 - 1.32)	0.904
Auxílio financeiro da Universidade										
Não	319	89.6	91.7	86.7	1		91.1	86.4	1	
Sim	37	10.4	8.3	13.3	1.31 (0.95 - 1.82)	0.102	8.9	13.6	1.34 (0.90 - 2.02)	0.146
Trabalho										
Não	316	88.8	91.7	86.8	1		88.2	89.8	1	
Sim	40	11.2	8.3	13.2	0.80 (0.52 - 1.25)	0.335	11.8	10.2	0.89 (0.54 - 1.47)	0.652
Moradia										
Sozinho	35	9.8	10.8	8.0	1		10.6	7.6	1	
Família ou familiares	121	34,0	33.8	34.4	1.22 (0.72 - 2.01)	0.44	29.1	44.1	1.62 (0.89 - 2.95)	0.112
República ou amigos	200	56.2	55.4	57.6	1.23 (0.76 - 2.00)	0.396	60.3	48.3	1.08 (0.59 - 1.97)	0.810
Crença religiosa										
Não possui	121	34,0	32,8	35,8	1		31,2	39,8	1	
Possui	235	66,0	67,2	64,2	0,93 (0,72 - 1,19)	0,564	68,8	60,2	0,78 (0,58 - 1,05)	0,103
Hábitos de vida										
Uso de Internet* (n= 351)										
Normal ou Leve	267	76.1	80.6	70.5	1		82.0	65.0	1	
Moderado ou Excessivo	84	23.9	19.4	29.5	1.35 (1.05 - 1.73)	0.020	18.0	35.0	1.73 (1.30 - 2.32)	<0.001
Pratica atividade física										
Sim	224	62.9	70.6	52.3	1		67,5	53,4	1	
Não	132	37.1	29.4	47.7	1.54 (1.22 - 1.95)	<0.001	32,5	46,6	1.47 (1.10 - 1.97)	0.009
Praticas alimentares										
Inadequado	120	33.7	29.9	39.1	1		30.0	41.5	1	
Risco	167	46.9	49.5	43.0	0.80 (0.61 - 0.04)	0.090	46.4	47.5	0.83 (0.61 - 1.20)	0.217
Adequado	69	19.4	20.6	17.9	0.80 (0.56 - 1.12)	0.197	23.6	11.0	0.46 (0.27 - 0.79)	0.005

Tabela 2. Análise bivariada dos sintomas de transtorno de depressão em relação às variáveis sociodemográficas, hábitos de vida e condições de saúde de estudantes universitários do primeiro período da Universidade Federal de Ouro Preto, 2019 (n=356) (Continuação).

Consumo de bebida alcoólica										
Não	93	26.1	26.5	25.8	1		26.6	25.4	1	
Sim	263	73.9	73.5	74.2	1.02 (0.77 - 1.34)	0.892	73.4	74.6	1.04 (0.74 - 1.46)	0.816
Consumo excessivo de bebida alcoólica* (n= 354)										
Não	198	55.9	58.6	52,0	1		57.6	52.1	1	
Sim	156	44.1	41.4	48,0	1.17 (0.91 - 1.48)	0.215	42.4	47.9	1.16 (0.86 - 1.56)	0.328
Tabagismo										
Não	294	82.6	84.8	79.5	1		84.4	78.8	1	
Sim	62	17.4	15.2	20.5	1.22 (0.92 - 1.62)	0.170	15.6	21.2	1.27 (0.90 - 1.80)	0.176
Uso de drogas ilícitas										
Não	297	83.4	85.3	80.8	1		84.8	80.5	1	
Sim	59	16.6	14.7	19.2	1.19 (0.89 - 1.60)	0.240	15.2	19.5	1.21 (0.85 - 1.74)	0.290
Frequenta festas universitárias* (n=355)										
Sim	202	56.9	56.7	57.0	1		61.0	48.3	1	
Não	153	43.1	43.3	43.0	0.99 (0.78 - 1.27)	0.955	39.0	51.7	1.41 (1.05 - 1.89)	0.023
Condições de saúde										
Autoavaliação de saúde										
Boa	210	59.0	66.2	49.0	1		67.1	42.4	1	
Regular ou ruim	146	41.0	33.8	51.0	1.49 (1.17 - 1.89)	0.001	32.9	57.6	1.95 (1.44 - 2.62)	<0.001
IMC* (n= 355)										
Sem excesso de peso	275	77.5	78.9	75.3	1		80.5	71.2	1	
Com excesso de peso	80	22.5	21.1	24.4	1.12 (0.85 - 1.48)	0.415	19.5	28.8	1.39 (1.01 - 1.89)	0.040
Histórico familiar (1º e 2º grau) de ansiedade										
Não	223	62.6	65.7	58.3	1		66.2	55.1	1	
Sim	133	37.4	34.3	41.7	1.19 (0.94 - 1.52)	0.149	33.8	44.2	1.36 (1.02 - 1.82)	0.039
Histórico familiar (1º e 2º grau) de depressão										
Não	201	56.5	63.2	47.0	1		59.9	49.1	1	
Sim	155	43.5	36.8	53.0	1.45 (1.14 - 1.85)	0.002	40.1	50.9	1.33 (0.99 - 1.79)	0.054

Tabela 2. Análise bivariada dos sintomas de transtorno de depressão em relação às variáveis sociodemográficas, hábitos de vida e condições de saúde de estudantes universitários do primeiro período da Universidade Federal de Ouro Preto, 2019 (n=356) (Continuação).

Acompanhamento psicológico										
Não	219	61.5	69.6	50.3	1		64.1	55.9	1	
Sim	137	38.5	30.4	49.7	1.57 (1.24 - 1.99)	<0.001	35.9	44.1	1.25 (0.93 - 1.68)	0.132
Uso de medicamentos psicotrópicos										
Não	278	78.1	86.3	66.9	1		84.4	65.2	1	
Sim	78	21.9	13.7	33.1	1.76 (1.40 – 2.21)	<0.001	15.6	34.8	1.89 (1.42 – 2.51)	<0,001

* Variáveis que não apresentaram n=356 devido a dados não disponibilizados pelos participantes.

RP: razão de prevalência; IC 95%: intervalo de 95% de confiança. SM: Salário mínimo (Um salário mínimo corresponde a R\$998,00). IMC: Índice de massa corporal Foi considerado como consumo excessivo de bebida alcóolica a ingestão de no mínimo cinco doses para os homens e quatro para as mulheres, em uma única ocasião, sendo que uma dose contém entre 10 e 12 gramas de álcool, o qual pode estar presente em uma taça de vinho (100 ml), em uma lata de cerveja (350 ml) ou em uma dose de bebida destilada (30 ml).

5.4. Presença de sintomas de transtorno de ansiedade e depressão e fatores associados

Na Tabela 3, observam-se os resultados da análise multivariada ajustada por idade para sintomas de transtorno de ansiedade. Observou-se que ser do sexo feminino (RP=1,38/ IC95% 1,07 - 1,78), não ter a cor de pele branca (RP=1,30/ IC95% 1,03 - 1,62), não ser heterossexual (RP=1,37/ IC95% 1,08 - 1,73), fazer uso moderado ou excessivo de internet (RP=1,30/ IC95% 1,03 - 1,64), não praticar atividade física (RP= 1,44/ IC95% 1,15 - 1,79), fazer acompanhamento psicológico (RP=1,35/ IC95% 1,05 - 1,72) e usar medicamento psicotrópico (RP=1,71/ IC95% 1,36 - 2,17) são associações positivas e estatisticamente significantes em relação aos sintomas de transtorno de ansiedade.

Tabela 3. Análise multivariada por meio da regressão de Poisson, ajustada por idade, para sintomas de transtorno de ansiedade e fatores associados em estudantes universitários do primeiro período da Universidade Federal de Ouro Preto, 2019.

Variáveis	Modelo Ansiedade	
	RP (IC 95%)	Valor-p
Características Sociodemográficas		
Sexo		
Masculino	1	
Feminino	1.38 (1.07 - 1.78)	0.013
Cor de pele		
Branco	1	
Outras (amarelo. pardo. mulato ou negro)	1.30 (1.03 - 1.62)	0.025
Orientação sexual		
Heterossexual	1	
Outros (homossexual bissexual e assexual)	1.37 (1.08 - 1.73)	0.009
Hábitos de vida		
Uso de Internet		
Normal ou Leve	1	
Moderado ou Excessivo	1.30 (1.03 - 1.64)	0.027
Pratica atividade física		
Sim	1	
Não	1.44 (1.15 - 1.79)	0.001
Condições de saúde		
Acompanhamento psicológico		
Não	1	
Sim	1.35 (1.05 - 1.72)	0.017
Uso de medicamento psicotrópico		
Não	1	
Sim	1.71 (1.36 - 2.17)	<0.001

RP: razão de prevalência; IC 95%: intervalo de 95% de confiança.

Teste de Hosmer Lemeshow $p > 0,05$.

Em relação aos sintomas de depressão, observou-se que ser do sexo feminino (RP=1,41/ IC95% 1,04 - 1,91), não ter a cor de pele branca (RP=1,41/ IC95% 1,07 - 1,87), fazer uso moderado ou excessivo de internet (RP=1,60/ IC95% 1,23 - 2,08), não ter o hábito de frequentar festas universitárias (RP=1,51/ IC95% 1,15 - 1,98), autoavaliação de saúde ruim (RP=1,80/ IC95% 1,36 - 2,37), possuir histórico de ansiedade em parente de 1º ou 2º grau (RP= 1,35/ IC95% 1,03 - 1,78) e usar medicamento psicotrópico (RP=1,84/ IC95% 1,40 - 2,42) são associações positivas e estatisticamente significantes em relação ao desenvolvimento de depressão (Tabela 4).

Tabela 4. Análise multivariada por meio da regressão de Poisson, ajustada por idade, para sintomas de depressão e fatores associados em estudantes universitários do primeiro período da Universidade Federal de Ouro Preto, 2019.

Variáveis	Modelo Depressão	
	RP (IC 95%)	Valor-p
Características Sociodemográficas		
Sexo		
Masculino	1	
Feminino	1.41 (1.04 - 1.91)	0,026
Cor de pele		
Branco	1	
Outros (amarelo, pardo, mulato ou negro)	1.41 (1.07 - 1.87)	0.016
Hábitos de vida		
Uso de Internet		
Normal ou Leve	1	
Moderado ou Excessivo	1.60 (1.23 - 2.08)	<0.001
Frequente festas universitárias		
Sim	1	
Não	1.51 (1.15 - 1.98)	0,003
Condições de saúde		
Autoavaliação de saúde		
Boa	1	
Regular ou ruim	1.80 (1.36 - 2.37)	<0.001
Histórico familiar (1º grau) de ansiedade		
Não	1	
Sim	1.35 (1.03 - 1.78)	0,032
Uso de medicamento psicotrópico		
Não	1	
Sim	1.84 (1.40 - 2.42)	<0,001

RP: razão de prevalência; IC 95%: intervalo de 95% de confiança.

Teste de Hosmer Lemeshow $p > 0,05$.

6. DISCUSSÃO

Este estudo investigou a prevalência dos sintomas de transtornos de ansiedade e depressão em universitários do primeiro período de diferentes cursos da Universidade Federal de Ouro Preto e os resultados mostraram relevantes informações, como a alta prevalência desses transtornos (42,5% de sintomas de ansiedade e 33,2% de sintomas de depressão), elevadas prevalências de consumo de substâncias psicoativas lícitas e ilícitas e a associação positiva desses transtornos mentais com o uso de medicamentos psicotrópicos e outros fatores de risco.

Dados ainda não publicados de revisão sistemática desenvolvida pelo grupo de pesquisa responsável pelo presente estudo, que incluiu estudos que compreendiam amostras de estudantes universitários de diferentes períodos, distribuídos em 40 países, encontrou a prevalência de 24,5% de ansiedade e 26,1% de depressão (DE PAULA, et al. 2020 no prelo). Em relação aos estudantes do primeiro período, um estudo realizado na Bélgica por Bruffaerts e colaboradores (2018) mostrou que um terço dos calouros são acometidos por algum tipo de transtorno mental, o que pode estar diretamente associado ao menor desempenho acadêmico. Os resultados encontrados no presente estudo mostram uma prevalência semelhante aos estudos com estudantes universitários citados anteriormente.

As altas prevalências dos sintomas desses transtornos são alarmantes, uma vez que os estudantes já chegam na universidade com a presença de sintomas de ansiedade e depressão, o que pode dificultar a trajetória acadêmica e aumentar a evasão ao longo do curso. A própria forma de entrada nas universidades, por meio do Exame Nacional do Ensino Médio (ENEM) pode ser um fator agravante em função da alta pressão para aprovação, estresse e ansiedade pré prova e alta carga de estudos preparatórios demandados. Ao entrar na universidade, a falta de políticas de acolhimento aos estudantes ingressantes pode piorar ainda mais o quadro de doenças mentais. Além disso, essa fase de mudança no estilo de vida, a entrada no ensino superior e a adaptação à vida acadêmica, a incerteza do futuro, podem gerar

episódios de estresse e alavancar problemas de saúde mental (BOLSONI-SILVA & GUERRA, 2014; BRANDÃO *et al.*, 2017).

O perfil dos estudantes que participaram do estudo demonstrou uma população predominantemente feminina, com idade ≤ 20 anos, solteira e sem filhos, o que está em concordância com os achados do estudo de Leão e colaboradores (2018), o qual avaliou a prevalência e os fatores associados à depressão entre estudantes universitários da área da saúde no nordeste brasileiro. Esse perfil pode ser explicado pelo fato de que atualmente as mulheres são predominantes na população universitária brasileira e a faixa etária média de entrada em Universidades é de 19 a 24 anos (INEP, 2018).

No presente estudo, as ciências humanas sociais e aplicadas apresentaram maior prevalência de sintomas de transtorno de ansiedade, enquanto que as ciências da vida apresentaram maior prevalência de sintomas de depressão. As menores prevalências para ambos os transtornos foram observadas na área de ciências exatas. Na análise bivariada foram observadas diferenças estatísticas entre os cursos de ciências exatas e humanas. Porém, ao ajustar a variável área de conhecimento por sexo essa associação não permaneceu, pois nesse caso o sexo pode ser considerado uma variável de confusão. Bolsoni-Silva e Loureiro (2015) encontraram a maior prevalência de ansiedade e depressão para área de humanas e a menor para a área de ciências biológicas. Outros estudos indicam que universitários da área da saúde apresentam maiores prevalências de transtornos mentais quando comparados a estudantes universitários em geral (PUTHRAN *et al.*, 2016; ROTENSTEIN *et al.*, 2016). Isso pode ser explicado porque são cursos em sua maioria de tempo integral, de grande desgaste físico e psíquico, além de ter que lidar com o sofrimento e as doenças de outras pessoas. Porém, estudos que avaliam diferentes áreas de conhecimento ainda são escassos, sendo que a maioria avalia o curso de Medicina individualmente ou apenas a área de saúde.

Em relação aos cursos, não foi realizado o teste de diferença estatística devido à heterogeneidade do número de estudantes participantes. Entretanto, pode-se observar que os graduandos em Arquitetura e em Artes Cênicas apresentaram a menor prevalência de sintomas de transtorno de ansiedade e depressão, respectivamente, quando comparados aos estudantes de outros cursos avaliados. Além disso, os estudantes de Educação Física também tiveram baixas prevalências

de sintomas de ansiedade, o que pode estar associado ao fato de terem uma boa relação com a prática de atividade física, que é conhecida na literatura como um fator de proteção ao aparecimento desses sintomas (ROEDER, 1999; MCMAHON, 2017). Em contrapartida, as maiores prevalências foram observadas nos cursos de Jornalismo, História e Farmácia para ansiedade e Matemática, Farmácia e História para depressão. Os cursos de Farmácia e História apresentaram elevada prevalência para ambos os transtornos. Dada a heterogeneidade da população universitária e os diferentes tipos de instrumentos utilizados nos estudos, há grande variabilidade entre as prevalências desses transtornos (BOLSONI-SILVA; LOUREIRO, 2015).

Em relação à renda familiar e auxílio financeiro recebido pela universidade, a maioria dos estudantes (57,9%) tinham renda familiar menor do que quatro salários mínimos (R\$ 3.992,00) e não recebiam nenhum tipo de auxílio financeiro da UFOP. A relação entre renda e os sintomas de transtorno de ansiedade e depressão em populações adultas foram relatadas nos estudos de Grant e colaboradores (2005), Averina e colaboradores (2005) e Layte e colaboradores (2014), evidenciando que o desenvolvimento de problemas de saúde aumenta conforme diminui a renda e conseqüentemente a classe social. No presente estudo essa relação não foi encontrada.

