



CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA - CEUB
PROGRAMA DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA

GABRIEL FARIA POL
NATHALIA FERNANDES RODRIGUES

FENÔMENOS DE SAÚDE, RESILIÊNCIA E QUALIDADE DE VIDA DE ACADÊMICOS
DE MEDICINA AO LONGO DO CURSO - ESTUDO COMPARATIVO

BRASÍLIA
2023

GABRIEL FARIA POL
NATHALIA FERNANDES RODRIGUES

**FENÔMENOS DE SAÚDE, RESILIÊNCIA E QUALIDADE DE VIDA DE ACADÊMICOS
DE MEDICINA AO LONGO DO CURSO - ESTUDO COMPARATIVO**

Relatório final de Pesquisa de Iniciação
Científica apresentado à Assessoria de Pós-
Graduação e Pesquisa.

Orientação: Prof. Dr. Rodrigo Marques da Silva

BRASÍLIA
2023

RESUMO

Ao longo do curso de graduação em medicina, o estudante é exposto a situações potencialmente estressoras, que podem levar ao estresse, baixa qualidade de sono, presença de sintomas depressivos e baixa qualidade de vida. No entanto, alguns discentes apresentam melhor capacidade de enfrentamento e adaptação à adversidade, sendo considerados resilientes. Assim, o objetivo deste estudo foi comparar os fenômenos de saúde (níveis de estresse percebido, sintomas depressivos e qualidade do sono), bem como a capacidade resiliente e a qualidade de vida por ciclo de curso entre acadêmicos de medicina de instituição privada de ensino. Trata-se de uma pesquisa transversal, analítica e de abordagem quantitativa, cuja coleta de dados ocorreu por meio de instrumentos de validação internacional entre novembro e dezembro de 2022 junto a discentes do curso de medicina de uma instituição de ensino superior privada do Distrito Federal. O estudo mostrou principalmente que 50% dos estudantes utilizam fármacos para induzir o sono e 65,7% fazem uso de bebida alcoólica, além do predomínio de estudantes com baixo estresse no ciclo básico e altos níveis de estresse nos demais ciclos. Com isso, conclui-se que o curso de medicina apresenta situações estressoras comuns aos diferentes ciclos do curso, colocando o aluno em um ambiente propício para o aparecimento de fenômenos que podem interferir direta ou indiretamente na sua saúde mental. Verificou-se, assim, que não há diferença nos níveis de estresse, qualidade de sono, sintomas depressivos, qualidade de vida resiliência ao longo do curso, ou seja, esses fenômenos não estão associados as características peculiares de cada ciclo.

Palavras-chave: fenômenos de saúde; estudantes de medicina; estudo comparativo.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	5
OBJETIVOS.....	5
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	7
3. MÉTODO.....	Erro! Indicador não definido.
4. RESULTADOS	Erro! Indicador não definido.
5. DISCUSSÃO.....	23
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	27
REFERÊNCIAS.....	27
APÊNDICES	28
ANEXOS	34

1. INTRODUÇÃO

Após o ingresso no curso superior, os estudantes convivem com situações características da profissão e do contexto acadêmico que podem ser avaliadas como estressoras⁽¹⁾. Em nível nacional, evidenciam-se, como potenciais estressores do ambiente acadêmico, as situações relativas ao período de provas, às tarefas extraclases e à transição da fase pré-universitária para o meio acadêmico⁽²⁾. Em âmbito internacional, pesquisadores destacam, como estressores, as atividades escolares vivenciadas nos primeiros 12 meses iniciais de ingresso na faculdade; experiências traumáticas de morte; responsabilidade para com o cuidado do outro; exigências quanto ao desempenho e relações interpessoais; sentimento de despreparo para as funções a serem exercidas nos estágios e aulas práticas; e a adaptação às demandas acadêmicas⁽³⁻⁷⁾. Frente a essas situações, é possível que os discentes percebam as situações do contexto acadêmico como estressoras, sendo possível também a ocorrência de outros desfechos, como sintomas depressivos, baixa qualidade do sono e queda na qualidade de vida.

Nesse sentido, o estresse é conceituado como qualquer estímulo que demande do ambiente externo ou interno e que taxee ou exceda as fontes de adaptação de um indivíduo ou sistema social⁽⁸⁾, sua ocorrência entre discentes universitários já têm sido verificada em diferentes estudos^(2,4,9-10). Entre eles, uma pesquisa com 456 estudantes de medicina identificou presença de estresse em 60,09% (n = 274) da amostra e estresse extremo em 20,83% (n = 95)⁽¹¹⁾.

Os Sintomas Depressivos são definidos como um conjunto de emoções e cognições, com consequências às relações interpessoais⁽¹²⁾. Em estudo transversal com uma amostra de 729 estudantes universitários dos EUA, 16,5% apresentaram tais sintomas, 30,6% depressão moderada e 23,2% depressão severa ou moderadamente severa⁽¹³⁾. Em pesquisa com estudantes universitário do Canadá, 34,2% apresentaram-se depressivos⁽¹⁴⁾ e, em investigação conduzida com estudantes do ensino médio na China, 6,4% deles possuíam tais sintomas⁽¹⁵⁾.

A qualidade do sono também pode impactar na saúde dos estudantes da área de saúde. Investigações mostram a ocorrência da baixa qualidade do sono em 60% dos estudantes universitários de Chicago⁽¹⁶⁾ e em 71% dos estudantes da Califórnia⁽¹⁷⁾. Em pesquisa com 35

estudantes universitários do Texas (EUA), foi verificado que as alterações no padrão do sono causam aumento dos sintomas depressivos, sendo essa relação mediada pelo controle cognitivo⁽¹⁸⁾.