Quanto ao tipo de moradia, observou-se que a maior parte dos estudantes residia em repúblicas ou com os amigos (56,2%), diferindo dos achados de Fernandes e colaboradores (2018), o qual demonstrou o predomínio de estudantes que residiam com os pais. Isso pode ser explicado pelo local de condução do estudo. A UFOP é localizada em Ouro Preto, que é uma cidade no interior de Minas Gerais e recebe estudantes de vários estados do Brasil, sendo muitas vezes necessário o deslocamento diário ou mudança provisória de moradia por parte dos estudantes. Além disso, em Ouro Preto existe uma tradição de moradia em repúblicas estudantis, as quais propiciam um vínculo entre os estudantes residentes, mesmo após a conclusão do curso (MORAES & MIRANDA, 2011). O estudo de Hafen e colaboradores (2006), que observou o comportamento de estudantes do primeiro período de Medicina Veterinária, mostrou que deixar a casa dos pais para morar fora pode ser um preditor para depressão, pois há um afastamento do suporte social e familiar, porém tal associação não foi observada no presente estudo.

Segundo alguns trabalhos, a crença religiosa pode ser um fator importante na significação da vida e pode exercer impacto positivo sobre a saúde mental dos indivíduos (DALGALARRONDO, 2009; NETO *et al.*, 2009). Neste estudo, a maior parte dos estudantes relatou possuir algum tipo de crença religiosa e não houve associação aos transtornos mentais.

O estudo também observou que a maioria dos participantes não apresentou excesso de peso, corroborando com outras pesquisas realizadas com estudantes universitários (MORI *et al.*, 2017; BAÍA *et al.*, 2016). Porém, a maioria dos estudantes apresentou práticas alimentares inadequadas ou em risco, o que pode vir a modificar o IMC ao longo dos anos. Os estudantes que possuíam excesso de peso e que tinham práticas alimentares inadequadas ou em risco foram os mais acometidos por ambos os transtornos avaliados. Há relato na literatura que existe uma associação entre os padrões alimentares e a ansiedade e depressão (JACKA *et al.*, 2010). Na UFOP são ofertados almoço e jantar diariamente a um preço abaixo do encontrado em restaurantes convencionais, que são refeições balanceadas com o preparo acompanhado por nutricionista.

Quanto ao uso de substâncias psicoativas, excetuando os medicamentos psicotrópicos, o I Levantamento Nacional sobre uso de álcool, tabaco e outras drogas entre estudantes universitários das 27 capitais brasileiras, indicou que o álcool foi a substância mais consumida (ANDRADE *et al.*, 2010). Os achados desse estudo estão em consonância e mostram que 73,9% dos estudantes faziam uso de álcool e 44,1% faziam uso de modo excessivo. Um estudo realizado na Universidade Federal do Amazonas com estudantes universitários da área de saúde mostrou prevalências ainda mais elevadas, sendo 87,7% o consumo de álcool e 30,7% de tabaco (LUCAS, 2006). Em outro estudo realizado com estudantes de farmácia, o consumo de álcool foi observado em 39,2% da amostra e o de tabaco por 5% (MONTEIRO, 2018).

O consumo excessivo de álcool foi observado por Schulenberg e colaboradores (2019), sendo observada uma prevalência de 29% entre estudantes universitários dos Estados Unidos. Essas diferenças encontradas podem estar relacionadas a fatores individuais, culturais e do ambiente em que estão inseridos os estudantes em diferentes cidades ou países. Em relação ao tabaco, no presente estudo, apenas 17,4% da amostra relatou uso. O Ministério da Saúde criou em 1989

o Programa Nacional de Controle do Tabagismo. Nesse ano a prevalência de tabagismo na população acima de 18 anos era de 34,8% e desde então tem sido observada uma constante redução da prevalência de fumantes no Brasil. De acordo com dados da PNS de 2013, 14,7% da população adulta era tabagista (PNS, 2013; OMS, 2015). Na Espanha, um estudo que observou diferentes estudantes por dez anos concluiu que há uma tendência de diminuição da proporção de fumantes com o passar dos anos (ORDÁS, 2015).

Na UFOP, 16,6% dos estudantes ingressantes do primeiro relataram já fazer uso de algum tipo de droga ilícita, sendo a mais utilizada a maconha (14,0%). No estudo de Mendonça Santos e colaboradores (2019) o uso de maconha foi relatado por 20,3% dos estudantes. Já o estudo de Boniatti e colaboradores (2007) relatou que 31,1% dos estudantes de medicina de diferentes períodos já experimentaram maconha. Em estudantes ingressantes o uso de drogas tende a ser menor do que em estudantes dos últimos anos. Isso pode ser parcialmente explicado pela recente saída desses estudantes da casa dos pais, uma vez que morar junto aos pais pode ser considerado um fator de proteção para o início de comportamentos de risco (SILVA DE SOUZA *et al.*, 2010). É importante que a universidade se atente ao fato de que há alta possibilidade de uma elevada prevalência do uso de drogas com o caminhar do curso. O rastreio dos estudantes ingressantes pode ser um ponto positivo para se iniciar uma abordagem de esclarecimentos aos malefícios à saúde e prevenção à dependência e uso dessas substâncias.

Já é sabido que a prevalência de uso de substâncias ilícitas entre indivíduos acometidos por transtornos mentais é preocupante, visto que podem desencadear uma série de prejuízos à vida do indivíduo (DALPIAZ, 2014). Okoro e colaboradores (2004) descreveram a associação entre o consumo de álcool e os sintomas de depressão, estresse e problemas emocionais. Apesar dos sintomas de transtorno de ansiedade e depressão serem prevalentes entre os estudantes que fazem uso das substâncias relatadas, quando realizada a análise estatística, não foi possível estabelecer uma associação entre essas variáveis.

Entre as variáveis explicativas analisadas, ser do sexo feminino, não ser branco, fazer uso moderado ou excessivo de internet e fazer uso de medicamento psicotrópico tiveram associação positiva ($RP > 1,0$) com sintomas de ambos os transtornos mentais.

O presente estudo mostrou que ser do sexo feminino aumenta 1,38 vezes a prevalência de sintomas de transtorno de ansiedade e 1,41 vezes a prevalência de sintomas de depressão em comparação a ser do sexo masculino. Estudos já realizados nessa temática mostraram que ser mulher aumenta o risco de desenvolver ambos os transtornos, o que pode estar relacionado a fatores genéticos (KENDLER *et al.*, 1992; KESSLER *et al.*, 1994) e fatores biológicos, como os processos hormonais (SEEMAN, 1997; ALVI & RAMZAN, 2010). O sexo feminino associado como fator de risco para o desenvolvimento de transtornos mentais também foi reportado em outros estudos nacionais envolvendo estudantes universitários (PAULA *et al.*, 2014; MAYER *et al.*, 2016).

Outro fator relacionado aos transtornos de ansiedade e depressão foi a cor de pele não branca, sendo observado 1,41 e 1,30 vezes mais prevalência dos sintomas de transtornos de ansiedade e depressão, respectivamente, do que em estudantes que relataram cor de pele branca. A relação entre cor da pele e a prevalência de transtornos de ansiedade e depressão ainda é pouco relatada na literatura, o que pode ser explicado pela dificuldade de classificar os indivíduos em relação à cor de pele. Em nosso país, a cor da pele é tida como um fator que pode interferir diretamente nas oportunidades relacionadas à educação, aspectos sociais e condições financeiras (WILLIAMS *et al.*, 1997; WARNER, 2011; SMOLEN & ARAÚJO, 2017), e uma suposição, baseados nos presentes achados, é que poderia influenciar então na presença de sintomas de transtornos mentais.

O uso moderado ou excessivo de internet mostrou-se associado para o aparecimento de ambos os sintomas avaliados, aumentando em 1,30 vezes a prevalência de sintomas de transtorno de ansiedade e 1,60 vezes a prevalência de sintomas de depressão. O uso excessivo pode levar à perda do convívio social, além da influência de padrões impostos pela sociedade por páginas virtuais e redes sociais, muitas vezes inalcançáveis. Casiano e colaboradores (2013) ressaltam que o isolamento pode desencadear sentimentos de solidão e conseqüentemente de depressão.

Uma associação entre o vício na internet e ansiedade, estresse e depressão foi encontrada no estudo de Younes (2016), em que a porcentagem de estudantes que sofriam de ansiedade, depressão ou estresse foi mais elevada entre os possíveis viciados em internet. Além disso, um estudo de metanálise de Elhai e

colaboradores (2017) encontrou que a gravidade dos transtornos de ansiedade e depressão estão significativamente ligados ao vício em *smartphones*. Pessoas tendem a usar seus telefones celulares como um método de enfrentamento para lidar com suas emoções negativas e depressivas (KIM *et al.*, 2015). Há também algumas evidências de que a depressão e a ansiedade podem causar dependência tecnológica (SNODGRASS *et al.*, 2014).

Ao investigar o uso de medicamentos psicotrópicos por estudantes do primeiro período, pode-se observar que 21,9% faz uso de algum tipo, sendo este fator associado aos sintomas de transtorno de ansiedade (RP=1,71/ IC95% 1,36 - 2,17) e depressão (RP=1,84/ IC95% 1,40 - 2,42). Essa associação nos mostra que os estudantes estão utilizando os fármacos no manejo do tratamento desses sintomas, o que é de suma importância. O tratamento medicamentoso, quando efetuado de modo seguro e correto, tende a controlar e aliviar os sintomas dos transtornos em questão (FLECK *et al.*, 2003; VERSIANI, 2008).

Os medicamentos mais utilizados no presente estudo, para tratamento de transtorno de ansiedade, foram o alprazolam e diazepam e para o tratamento de depressão a fluoxetina, clonazepam e sertralina. Oliveira e colaboradores (2019), que avaliaram a prevalência de uso médico e não médico de medicamentos psicotrópicos entre estudantes da área da saúde da UFOP, observaram que os medicamentos psicotrópicos mais utilizados foram fluoxetina e sertralina, o que se assemelha aos resultados do presente estudo. Em jovens adultos, a fluoxetina é o fármaco de primeira escolha para o tratamento da depressão (GROVER & AVASTHI, 2019).

O uso de medicamentos psicotrópicos para indivíduos com sintomas de transtorno de ansiedade e depressão é condizente com a literatura, uma vez que fármacos como o alprazolam e diazepam são benzodiazepínicos muito utilizados no tratamento de ansiedade generalizada, bem como o clonazepam, que é um derivado benzodiazepínico. Já a fluoxetina e a sertralina são inibidores seletivos da receptação de serotonina, que, além das propriedades antidepressivas, também são muito usados no tratamento do distúrbio de ansiedade generalizada, fobias, distúrbio da ansiedade social e distúrbio do estresse pós-traumático (RANG *et al.*, 2016; OLIVEIRA *et al.*, 2019).

A entrada na universidade vem acompanhada de mudanças e novos desafios, fatores ansiogênicos e estressores, e esse pode ser um período de vulnerabilidade para que se inicie a automedicação (MARCHI, 2013). Quando foi observado se no presente estudo o uso desses psicofármacos foi prescrito pelo médico, verificou-se que 17,6% dos estudantes faziam uso sem a devida recomendação. Essa prática pode vir acompanhada de reações adversas, interações medicamentosas, desenvolvimento de resistência ou dependência, entre outros problemas (RANG *et al.*, 2016). No presente estudo o medicamento mais utilizado sem prescrição médica pelos estudantes foi o clonazepam, que pertence à classe dos benzodiazepínicos. Algumas características farmacológicas dessa classe podem influenciar o seu uso, como o alto índice terapêutico, segurança e baixa toxicidade. Porém, o uso inadequado ou combinado a outras substâncias, como o álcool que é muito utilizado pelos estudantes, pode acentuar as reações adversas e levar a quadros severos de dependência e tolerância (BRUNTON & KNOLLMANN, 2018).

Além disso, outras variáveis permaneceram associadas apenas aos sintomas de transtornos de ansiedade, como não ser heterossexual, não praticar atividade física e fazer acompanhamento psicológico.

Estudantes homossexuais, bissexuais ou assexuais têm 1,37 mais sintomas de transtorno de ansiedade do que os estudantes heterossexuais. Sabe-se que os homossexuais são mais propensos ao desenvolvimento de transtornos de ansiedade, depressão e ideação suicida devido à própria aceitação, baixa autoestima e ao preconceito social que enfrentam (ABELSON *et. al.*, 2006; ALVES *et al.*, 2017).

O hábito de não praticar atividade física foi associado a presença de mais sintomas de transtorno de ansiedade (RP= 1,44/ IC95% 1,15 - 1,79). A atividade física pode reduzir o desenvolvimento de sintomas de transtornos de ansiedade e depressão e o exercício pode servir como uma alternativa ou um complemento às formas tradicionais de terapia (MARTINSEN, 2008). McMahon e colaboradores (2017) observaram, em uma amostra de adolescentes, que o hábito de praticar esporte e atividade física foram associados a níveis significativamente mais baixos de ansiedade e depressão. Além disso, em uma metanálise que avaliou populações adultas, observou-se que a atividade física tem efeito redutor de ansiedade e depressão (REBAR *et al.*, 2015).

O acompanhamento psicológico também foi um fator associado apenas aos sintomas de transtorno de ansiedade (RP=1,35/ IC95% 1,05 - 1,72). Segundo Rosenthal e Wilson (2008) apenas um quarto dos estudantes que são acometidas por transtornos mentais procuram ajuda. Dentro deste contexto, Auerbach e colaboradores (2016) apontam que apenas 16,4% de estudantes com problemas mentais recebem algum tipo de tratamento. É importante que indivíduos identificados com sintomas de transtorno de ansiedade e depressão busquem um meio para amenizar tais sintomas, seja via acompanhamento psicológico ou tratamento medicamentoso. Na UFOP são oferecidos, pela Pró-Reitoria de Assuntos Comunitários e Estudantis, programas de assistência em que os estudantes podem receber atendimento e orientações de aspectos pedagógicos, acadêmicos e psicossociais, como o “Bem-vindo Calouro”, que é destinado ao acolhimento de estudantes ingressantes (UFOP, 2019).

Em relação somente aos sintomas de depressão, as variáveis que permaneceram associadas foram: não frequentar festas universitárias, autorrelatar a saúde como sendo ruim e possuir histórico de ansiedade em parente de primeiro grau.

No presente estudo, o hábito de não frequentar festas manteve-se associado aos sintomas de depressão (RP= 1,51/ IC95% 1,15 - 1,98). O hábito de não frequentar festas pode indicar um baixo convívio social com os colegas fora do âmbito universitário. Segundo Beck e colaboradores (2008), os estudantes que apresentam sintomas de transtorno de ansiedade e não se expõem tanto aos episódios de consumo de álcool, tendem mais para o isolamento. Outro estudo avaliou que o apoio social estava associado a uma menor probabilidade de depressão, ansiedade, suicídio e transtorno alimentar, independente da frequência de contatos sociais e de outras características individuais (HEFNER, 2009). Além disso, outros pesquisadores apontam que o pouco tempo destinado às atividades de lazer está intimamente relacionado ao aumento dos sintomas depressivos (PAULA *et al.*, 2014; FERNANDES *et al.*, 2018).

A autoavaliação negativa sobre a saúde estar associada aos sintomas de transtorno de depressão pode indicar o reconhecimento dos estudantes sobre o ponto de vista de indivíduos que convivem com algum tipo de doença. No presente estudo, estudantes que autoavaliaram a saúde como sendo regular ou ruim

apresentaram 1,80 vezes mais prevalência de sintomas de depressão. Furegato e colaboradores (2010) observaram que os estudantes que relataram a saúde como ruim tinham mais propensão a desenvolverem transtornos de ansiedade e depressão. Por outro lado, Gonçalves e colaboradores (2018), apontaram que a percepção de saúde dos participantes como positiva é um fator de proteção contra os transtornos.

Outro fator importante para se entender a ansiedade e depressão são os fatores genéticos. Estudos apontam que o fator genético pode influenciar o aparecimento desses transtornos e que indivíduos com histórico familiar positivo tendem a ser mais vulneráveis a doenças mentais (KENDLER *et al.*, 1986; LAFER & VALLADA FILHO, 1999; KENDLER *et al.*, 2008, MONROE *et al.*, 2014). No presente estudo foi observada a associação entre possuir sintomas de depressão e ter parentes de 1º e 2º grau com ansiedade (RP=1.35/ IC95% 1,07 - 1,78). A ausência da associação entre ansiedade e hereditariedade pode ser explicada, ao menos em parte, pelo fato de que na maioria dos casos a ansiedade precede a depressão (DOZOIS, 2006), não sendo possível identifica-la no momento da coleta dos dados.

De modo geral, as variáveis associadas com os sintomas de transtorno de ansiedade e depressão encontradas neste estudo podem ajudar na maior compreensão desses transtornos, que atualmente são considerados graves problemas de saúde pública devido às altas prevalências e impacto psicossocial.

Os resultados deste estudo têm implicações importantes para a comunidade acadêmica, pois confirma que os transtornos de ansiedade e depressão são comuns entre os estudantes já no início da vida universitária e mostra a relação entre depressão e o uso de medicamentos psicotrópicos, que são substâncias psicoativas usadas para o tratamento dessas doenças.

Além disso, pode-se observar um consumo elevado de álcool e substâncias ilícitas. A literatura confirma que o uso crônico de substâncias psicoativas pode se estabelecer como um fator desencadeante ou conseqüente de quadros psiquiátricos, sobretudo aos relacionados a transtornos de humor e depressão (SCHEFFER & DE ALMEIDA, 2010). Tais informações podem contribuir no avanço do entendimento dessas doenças em demais estudos, além de reforçar a necessidade de programas de saúde mental que sejam eficientes, amplos e acolhedores, bem como projetos sobre a importância do uso consciente de substâncias psicoativas, a fim de prevenir

uma futura relação direta com o início do seu uso e o aparecimento destes e outros transtornos mentais.