Todos os fenômenos expostos podem impactar direta ou indiretamente na qualidade de vida dos estudantes. Esta é definida como a sensação de bem-estar de uma pessoa e deriva da satisfação ou insatisfação com as áreas da vida que são importantes para ela⁽¹⁹⁾. A relação entre fenômenos de saúde e qualidade de vida foi identificada em pesquisa com estudantes de medicina, no qual a sonolência diurna esteve associada à queda dos escores físico, psicológico e ambiental da qualidade de vida⁽²⁰⁾. Ainda, em investigação com 1074 estudantes universitários, aqueles com insônia crônica reportaram menor qualidade de vida⁽²¹⁾. Com base no exposto, verifica-se que, ao ingressar na instituição, o discente fica exposto a situações estressoras, podendo apresentar alterações na saúde, incluindo Estresse, Sintomas Depressivos, qualidade do sono e qualidade de vida.

Por outro lado, mesmo frente a um ambiente potencialmente estressor, alguns indivíduos podem apresentar baixos níveis de estresse e, assim, menor chance de sofrerem desfechos negativos à sua saúde⁽²²⁻²³⁾. Essa habilidade de um indivíduo se recuperar das adversidades e se adaptar positivamente a situações importantes da vida é denominada **resiliência**⁽²⁴⁻²⁵⁾. Tal fenômeno é compreendido como um processo dinâmico em que aspectos emocionais, socioculturais, ambientais e cognitivos interatuem e permitem que o ser humano enfrente, vença e se fortaleça e transforme por experiências de adversidade e estresse^(25,26).

OBJETIVOS

Objetivo Geral

Comparar os fenômenos de saúde (níveis de estresse percebido, sintomas depressivos e qualidade do sono), bem como a capacidade resiliente e a qualidade de vida por ciclo de curso entre acadêmicos de medicina de instituição privada de ensino.

Objetivos Específicos

- Analisar os níveis de estresse percebido, sintomas depressivos e qualidade de sono dos estudantes de medicina em cada ciclo do curso em uma instituição privada de ensino;

- Verificar o nível de resiliência entre discentes de medicina em cada ciclo do curso em uma instituição privada de ensino.;
- Analisar a qualidade de vida dos estudantes de medicina em cada ciclo do curso em uma instituição privada de ensino.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Estresse

Nas décadas de 20 e 30, Selye utilizou o termo estresse pela primeira vez na área de saúde⁽³⁰⁾. Considerado o precursor da teoria do estresse, sua preocupação era com a "Síndrome do estar doente". Sendo assim, ele verificou que os pacientes, independentemente da etiologia, apresentavam sinais e sintomas comuns, o que incluía perda de peso, perda de apetite e diminuição da força muscular⁽²⁸⁾.

Posteriormente, Selye descreveu as etapas do estresse biológico e a Síndrome de Adaptação Geral (SAG) ou do Estresse Biológico. Tal Síndrome foi definida como reação defensiva fisiológica do organismo em resposta a qualquer estímulo aversivo, tendo sido dividida em três fases: reação de alarme, de resistência e de exaustão⁽²⁹⁾. A primeira delas ocorre imediatamente após o confronto com o estressor e pode ser consciente ou não. É definida como uma mobilização química, uma reação comum do corpo que necessita atender as exigências, considerado como mecanismo básico para defender o organismo tanto de desafios como de ameaças à sua integridade. Em um curto espaço de tempo, se houver a persistência do estressor, ocorre a resistência. Nessa fase, o corpo trabalha para a sobrevivência e adaptação. Se o estressor persistir ou não ocorrer o equilíbrio, inicia-se a fase de exaustão, em que a adaptação não ocorre e podem surgir doenças, com risco de morte⁽²⁸⁾.

No século XX, Lazarus e Folkman definem estresse, a partir do modelo interacionista, como qualquer estímulo que demande do ambiente externo ou interno e que taxee ou exceda as fontes de adaptação de um indivíduo ou sistema social. Atualmente, é o modelo mais veiculado na literatura científica, uma vez que considera a interação entre o ambiente e a pessoa ou o grupo como responsáveis e atuantes no processo^(8,31).

No modelo interacionista, entende-se que o estresse envolve, além das alterações orgânicas, uma fase na qual participam funções cognitivas, emocionais e comportamentais. Destaca-se que, nesse modelo, acontece uma avaliação cognitiva, que é entendida como um

processo mental de localizar o evento ou situação em uma série de categorias avaliativas que são relacionadas com o significado de bem-estar da pessoa⁽⁸⁾.

Nesse processo de categorização, são possíveis as avaliações primária e secundária que produzem respostas. Na primeira, o indivíduo identifica as demandas de determinada situação e define o significado do evento, que pode resultar em uma ação. Tal evento pode significar um desafio, uma ameaça ou ser irrelevante ao indivíduo. O resultado dessa primeira avaliação dependerá da natureza do estímulo e sua intensidade, da experiência prévia do indivíduo e de sua resposta à emoção vivenciada⁽⁸⁾. Caso o estressor seja definido como uma ameaça ou desafio, acontece a reação de estresse e a avaliação secundária será realizada. Nessa, são verificadas estratégias para o enfrentamento do estressor⁽⁸⁾.

Especificamente na graduação médica, o aluno vive demasiadas situações de estresse constantemente. Além da rotina exaustiva e do conteúdo denso que são inerentes ao curso, o estudante possui uma preocupação extra devido à pressão exercida pelos próprios colegas do curso, pelos professores e, principalmente, pela sociedade, já que é uma profissão que demanda extrema responsabilidade e inevitável competitividade.⁽⁵⁷⁾

Qualidade do Sono

Desde a Antiguidade, o sono desperta curiosidade do ser humano. Hipócrates já associava a insônia ao aborrecimento e à tristeza e Aristóteles acreditava que o sono era necessário para manutenção da percepção a qual seria esgotada se utilizada ininterruptamente. Apesar do interesse despertado pelo sono e seus distúrbios, somente na segunda metade do século 20 ele deixou de ser objeto de interesse exclusivamente de filósofos e poetas e passou a ser estudado pelos cientistas⁽³²⁻³³⁾. Nesse sentido, os primeiros registros de potenciais elétricos do córtex cerebral humano foram observados em 1929 e receberam o nome de eletroencefalograma (EEG). Na década de 30, Loomis, Harvey e Hobart verificaram que o sono compunha-se de estágios recorrentes (denominados por letras), o que mais tarde iria formar o sono sem movimentos oculares rápidos (NREM). A identificação do sono com movimentos oculares rápidos(REM) só ocorrem em 1953 por Aserinsky e Kleitman, fato que inaugurou o entendimento do sono⁽³²⁾.

O ciclo sono-vigília, em condições naturais, sincroniza-se com fatores ambientais e oscila em um período de 24 horas. Dentre os fatores ambientais, destacam-se a alternância do dia-noite (claro-escuro), os horários escolares, de trabalho, de lazer e as atividades

familiares. Além dessa sincronização ambiental, o ciclo sono-vigília é regulado endogenamente pelo núcleo supra-quiasmático, localizado no hipotálamo, considerado o relógio biológico para os mamíferos⁽³²⁻³³⁾. Além disso, o sono pode ser dividido em NREM (*NonRapid Eye Movement*) e REM (*Rapid Eye Movement*, de forma que o sono de um adulto jovem inclui de quatro a seis ciclos de REM-NREM. O primeiro ciclo é geralmente mais curto que o do início da manhã, com duração de aproximadamente 90 minutos. O indivíduo passa da vigília relaxada para o estágio 1 e, em seguida, para o estágio 2; gradualmente o sono torna-se mais profundo, com o aparecimento dos estágios 3 e 4, estágios do sono com ondas lentas. Após aproximadamente 90 minutos do início do sono, inicia-se o sono REM, que tem duração média de 2 a 10 minutos e que delimita o final do primeiro ciclo do sono. Então, inicia-se o segundo ciclo a partir do estágio 2 e demais estágios⁽³²⁻³³⁾.

O sono possui uma função biológica fundamental na consolidação da memória, na visão binocular, na termorregulação, na conservação e restauração da energia, bem como na restauração do metabolismo energético cerebral. Além disso, ele atua como agente restaurador e homeostático, com influência sobre o estado de vigília do indivíduo⁽³³⁾. Em condições naturais, os seres humanos precisam de certa regularidade no seu padrão do ciclo sono-vigília, porém há dois grupos de fatores que atuam de forma antagônica no processo de sincronização do ciclo claro-escuro, a ser: os fatores endógenos, que tendem a sincronizar o ciclo sono-vigília em um ritmo regular no período de 24 horas; e as demandas do indivíduo, que compõem os fatores exógenos e que tendem a sincronizar o ciclo sono-vigília em um padrão diferente do ciclo claro-escuro, o que leva aos transtornos do sono⁽³³⁾.

Os transtornos do sono trazem consigo diversas repercussões para os seres humanos, o que inclui disfunção autonômica, diminuição do desempenho profissional ou acadêmico, maior incidência de transtornos psiquiátricos e diminuição da vigilância, com maior risco à segurança pessoal e de acidentes. Os maus dormidores tendem a apresentar mais morbidades, menor expectativa de vida e envelhecimento precoce⁽³³⁾. Por isso, grandes progressos no diagnóstico e tratamento dos transtornos do sono vêm sendo realizados, muitos deles obtidos pelos centros de estudos do sono que têm se expandido e conduzido pesquisas no campo da fisiologia do sono, seus mecanismos de regulação e suas alterações⁽³²⁾.

No âmbito acadêmico, o equilíbrio entre fatores endógenos e exógenos na sincronização com ciclo claro e escuro é um desafio, pois, embora os primeiros naturalmente controlam o metabolismo basal para os períodos de sono e vigília, as demandas acadêmicas

e hospitalares tendem a reduzir o sono e dessincronizar o ciclo dia-noite⁽³²⁻³³⁾. Nesse sentido, além das atividades curriculares em horário integral, os discentes de cursos da área de saúde estão expostos a outras situações, tais como a busca de uma boa qualificação profissional, as tarefas extracurriculares, os cursos complementares e atividades extracurriculares, tais como ligas acadêmicas, plantões, estágios, iniciações científicas e monitorias⁽³³⁾.

Em função da alta demanda acadêmica e profissional, estudantes da área da saúde são bastante suscetíveis a distúrbios do sono, principalmente no que tange a qualidade do sono, sonolência diurna e uso de medicamentos para dormir. Em uma pesquisa realizada com estudantes da área, aplicando-se o Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh (PSQI) e a escala de Sonolência de Epworth (ESE), 61,8% dos estudantes acreditam que a qualidade do seu sono ruim, 37,5% queixaram-se de sonolência moderada e 7,4% relatam uso de medicamentos para conseguirem dormir.⁵⁸

Frente a isso, os discentes precisam decidir entre manter a regularidade do ciclo sono-vigília e satisfazer as necessidades individuais de sono ou atender às demandas acadêmicas, sejam elas de cunho teórico ou prático. Frequentemente, observa-se que optam pela última opção e, portanto, apresentam padrão irregular do ciclo sono-vigília, geralmente caracterizado por modificação no horário de início e término do sono. Dessa forma, o período de sono ao longo da semana costuma ser menor em comparação aos fins de semana devido às privações de sono durante os dias de aula ou trabalho⁽³³⁻³⁴⁾, o que impacta na qualidade do sono dos discentes universitários.

Sintomas Depressivos

Além das alterações no padrão e na qualidade do sono, uma das reações em resposta aos estressores pode ser a depressão. Atribui-se notável importância à hereditariedade e a fatores genéticos, que podem ter uma expressão bioquímica ao nível das sinapses, bem como a fatores ambientais ou psicológicos. No modelo cognitivo da depressão, embora a importância dos fatores biológicos, como a diminuição de certos neurotransmissores, os sintomas depressivos são compreendidos como resultado das distorções cognitivas de conteúdo negativo. Esses sintomas por si só podem não causar depressão, mas são aspectos fundamentais na manutenção do transtorno⁽³⁵⁾.