Ademais, o reconhecimento local dos transtornos mentais em estudantes do primeiro período pode contribuir com ações institucionais de prevenção da evasão, pois a literatura mostra que estudantes universitários com transtornos mentais têm duas vezes mais probabilidade de desistir do curso antes da obtenção do diploma (KESSLER *et al.*, 1995; HARTLEY, 2010).

Porém, é importante considerar a limitação desta investigação enquanto estudo transversal, em que não é possível estabelecer uma relação de temporalidade entre os sintomas de transtorno de ansiedade e depressão e o uso de substâncias psicoativas. Os questionários foram autoaplicados e por vezes não respondidos em sua totalidade pelos estudantes.

A amostra foi composta por estudantes ingressos no primeiro período, não representando todos os estudantes universitários nos diferentes períodos da Universidade. Portanto, se faz necessária a continuidade e extensão deste estudo à toda população acadêmica e a realização de estudos longitudinais para acompanhamento dos estudantes ao longo da graduação. Por outro lado, estudar essa população também é pertinente, sendo possível demonstrar que os estudantes já estão entrando na universidade com sintomas de transtorno de ansiedade, depressão e consumindo substâncias psicoativas.

7. CONCLUSÕES

O presente estudo permitiu evidenciar a alta prevalência dos sintomas de transtornos de ansiedade e depressão e seus fatores associados entre estudantes ingressantes em 14 cursos de graduação da UFOP. Pode-se apontar a importante associação destes transtornos com o uso de medicamentos psicotrópicos, bem como outros fatores associados para ambos os desfechos: sexo, cor da pele e uso acentuado de internet. Somente para os sintomas de ansiedade, somam-se orientação sexual, prática de atividade física e acompanhamento psicológico, e para o desfecho de depressão, foram também associados frequentar festas, autoavaliação de saúde e histórico de ansiedade em parente de 1º e 2º grau.

O uso efetivo do medicamento, principalmente ansiolíticos e antidepressivos, no tratamento de ansiedade e depressão tende a diminuir ou controlar o aparecimento dos sintomas desses transtornos mentais, promovendo melhora na saúde dos indivíduos. Investigações sobre esta temática tornam-se prioritárias, pois estudantes com sintomas de transtorno de ansiedade e depressão podem apresentar baixo desempenho acadêmico e altas taxas de evasão. Quando esses sintomas se associam ao uso de substâncias psicoativas, como álcool e drogas ilícitas, seu impacto pode ser ainda maior. No presente estudo, foram identificadas elevadas prevalências de consumo de substâncias psicoativas. Portanto, é importante que haja a promoção de políticas de saúde mental e física, que visem o bem estar dos estudantes, bem como a criação de um ambiente acolhedor dentro das universidades. Campanhas de conscientização que destaquem os riscos potenciais à saúde dos estudantes e o auxílio no reconhecimento da necessidade de tratamento, podem levar a uma redução do consumo de substâncias.

Além disso, faz-se necessária a continuidade deste estudo, a fim de acompanhar a prevalência do consumo dessas substâncias e associação que possa vir a ocorrer com os sintomas de transtorno de ansiedade e depressão, durante o decorrer da vida acadêmica nos diferentes cursos e áreas de conhecimento, para então avaliar quais variáveis se minimizam ou se potencializam ao longo dos anos.

REFERÊNCIAS

ABBING-KARAHAGOPIAN, V. *et al.* Antidepressant prescribing in five European countries: application of common definitions to assess the prevalence, clinical observations, and methodological implications. **European journal of clinical pharmacology**, v. 70, n. 7, p. 849-857, 2014.

ABELSON, Jeanne *et al.* Factors Associated with 'Feeling Suicidal' The Role of Sexual Identity. **Journal of Homosexuality**, v. 51, n. 1, p. 59-80, 2006.

ALVES, Raquel Ávila Kepler *et al.* Alterando crenças centrais: um relato de caso de homofobia internalizada. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, v. 13, n. 1, p. 12-19, 2017.

ALVI, Tabassum *et al.* Depression, anxiety and their associated factors among medical students. **J Coll Physicians Surg Pak**, v. 20, n. 2, p. 122-6, 2010.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION *et al.* DSM-5: **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. Artmed Editora, 2014.

ANDRADE, Arthur Guerra de *et al.* I levantamento nacional sobre o uso de álcool, tabaco e outras drogas entre universitários das 27 capitais brasileiras. **Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas**, v. 1, 2010.

ANDREASEN, Nancy C.; BLACK, Donald W. **Introdução à psiquiatria**. 4ª edição. Artmed Editora, 2009.

ANDREWS, Bernice; WILDING, John M. The relation of depression and anxiety to life-stress and achievement in students. **British Journal of Psychology**, v. 95, n. 4, p. 509-521, 2004.

ANTONY, Martin M. *et al.* Psychometric properties of the 42-item and 21-item versions of the Depression Anxiety Stress Scales in clinical groups and a community sample. **Psychological assessment**, v. 10, n. 2, p. 176, 1998.

AQUINO, Daniela Silva de; BARROS, José Augusto Cabral de; SILVA, Maria Dolores Paes da. A automedicação e os acadêmicos da área de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, p. 2533-2538, 2010.

ARRIA, Amelia M. *et al.* Nonmedical use of prescription stimulants and analgesics: Associations with social and academic behaviors among college students. **Journal of Drug Issues**, v. 38, n. 4, p. 1045-1060, 2008.

ARRIA, Amelia M.; DUPONT, Robert L. Nonmedical prescription stimulant use among college students: why we need to do something and what we need to do. **Journal of addictive diseases**, v. 29, n. 4, p. 417-426, 2010.

AUERBACH, Randy P. *et al.* Mental disorders among college students in the World Health Organization world mental health surveys. **Psychological medicine**, v. 46, n. 14, p. 2955-2970, 2016.

AVERINA, Maria *et al.* Social and lifestyle determinants of depression, anxiety, sleeping disorders and self-evaluated quality of life in Russia. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, v. 40, n. 7, p. 511-518, 2005.

BADIGER, Sanjeev *et al.* Self-medication patterns among medical students in South India. **The Australasian medical journal**, v. 5, n. 4, p. 217, 2012.

BAIA, Fernando Costa *et al.* Prevalência de excesso de peso em universitários de uma Instituição de Ensino Privada de um município da Amazônia Legal-RO/Brasil. **RBPFE-Revista Brasileira de Prescrição e Fisiologia do Exercício**, v. 10, n. 58, p. 298-307, 2016.

BAPTISTA, Américo; CARVALHO, Marina; LORY, Fátima. O medo, a ansiedade e as suas perturbações. **Psicologia**, v. 19, n. 1-2, p. 267-277, 2005.

BAXTER, A. J. *et al.* Global prevalence of anxiety disorders: a systematic review and meta-regression. **Psychological medicine**, v. 43, n. 5, p. 897-910, 2013.

BECK, Kenneth H. *et al.* Social context of drinking and alcohol problems among college students. **American journal of health behavior**, v. 32, n. 4, p. 420-430, 2008.

BEITER, R. *et al.* The prevalence and correlates of depression, anxiety, and stress in a sample of college students. **Journal of affective disorders**, v. 173, p. 90-96, 2015.

BEYER, Chad; STAUNTON, Ciara; MOODLEY, Keymanthri. The implications of Methylphenidate use by healthy medical students and doctors in South Africa. **BMC medical ethics**, v. 15, n. 1, p. 20, 2014.

BITSIKA, Vicki; SHARPLEY, Christopher F. Comorbidity of anxiety-depression among Australian university students: Implications for student counsellors. **British Journal of Guidance & Counselling**, v. 40, n. 4, p. 385-394, 2012.

BLAS, Erik; KURUP, Anand Sivasankara (Ed.). **Equity, social determinants and public health programmes**. World Health Organization, 2010.

BOLSONI-SILVA, Alessandra Turini; GUERRA, Bárbara Trevizan. O impacto da depressão para as interações sociais de universitários. **Estudos e pesquisas em psicologia**, v. 14, n. 2, p. 429-452, 2014.

BOLSONI-SILVA, Alessandra Turini; LOUREIRO, Sonia Regina. Anxiety and depression in brazilian undergraduate students: the role of sociodemographic variables, undergraduate course characteristics and social skills. **British Journal of Applied Science & Technology**, v. 5, n. 3, p. 297, 2015.

BONIATTI, Márcio Manozzo et al. The use of psychoactive substances among medical students in southern Brazil. **Drug and Alcohol review**, v. 26, n. 3, p. 279-285, 2007.

BRAGA, Denis Conci *et al.* Uso de psicotrópicos em um município do meio oeste de Santa Catarina. **J. Health Sci. Inst**, v. 34, n. 2, p. 108-113, 2016.

BRANDÃO, Alessandra Salina; BOLSONI-SILVA, Alessandra Turini; LOUREIRO, Sonia Regina. The Predictors of Graduation: Social Skills, Mental Health, Academic Characteristics. **Paidéia (Ribeirão Preto)**, v. 27, n. 66, p. 117-125, 2017.

BRINK, Thomas L. *et al.* Screening tests for geriatric depression. **Clinical gerontologist**, v. 1, n. 1, p. 37-43, 1982.

BROMET, Evelyn *et al.* Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. **BMC medicine**, v. 9, n. 1, p. 90, 2011.

BRUFFAERTS, Ronny et al. Mental health problems in college freshmen: Prevalence and academic functioning. **Journal of affective disorders**, v. 225, p. 97-103, 2018.

BRUNTON, Laurence L.; KNOLLMANN, Björn C. **As Bases Farmacológicas da Terapêutica de Goodman e Gilman-13**. Artmed Editora, 2018.

BUCHANAN, Jenna L. Prevention of depression in the college student population: a review of the literature. **Archives of Psychiatric Nursing**, v. 26, n. 1, p. 21-42, 2012.

BURMAN, Mary E.; MC CABE, Susan; PEPPER, Carolyn M. Treatment practices and barriers for depression and anxiety by primary care advanced practice nurses in Wyoming. **Journal of the American Academy of Nurse Practitioners**, v. 17, n. 9, p. 370-380, 2005.

CAMELO, Antonio Edson Magalhaes; DINELLY, Caroline Matias Nascimento; OLIVEIRA, Maria Auxiliadora Silva. Psicotrópicos: perfil de prescrições de

benzodiazepínicos, antidepressivos e anorexígenos a partir de uma revisão sistemática. **Revista Eletrônica de Farmácia**, v. 13, n. 3, p. 111-122, 2016.

CARLINI, Elisaldo Araujo *et al.* Drogas psicotrópicas: o que são e como agem. **Revista Imesc**, v. 3, p. 9-35, 2001.

CARROLL, Bernard J.; FIELDING, John M.; BLASHKI, Timothy G. Depression rating scales: a critical review. **Archives of General Psychiatry**, v. 28, n. 3, p. 361-366, 1973.

CASIANO, Hygiea *et al.* Suicide and deliberate self-injurious behavior in juvenile correctional facilities: A review. **Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry**, v. 22, n. 2, p. 118, 2013.

CASTALDELLI-MAIA, João Mauricio *et al.* Use transition between illegal drugs among Brazilian university students. **Social psychiatry and psychiatric epidemiology**, v. 49, n. 3, p. 385-394, 2014.

CERCHIARI, Ednéia Albino Nunes *et al.* Prevalência de transtornos mentais menores em estudantes universitários. **Estudos de Psicologia (Natal)**, v. 10, n. 3, p. 413-420, 2005.

CHELLAPPA, Sarah Laxhmi; ARAÚJO, John Fontenele. O sono e os transtornos do sono na depressão. **Rev. Psiq. Clín.**, v. 34, n. 6, p. 285-289, 2007.

CHEUNG, Teris *et al.* Depression, anxiety and symptoms of stress among baccalaureate nursing students in Hong Kong: a cross-sectional study. **International journal of environmental research and public health**, v. 13, n. 8, p. 779, 2016.

CHIAPETTI, Nilse; SERBENA, Carlos Augusto. Uso de álcool, tabaco e drogas por estudantes da área de saúde de uma Universidade de Curitiba. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 20, n. 2, 2007.

CLARK, David A.; BECK, Aaron T. Terapia cognitiva para os transtornos de ansiedade: ciência e prática. Porto Alegre, **Artmed**, 640 p, 2012.

CLAUDINO, João; CORDEIRO, Raul. Níveis de ansiedade e depressão nos alunos do curso de licenciatura em enfermagem. O caso particular dos alunos da Escola Superior de Saúde de Portalegre. **Millenium**, n. 32, p. 197-210, 2006.

COLARES, Viviane; FRANCA, Carolina da; GONZALEZ, Emília. Condutas de saúde entre universitários: diferenças entre gêneros. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, p. 521-528, 2009.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA (CFF). Portaria n.º 344/98 – SVS/MS de 12 de maio de 1998. Aprova Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial. Organização Jurídica da Profissão Farmacêutica, Conselho Federal de Farmácia. 2 ed., Brasília, 1998.

CONTI, Maria Aparecida *et al.* Avaliação da equivalência semântica e consistência interna de uma versão em português do Internet Addiction Test (IAT). **Archives of Clinical Psychiatry**, v. 39, n. 3, p. 106-110, 2012.

DALGALARRONDO, Paulo. **Religião, psicopatologia e saúde mental**. Artmed Editora, 2009.

DALPIAZ, Ana Kelen et al. Fatores associados ao uso de drogas: depoimentos de usuários de um CAPS AD. **Aletheia**, n. 45, p. 56-71, 2014.

DAMASCENO, Dênis Derly et al. Automedicação entre graduandos de enfermagem, farmácia e odontologia da Universidade Federal de Alfenas. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 11, n. 1, p. 48-52, 2007.

DA SILVA, Dylan Ritcher; PANOSSO, Ivana Regina; DONADON, Maria Fortunata. Ansiedade em universitários: fatores de risco associados e intervenções—uma revisão crítica da literatura. **Psicologia - Saberes & Práticas**, n.2, v.1,1-10, 2018.

DEAN AG, SULLIVAN KM, SOE MM. OpenEpi: Open Source Epidemiologic Statistics for Public Health. Version 3.01 -- Released April 4 and revised April 6, 2013. Disponível em: <<https://www.OpenEpi.com>> Acesso em setembro 2019.

DE ASSIS TRINDADE, Bianca Pereira; DINIZ, Alessandra Vieira; SÁ-JÚNIOR, Antonio Reis. Uso de drogas entre estudantes universitários: uma perspectiva nacional. **Revista de Medicina e Saúde de Brasília**, v. 7, n. 1, 2018.

DOZOIS, David JA. The Prevention of Anxiety and Depression: Theory, Research, and Practice. **Cognitive Behavioral Therapy Book Reviews**, v. 2, n. 3, 2006.

DUARTE, Paulina do Carmo Arruda Vieira; FORMIGONI, Maria Lucia Oliveira de Souza. Efeitos de substâncias psicoativas. **Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas**. n. 2, 7ª Edição, Brasília, 144p, 2014.

ECKSCHMIDT, Frederico *et al.* Comparação do uso de drogas entre universitários brasileiros, norte-americanos e jovens da população geral brasileira. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 62, n. 3, p. 199-207, 2013.

ELHAI, Jon D. *et al.* Problematic smartphone use: A conceptual overview and systematic review of relations with anxiety and depression psychopathology. **Journal of affective disorders**, v. 207, p. 251-259, 2017.

FANG, Daniel Z. *et al.* Depression in premedical undergraduates: a cross-sectional survey. **Primary care companion to the Journal of clinical psychiatry**, v. 12, n. 6, 2010.

FERNANDES, Márcia Astrês *et al.* Prevalence of anxiety disorders as a cause of workers' absence. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 71, p. 2213-2220, 2018.

FERRARI, A. J. *et al.* Global variation in the prevalence and incidence of major depressive disorder: a systematic review of the epidemiological literature. **Psychological medicine**, v. 43, n. 3, p. 471-481, 2013.

FITTS, Sherri D.; SEBBY, Rickard A.; ZLOKOVICH, Martha S. Humor styles as mediators of the shyness-loneliness relationship. **North American Journal of Psychology**, v. 11, n. 2, 2009.

FLECK, Marcelo P. *et al.* Revisão das diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento da depressão (Versão integral). **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 31, n. 1, p. S7-S17, 2009.

FOSTER, Tom. Adverse life events proximal to adult suicide: a synthesis of findings from psychological autopsy studies. **Archives of Suicide Research**, v. 15, n. 1, p. 1-15, 2011.

FUREGATO, Antonia Regina Ferreira; SANTOS, Jair Lício Ferreira; DA SILVA, Edilaine Cristina. Depressão entre estudantes de dois cursos de enfermagem: autoavaliação da saúde e fatores associados. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 63, n. 4, p. 509-516, 2010.

GABE, Kamila Tiemann; JAIME, Patricia Constante. Development and testing of a scale to evaluate diet according to the recommendations of the Dietary Guidelines for the Brazilian Population. **Public health nutrition**, v. 22, n. 5, p. 785-796, 2019.