O termo depressão tem sido empregado para designar tanto um estado afetivo normal, quanto um sintoma, uma síndrome e uma ou várias doenças. Enquanto síndrome, a

depressão inclui, não só alterações do humor (tristeza, irritabilidade, falta da capacidade de sentir prazer, apatia), como alterações cognitivas, psicomotoras e vegetativas. Já no quadro de doença, a depressão tem sido classificada de diversas formas a depender do período histórico, da preferência dos autores e do ponto de vista adotado. Na literatura atual, a depressão encontra-se mencionada como transtorno depressivo maior, melancolia, distímia, depressão integrante do transtorno bipolar tipos I e II, depressão como parte da ciclotímia, etc⁽³⁶⁾. Enquanto sintoma, a depressão pode aparecer em diferentes quadros clínicos, como transtorno de estresse pós-traumático, demência, esquizofrenia, alcoolismo e doenças clínicas, bem como em resposta a situações estressantes⁽³⁶⁾.

Nesse sentido, os sintomas depressivos podem levar ao sofrimento e a prejuízos sociais e ocupacionais importantes e, junto a avaliação clínica, podem configurar o transtorno depressivo, que é a quarta maior causa incapacitante no mundo⁽³⁷⁾. Essa sintomatologia é avaliada com ênfase nos componentes afetivos e comportamentais, que incluem: humor deprimido; sentimentos de culpa e inutilidade; sensação de falta de suporte e desesperança; retardo psicomotor; perda de apetite; e distúrbios do sono⁽³⁸⁾.

No contexto acadêmico, diferentes pesquisas já destacam a ocorrência da sintomatologia depressiva em discentes universitários e seu impacto sobre componentes cognitivos, como o sono⁽¹³⁻¹⁵⁾. Os pesquisadores atribuem esse fenômeno nessa população ao fato de que os discentes da área da saúde convivem com algumas características que conformam um ambiente acadêmico/profissional de intensos estímulos emocionais que levam ao adoecimento. Isso inclui o contato íntimo e frequente com a dor e o sofrimento; com a intimidade corporal e emocional de outras pessoas; com pacientes terminais; com pacientes difíceis e não aderentes ao tratamento, hostis, reivindicadores e cronicamente deprimidos; e com as incertezas e limitações do conhecimento médico e do sistema assistencial que não atende as demandas e expectativas dos pacientes⁽³⁹⁾. Além disso, essa maior predisposição em discentes universitários da área de saúde parece estar relacionada à diferentes fatores estressores ao longo do curso como perda da liberdade pessoal, alto nível de exigência do curso, sentimento de desumanização, falta de tempo para o lazer e competição existente entre os colegas⁽⁴⁰⁾. A intensidade dos sintomas depressivos está diretamente relacionada à menor realização de atividade física e atividades de lazer nos estudantes da área da saúde.⁵⁹

Qualidade de Vida

A qualidade de vida passou a ser uma preocupação mundial. Ela foi e permanece sendo um desafio para estudiosos que se interessam em buscar mecanismos que possam ser implantados no cotidiano, objetivando apontar sugestões em busca de resultados satisfatórios em que o bem-estar do profissional, do paciente e da família, torna-se primordial nos aspectos éticos, sociais, culturais e financeiros. Pensando nesta temática, um grupo de especialistas em qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde, elaborou um instrumento genérico de avaliação de qualidade de vida, usando um enfoque transcultural⁽⁴¹⁾.

No contexto universitário, a qualidade de vida de discentes vem sendo pesquisada desde a década de 80 e é definida como a percepção de satisfação e felicidade, por parte do discente em relação a múltiplos domínios de vida à luz de fatores psicossociais e contextuais relevantes e estruturas de significados pessoais. Nessa população, os domínios de vida utilizados como indicador de qualidade de vida são: social; individual; acadêmico; gênero; finanças; moradia; serviços da universidade; administração universitária; e outros⁽⁴²⁾.

Embora os estudos já existentes, novas investigações ainda vêm sendo desenvolvidas na tentativa de compreender melhor o conceito de QVE, o que só será possível frente aos cenários de múltiplas investigações⁽⁴²⁾. Isso ocorre porque diferentes fatores levam à falta de consenso sobre a definição de qualidade de vida, como o fato da multidisciplinaridade de uso do termo, a dificuldade em escolher quais os componentes ou dimensões do conceito que seriam mais importantes na definição, às diferenças com relação ao ambiente cultural e a multiplicidade de medidas de avaliação. Apesar dessas dificuldades, parece claro que qualidade de vida é interdisciplinar, sendo necessária a contribuição de diferentes áreas do conhecimento para o aprimoramento metodológico e conceitual⁽⁴³⁾.

Embora essas considerações, a qualidade de vida é definida como um bem-estar físico, funcional, emocional e mental, incluindo elementos importantes da vida das pessoas como trabalho, família, amigos e outras circunstâncias do cotidiano. Essa definição da OMS deixa implícita a ideia de que o conceito de qualidade de vida é subjetivo, multidimensional e inclui elementos de avaliação, tanto positivos, como negativos^(41,44). A qualidade de vida diz respeito à maneira pela qual o indivíduo interage com o mundo externo, como é influenciado e como o influencia. O bem-estar é uma condição que emerge de um estado global de equilíbrio físico e psicoemocional⁽⁴⁵⁾.

Considera-se como qualidade de vida boa ou excelente aquela que ofereça um mínimo de condições para que os indivíduos inseridos possam desenvolver o máximo de suas potencialidades, sejam estas: viver, sentir e amar, trabalhar, produzir bens e serviços, fazendo ciência ou artes⁽⁴⁶⁾.

Em um estudo que aplicou o instrumento World Health Organizational Quality of Life (WHOQOL-bref) da Organização Mundial da Saúde (OMS) com estudantes da área da saúde, mostrou-se que o ambiente e o domínio físico eram insatisfatórios no quesito de qualidade de vida, o que está intimamente ligado à ao local de moradia/estudos e à falta da prática de atividades físicas.⁶⁰

Resiliência

Na década de 70 e 80, alguns pesquisadores americanos e ingleses passaram a investigar o porquê de alguns indivíduos vivenciarem certas situações mobilizantes e de certo modo, apresentarem pouco ou nenhum impacto aparente, fenômeno que foi denominado de resiliência⁽⁴⁷⁾.

O tronco conceitual da resiliência origina-se do latim, *resilio*, que significa “ser elástico”. O termo surgiu em 1807, no cenário científico moderno compondo o vocabulário da Física e da Engenharia, sendo o cientista inglês Thomas Young um de seus precursores⁽⁴⁷⁾. Nas ciências humanas, o termo foi utilizado em 1960 e sugeriu-se uma inter-relação entre forças biológicas e psicológicas para alcançar os objetivos desejados. Nesse sentido, seria resiliente o indivíduo capaz de identificar seus problemas, opor-se às dificuldades e capaz de solucionar os problemas de forma adaptativa. Já na área da psicologia, inicialmente, a resiliência foi definida como invulnerabilidade, sendo tal definição substituída devido ao amadurecimento das pesquisas no campo da resiliência⁽⁴⁸⁾. Além disso, por certo tempo, considerou-se que a personalidade resiliente era herdada geneticamente, o que dava aos resilientes uma suposta invulnerabilidade, porém, com o passar das décadas, essa perspectiva tornou-se limitada.

Atualmente, ainda considera-se que, por ser amplo, conflituoso, dinâmico, o conceito resiliência ainda está em fase de estruturação na Psicologia⁽⁴⁷⁾. De forma geral, atualmente, compreende-se a resiliência como a habilidade de o indivíduo se recuperar das adversidades e se adaptar positivamente a situações da vida é denominada **resiliência**⁽²⁴⁾. Assim, mesmo frente a um ambiente potencialmente estressor, esses indivíduos podem

apresentar baixos níveis de estresse e, assim, menor chance de sofrerem impactos negativos à sua saúde⁽²⁴⁾. Ainda, a resiliência é um processo dinâmico no qual aspectos emocionais, socioculturais, ambientais e cognitivos interagem e permitem que o ser humano enfrente, vença, fortaleça e se transforme a partir de experiências de adversidade⁽²⁵⁻²⁶⁾.

Uma vez que sofre influência de fatores externos, pesquisadores salientam que a resiliência não pode ser julgada como um escudo protetor, tornando a pessoa rígida, invulnerável e resistente às adversidades. Assim, a resiliência consiste em um estado de resistência que depende da interação recíproca entre as influências do ambiente e do indivíduo, o que leva este a identificar qual a melhor atitude a ser tomada em determinado contexto⁽⁴⁹⁻⁵⁰⁾.

Nesse contexto, há fatores de proteção e de risco à personalidade resiliente. Os fatores de proteção caracterizam-se pelas influências que modificam ou melhoram a resposta individual à dada situação e que, portanto, predispõe a mudança ou reversão das circunstâncias potencialmente negativas⁽⁵¹⁾. A exemplo disso, destacam-se as relações parentais satisfatórias, presença de fontes de apoio social e familiar, autoimagem positiva e espiritualidade (PINHEIRO, 2004). Já os fatores de risco são aqueles que aumentam a possibilidade de desadaptação do sujeito diante de uma situação de perigo, o que inclui a desvantagem socioeconômica, falta de apoio social e familiar, baixa autoestima⁽⁵¹⁾. Embora essenciais à compressão da resiliência, é importante compreender que os fatores de risco não são uma sentença para não adaptação e que os fatores de proteção podem diminuir o impacto dos primeiros, facilitando a identificação de oportunidades para reverter os efeitos do estresse⁽⁵¹⁾. Nesse sentido, a resiliência não é uma característica fixa ou somente um produto. Ela pode surgir ou desaparecer em certos momentos conforme a relação indivíduo-ambiente e estar presente apenas em determinadas áreas da vida da pessoa. Dessa forma, a resiliência tem sido entendida como uma habilidade individual capaz de promover a saúde uma vez que se opõem ao estresse, a ansiedade e os sentimentos de raiva⁽²⁵⁻²⁶⁾.

Frente a esses benefícios, o campo de estudo da resiliência tem se expandido como reflexo da necessidade de investimento em prevenção de doenças e promoção da saúde⁽²⁴⁾. Atualmente as pesquisas têm abarcado o ambiente universitário, pois esse é um local no qual os discentes passam a maior parte de seu dia, estabelecem relações e adquirem novos aprendizados. Dependendo da forma como cada um relaciona-se com esse ambiente, ele

pode funcionar como um fator de risco – um local hostil, no qual não há espaço para falar o que pensa, em que não se sente bem-vindo e não apresenta relacionamentos satisfatórios – ou um fator de proteção – quando há um local harmonioso, no qual encontra pessoas acolhedoras, que o escutam e demonstram sentimentos positivos^(47,51). Quando a relação do discente com o espaço universitário é positiva e os fatores de proteção são fortalecidos, a possibilidade de atitudes resilientes e do desenvolvimento da personalidade resiliência é maior, com efeitos positivos sobre a saúde e qualidade de vida desses indivíduos, fato já verificado atualmente na literatura científica.

3.MÉTODO

Trata-se de um estudo quantitativo, transversal e analítico realizado com discentes do curso de graduação em medicina de uma instituição privada do Distrito Federal. Foram incluídos discentes regularmente matriculados em todas as etapas de formação do curso (1º ao 12º semestres), de ambos os sexos e maiores de 18 anos. Foram excluídos aqueles que participarem da pesquisa como auxiliares de coleta de dados; ou que, no período de coleta dos dados, estiverem em intercâmbio.