GALATO, Dayani; MADALENA, Jaqueline; PEREIRA, Greicy Borges. Automedicação em estudantes universitários: a influência da área de formação. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, p. 3323-3330, 2012.

GOLDBERG, David P.; HUXLEY, Peter. **Common mental disorders: a bio-social model**. Tavistock/Routledge, 1992.

GOMES, Fernanda Carolina *et al.* Religion as a protective factor against drug use among Brazilian university students: a national survey. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 35, n. 1, p. 29-37, 2013.

GONÇALVES, Angela Maria Corrêa et al. Prevalência de depressão e fatores associados em mulheres atendidas pela Estratégia de Saúde da Família. **J Bras Psiquiatr**, v. 67, n. 2, p. 101-9, 2018.

GOUZOULIS-MAYFRANK, Euphrosyne; DAUMANN, Jörg. The confounding problem of polydrug use in recreational ecstasy/MDMA users: a brief overview. **Journal of Psychopharmacology**, v. 20, n. 2, p. 188-193, 2006.

GRAEFF, Frederico Guilherme; BRANDÃO, Marcos Lira. **Neurobiologia das doenças mentais**. 5ª. Ed. P. 135-178. São Paulo: Lemos, 1999.

GRANT, Bridget F. et al. Prevalence, correlates, co-morbidity, and comparative disability of DSM-IV generalized anxiety disorder in the USA: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. **Psychological medicine**, v. 35, n. 12, p. 1747-1759, 2005.

GROVER, Sandeep; AVASTHI, Ajit. Clinical practice guidelines for the management of depression in children and adolescents. **Indian journal of psychiatry**, v. 61, n. Suppl 2, p. 226, 2019.

HAFEN, M.; REISBIG, A. M. J.; WHITE, M. B.; RUSH, B. R. (2006). Predictors of depression and anxiety in first-year veterinary students: a preliminary report. **Journal of Veterinary Medical Education**, 33(3), 432–440.

HAMILTON, Max. A rating scale for depression. **Journal of neurology, neurosurgery, and psychiatry**, v. 23, n. 1, p. 56, 1960.

HARTLEY, Michael T. Increasing resilience: Strategies for reducing dropout rates for college students with psychiatric disabilities. **American Journal of Psychiatric Rehabilitation**, v. 13, n. 4, p. 295-315, 2010.

HEDENRUD, Tove M.; SVENSSON, Staffan A.; WALLERSTEDT, Susanna M. "Psychiatry is not a science like others"-a focus group study on psychotropic prescribing in primary care. **BMC family practice**, v. 14, n. 1, p. 115, 2013.

HEFNER, Jennifer; EISENBERG, Daniel. Social support and mental health among college students. **American Journal of Orthopsychiatry**, v. 79, n. 4, p. 491-499, 2009.

HUGHES, J. R.; O'HARA, M. W.; REHM, L. P. Measurement of depression in clinical trials: an overview. **The Journal of clinical psychiatry**, v. 43, n. 3, p. 85-88, 1982.

HUNT, Justin; EISENBERG, Daniel. Mental health problems and help-seeking behavior among college students. **Journal of adolescent health**, v. 46, n. 1, p. 3-10, 2010.

IBGE, INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA **Pesquisa de orçamentos familiares 2008-2009: Antropometria e Estado Nutricional de Crianças, Adolescentes e Adultos no Brasil**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

IBRAHIM, Ahmed K. *et al.* A systematic review of studies of depression prevalence in university students. **Journal of psychiatric research**, v. 47, n. 3, p. 391-400, 2013.

INEP - Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (2018). **Sinopses Estatísticas da Educação Superior – Graduação**. Disponível em: <<http://inep.gov.br/web/guest/sinopses-estatisticas-da-educacao-superior>>. Acesso em: outubro. 2019.

JACKA, Felice N. et al. Association of Western and traditional diets with depression and anxiety in women. **American Journal of Psychiatry**, v. 167, n. 3, p. 305-311, 2010.

JESUS, Ana Paula Giaácomo AS; YOSHIDA, Nathália CP; DE FREITAS, Jaqueline Gleice Ap. Prevalência da automedicação entre acadêmicos de farmácia, medicina, enfermagem e odontologia. **Estudos**, v. 40, n. 2, p. 151-164, 2013.

JOHANSSON, Robert *et al.* Depression, anxiety and their comorbidity in the Swedish general population: point prevalence and the effect on health-related quality of life. **PeerJ**, v. 1, p. e98, 2013.

JOHNSON, Jeffrey G. *et al.* Childhood adversities, interpersonal difficulties, and risk for suicide attempts during late adolescence and early adulthood. **Archives of general psychiatry**, v. 59, n. 8, p. 741-749, 2002.

JORGE, Maria Salete Bessa; FILHO, Carlos Garcia; ROCHA, Davi Queiroz de Carvalho. **Liga acadêmica de psiquiatria e saúde mental: concepções e marcos conceituais na produção do conhecimento**. 1ª edição. Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza: UECE, 392p, 2016.

KADISON, Richard. Getting an edge—use of stimulants and antidepressants in college. **New England Journal of Medicine**, v. 353, n. 11, p. 1089-1091, 2005.

KANDEL, Denise; YAMAGUCHI, Kazuo. From beer to crack: developmental patterns of drug involvement. **American Journal of Public Health**, v. 83, n. 6, p. 851-855, 1993.

KENDLER, Kenneth S. *et al.* Symptoms of anxiety and depression in a volunteer twin population: the etiologic role of genetic and environmental factors. **Archives of General Psychiatry**, v. 43, n. 3, p. 213-221, 1986.

KENDLER, Kenneth S. *et al.* Generalized anxiety disorder in women: a population-based twin study. **Archives of General Psychiatry**, v. 49, n. 4, p. 267-272, 1992.

KERR-CORRÊA, Florence *et al.* Uso de álcool e drogas por estudantes de medicina da Unesp. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 21, n. 2, p. 95-100, 1999.

KESSLER, Ronald C. *et al.* Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. **World psychiatry**, v. 6, n. 3, p. 168, 2007.

KIM, Jung-Hyun; SEO, Mihye; DAVID, Prabu. Alleviating depression only to become problematic mobile phone users: Can face-to-face communication be the antidote?. **Computers in Human Behavior**, v. 51, p. 440-447, 2015.

KUMARASWAMY, Narasappa. Academic stress, anxiety and depression among college students: A brief review. **International review of social sciences and humanities**, v. 5, n. 1, p. 135-143, 2013.

LACONI, Stéphanie; RODGERS, Rachel Florence; CHABROL, Henri. The measurement of Internet addiction: A critical review of existing scales and their psychometric properties. **Computers in Human Behavior**, v. 41, p. 190-202, 2014.

LAFER, Beny; VALLADA FILHO, Homero Pinto. Genética e fisiopatologia dos transtornos depressivos. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 21, p. 12-17, 1999.

LALONDE, Carlos D.; VAN LIESHOUT, Ryan J. Treating generalized anxiety disorder with second generation antipsychotics: a systematic review and meta-analysis. **Journal of clinical psychopharmacology**, v. 31, n. 3, p. 326-333, 2011.

LAYTE, Richard; WHELAN, Christopher T. Who feels inferior? A test of the status anxiety hypothesis of social inequalities in health. **European Sociological Review**, v. 30, n. 4, p. 525-535, 2014.

LEÃO, Andrea Mendes et al. Prevalência e Fatores Associados à Depressão e Ansiedade entre Estudantes Universitários da Área da Saúde de um Grande Centro Urbano do Nordeste do Brasil. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 42, n. 4, p. 55-65, 2018.

LOVIBOND, Peter F.; LOVIBOND, Sydney H. The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. **Behaviour research and therapy**, v. 33, n. 3, p. 335-343, 1995.

LOVIBOND, Peter F. Long-term stability of depression, anxiety, and stress syndromes. **Journal of abnormal psychology**, v. 107, n. 3, p. 520, 1998.

LUCAS, Ana Cyra dos Santos et al. Uso de psicotrópicos entre universitários da área da saúde da Universidade Federal do Amazonas, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, p. 663-671, 2006.

MARCHI, Katia Colombo *et al.* Ansiedade e consumo de ansiolíticos entre estudantes de enfermagem de uma universidade pública. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 15, n. 3, p. 729-37, 2013.

MARTINSEN, Egil W. Physical activity in the prevention and treatment of anxiety and depression. **Nordic journal of psychiatry**, v. 62, n. sup47, p. 25-29, 2008.

MAYER, Fernanda Brenneisen *et al.* Factors associated to depression and anxiety in medical students: a multicenter study. **BMC medical education**, v. 16, n. 1, p. 282, 2016.

MCDOWELL, Ian. **Measuring health: a guide to rating scales and questionnaires**. 3ª edição. Oxford University Press, USA, 747p, 2006.

MCMAHON, Elaine M. et al. Physical activity in European adolescents and associations with anxiety, depression and well-being. **European child & adolescent psychiatry**, v. 26, n. 1, p. 111-122, 2017.

MENDONÇA SANTOS, Dominick Danielle et al. Use of psychoactive substances among university students. **SMAD Revista Electronica Salud Mental**, Alcohol y Drogas, v. 15, n. 3, 2019.

MICHAEL, Kurt D. *et al.* Depression Among College Students: Trends in Prevalence and Treatment Seeking. **Counseling & Clinical Psychology Journal**, v. 3, n. 2, 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, Brasil: **IMC em adultos**, 2008. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/artigos/804-imc/40509-imc-em-adultos> em 30/09/2019> Acesso em: julho de 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, Brasil. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Teste "Como está a sua alimentação?"**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

MONROE, Scott M.; SLAVICH, George M.; GOTLIB, Ian H. Life stress and family history for depression: The moderating role of past depressive episodes. **Journal of psychiatric research**, v. 49, p. 90-95, 2014.

MONTEIRO, Luciana Zaranza et al. Uso de tabaco e álcool entre acadêmicos da saúde. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 31, n. 1, p. 1-9, 2018.

MORAES, Claudia. C. A. E MIRANDA, Bruna P. **Repúblicas estudantis: A tradição como potencialidade turística em Ouro Preto (MG)**. Anais do XXVI Simpósio Nacional de História – ANPUH- São Paulo, 2011.

MOREIRA, Danila Perpétua; FUREGATO, Antonia Regina Ferreira. Stress and depression among students of the last semester in two nursing courses. **Revista latino-americana de enfermagem**, v. 21, n. SPE, p. 155-162, 2013.

MORI, Claudia Oliveira et al. Excesso de peso em universitários: estudo comparativo entre acadêmicos de diferentes cursos e sexos. **RBONE-Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**, v. 11, n. 68, p. 717-721, 2017.

NATIONAL INSTITUTE ON ALCOHOL ABUSE; ALCOHOLISM (US). **Helping Patients who Drink Too Much: A Clinician's Guide: Updated 2005 Edition**. US

Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, 2007.

NETO, Francisco Lotufo; LOTUFO JÚNIOR, Zenon; MARTINS, José Cássio. **Influências da religião sobre a saúde mental**. ESETec, 2009. Disponível em: <<https://www.faseh.edu.br/wp-content/uploads/2016/02/Influ--ncias-da-religi--o-sobre-a-sa--de-mental-Lotufo.pdf>> Acesso em outubro de 2019.

OKORO, Catherine A. et al. Binge drinking and health-related quality of life: do popular perceptions match reality?. **American journal of preventive medicine**, v. 26, n. 3, p. 230-233, 2004

OLIVEIRA, Luiza Barbosa de et al. Increase of binucleated cells in the oral mucosa: a study on the use of psychotropics by students of a Brazilian institution. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 65, n. 6, p. 870-879, 2019.

OLWEUS D. School bullying: development and some important challenges. **Annu Rev Clin Psychol**, v. 9, n.1, p. 751-80, 2013.

OMS, ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE: **World Health Report. Mental Health: New understanding New Hope**. Geneva, Switzerland: The World Health Organization, p. 1-169, 2001.

OMS, ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE: **A report of the assessment of the mental health system in Brazil using the World Health Organization-Assessment Instrument for Mental Health Systems (WHO-AIMS)**. The World Health Organization, 2007.

OMS, ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE: **Preventing suicide**. World Health Organization, p.1-92, 2014.

OMS, ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE: **WHO report on the global tobacco epidemic 2015: raising taxes on tobacco**. World Health Organization, p.1-198, 2015.

OMS, ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE: **The Anatomical Therapeutic Chemical Classification System with Defined Daily Doses (ATC/DDD)**. OMS, 2016. Disponível em: < <https://www.who.int/classifications/atcddd/en/>> Acesso em setembro de 2019.

OMS, ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE: **Depression and other common mental disorders: global health estimates**. World Health Organization, p. 1–24, 2017.

ORDÁS, Beatriz et al. Changes in use, knowledge, beliefs and attitudes relating to tobacco among nursing and physiotherapy students: a 10-year analysis. **Journal of advanced nursing**, v. 71, n. 10, p. 2326-2337, 2015.

OPS, Organização Pan-Americana de Saúde. (2018). **Folha informativa: Depressão**. Brasília, Distrito Federal/ DF. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5635:folha-informativa-depressao&Itemid=1095> Acesso em outubro de 2018.

OSSE, Cleuser Maria Campos; DA COSTA, Ileno Izídio. Saúde mental e qualidade de vida na moradia estudantil da Universidade de Brasília. **Estudos de Psicologia**, v. 28, n. 1, p. 115-122, 2011.

PARKER, Gordon; ROY, Kay. Adolescent depression: a review. **Australian & New Zealand Journal of Psychiatry**, v. 35, n. 5, p. 572-580, 2001.

PAULA, Juliane dos Anjos de 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.

PEREIRA, Anabela *et al.* Sucesso e desenvolvimento psicológico no Ensino Superior: Estratégias de intervenção. **Análise psicológica**, v. 24, n. 1, p. 51-59, 2006.

PNS- PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE. Pesquisa Nacional de Saúde 2013. **Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas**. Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação. Rio de Janeiro, 2013.

PIZZOL, Tatiane da Silva Dal *et al.* Uso não-médico de medicamentos psicoativos entre escolares do ensino fundamental e médio no Sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, p. 109-115, 2006.

PORTUGAL, Flávia Batista *et al.* Uso de drogas por estudantes de Farmácia da Universidade Federal do Espírito Santo. **J. bras. psiquiatr**, v. 57, n. 2, p. 127-132, 2008.

PORTUGAL, Flávia Batista; CERUTTI JÚNIOR, Crispim; SIQUEIRA, Marluce Miguel de. Uso de substâncias psicoativas por futuros educadores. **Cad. saúde colet.**,(Rio J.), v. 21, n. 4, p. 432-440, 2013.

PUTHRAN, R.; ZHANG, M. W. B.; TAM, W. W.; HO, R. C. Prevalence of depression amongst medical students: a meta-analysis. **Medical Education**, v.50, n.4, p.456–468, 2016.

RAMÍREZ, Mónica Teresa González; HERNÁNDEZ, René Landero; GARCÍA-CAMPAYO, Javier. Relación entre la depresión, la ansiedad y los síntomas psicossomáticos en una muestra de estudiantes universitarios del norte de México. **Revista panamericana de salud pública**, v. 25, p. 141-145, 2009.

RANG HP, DALE MM, RITTER JM. **Farmacologia**. 4ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2001.

RANG, Rang *et al.* **Rang & Dale Farmacologia**. Elsevier Brasil, 2016.

REBAR, Amanda L. et al. A meta-meta-analysis of the effect of physical activity on depression and anxiety in non-clinical adult populations. **Health psychology review**, v. 9, n. 3, p. 366-378, 2015.

ROBERTS, Laura Weiss *et al.* Perceptions of academic vulnerability associated with personal illness: a study of 1,027 students at nine medical schools. Collaborative Research Group on Medical Student Health. **Comprehensive psychiatry** n. 42, v. 1, p. 1-15, 2001.

ROEDER, Maika Arno. Benefícios da atividade física em pessoas com transtornos mentais. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 4, n. 2, p. 62-76, 1999.

ROMBALDI, Airton José *et al.* Prevalência e fatores associados a sintomas depressivos em adultos do sul do Brasil: estudo transversal de base populacional. **Revista brasileira de epidemiologia**, v. 13, p. 620-629, 2010.

ROSÁRIO, Adriana Moro Maieski do. Avaliação de instrumentos que investigam abuso de álcool e outras drogas em adolescentes: revisão de literatura. 2011. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.

ROSENTHAL, Beth; WILSON, W. Cody. Mental health services: Use and disparity among diverse college students. **Journal of American College Health**, v. 57, n. 1, p. 61-68, 2008.

ROTENSTEIN L.S., et al. Prevalence of Depression, Depressive Symptoms, and Suicidal Ideation Among Medical Students: A Systematic Review and Meta-Analysis. **JAMA**. 2016;316(21):2214-2236. doi:10.1001/jama.2016.17324.

SADOCK, Benjamin J.; SADOCK, Virginia A.; SUSSMAN, Norman. **Manual de farmacologia psiquiátrica de Kaplan & Sadock**. 6ª edição. Artmed Editora, 344p, 2018.