Os dados foram coletados de novembro a dezembro de 2022, por meio dos seguintes instrumentos: Formulário para caracterização sociodemográfica e acadêmica(Apêndice A); Escala de Estresse Percebido (PSS-14)(Anexo A), Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) (Anexo B), Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh (IQSP) (Anexo C), Escala de resiliência deWagnild & Young(Anexo D) e Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida(WHOQOL-Bref) (Anexo E). Os instrumentos foram aplicados em sala de aula, após prévio contato com o docente responsável pela disciplina. Antes da entrega, foi apresentado o objetivo do estudo e entregue o TCLE para assinatura. A devolução dos questionários ocorreu também em sala de aula, com data agendada entre alunos e pesquisadores.

O Formulário para caracterização biossocial e acadêmica incluiu as seguintes variáveis: data de nascimento, sexo, filhos, situação conjugal, realização de atividades de lazer, prática de esportes, suficiência da renda mensal para a manutenção, uso de fármaco ou substância (chá, café, energético, etc) para inibir o sono e para conseguir dormir; hábito de fumar e consumo de bebida alcoólica e atividade de trabalho.

A Escala de Estresse Percebido (PSS 14) mensura o nível no qual os sujeitos percebem as situações como estressoras. Ela foi originalmente validada em 1988 nos Estados Unidos. No Brasil, sua validação ocorreu junto a população idosa, sendo validada para estudantes universitários em 2015⁽⁶¹⁾ e em estudantes de medicina⁽⁶²⁾. Ela é composta por itens que têm como componentes três pontos fundamentais: a imprevisibilidade, a falta de controle e a sobrecarga de atividades na visão do sujeito pesquisado. Dos 14 itens que compõem o instrumento, sete possuem sentido positivo (itens 4, 5, 6, 7, 9, 10 e 13) e sete negativos (itens 1, 2, 3, 8, 11, 12 e 14). A escala de respostas é do tipo likert de 5 pontos, variando de zero a quatro, sendo que: zero=nunca; um=quase nunca; dois=às vezes; três=quase sempre; quatro=sempre. As perguntas com sentido positivo devem ter sua escala invertida antes da análise. O escore total é obtido pela soma dos escores individuais, podendo variar de zero a cinquenta e seis, sendo que, quanto maior o escore, maior o estresse percebido. Valores acima do percentil 75 (42 pontos) devem ser considerados indicativos de alto nível de estresse⁽⁶¹⁾.

A CES-D foi validada semanticamente para o português por Silveira e Jorge em 1998⁽⁴⁰⁾ e aplicada em estudantes universitários brasileiros por Filho e Teixeira em 2011⁽⁴¹⁾. O objetivo desse instrumento é avaliar a frequência de sintomas depressivos vividos na semana anterior à aplicação do instrumento. Ele contém 20 itens escalares sobre humor, sintomas somáticos, interações com os outros e funcionamento motor. Esses são distribuídos em quatro subescalas, a ser: Depressão (Itens 3,6,9,10,14,17 e 18), Interpessoal (Itens 15 e 19), Afeto Positivo (Itens 4,8,12,16) e Somática/Iniciativa (Itens 1,2,5,7,11,13 e 20). Tais itens são dispostos em escala tipo Likert de quatro pontos, sendo 0=Raramente (menos que 1 dia), 1= Durante pouco tempo (1-2 dias), 2= Durante um tempo moderado (3-4 dias), 3= Durante a maior parte do tempo (5-7 dias)⁽⁴¹⁾. O escore final varia de zero a 60 pontos. Na versão norte-americana, o ponto de corte para identificar depressão, considerando todos os itens da escala, é ≥ 16 pontos (42). No entanto, para estudantes universitários brasileiros, o ponto de corte de melhor desempenho é ≥ 15 ⁽⁴⁰⁾.

O Índice da Qualidade do Sono de Pittsburgh (IQSP) foi validado no Brasil por Bertolazi⁽⁸⁾ e aplicado em estudantes universitários brasileiros⁽⁹⁾. Neste instrumento há dez questões, sendo: questão um a quatro - abertas; e cinco a dez - semiabertas. Tais questões são distribuídas em sete componentes, da seguinte forma: Qualidade subjetiva do sono (Questão 6); Latência do sono (Questões 2 e 5a); Duração do sono (Questão 4); Eficiência

habitual de sono (Questões 1, 3 e 4) Distúrbios do sono (Questões 5b até a 5j); Uso de medicações para dormir (Questão 7); sonolência diurna e distúrbios durante o dia (Questões 8 e 9). A questão dez é de uso optativo e não será aplicada nesta pesquisa, uma vez que exige a presença de um companheiro de quarto para sua análise ⁽⁸⁾. A pontuação global é gerada pela soma da pontuação de cada componente, o qual possui um peso que varia de 0 a 3. Assim, o valor máximo possível é de 21 pontos, sendo que, quanto mais essa pontuação, pior a qualidade do sono. Os escores superiores a cinco pontos indicam má qualidade no padrão de sono. Para a conversão das respostas obtidas em cada questão para uma escala tipo likert, serão seguidas as instruções descritas junto ao instrumento em pesquisa com profissionais de saúde ⁽¹⁰⁾.

A escala de resiliência, desenvolvida por Wagnild & Young junto a mulheres adultas (31), foi adaptada e traduzida para a realidade brasileira junto a estudantes de escolas públicas em 2005 ⁽³²⁾. Esse instrumento mede os níveis de adaptação psicossocial positiva em face de eventos de vida importantes. Ele possui 25 itens em escala tipo likert, variando de 1 (discordo totalmente) a 7 (concordo totalmente), distribuídos em 3 fatores, a ser: Resoluções de Ações e Valores (Itens 1,2,6,8,10,12,14,16,18,19,21,23,24 e 25), Independência e determinação (Itens 5,7,9,11,13 e 22) e Autoconfiança e capacidade de adaptação a situações (Itens 3,4,15,17 e 20) ⁽³²⁻³³⁾. Esses fatores correspondem aos atributos que dão suporte ao enfrentamento dos problemas da vida, incluindo competência nas relações sociais, a capacidade de resolução de problemas, a conquista de autonomia e o sentido ou propósito para a vida e o futuro ⁽³²⁻³³⁾. Os escores da escala oscilam de 25 a 175 pontos, sendo que quanto maior o escore, mais elevada é a resiliência do sujeito. Um resultado abaixo dos 121 é considerado pelos autores do instrumento como “reduzida resiliência”; entre 121 e 145, como “resiliência moderada”; e acima dos 145, “resiliência elevada” ⁽³¹⁾.

O WHOQOL- BREF, elaborado pela OMS, foi validado para o português em 1998 ¹¹, sendo um instrumento genérico de mensuração da qualidade de vida (QV). Trata-se de um instrumento composto por 26 itens, dentre os quais: duas questões abertas sobre qualidade de vida e 24 itens em escala Likert de cinco pontos (1 – 5). Os 24 itens são distribuídos em quatro domínios que denotam uma percepção individual de qualidade de vida para cada faceta particular da QV, a ser: Físico, Psicológico, Relações Sociais e Meio-ambiente ⁽¹¹⁾. Os outros dois itens são avaliados separadamente, de maneira que o Item 1 denota a percepção

do indivíduo em relação a sua QV; e o Item 2 avalia a percepção do mesmo em relação à satisfação com a sua saúde ⁽¹¹⁾. Para análise de WHOQOL-Bref, inicialmente, os itens 3, 4 e 26 devem ter sua escala invertida da seguinte forma: 1=5; 2=4; 3=3; 4=2; 5=1. Após esse processo, deve-se calcular a média por domínio, obtida pela soma das pontuações atribuídas a cada item do domínio e dividida pelo número de itens que compõem o referido domínio ⁽¹¹⁾. Para que os escores do WHOQOL-BREF possam ser comparáveis aos do WHOQOL-100, a média de cada domínio deve ser multiplicada por 4. Para a análise da Qualidade de Vida Geral, deve-se realizar a média de todos os itens por indivíduo. Quanto maiores os escores obtidos nos domínios e na avaliação geral, maior será a qualidade de vida apresentada pelo sujeito ⁽¹¹⁾.

Para organização e análise dos dados, foi criado um banco de dados no programa Excel (Office 2010) e utilizado o programa Statistical Package for Social Sciences (SPSS, versão 20.0). As variáveis qualitativas foram apresentadas em valores absolutos(n) e percentuais (n%). As variáveis quantitativas foram expostas em medidas descritivas: valores mínimos e máximos, média e desvio padrão. O alfa de Cronbach foi aplicado para análise da confiabilidade dos instrumentos aplicados. Todas as variáveis quantitativas foram avaliadas pelo teste de Kolmogorov-Smirnov para verificar sua adequação à distribuição normal. Os testes não paramétricos de Mann-Whitney e Kruskal-Wallis foram utilizados para comparar os escores dos fenômenos de saúde, resiliência e qualidade de vida segundo o ano em curso. Em caso de distribuição normal dos dados, será utilizado o teste ANOVA (Teste F) para esta finalidade, adotando-se significância estatística de 5%.

Em atendimento às Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos (Resolução CNS 466/12), este projeto foi submetido à Plataforma Brasil para a apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UniCEUB (Centro Universitário de Brasília). A coleta de dados só foi iniciada após a aprovação deste comitê e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B) foi entregue aos sujeitos de pesquisa para assinatura, em duas vias, após a exposição dos objetivos do estudo.

4. RESULTADOS

Do total de alunos previstos para o estudo como população inicial, foram obtidos 16 do primeiro ano, 10 do segundo ano, 32 do quarto ano, 23 do quinto do ano e 4 do sexto ano, totalizando 85 discentes como população de acesso. Para melhor comparação dos dados, os discentes foram distribuídos em 3 grupos, sendo: Ciclo básico (alunos do 1º e 2º anos), Ciclo intermediário (alunos do 3º e 4º anos) e Ciclo profissional (Alunos do 5º e 6º anos). Na Tabela 1, apresentam-se os dados sociodemográficos e acadêmicos (variáveis categóricas) dos estudantes de medicina de uma instituição privada

Tabela 1 – Dados sociodemográficos e acadêmicos (variáveis categóricas) dos estudantes de medicina de uma instituição privada (n = 85). Brasília, 2023.

Variável	Categoria	n	%
Sexo	Feminino	35	40,69
	Masculino	51	59,3
Situação Conjugal	Casado	5	4,9
	Divorciado	0	0
	Separado	0	0
	Solteiro com companheiro	12	11.8
	Solteiro sem companheira	67	65.7
	Viúvo	0	0
	Outros	1	1
Filhos	Sim	5	4.9
	Não	80	78.4
	Omissos	17	16.7
Reside com	Família	73	71.6
	Amigo/colega	0	0
	Sozinho	8	7.8
	Outro	3	2.9
Reside em	República	0	0
	Casa Universitária	0	0
	Casa própria	57	55.9
	Casa alugada	28	27.5
	Outro	0	0
Pratica algum esporte	Sim	59	57.8
	Não	25	24.5
Lazer	Sim	70	68.6
	Não	13	12.7

Fonte de Renda	Bolsa Acadêmica	1	1
	Bolsa de Assistência	0	0
	Estágio Remunerado	0	0
	Recurso da Família	76	64.7
	Trabalho Fixo	5	4.9
	Trabalho ocasional	2	2
	Outro	2	2
Renda Mensal	Nenhuma Renda	2	2
	Até 1 salário mínimo	3	2.9
	Entre 1 e 2 salários mínimos	4	3.9
	Entre 2 e 5 salários mínimos	4	3.9
	Entre 5 e 10 salários mínimos	6	5.9
	Entre 10 e 30 salários mínimos	23	22.5
	Mais de 30 salários mínimos	41	40.2
Despesa Mensal	Nenhuma Renda	2	2
	Até 1 salário mínimo	6	5.9
	Entre 1 e 2 salários mínimos	5	4.9
	Entre 2 e 5 salários mínimos	11	10.8
	Entre 5 e 10 salários mínimos	9	8.8
	Entre 10 e 30 salários mínimos	42	41.2
	Mais de 30 salários mínimos	6	5.9
Renda Mensal Suficiente Para Sua Manutenção	Sim	67	65.7
	Não	17	16.7
Fármacos Para Inibir o Sono	Sim	51	50
	Não	26	25.5
	Parei	7	6.9
Fármacos para conseguir dormir	Sim	18	17.6
	Não	61	69.8
	Parei	5	4.9
Fumar	Sim	10	9.8
	Nao/Parei	12	11.8
	Nunca	63	61.9
Bebida Alcoólica	Bebo	67	65.7
	Parei	3	2.9
	Nunca bebi	15	14.7
Frequência de ingesta de bebida alcoólica	Diariamente	0	0
	Semanalmente	24	23.5
	Mensalmente	40	39.2
	Anualmente	4	3.9