SCHEFFER, Morgana; DE ALMEIDA, Rosa Maria Martins. Dependência de álcool, cocaína e crack e transtornos psiquiátricos. **Psicologia: teoria e pesquisa**, v. 26, n. 3, p. 533-541, 2010.

SCHULENBERG, John et al. Monitoring the Future national survey results on drug use, 1975-2018: Volume II, college students and adults ages 19-60. 2019.

SEEMAN, Mary V. Psychopathology in women and men: focus on female hormones. **American Journal of Psychiatry**, v. 154, n. 12, p. 1641-1647, 1997.

SHAMSUDDIN, Khadijah *et al.* Correlates of depression, anxiety and stress among Malaysian university students. **Asian journal of psychiatry**, v. 6, n. 4, p. 318-323, 2013.

SILVA DE SOUZA, Mayra; DAHER BAPTISTA, ADRIANA SAID; NUNES BAPTISTA, MAKILIM. Relation between family support, mental health and risk behavior in undergraduates students. **Acta Colombiana de Psicología**, v. 13, n. 1, p. 143-154, 2010.

SILVA, Lucas Salles Freitas *et al.* Automedicação em acadêmicos de cursos de graduação da área da saúde de uma universidade privada do Sul do estado de Minas Gerais. **Odontologia Clínico-Científica**, v. 10, n. 1, p. 57-63, 2011.

SIMPSON, Helen Blair *et al.* (Ed.). **Anxiety disorders: Theory, research and clinical perspectives**. Cambridge University Press, 2010.

SKIDMORE, Chloe R.; KAUFMAN, Erin A.; CROWELL, Sheila E. Substance use among college students. **Child and Adolescent Psychiatric Clinics**, v. 25, n. 4, p. 735-753, 2016.

SMOLEN, Jenny Rose; ARAÚJO, Edna Maria de. Raça/cor da pele e transtornos mentais no Brasil: uma revisão sistemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, p. 4021-4030, 2017.

SNODGRASS, Jeffrey G. et al. A vacation from your mind: Problematic online gaming is a stress response. **Computers in Human Behavior**, v. 38, p. 248-260, 2014.

STONE, Amanda M.; MERLO, Lisa J. Attitudes of college students toward mental illness stigma and the misuse of psychiatric medications. **The Journal of clinical psychiatry**, v. 72, n. 2, p. 134, 2011.

STOPA, Sheila Rizzato *et al.* Prevalence of self-reported depression in Brazil: 2013 National Health Survey results. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 18, p. 170-180, 2015.

STRUPP, Hans H. Psychotherapy research and practice: An overview. **Handbook of psychotherapy and behavior change**, v. 2, p. 3-22, 1978.

TEIXEIRA, Renata Frossard *et al.* Uso de substâncias psicoativas entre estudantes de odontologia da Universidade Federal do Espírito Santo. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, p. 655-662, 2010.

UFOP. UNIVERSIDADE FEDERAL DE OURO PRETO. Assitência Estudantil. Disponível em: <https://prace.ufop.br/assistencia-estudantil/orientacao-estudantil>. Acesso em dezembro de 2019.

VERSIANI, M. **Transtornos de Ansiedade: Diagnóstico e Tratamento**. Projeto Diretrizes. Associação Brasileira de Psiquiatria, p. 1-15, 2008.

VIGITEL BRASIL 2017. **Vigilância De Fatores De Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico**. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2017_vigilancia_fatores_riscos.pdf Acesso em julho de 2018.

VIGNOLA, Rose Claudia Batistelli; TUCCI, Adriana Marcassa. Adaptation and validation of the depression, anxiety and stress scale (DASS) to Brazilian **Portuguese. Journal of affective disorders**, v. 155, p. 104-109, 2014.

WANI, Mohammad Amin *et al.* Stress Anxiety and Depression Among Science and Arts Students. **International Journal of Education and Psychological Research**, v. 5, n. 3, p. 48-51, 2016.

WARNER, David F.; BROWN, Tyson H. Understanding how race/ethnicity and gender define age-trajectories of disability: An intersectionality approach. **Social science & medicine**, v. 72, n. 8, p. 1236-1248, 2011.

WEITZMAN, Elissa R.; NELSON, Toben F.; WECHSLER, Henry. Taking up binge drinking in college: The influences of person, social group, and environment. **Journal of adolescent health**, v. 32, n. 1, p. 26-35, 2003.

WERNECK, Guilherme L. *et al.* Suicide attempts recorded at a general hospital in Rio de Janeiro, Brazil. **Cadernos de saude publica**, v. 22, n. 10, p. 2201-2206, 2006.

WILLIAMS, David R. *et al.* Racial differences in physical and mental health: Socio-economic status, stress and discrimination. **Journal of health psychology**, v. 2, n. 3, p. 335-351, 1997.

WRISTEN, Brenda G. Depression and anxiety in university music students. **Update: applications of research in music education**, v. 31, n. 2, p. 20-27, 2013.

YOUNES, Farah *et al.* Internet addiction and relationships with insomnia, anxiety, depression, stress and self-esteem in university students: A cross-sectional designed study. **PloS one**, v. 11, n. 9, p. e0161126, 2016.

ZALAF, Marília Rita Ribeiro *et al.* Uso problemático de álcool e outras drogas em moradia estudantil: conhecer para enfrentar. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 43, n. 1, p. 132-138, 2009.

ZHIMIN, Liu *et al.* The use of psychoactive substances among adolescent students in an area in the south-west of China. **Addiction**, v. 96, n. 2, p. 247–250, 2001.

ZULLIG, Keith J.; DIVIN, Amanda L. The association between non-medical prescription drug use, depressive symptoms, and suicidality among college students. **Addictive behaviors**, v. 37, n. 8, p. 890-899, 2012.

ZUNG, W. W. K.; CAVENAR JR, J. O. Assessment scales and techniques. **Kutash, IL, Schlesinger & LB, Associates (Eds.) Handbook of stress and anxiety**, p. 348-363, 1980.

APÊNDICES

Apêndice A: Termo de Consentimento livre esclarecido para estudantes universitários do primeiro período da Universidade Federal de Ouro Preto.

Apêndice B: Questionário socioeconômico, hábitos de vida, condições de saúde e de avaliação dos sintomas de transtorno de ansiedade e depressão entre estudantes universitários.

Apêndice C: Cartilha *on line* para os estudantes participantes da pesquisa da Universidade Federal de Ouro Preto.

Apêndice A: Termo de Consentimento livre esclarecido para estudantes universitários do primeiro período da Universidade Federal de Ouro Preto

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Este é um convite para você participar da pesquisa: “Sintomas de transtorno de ansiedade e depressão entre estudantes universitários de Minas Gerais: prevalência e fatores associados” que tem como pesquisadora responsável a professora Adriana Lúcia Meireles.

A ansiedade e a depressão são transtornos mentais comuns entre estudantes universitários, porém pouco se conhece sobre sua distribuição e sua relação com os comportamentos desse público. Portanto, objetiva-se conhecer a prevalência desses transtornos e investigar seus fatores associados entre estudantes universitários de Minas Gerais. O motivo que nos leva a fazer este estudo é a crescente observação de um elevado número de estudantes universitários apresentarem sintomas de transtorno de ansiedade e depressão durante a vida acadêmica.

Caso você concorde em participar, você responderá um questionário composto por perguntas socioeconômicas, hábitos de vida, condições de saúde, vivências acadêmicas, suporte social, qualidade de vida, resiliência e um questionário definido como uma medida de auto avaliação dos sintomas de depressão, ansiedade e estresse. O tempo para respostas será em média de 40 minutos. Não haverá gravação de voz e/ou imagem.

Você poderá interromper a pesquisa e retornar a qualquer momento ou desistir de participar sem que lhe cause prejuízo. Caso aceite participar, todas as informações obtidas serão confidenciais e sua divulgação científica ocorrerá de forma coletiva e nunca individualmente.

Durante o preenchimento dos questionários a previsão de riscos é mínima e poderão incluir: incômodo ao responder alguma pergunta, desconforto ou constrangimento dos participantes no momento da aplicação dos questionários ou desconfortos pelo tempo gasto durante a coleta de dados.

Os dados serão guardados pelo pesquisador responsável por essa pesquisa por um período de cinco anos. Nos colocamos à disposição para quaisquer esclarecimentos. Em caso de dúvida, entre em contato conosco ou o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Ouro Preto.

Comitê de Ética em Pesquisa: (31) 3559-1367

Prof. Adriana Lúcia Meireles: (31) 3559-1838

Adriana Lúcia Meireles

(adriana.meireles@ufop.edu.br)

Mestranda Waléria de Paula: (31) 994772867

Waléria de Paula

(waleria.paula@aluno.ufop.edu.br)

Declaro que fui convenientemente esclarecido, entendi o que me foi explicado, e concordo em participar da presente Pesquisa.

Data ___/___/_____

Assinatura

Apêndice B: Questionário socioeconômico, hábitos de vida, condições de saúde e de avaliação dos sintomas de transtorno de ansiedade e depressão entre estudantes universitários no primeiro período da Universidade Federal de Ouro Preto

Prezado (a) aluno (a),

Este questionário tem como objetivo conhecer os aspectos socioeconômicos e de saúde, hábitos de vida, vida acadêmica, episódios de violência, qualidade de vida, sintomas de ansiedade e depressão, resiliência e suporte social.

ATENÇÃO: A veracidade das respostas é de extrema necessidade e é indispensável para o sucesso do estudo. Portanto, por favor, não deixe nenhuma questão sem resposta!

Todos os dados obtidos deste questionário serão confidenciais e utilizados apenas para fins de pesquisa!

001. IDENTIFICAÇÃO DO ALUNO

(Nesse módulo do questionário serão abordadas questões referentes ao seu vínculo atual com a Universidade que frequenta)

1.1. Número de matrícula: _____ Curso: _____

1.2. Em qual Instituição de Ensino Superior você está matriculado (a)?

1- UFOP

5- UFJF

2- UFMG

6- UFSJ (São João del Rei)

3- UFTM

7- UFSJ (Divinópolis)

4- UFLA

1.3. Qual ano e semestre que você ingressou na Universidade? _____

1.4. Considerando a maioria das disciplinas em que você se encontra matriculado (a), qual o período que você cursa atualmente? _____

1.5. Como se deu seu ingresso na Universidade ou no curso atual que você frequenta?

1- Pela nota obtida na prova do ENEM/ SISU

4- Por obtenção de novo título

2- Por prova de vestibular seriado

5- Por transferência de outra universidade

3- Por reopção de curso na própria universidade

6- Outro: _____

002. CARACTERÍSTICAS GERAIS E CONDIÇÕES SOCIOECONÔMICAS

(Nesse módulo do questionário serão abordadas questões referentes às suas características gerais e

individuais, bem como sobre suas condições socioeconômicas e de sua família)

2.1. Qual a sua data de nascimento? ___/___/___

2.2. Qual a sua naturalidade (*Cidade onde nasceu*)? _____ Estado: _____

2.3. Qual sua cidade de origem? (*Considere cidade de origem aquela que você vive ou viveu com seus pais/responsáveis*): _____ Estado: _____

2.4. Em relação à raça/cor, como você se considera?

- 1- Branco 3- Pardo 5- Negro 7- Outro: _____
 2- Amarelo 4- Mulato 6- Indígena

2.5. Qual o seu sexo biológico?

- 1- Feminino 2- Masculino

2.6. Qual a sua identidade de gênero?

- 1- Cisgênero (*indivíduo que se identifica, em todos os aspectos, ao seu sexo no momento do nascimento*)
 2- Transgênero e/ou Transexual (*indivíduo que se identifica com um gênero diferente daquele que corresponde ao seu sexo no momento do nascimento*)

2.7. Qual a sua orientação sexual?

- 1- Homossexual 2- Heterossexual 3- Bissexual 4- Assexual

2.8. Qual é o seu estado civil?

- 1- Solteiro(a) 4- Viúvo(a)
 2- Casado(a) 5- Divorciado(a)
 3- União estável 6- Outro: _____

2.9. Você tem filhos?

- 1- Não 2- Sim. Quantos? _____

2.10. Levando em consideração a casa de seus pais/responsáveis, qual é o grau de instrução do (a) chefe da família? (*Considere como chefe da família a pessoa que contribui com a maior parte da renda do domicílio*).

- 1- Analfabeto 6- Médio incompleto
 2- Fundamental I incompleto 7- Médio completo
 3- Fundamental I completo 8- Superior incompleto
 4- Fundamental II incompleto 9- Superior completo
 5- Fundamental II completo

2.11. Qual a renda bruta mensal do (a) chefe da família?

- 1- Menos de 1 salário mínimo (menos de R\$ 998,00)
 2- De 1 a 2 salários mínimos (R\$ 954,00 – 1.996,00)
 3- De 2 a 3 salários mínimos (R\$ 1.996,00 – 2.994,00)
 4- De 3 a 4 salários mínimos (R\$ 2.994,00 – 3.992,00)

5- Mais de 4 salários mínimos (mais de R\$ 3.992,00)

2.12. Qual é a renda bruta mensal somando todos os membros da sua família?

1- Menos de 1 salário mínimo (menos de R\$ 998,00)

2- De 1 a 2 salários mínimos (R\$ 954,00 – 1.996,00)

3- De 2 a 3 salários mínimos (R\$ 1.996,00 – 2.994,00)

4- De 3 a 4 salários mínimos (R\$ 2.994,00 – 3.992,00)

5- Mais de 4 salários mínimos (mais de R\$ 3.992,00)

2.13. Você depende dos seus pais/ responsáveis ou familiares financeiramente?

1- Não

2- Sim

2.14. Você trabalha? Se sim, qual a sua renda bruta mensal?

1- Não trabalho

2- Menos de 1 salário mínimo (menos de R\$ 998,00)

3- De 1 a 2 salários mínimos (R\$ 954,00 – 1.996,00)

4- De 2 a 3 salários mínimos (R\$ 1.996,00 – 2.994,00)

5- De 3 a 4 salários mínimos (R\$ 2.994,00 – 3.992,00)

6- Mais de 4 salários mínimos (mais de R\$ 3.992,00)

2.15. Você recebe algum tipo de auxílio financeiro da sua Universidade? *(Se necessário assinale mais de uma alternativa).*

1- Não

5- Sim, bolsa alimentação

2- Sim, bolsa permanência/ auxílio moradia

6- Sim, bolsa de projetos de extensão

3- Sim, bolsa iniciação científica

7- Sim, bolsa pró ativa

4- Sim, bolsa de monitoria

8- Sim, outra: _____

2.16. O dinheiro que você recebe por mês (seja dos pais/ responsáveis, pensão, trabalho, bolsas ou quaisquer outros meios) supre todas as suas despesas?

1- Não

2- Sim

3- Às vezes

2.17. Em relação a sua moradia atual, como você mora? *(Considere moradia atual, aquela em que você reside a maior parte da semana).*

1- Sozinho(a)

7- Divido apartamento/casa com outras pessoas

2- Com meus pais (pai e mãe)

8- Em pensão/hotel/hostel/pousada

3- Com meu pai

9- Em república federal

4- Com minha mãe

10- Em república particular

5- Na casa de um outro familiar/parente

11- Em alojamento estudantil

6- Com o/a cônjuge/parceiro(a) e/ou filho(a)(s)

12- Outro: _____

2.18. Caso more em república particular ou federal, a qual parte da hierarquia você pertence?

1- Não resido em república

4- Veterano(a)/ Decano(a)

2- Novato(a)/ Calouro(a)/ Bixo 5- Morador(a) temporário(a)/ Agregado(a)

3- Morador(a)

2.19. Contando com você, quantas pessoas moram na sua casa (considerando a moradia atual, aquela em que você reside a maior parte da semana)?

1- 1 pessoa 4- 4 pessoas 7- 7 pessoas 10- Mais de 9 pessoas

2- 2 pessoas 5- 5 pessoas 8- 8 pessoas

3- 3 pessoas 6- 6 pessoas 9- 9 pessoas

2.20. Caso você não more atualmente com seus pais/responsáveis, com qual frequência você os visita?

1- Resido com os meus pais

5- Uma vez por mês

2- Todos os dias

6- Somente nos feriados prolongados

3- Ao menos uma vez por semana

7- Somente nas férias

4- A cada quinze dias

8- Nunca visito os meus pais

2.21. Qual a sua preferência de crença?

1- Não tenho

3- Espírita

5- Orientais/budismo

7- Afro-brasileira

2- Católica

4- Evangélica ou Protestante

6- Judaica

8- Outra: _____

2.22. Você pratica a sua crença?

1- Não tenho crença

4- Frequento em média duas vezes por mês

2- Não frequento, porém oro/ rezo/ acredito

5- Frequento em média quatro vezes por mês

3- Frequento menos que uma vez por mês

6- Frequento duas vezes por semana ou mais

003. HÁBITOS DE VIDA

(Nesse módulo do questionário serão abordadas questões sobre seus hábitos de vida, tais como uso de bebidas alcoólicas, cigarros e outras drogas, bem como atividades físicas e de lazer que você realiza e sua alimentação)

Uso de bebida alcóolica

3.1. Com que frequência você costuma consumir alguma bebida alcóolica?

1- Não faço uso de bebida alcóolica

6- De 3 a 4 vezes por semana

2- De 1 a 2 vezes ao mês

7- De 4 a 5 vezes por semana

3- De 2 a 3 vezes ao mês

8- De 5 a 6 vezes por semana

4- De 1 a 2 vezes por semana

9- Todos os dias da semana

5- De 2 a 3 vezes por semana

3.2. Em geral, no dia que você bebe, quantas doses de bebida alcoólica consome? *(Considere 1 dose de bebida alcoólica como 1 lata de cerveja de 330mL, 1 taça de vinho de 100mL ou 1 dose de cachaça, whisky ou qualquer outra bebida alcoólica destilada de 30mL).*

_____ Doses

3.3. Nos últimos 30 dias, você chegou a consumir 5 ou mais doses de bebida alcoólica em uma única ocasião? *(Considere 5 doses de bebida alcoólica como 5 latas de cerveja de 330mL cada, 5 taças de vinho de 100mL cada ou 5 doses de cachaça, whisky ou qualquer outra bebida alcoólica destilada de 30mL cada).*

1- Não

2- Sim

Uso de cigarros, produtos do tabaco (charuto, cigarrilha, cachimbo, cigarros de cravo (ou de Bali) e narguilé) e outras drogas.

3.4. Atualmente você fuma cigarro ou algum outro produto do tabaco?

1- Não fumo

4- Fumo de 5 a 6 vezes por semana

2- Fumo de 1 a 2 vezes por semana

5- Fumo diariamente

3- Fumo de 3 a 4 vezes por semana

3.5. No passado, você já fumou algum produto do tabaco?

1- Nunca fumei

4- Já fumei de 5 a 6 vezes por semana

2- Já fumei de 1 a 2 vezes por semana

5- Já fumei diariamente

3- Já fumei de 3 a 4 vezes por semana

3.6. No dia em que você faz/fez uso de cigarros ou outros produtos do tabaco, em média quantas unidades você fuma/fumou em um dia?

1- De 1 a 2 unidades

4- De 4 a 5 unidades

2- De 2 a 3 unidades

5- De 5 a 6 unidades

3- De 3 a 4 unidades

6- Mais de 6 unidades

3.7. Você já fez uso de alguma droga listada abaixo?

Maconha, haxixe, Skank, THC	<input type="checkbox"/> 1- Nunca usei	<input type="checkbox"/> 2- Já usei 1 ou 2 vezes	<input type="checkbox"/> 3- Uso mensalmente	<input type="checkbox"/> 4- Uso semanalmente	<input type="checkbox"/> 5- Uso diariamente
Heroína	<input type="checkbox"/> 1- Nunca	<input type="checkbox"/> 2- Já usei 1 ou 2	<input type="checkbox"/> 3- Uso	<input type="checkbox"/> 4- Uso	<input type="checkbox"/> 5- Uso

	usei	vezes	mensalmente	semanalmente	diariamente
Estimulantes do sist. Nervoso central (ex. ritalina-metilfenidato)	() 1- Nunca usei	() 2- Já usei 1 ou 2 vezes	() 3- Uso mensalmente	() 4- Uso semanalmente	() 5- Uso diariamente
Opiáceos (ex. fentanil, sulfentanil)	() 1- Nunca usei	() 2- Já usei 1 ou 2 vezes	() 3- Uso mensalmente	() 4- Uso semanalmente	() 5- Uso diariamente
Anestésicos (ex. cetamina)	() 1- Nunca usei	() 2- Já usei 1 ou 2 vezes	() 3- Uso mensalmente	() 4- Uso semanalmente	() 5- Uso diariamente
Cocaína	() 1- Nunca usei	() 2- Já usei 1 ou 2 vezes	() 3- Uso mensalmente	() 4- Uso semanalmente	() 5- Uso diariamente
Crack	() 1- Nunca usei	() 2- Já usei 1 ou 2 vezes	() 3- Uso mensalmente	() 4- Uso semanalmente	() 5- Uso diariamente
Anabolizantes	() 1- Nunca usei	() 2- Já usei 1 ou 2 vezes	() 3- Uso mensalmente	() 4- Uso semanalmente	() 5- Uso diariamente
Inalantes e Solventes (ex. Loló, cola)	() 1- Nunca usei	() 2- Já usei 1 ou 2 vezes	() 3- Uso mensalmente	() 4- Uso semanalmente	() 5- Uso diariamente
Alucinógenos (ex. LSD, cogumelo)	() 1- Nunca usei	() 2- Já usei 1 ou 2 vezes	() 3- Uso mensalmente	() 4- Uso semanalmente	() 5- Uso diariamente
Excstasy, bala, doce, MDMA, molly, droga do amor	() 1- Nunca usei	() 2- Já usei 1 ou 2 vezes	() 3- Uso mensalmente	() 4- Uso semanalmente	() 5- Uso diariamente

3.8. O consumo de drogas listadas no item 3.7. ocorreu após o ingresso na Universidade?

() 1- Nunca fiz uso de drogas

() 3- Sim

() 2- Não

3.9. O consumo de drogas listadas no item 3.7. se intensificou após o ingresso na Universidade?

() 1- Nunca fiz uso de drogas

() 3- Sim

() 2- Não

Atividades de Lazer

3.10. Quando está em casa, o que você costuma fazer no seu tempo livre, ou seja, quando não se encontra em aulas ou trabalhando? (*Marque a opção que seja mais frequente no seu dia a dia*).

- () 1- Assisto filmes e séries () 4- Leio livros
() 2- Pratico esporte/ atividade física () 5- Faço uso de redes sociais
() 3- Estudo o conteúdo das disciplinas que curso () 6- Outros: _____

3.11. No seu tempo livre, ou seja, quando não se encontra em aulas ou trabalhando, você costuma sair?

- () 1- Não () 4- Sim saio com amigos
() 2- Sim, saio sozinho () 5- Sim, saio com família
() 3- Sim, saio com namorado (a) () 6- Outro

3.12 Você tem o costume de ir às festas universitárias (rock, calourada, social)?

- () 1- Não () 2- Sim

3.13. Com que frequência você vai às festas universitárias (rock, calourada, social)?

- () 1- Nunca () 4- Vou duas vezes na semana
() 2- Vou menos que uma vez por mês () 5- Vou três ou mais vezes na semana
() 3- Vou uma vez na semana () 6- Todos os dias da semana

Exercício físico e comportamento sedentário

3.14. Nos últimos três meses, você praticou algum tipo de exercício físico ou esporte? (*Não considere fisioterapia*).

- () 1- Não () 2- Sim

3.15. Quantos dias por semana você costuma praticar exercício físico ou esporte?

- () 1- Não pratico exercício físico/esporte () 4- De 5 a 6 dias da semana
() 2- De 1 a 2 dias da semana () 5- Todos os dias da semana

() 3- De 3 a 4 dias da semana

3.16. No dia que você pratica exercício ou esporte, quanto tempo dura esta atividade?

() 1- Não pratico exercício físico/esporte

() 5- Entre 30 e 39 minutos

() 2- Menos de 10 minutos

() 6- Entre 40 e 49 minutos

() 3- Entre 10 e 19 minutos

() 7- Entre 50 e 59 minutos

() 4- Entre 20 e 29 minutos

() 8- 60 minutos ou mais

3.17. Onde você costuma praticar exercício físico/esporte?

() 1- Não pratico exercício físico

() 5- Na rua (exemplo: caminhada/ corrida)

() 2- Em uma academia/ studio particular

() 6- Nas dependências da Universidade

() 3- Na academia da saúde (pública)

() 7- Em casa

() 4- Em academias ao ar livre da cidade

() 8- Em matérias eletivas ou facultativas que a própria Universidade oferece

3.18. No seu tempo livre, ou seja, quando não encontra-se estudando ou trabalhando, quanto tempo (em horas) você se dedica ao uso de:

	Não utilizo	Menos de 1h	Entre 1 e 2h	Entre 2 e 3h	Entre 3 e 4h	Entre 4 e 5h	Entre 5 e 6h	Mais de 6h
Celular	1- ()	2- ()	3- ()	4- ()	5- ()	6- ()	7- ()	8- ()
Televisão	1- ()	2- ()	3- ()	4- ()	5- ()	6- ()	7- ()	8- ()
Computador	1- ()	2- ()	3- ()	4- ()	5- ()	6- ()	7- ()	8- ()
<i>Tablet</i>	1- ()	2- ()	3- ()	4- ()	5- ()	6- ()	7- ()	8- ()

3.19. Marque a alternativa que melhor reflete o quanto as afirmações abaixo ocorrem no seu cotidiano.

	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Geralmente	Sempre	Não se aplica
3.19.1. Com que frequência você acha que passa mais tempo on-line do que pretendia?	1- ()	2- ()	3- ()	4- ()	5- ()	6- ()
3.19.2. Com que frequência você negligencia as tarefas domésticas para passar mais tempo on-line?	1- ()	2- ()	3- ()	4- ()	5- ()	6- ()
3.19.3. Com que frequência você prefere a emoção da internet à	1- ()	2- ()	3- ()	4- ()	5- ()	6- ()

intimidade com seu/sua parceiro(a)?						
3.19.4. Com que frequência você constrói novos relacionamentos com amigos usuários on-line?	1- ()	2- ()	3- ()	4- ()	5- ()	6- ()
3.19.5. Com que frequência outras pessoas em sua vida se queixam da quantidade de tempo que você passa on-line?	1- ()	2- ()	3- ()	4- ()	5- ()	6- ()
3.19.6. Com que frequência suas notas ou tarefas da escola sofrem por causa da quantidade de tempo que você passa on-line?	1- ()	2- ()	3- ()	4- ()	5- ()	6- ()
3.19.7. Com que frequência você checa seu e-mail antes de qualquer outra coisa que você precise fazer?	1- ()	2- ()	3- ()	4- ()	5- ()	6- ()
3.19.8. Com que frequência seu desempenho ou produtividade no trabalho sofre por causa da internet?	1- ()	2- ()	3- ()	4- ()	5- ()	6- ()
3.19.9. Com que frequência você fica na defensiva ou guarda segredo quando alguém lhe pergunta o que você faz on-line?	1- ()	2- ()	3- ()	4- ()	5- ()	6- ()
3.19.10. Com que frequência você bloqueia pensamentos perturbadores sobre sua vida com pensamentos leves da internet?	1- ()	2- ()	3- ()	4- ()	5- ()	6- ()
3.19.11. Com que frequência você se pega pensando em quando você vai entrar on-line novamente?	1- ()	2- ()	3- ()	4- ()	5- ()	6- ()
3.19.12. Com que frequência você teme que a vida sem a internet seria chata, vazia e sem graça?	1- ()	2- ()	3- ()	4- ()	5- ()	6- ()
3.19.13. Com que frequência você estoura, grita ou se mostra irritado(a) se alguém lhe incomoda enquanto você está on-line?	1- ()	2- ()	3- ()	4- ()	5- ()	6- ()
3.19.14. Com que frequência você dorme pouco por ficar navegando até tarde da noite?	1- ()	2- ()	3- ()	4- ()	5- ()	6- ()
3.19.15. Com que frequência você se sente preocupado(a) com a internet quando está offline ou	1- ()	2- ()	3- ()	4- ()	5- ()	6- ()

fantasia que está on-line?						
3.19.16. Com que frequência você se pega dizendo “só mais alguns minutos” quando está on-line?	1- ()	2- ()	3- ()	4- ()	5- ()	6- ()
3.19.17. Com que frequência você tenta diminuir a quantidade de tempo que fica on-line e não consegue?	1- ()	2- ()	3- ()	4- ()	5- ()	6- ()
3.19.18. Com que frequência você tenta esconder quanto tempo você está on-line?	1- ()	2- ()	3- ()	4- ()	5- ()	6- ()
3.19.19. Com que frequência você opta por passar mais tempo on-line em vez de sair com outras pessoas?	1- ()	2- ()	3- ()	4- ()	5- ()	6- ()
3.19.20. Com que frequência você se sente deprimido(a), mal-humorado(a) ou nervoso(a) quando está offline, e esse sentimento vai embora assim que você volta a se conectar?	1- ()	2- ()	3- ()	4- ()	5- ()	6- ()

Alimentação e Nutrição

3.20. Marque a alternativa que reflete o quanto você concorda ou discorda das afirmações abaixo:

	Concordo fortemente	Concordo	Discordo	Discordo fortemente
3.20.1. Costumo comer fruta no café da manhã	0- ()	1- ()	2- ()	3- ()
3.20.2. Na minha casa é comum usarmos farinha de trigo integral	0- ()	1- ()	2- ()	3- ()
3.20.3. Costumo variar o consumo de feijão por ervilha, lentilha ou grão de bico	0- ()	1- ()	2- ()	3- ()
3.20.4. Costumo planejar as refeições que farei no dia	0- ()	1- ()	2- ()	3- ()
3.20.5. Costumo levar algum alimento comigo para caso eu sinta fome ao longo do dia	0- ()	1- ()	2- ()	3- ()
3.20.6. Quando escolho frutas, legumes e verduras, dou preferência para aqueles que são orgânicos	0- ()	1- ()	2- ()	3- ()
3.20.7. Quando escolho frutas, verduras e legumes,	0- ()	1- ()	2- ()	3- ()

dou preferência para aqueles que são de produção local				
3.20.8. Quando eu faço pequenos lanches ao longo do dia, costumo comer frutas ou castanhas	0- ()	1- ()	2- ()	3- ()
3.20.9. Procuro realizar as refeições com calma	0- ()	1- ()	2- ()	3- ()
3.20.10. Costumo comprar alimentos em feiras livres ou feiras de rua	0- ()	1- ()	2- ()	3- ()
3.20.11. Na minha casa compartilhamos as tarefas que envolvem o preparo e consumo das refeições	0- ()	1- ()	2- ()	3- ()
3.20.12. Costumo participar do preparo dos alimentos na minha casa	0- ()	1- ()	2- ()	3- ()
3.20.13. Costumo fazer minhas refeições sentado(a) à mesa	0- ()	1- ()	2- ()	3- ()
3.20.14. Costumo pular pelo menos uma das refeições principais (almoço e jantar)	0- ()	1- ()	2- ()	3- ()
3.20.15. Costumo fazer minhas refeições sentado(a) no sofá da sala ou na cama	0- ()	1- ()	2- ()	3- ()
3.20.16. Costumo fazer as refeições na minha mesa de trabalho ou estudo	0- ()	1- ()	2- ()	3- ()
3.20.17. Aproveito o horário das refeições para resolver outras coisas e acabo deixando de comer	0- ()	1- ()	2- ()	3- ()
3.20.18. Quando bebo café ou chá, costumo colocar açúcar	0- ()	1- ()	2- ()	3- ()
3.20.19. Costumo trocar a comida do almoço ou jantar por sanduíches, salgados ou pizza	0- ()	1- ()	2- ()	3- ()
3.20.20. Costumo beber refrigerante	0- ()	1- ()	2- ()	3- ()
3.20.21. Tenho o hábito de 'beliscar' no intervalo entre as refeições	0- ()	1- ()	2- ()	3- ()
3.20.22. Costumo frequentar restaurantes fast-food ou lanchonetes	0- ()	1- ()	2- ()	3- ()
3.20.23. Costumo beber sucos industrializados, como de caixinha, em pó, garrafa ou lata	0- ()	1- ()	2- ()	3- ()
3.20.24. Costumo comer balas, chocolates e outras guloseimas	0- ()	1- ()	2- ()	3- ()

004. CONDIÇÕES DE SAÚDE

(Nesse módulo do questionário serão abordadas questões referentes à sua saúde, bem como o uso de medicamentos)

Aspectos gerais de saúde e qualidade do sono

4.1. Qual é o seu peso atual? *(Caso você não saiba o seu peso exato, preencha com um valor aproximado).*
_____Kg.

4.2. Qual a sua altura atual? *(Caso você não saiba a sua altura exata, preencha com um valor aproximado).*
_____ metros.

4.3. Em geral, como você avalia sua saúde?

- 1- Muito boa 3- Regular 5- Muito ruim
 2- Boa 4- Ruim

4.4. Possui histórico de depressão em parentes de primeiro ou de segundo grau? *(Considere parentes de primeiro grau: pai, mãe e filho (a) e de segundo grau: Irmão (ã), avô e avó).*

- 1- Não 2- Sim. Qual parente? _____ 3- Não sei informar

4.5. Possui histórico de ansiedade em parentes de primeiro ou de segundo grau? *(Considere parentes de primeiro grau: pai, mãe e filho (a) e de segundo grau: Irmão (ã), avô e avó).*

- 1- Não 2- Sim. Qual parente? _____ 3- Não sei informar

4.6. Você faz algum acompanhamento psicológico com psicólogo, terapeuta ou psiquiatra?

- 1- Não 3- Sim, acompanhamento / terapia em grupo
 2- Não, mas já fiz no passado 4- Sim, acompanhamento / terapia individual

4.7. Leia cuidadosamente cada uma das afirmações abaixo e marque o número apropriado **0, 1, 2 ou 3** que indique o quanto a afirmação se aplicou a você **durante a última semana**, conforme a indicação:

0 - Não se aplicou de maneira alguma.

1 - Aplicou-se em algum grau, ou por pouco de tempo.

2 - Aplicou-se em um grau considerável, ou por uma boa parte do tempo.

3 - Aplicou-se muito, ou na maioria do tempo.

4.7.1. Achei difícil me acalmar	0-()	1-()	2-()	3-()
4.7.2. Senti minha boca seca	0-()	1-()	2-()	3-()
4.7.3. Não consegui vivenciar nenhum sentimento positivo	0-()	1-()	2-()	3-()
4.7.4. Tive dificuldade em respirar em alguns momentos (ex. respiração ofegante, falta de ar, sem ter feito nenhum esforço físico)	0-()	1-()	2-()	3-()
4.7.5. Achei difícil ter iniciativa para fazer as coisas	0-()	1-()	2-()	3-()
4.7.6. Tive a tendência de reagir de forma exagerada às situações	0-()	1-()	2-()	3-()
4.7.7. Senti tremores (ex. nas mãos)	0-()	1-()	2-()	3-()
4.7.8. Senti que estava sempre nervoso	0-()	1-()	2-()	3-()
4.7.9. Preocupei-me com situações em que eu pudesse entrar em pânico e parecesse ridículo (a)	0-()	1-()	2-()	3-()
4.7.10. Senti que não tinha nada a desejar	0-()	1-()	2-()	3-()
4.7.11. Senti-me agitado	0-()	1-()	2-()	3-()
4.7.12. Achei difícil relaxar	0-()	1-()	2-()	3-()
4.7.13. Senti-me depressivo (a) e sem ânimo	0-()	1-()	2-()	3-()
4.7.14. Fui intolerante com as coisas que me impediam de continuar o que eu estava fazendo	0-()	1-()	2-()	3-()
4.7.15. Senti que ia entrar em pânico	0-()	1-()	2-()	3-()
4.7.16. Não consegui me entusiasmar com nada	0-()	1-()	2-()	3-()
4.7.17. Senti que não tinha valor como pessoa	0-()	1-()	2-()	3-()
4.7.18. Senti que estava um pouco emotivo/sensível demais	0-()	1-()	2-()	3-()
4.7.19. Sabia que meu coração estava alterado mesmo não tendo feito nenhum esforço físico (ex. aumento da frequência cardíaca, disritmia cardíaca)	0-()	1-()	2-()	3-()
4.7.20. Senti medo sem motivo	0-()	1-()	2-()	3-()
4.7.21. Senti que a vida não tinha sentido	0-()	1-()	2-()	3-()

Uso de Medicamentos

4.8. Você faz uso contínuo de medicamento para algum tipo de doença crônica?

- | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1- Não faço uso contínuo de medicamentos
<input type="checkbox"/> 2- Sim, medicamento para diabetes
<input type="checkbox"/> 3- Sim, medicamento para hipertensão
<input type="checkbox"/> 4- Sim, medicamento para Síndrome da Imunodeficiência Adquirida - AIDS | <input type="checkbox"/> 5- Sim, medicamento para doença autoimune
<input type="checkbox"/> 6- Sim, medicamento para doença respiratória
<input type="checkbox"/> 7- Sim, medicamento para doença cardiovascular
<input type="checkbox"/> 8- Sim, medicamento para outra doença, como: _____ |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

4.9. Você tem o hábito de utilizar medicamentos para dores agudas, como cólicas, dores de cabeça, dores musculares, entre outras?

- 1- Não 2- Sim

4.10. Abaixo você irá responder questões sobre o uso de alguns medicamentos psicotrópicos:

Nome do medicamento	4.10.1. Já fez ou faz uso desse medicamento?	4.10.2. Você recebeu orientação de como utilizá-lo?	4.10.3. Quanto tempo você utiliza esse medicamento?	4.10.4. Você já deixou de tomar esse medicamento nos últimos 7 dias? Por qual motivo?	4.10.5. Já apresentou efeito colateral ao utilizar esse medicamento?
Fluoxetina	<input type="checkbox"/> 1- Não <i>Passar para o próximo medicamento</i> <input type="checkbox"/> 2- Não, mas já fiz no passado <input type="checkbox"/> 3- Sim COM prescrição médica <input type="checkbox"/> 4- Sim, SEM prescrição médica	<input type="checkbox"/> 1- Não, utilizei por conta própria- <input type="checkbox"/> 2- Sim, médico <input type="checkbox"/> 3- Sim, farmacêutico <input type="checkbox"/> 4- Sim, funcionário da farmácia <input type="checkbox"/> 5- Sim, outros	<input type="checkbox"/> 1- Menos de 30 dias <input type="checkbox"/> 2- De 1 a 3 meses <input type="checkbox"/> 3- De 3 meses a 1 ano <input type="checkbox"/> 4- Mais de 1 ano	<input type="checkbox"/> 1- Não <input type="checkbox"/> 2- Sim, esqueci de tomar <input type="checkbox"/> 3- Sim, por ter efeito adverso (colateral) <input type="checkbox"/> 4- Sim, por falta de dinheiro para comprar <input type="checkbox"/> 5- Sim, decidi interromper o uso <input type="checkbox"/> 6- Sim, outro motivo: _____	<input type="checkbox"/> 1- Não <input type="checkbox"/> 2- Sim. Quais? _____ _____ _____ _____

Sertralina	<input type="checkbox"/> 1- Não Passe para o próximo medicamento <input type="checkbox"/> 2- Não, mas já fiz no passado <input type="checkbox"/> 3- Sim COM prescrição médica <input type="checkbox"/> 4- Sim, SEM prescrição médica	<input type="checkbox"/> 1- Não, utilizei por conta própria- <input type="checkbox"/> 2- Sim, médico <input type="checkbox"/> 3- Sim, farmacêutico <input type="checkbox"/> 4- Sim, funcionário da farmácia <input type="checkbox"/> 5- Sim, outros	<input type="checkbox"/> 1- Menos de 30 dias <input type="checkbox"/> 2- De 1 a 3 meses <input type="checkbox"/> 3- De 3 meses a 1 ano <input type="checkbox"/> 4- Mais de 1 ano	<input type="checkbox"/> 1- Não <input type="checkbox"/> 2- Sim, esqueci de tomar <input type="checkbox"/> 3- Sim, por ter efeito adverso (colateral) <input type="checkbox"/> 4- Sim, por falta de dinheiro para comprar <input type="checkbox"/> 5- Sim, decidi interromper o uso <input type="checkbox"/> 6- Sim, outro motivo:_____	<input type="checkbox"/> 1- Não <input type="checkbox"/> 2- Sim. Quais? _____ _____ _____ _____
Amitriptilina	<input type="checkbox"/> 1- Não Passe para o próximo medicamento <input type="checkbox"/> 2- Não, mas já fiz no passado <input type="checkbox"/> 3- Sim COM prescrição médica <input type="checkbox"/> 4- Sim, SEM prescrição médica	<input type="checkbox"/> 1- Não, utilizei por conta própria- <input type="checkbox"/> 2- Sim, médico <input type="checkbox"/> 3- Sim, farmacêutico <input type="checkbox"/> 4- Sim, funcionário da farmácia <input type="checkbox"/> 5- Sim, outros	<input type="checkbox"/> 1- Menos de 30 dias <input type="checkbox"/> 2- De 1 a 3 meses <input type="checkbox"/> 3- De 3 meses a 1 ano <input type="checkbox"/> 4- Mais de 1 ano	<input type="checkbox"/> 1- Não <input type="checkbox"/> 2- Sim, esqueci de tomar <input type="checkbox"/> 3- Sim, por ter efeito adverso (colateral) <input type="checkbox"/> 4- Sim, por falta de dinheiro para comprar <input type="checkbox"/> 5- Sim, decidi interromper o uso <input type="checkbox"/> 6- Sim, outro motivo:_____	<input type="checkbox"/> 1- Não <input type="checkbox"/> 2- Sim. Quais? _____ _____ _____ _____
Paroxetina	<input type="checkbox"/> 1- Não Passe para o próximo medicamento <input type="checkbox"/> 2- Não, mas	<input type="checkbox"/> 1- Não, utilizei por conta própria- <input type="checkbox"/> 2- Sim,	<input type="checkbox"/> 1- Menos de 30 dias	<input type="checkbox"/> 1- Não <input type="checkbox"/> 2- Sim, esqueci de tomar	<input type="checkbox"/> 1- Não <input type="checkbox"/> 2- Sim. Quais? _____


	<p>já fiz no passado</p> <p>() 3- Sim COM prescrição médica</p> <p>() 4- Sim, SEM prescrição médica</p>	<p>médico</p> <p>() 3- Sim, farmacêutico</p> <p>() 4- Sim, funcionário da farmácia</p> <p>() 5- Sim, outros</p>	<p>() 2- De 1 a 3 meses</p> <p>() 3- De 3 meses a 1 ano</p> <p>() 4- Mais de 1 ano</p>	<p>() 3- Sim, por ter efeito adverso (colateral)</p> <p>() 4- Sim, por falta de dinheiro para comprar</p> <p>() 5- Sim, decidi interromper o uso</p> <p>() 6- Sim, outro motivo: _____</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
Fluvoxamina	<p>() 1- Não Passe para o próximo medicamento</p> <p>() 2- Não, mas já fiz no passado</p> <p>() 3- Sim COM prescrição médica</p> <p>() 4- Sim, SEM prescrição médica</p>	<p>() 1- Não, utilizei por conta própria-</p> <p>() 2- Sim, médico</p> <p>() 3- Sim, farmacêutico</p> <p>() 4- Sim, funcionário da farmácia</p> <p>() 5- Sim, outros</p>	<p>() 1- Menos de 30 dias</p> <p>() 2- De 1 a 3 meses</p> <p>() 3- De 3 meses a 1 ano</p> <p>() 4- Mais de 1 ano</p>	<p>() 1- Não</p> <p>() 2- Sim, esqueci de tomar</p> <p>() 3- Sim, por ter efeito adverso (colateral)</p> <p>() 4- Sim, por falta de dinheiro para comprar</p> <p>() 5- Sim, decidi interromper o uso</p> <p>() 6- Sim, outro motivo: _____</p>	<p>() 1- Não</p> <p>() 2- Sim. Quais?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
Clonazepam	<p>() 1- Não Passe para o próximo medicamento</p> <p>() 2- Não, mas já fiz no passado</p> <p>() 3- Sim COM prescrição médica</p> <p>() 4- Sim, SEM prescrição médica</p>	<p>() 1- Não, utilizei por conta própria-</p> <p>() 2- Sim, médico</p> <p>() 3- Sim, farmacêutico</p> <p>() 4- Sim, funcionário da farmácia</p> <p>() 5- Sim, outros</p>	<p>() 1- Menos de 30 dias</p> <p>() 2- De 1 a 3 meses</p> <p>() 3- De 3 meses a 1 ano</p> <p>() 4- Mais de 1 ano</p>	<p>() 1- Não</p> <p>() 2- Sim, esqueci de tomar</p> <p>() 3- Sim, por ter efeito adverso (colateral)</p> <p>() 4- Sim, por falta de dinheiro para comprar</p> <p>() 5- Sim, decidi interromper o uso</p> <p>() 6- Sim, outro motivo: _____</p>	<p>() 1- Não</p> <p>() 2- Sim. Quais?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

Nome do medicamento	4.18.1. Já fez ou faz uso desse medicamento?	4.18.2. Você recebeu orientação de como utilizá-lo?	4.18.3. Quanto tempo você utiliza esse medicamento?	4.18.4. Você já deixou de tomar esse medicamento nos últimos 7 dias? Por qual motivo?	4.18.5. Já apresentou efeito colateral ao utilizar esse medicamento?
Alprazolam	<input type="checkbox"/> 1- Não Passe para o próximo medicamento <input type="checkbox"/> 2- Não, mas já fiz no passado <input type="checkbox"/> 3- Sim COM prescrição médica <input type="checkbox"/> 4- Sim, SEM prescrição médica	<input type="checkbox"/> 1- Não, utilizei por conta própria- <input type="checkbox"/> 2- Sim, médico <input type="checkbox"/> 3- Sim, farmacêutico <input type="checkbox"/> 4- Sim, funcionário da farmácia <input type="checkbox"/> 5- Sim, outros	<input type="checkbox"/> 1- Menos de 30 dias <input type="checkbox"/> 2- De 1 a 3 meses <input type="checkbox"/> 3- De 3 meses a 1 ano <input type="checkbox"/> 4- Mais de 1 ano	<input type="checkbox"/> 1- Não <input type="checkbox"/> 2- Sim, esqueci de tomar <input type="checkbox"/> 3- Sim, por ter efeito adverso (colateral) <input type="checkbox"/> 4- Sim, por falta de dinheiro para comprar <input type="checkbox"/> 5- Sim, decidi interromper o uso <input type="checkbox"/> 6- Sim, outro motivo: _____ _____	<input type="checkbox"/> 1- Não <input type="checkbox"/> 2- Sim. Quais? _____ _____ _____ _____
Citalopram	<input type="checkbox"/> 1- Não Passe para o próximo medicamento <input type="checkbox"/> 2- Não, mas já fiz no passado <input type="checkbox"/> 3- Sim COM prescrição médica <input type="checkbox"/> 4- Sim, SEM prescrição médica	<input type="checkbox"/> 1- Não, utilizei por conta própria- <input type="checkbox"/> 2- Sim, médico <input type="checkbox"/> 3- Sim, farmacêutico <input type="checkbox"/> 4- Sim, funcionário da farmácia <input type="checkbox"/> 5- Sim, outros	<input type="checkbox"/> 1- Menos de 30 dias <input type="checkbox"/> 2- De 1 a 3 meses <input type="checkbox"/> 3- De 3 meses a 1 ano <input type="checkbox"/> 4- Mais de 1 ano	<input type="checkbox"/> 1- Não <input type="checkbox"/> 2- Sim, esqueci de tomar <input type="checkbox"/> 3- Sim, por ter efeito adverso (colateral) <input type="checkbox"/> 4- Sim, por falta de dinheiro para comprar <input type="checkbox"/> 5- Sim, decidi interromper o uso <input type="checkbox"/> 6- Sim, outro motivo: _____ _____	<input type="checkbox"/> 1- Não <input type="checkbox"/> 2- Sim. Quais? _____ _____ _____ _____
Diazepam	<input type="checkbox"/> 1- Não Passe para o próximo medicamento	<input type="checkbox"/> 1- Não, utilizei por conta	<input type="checkbox"/> 1- Menos de	<input type="checkbox"/> 1- Não	<input type="checkbox"/> 1- Não

	<p>medicamento</p> <p>() 2- Não, mas já fiz no passado</p> <p>() 3- Sim COM prescrição médica</p> <p>() 4- Sim, SEM prescrição médica</p>	<p>própria-</p> <p>() 2- Sim, médico</p> <p>() 3- Sim, farmacêutico</p> <p>() 4- Sim, funcionário da farmácia</p> <p>() 5- Sim, outros</p>	<p>30 dias</p> <p>() 2- De 1 a 3 meses</p> <p>() 3- De 3 meses a 1 ano</p> <p>() 4- Mais de 1 ano</p>	<p>() 2- Sim, esqueci de tomar</p> <p>() 3- Sim, por ter efeito adverso (colateral)</p> <p>() 4- Sim, por falta de dinheiro para comprar</p> <p>() 5- Sim, decidi interromper o uso</p> <p>() 6- Sim, outro motivo:_____</p>	<p>() 2- Sim. Quais?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
Fenobarbital	<p>() 1- Não Passe para o próximo medicamento</p> <p>() 2- Não, mas já fiz no passado</p> <p>() 3- Sim COM prescrição médica</p> <p>() 4- Sim, SEM prescrição médica</p>	<p>() 1- Não, utilizei por conta própria-</p> <p>() 2- Sim, médico</p> <p>() 3- Sim, farmacêutico</p> <p>() 4- Sim, funcionário da farmácia</p> <p>() 5- Sim, outros</p>	<p>() 1- Menos de 30 dias</p> <p>() 2- De 1 a 3 meses</p> <p>() 3- De 3 meses a 1 ano</p> <p>() 4- Mais de 1 ano</p>	<p>() 1- Não</p> <p>() 2- Sim, esqueci de tomar</p> <p>() 3- Sim, por ter efeito adverso (colateral)</p> <p>() 4- Sim, por falta de dinheiro para comprar</p> <p>() 5- Sim, decidi interromper o uso</p> <p>() 6- Sim, outro motivo:_____</p>	<p>() 1- Não</p> <p>() 2- Sim. Quais?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
Morfina	<p>() 1- Não Passe para o próximo medicamento</p> <p>() 2- Não, mas já fiz no passado</p> <p>() 3- Sim COM prescrição médica</p> <p>() 4- Sim, SEM prescrição</p>	<p>() 1- Não, utilizei por conta própria-</p> <p>() 2- Sim, médico</p> <p>() 3- Sim, farmacêutico</p> <p>() 4- Sim, funcionário da farmácia</p>	<p>() 1- Menos de 30 dias</p> <p>() 2- De 1 a 3 meses</p> <p>() 3- De 3 meses a 1 ano</p>	<p>() 1- Não</p> <p>() 2- Sim, esqueci de tomar</p> <p>() 3- Sim, por ter efeito adverso (colateral)</p> <p>() 4- Sim, por falta de dinheiro para comprar</p> <p>() 5- Sim, decidi</p>	<p>() 1- Não</p> <p>() 2- Sim. Quais?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>


	médica	() 5- Sim, outros	() 4- Mais de 1 ano	interromper o uso () 6- Sim, outro motivo:_____	
Codeína	() 1- Não Passe para o próximo medicamento () 2- Não, mas já fiz no passado () 3- Sim COM prescrição médica () 4- Sim, SEM prescrição médica	() 1- Não, utilizei por conta própria- () 2- Sim, médico () 3- Sim, farmacêutico () 4- Sim, funcionário da farmácia () 5- Sim, outros	() 1- Menos de 30 dias () 2- De 1 a 3 meses () 3- De 3 meses a 1 ano () 4- Mais de 1 ano	() 1- Não () 2- Sim, esqueci de tomar () 3- Sim, por ter efeito adverso (colateral) () 4- Sim, por falta de dinheiro para comprar () 5- Sim, decidi interromper o uso () 6- Sim, outro motivo:_____	() 1- Não () 2- Sim. Quais? _____ _____ _____
Metilfenidato	() 1- Não Passe para o próximo medicamento () 2- Não, mas já fiz no passado () 3- Sim COM prescrição médica () 4- Sim, SEM prescrição médica	() 1- Não, utilizei por conta própria- () 2- Sim, médico () 3- Sim, farmacêutico () 4- Sim, funcionário da farmácia () 5- Sim, outros	() 1- Menos de 30 dias () 2- De 1 a 3 meses () 3- De 3 meses a 1 ano () 4- Mais de 1 ano	() 1- Não () 2- Sim, esqueci de tomar () 3- Sim, por ter efeito adverso (colateral) () 4- Sim, por falta de dinheiro para comprar () 5- Sim, decidi interromper o uso () 6- Sim, outro motivo:_____	() 1- Não () 2- Sim. Quais? _____ _____ _____

Apêndice C: Cartilha *on line* para os estudantes participantes da pesquisa na Universidade Federal de Ouro Preto.



SINTOMAS DE TRANSTORNO DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS

**PREVALÊNCIA E
FATORES ASSOCIADOS**



Cartilha informativa dirigida aos estudantes da Universidade Federal de Ouro Preto, sobre a prevalência dos sintomas de ansiedade e depressão

Elaboração:

João Marcos Pereira - Graduando em Nutrição
Waléria de Paula - Mestranda do PPGSN
Adriana Lúcia Meireles - Prof.ª Adjunta,
DENCS/UFOP

Contato: padufederias@gmail.com
Redes sociais: @padufederias

Apoio:

Universidade Federal de Ouro Preto
Escola de Nutrição


**Ouro Preto
2020**

“

CAROS ESTUDANTES,



Esta cartilha foi elaborada a fim de informar sobre dados da pesquisa sobre ansiedade e depressão, realizada no ano de 2019 com estudantes do primeiro período de cursos da área de Ciências da Vida (Educação Física, Farmácia, Medicina e Nutrição), da área de Ciências Exatas (Arquitetura, Matemática, Engenharia Civil, Engenharia Geológica e Engenharia de Produção) e Ciências Humanas, Sociais e Aplicadas (Artes Cênicas, Direito, História, Jornalismo e Pedagogia). É importante ressaltar que os transtornos de ansiedade e depressão são doenças fatais, que devem ser tratados com seriedade. Eles afetam todo o desenvolvimento do indivíduo e devem ser tratados o quanto antes. Vale lembrar que a prevenção é a melhor forma de combater a doença e a melhor maneira de se prevenir, é se informando!





Prevalência de sintomas de transtornos de ansiedade e depressão encontrada em estudantes ingressantes

Os transtornos de ansiedade e depressão são caracterizados, dentre outros fatores, pela mudança repentina de humor, perda de interesse por atividades básicas, cansaço contínuo e estão intimamente relacionados à baixa autoestima. Acometem boa parte da população, incluindo estudantes universitários, os quais estão mais vulneráveis devido a nova fase de vida. Um estudo realizado na Universidade Federal de Ouro Preto, no ano de 2019, com estudantes ingressantes, observou que 42,54% desses universitários apresentavam sintomas de ansiedade e 33,24% apresentavam sintomas de depressão. Mais da metade dos estudantes do primeiro período dos cursos de Farmácia, História e Jornalismo apresentaram sintomas de ansiedade e mais da metade dos estudantes de Farmácia e Matemática apresentaram sintomas de depressão. As mulheres apresentaram as maiores prevalências para os transtornos.



PRINCIPAIS SINTOMAS DE ANSIEDADE:

Alterações no sono e na função intestinal, pensamento obsessivo, dificuldade de concentração, inquietação e fadiga, compulsão alimentar, tensão muscular, preocupação em excesso, irritabilidade, mudanças repentinas de humor, taquicardia e palpitações.


PRINCIPAIS SINTOMAS DE DEPRESSÃO:

Tristeza, diminuição da energia, perda de interesse em atividades, sentimento injustificado de culpa, perda de confiança e autoestima, diminuição da concentração e perturbações do sono e do apetite, aumentando o risco para comportamentos autodestrutivos.

FATORES QUE PODEM ESTAR ASSOCIADOS AO APARECIMENTO DOS SINTOMAS:

Sexo feminino, ser homossexual, cor da pele não branca, uso de internet moderado ou severo, falta de atividade física, não frequentar festas universitárias, uso incorreto de medicamento psicotrópico e falta de acompanhamento psicológico, ter histórico de ansiedade em parentes de primeiro grau, autoavaliação negativa da saúde.

Ao sentir os sintomas de modo persistente é importante procurar ajuda!




Escala para mensurar sintomas de ansiedade, depressão e estresse

A Depression Anxiety Stress Scale é um instrumento capaz de discriminar sintomas de ansiedade, depressão e estresse em um único questionário. Ela é analisada após um somatório de pontos onde as questões 1, 6, 8, 11, 12, 14 e 18 são referentes ao estresse; 2, 4, 7, 9, 15, 19 e 20 a ansiedade, e as demais (3, 5, 10, 13, 16, 17 e 21) a depressão.

Você pode testar o nível dos seus sintomas. Para isso, leia cuidadosamente cada uma das afirmações abaixo e pontua apropriadamente em 0, 1, 2 ou 3, indicando o quanto cada uma das frases se aplicou a você durante a última semana, conforme a indicação a seguir:

- 0 Não se aplicou de maneira alguma
- 1 Aplicou-se em algum grau, ou por pouco de tempo
- 2 Aplicou-se em um grau considerável, ou por uma boa parte do tempo
- 3 Aplicou-se muito, ou na maioria do tempo

Esta escala foi traduzida e validada para uso no Brasil por Rose Claudia Battistelli Vignola e Adriana Marcassa, Tucci no ano de 2014 e publicada pelo Journal of affective disorders, v. 155, p. 104-109.



66

1. Achei difícil me acalmar
2. Senti minha boca seca
3. Não consegui vivenciar nenhum sentimento positivo
4. Tive dificuldade em respirar em alguns momentos
5. Achei difícil ter iniciativa para fazer as coisas
6. Tive a tendência de reagir de forma exagerada às situações
7. Senti tremores (ex. nas mãos)
8. Senti que estava sempre nervoso
9. Preocupe-me com situações em que eu pudesse entrar em pânico e parecesse ridículo
10. Senti que não tinha nada a desejar
11. Senti-me agitado
12. Achei difícil relaxar
13. Senti-me depressivo e sem ânimo
14. Fui intolerante com as coisas que me impediam de continuar o que eu estava fazendo
15. Senti que ia entrar em pânico
16. Não consegui me entusiasmar com nada
17. Senti que não tinha valor como pessoa
18. Senti que estava um pouco emotivo/sensível demais
19. Sabia que meu coração estava alterado mesmo não tendo feito nenhum esforço físico
20. Senti medo sem motivo
21. Senti que a vida não tinha sentido



Agora é preciso somar os pontos. Fique atento ao número das questões que avaliam estresse, ansiedade e depressão para somá-las corretamente.

Níveis dos sintomas	Estresse
Normal	0-14
Leve	15-18
Moderado	19-25
Severo	25-33
Extremamente Severo	≥34

Níveis dos sintomas	Ansiedade
Normal	0-7
Leve	8-9
Moderado	10-14
Severo	15-19
Extremamente Severo	≥20

Níveis dos sintomas	Depressão
Normal	0-9
Leve	10-13
Moderado	14-20
Severo	21-27
Extremamente Severo	≥28



Mas atenção! O diagnóstico de qualquer uma dessas doenças só pode ser dado por uma avaliação clínica!

Em caso de quaisquer sintomas procure um profissional de saúde!

CONTATOS ÚTEIS:

Acompanhamento Psicológico: Ouro Preto -
Centro de Saúde - (31) 3559-1955 / (31) 3559-
1283 ou psicologia.patricia@saude.ufop.br

Grupo de Acolhimento e Cuidado ao Estudante
da UFOP - ABRACE: abraucefop@gmail.com

Centro de Valorização da Vida - CVV: 188

ANEXOS

Anexo 1: DASS-21

Anexo 2: Aprovação do Comitê de Ética CEP/UFOP

Anexo 1: DASS-21

DASS – 21 Versão traduzida e validada para o português do Brasil Autores: Vignola, R.C.B. & Tucci, A.M.

Instruções

Por favor, leia cuidadosamente cada uma das afirmações abaixo e circule o número apropriado **0,1,2 ou 3** que indique o quanto ela se aplicou a você durante a última semana, conforme a indicação a seguir:

0 Não se aplicou de maneira alguma

1 Aplicou-se em algum grau, ou por pouco de tempo

2 Aplicou-se em um grau considerável, ou por uma boa parte do tempo

3 Aplicou-se muito, ou na maioria do tempo

1. Achei difícil me acalmar	0-()	1-()	2-()	3-()
2. Senti minha boca seca	0-()	1-()	2-()	3-()
3. Não consegui vivenciar nenhum sentimento positivo	0-()	1-()	2-()	3-()
4. Tive dificuldade em respirar em alguns momentos (ex. respiração ofegante, falta de ar, sem ter feito nenhum esforço físico)	0-()	1-()	2-()	3-()
5. Achei difícil ter iniciativa para fazer as coisas	0-()	1-()	2-()	3-()
6. Tive a tendência de reagir de forma exagerada às situações	0-()	1-()	2-()	3-()
7. Senti tremores (ex. nas mãos)	0-()	1-()	2-()	3-()
8. Senti que estava sempre nervoso	0-()	1-()	2-()	3-()
9. Preocupe-me com situações em que eu pudesse entrar em pânico e parecesse ridículo (a)	0-()	1-()	2-()	3-()
10. Senti que não tinha nada a desejar	0-()	1-()	2-()	3-()
11. Senti-me agitado	0-()	1-()	2-()	3-()
12. Achei difícil relaxar	0-()	1-()	2-()	3-()
13. Senti-me depressivo (a) e sem ânimo	0-()	1-()	2-()	3-()
14. Fui intolerante com as coisas que me impediam de continuar o que eu estava fazendo	0-()	1-()	2-()	3-()
15. Senti que ia entrar em pânico	0-()	1-()	2-()	3-()
16. Não consegui me entusiasmar com nada	0-()	1-()	2-()	3-()
17. Senti que não tinha valor como pessoa	0-()	1-()	2-()	3-()
18. Senti que estava um pouco emotivo/sensível demais	0-()	1-()	2-()	3-()

19. Sabia que meu coração estava alterado mesmo não tendo feito nenhum esforço físico (ex. aumento da frequência cardíaca, disritmia cardíaca)	0- ()	1- ()	2- ()	3- ()
20. Senti medo sem motivo	0- ()	1- ()	2- ()	3- ()
21. Senti que a vida não tinha sentido	0- ()	1- ()	2- ()	3- ()

Anexo 2: Aprovação do Comitê de Ética CEP/UFOP

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
OURO PRETO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Sintomas de transtorno de ansiedade e depressão entre estudantes universitários da Universidade Federal de Ouro Preto: estudo longitudinal

Pesquisador: Adriana Lúcia Meireles

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 19467919.5.0000.5150

Instituição Proponente: Universidade Federal de Ouro Preto

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio
Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.784.449

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo longitudinal envolvendo estudantes dos cursos de graduação presencial de educação física, farmácia, nutrição, medicina, arquitetura e urbanismo, engenharia civil, engenharia de produção, matemática, história, jornalismo, direito e artes cênicas. A amostra do estudo será constituída por estudantes ingressantes no ano de 2019 nos cursos, totalizando aproximadamente 500 estudantes.

Objetivo da Pesquisa:

Avallar longitudinalmente a ocorrência de sintomas de transtorno de ansiedade e depressão entre estudantes dos cursos de graduação da Universidade Federal de Ouro Preto e avallar seus fatores associados. Para isto irá: (i) conhecer o perfil sociodemográfico dos estudantes universitários; (ii) conhecer a incidência e prevalência dos sintomas de ansiedade e depressão dos estudantes universitários; (iii) avallar perfil nutricional, hábitos alimentares, comportamento sedentário, prática de atividade física, qualidade de vida, suporte social, resiliência e percepção da saúde dos estudantes universitários; (iv) conhecer os comportamentos de risco, incluindo tabagismo, consumo de bebidas alcoólicas e uso de drogas ilícitas; (v) avallar o uso de medicamentos,

especificamente antidepressivos e ansiolíticos pelos estudantes universitários; (vi) avaliar, prospectivamente, possíveis alterações quanto à ocorrência de sintomas de ansiedade e depressão; (vii) avaliar os fatores associados aos sintomas de ansiedade e depressão entre os estudantes durante a vida acadêmica.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisada, nesta versão do projeto, abordou os riscos e mencionou as formas de minimiza-los, além de informar os benefícios da pesquisa.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

- A pesquisadora apresentou uma carta da PROGRAD informando que irá disponibilizar infraestrutura para a execução do projeto, conforme solicitado anteriormente por este Comitê.

- Sobre o questionamento se haverá algum acompanhamento e/ou encaminhamento do discente que apresentar um elevado grau de ansiedade a pesquisadora informou que: "Após o término da pesquisa, os estudantes que forem identificados com sintomas de transtorno de ansiedade e depressão serão orientados sobre a disponibilidade e a oferta do serviço de psicologia da sua Universidade e município".

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- O cronograma foi atualizado e demonstra que a pesquisa não foi iniciada.
- Foi apresentado pela pesquisadora um documento informando que será responsável por custear todo o projeto, conforme solicitado anteriormente.
- Foi atualizado o TCLE informando o endereço, telefone e email do CEP.

Recomendações:

- Sugerimos incluir no questionário a alternativa prefiro não responder.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A pesquisadora sanou as pendências encontradas na versão anterior e o projeto encontra-se eticamente aprovado para sua execução, de acordo com este Comitê.

Considerações Finais a critério do CEP:

O Comitê de Ética em Pesquisa CEP/UFOP, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 466/12 e/ou Res. CNS 510/16, manifesta-se pela APROVAÇÃO deste protocolo de pesquisa. Ressalta-se ao pesquisador responsável pelo projeto o compromisso de envio ao CEP/UFOP, um ano após o início do projeto, do relatório final ou parcial de sua pesquisa, encaminhado por meio

Endereço: Morro do Cruzeiro-Centro de Convergência			
Bairro: Campus Universitário		CEP: 35.400-000	
UF: MG	Município: OURO PRETO		
Telefone: (31)3559-1368	Fax: (31)3559-1370	E-mail: cep.propp@ufop.edu.br	

da Plataforma Brasil, informando, em qualquer tempo, o andamento da mesma, comunicando também eventos adversos e eventuais modificações no protocolo.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1409466.pdf	25/10/2019 21:52:06		Aceito
Orçamento	Declaracao_custeio proprio.pdf	25/10/2019 21:50:16	Waléria de Paula	Aceito
Outros	carta_parecer.pdf	25/10/2019 21:49:06	Waléria de Paula	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao_prograd.jpeg	25/10/2019 21:48:52	Waléria de Paula	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	25/10/2019 21:48:26	Waléria de Paula	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_longitudinal.pdf	25/10/2019 21:48:16	Waléria de Paula	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	25/10/2019 21:47:45	Waléria de Paula	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.pdf	21/08/2019 09:19:09	Waléria de Paula	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracaopesquisador.jpeg	19/08/2019 09:38:46	Waléria de Paula	Aceito
Outros	Questionario.pdf	08/08/2019 15:03:21	Waléria de Paula	Aceito
Orçamento	Orçamento.docx	08/08/2019 15:01:50	Waléria de Paula	Aceito
Brochura Pesquisa	Projeto.pdf	06/08/2019 21:36:00	Waléria de Paula	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao_de_Instituicao.pdf	06/08/2019 21:33:15	Waléria de Paula	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_de_Pesquisadores.pdf	06/08/2019 21:33:04	Waléria de Paula	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Morro do Cruzeiro-Centro de Convergência
Bairro: Campus Universitário **CEP:** 35.400-000
UF: MG **Município:** OURO PRETO
Telefone: (31)3559-1368 **Fax:** (31)3559-1370 **E-mail:** cep.propp@ufop.edu.br