Verifica-se, acima, o predomínio de estudantes do sexo masculino (59,3%), solteiros (77,5%), sem filhos (78,4%), que residem com a família (71,6%), que têm os recursos da família como fonte de renda (64,7%), com renda mensal superior a 10 salários mínimos (40,2%) e despesa mensal que varia de 10 a 30 salários mínimos (41,2%), sendo que a maioria considera a sua renda mensal suficiente para sua manutenção (65,7%). Ademais, 50% dos estudantes utilizam fármacos para induzir o sono, 61,9% nunca fumaram e 65,7% fazem uso de bebida alcoólica. Na Tabela 2, apresentam-se os dados Sociodemográficos e Acadêmicos (variáveis contínuas) dos estudantes de medicina de uma instituição privada.

Tabela 2 – Dados Sociodemográficos e Acadêmicos (variáveis contínuas) dos estudantes de medicina de uma instituição privada (n = 85). Brasília, 2023.

Variável	Mínimo	Máximo	Média	Mediana	Desvio-Padrão
Idade	18	42	25,5	24	5,48
Tempo para chegar à instituição de Ensino (minutos)	5	60	22,19	20	12,34
Tempo de Estágio	20	90	47.63	45	17.25
Horas de Estudo por Dia	1	10	3.5	3	2.28

Observa-se, na tabela acima, que os discentes apresentam idade média de 25,5 anos (Dp: 5,48 anos). Eles levam em média 22,19 minutos (Dp:12,34) para chegar à Instituição de Ensino Superior e, em média, 47,63 minutos (Dp: 17,25) para chegar nos locais de estágio, além de estudarem, em média, 3.5 horas (Dp: 2.28) por dia. Na tabela 3, apresenta-se a distribuição percentual e absoluta dos fenômenos de saúde ao longo dos ciclos do curso em discentes de medicina de uma instituição privada.

Tabela 3- Distribuição percentual e absoluta dos fenômenos de saúde ao longo dos ciclos do curso em discentes de medicina de uma instituição privada. Brasília, 2023.

		Básico (1º e 2º anos) n=26		Intermediário (3º e 4º anos) n=32		Profissional (5º e 6º anos) n=26		Total	
Fenômeno de Saúde		n	%	n	%	n	%	n	%
Estresse	Baixo	14	16,7%	14	16,7%	11	13,1%	39	46,5%
	Alto	12	14,3%	18	21,4%	15	17,9%	45	53,5%

Qualidade de Sono	Baixo	21	25,0%	26	31,0%	23	27,4%	70	83,4%
	Alto	5	6,0%	6	7,1%	3	3,6%	14	16,7%
Sintomas Depressivos	Ausentes	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
	Presentes	26	33,3%	29	37,2%	23	29,5%	78	100,0%
Resiliência	Reduzida	8	9,5%	10	11,9%	8	9,5%	26	30,9%
	moderada	15	17,9%	17	20,2%	10	11,9%	42	50,0%
	Alta	3	3,6%	5	6,0%	8	9,5%	16	19,1%
Qualidade de Vida	Baixa	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
	Moderada	7	8,3%	9	10,7%	8	9,5%	24	28,5%
	Alta	19	22,6%	23	27,4%	18	21,4%	60	71,4%

Verifica-se acima o predomínio de estudantes com baixo estresse no ciclo básico (n=26) e altos níveis de estresse nos demais ciclos (38,1% no Intermediário e 31,0% no ciclo profissional). Na análise geral, independente do ciclo, 53,5% dos estudantes de medicina apresentaram alto estresse. Em todos os 3 ciclos avaliados, observa-se predomínio de baixa qualidade do sono, moderada resiliência, presença de sintomas depressivos e moderada qualidade de vida entre os discentes de medicina. Na tabela 4, apresenta-se a comparação dos Fenômenos de Saúde segundo o ciclo do curso entre discentes de medicina de uma instituição privada.

Tabela 4- Comparação dos Fenômenos de Saúde segundo o ciclo do curso entre discentes de medicina de uma instituição privada. Brasília, 2023.

Fenômenos de Saúde***	Básico (1º e 2º anos) n=26		Intermediário (3º e 4º anos) n=32		Profissional (5º e 6º anos) n=26		Valor de p**
	Média	DP*	Média	DP*	Média	DP*	
Estresse	2,4	0,3	2,5	0,4	2,4	0,3	0,703
Sintomas Depressivos	41,6	8,9	42,1	7,2	39,8	7,9	0,539

Qualidade de Sono	9,3	3,9	8,1	2,6	9,5	3,0	0,177
Qualidade de Vida	3,9	0,5	3,9	0,5	3,8	0,6	0,898
Resiliência	125,5	17,6	127,0	16,9	128,6	30,0	0,881

*Desvio-Padrão

** Diferença estatisticamente significativa($p < 0,05$)

***ANOVA(Teste T)

Observa-se acima que não há diferença significativa nos níveis de estresse, qualidade de sono, sintomas depressivos, qualidade de vida e resiliência experimentados pelos discentes de medicina entre os distintos ciclos do curso.

5. DISCUSSÃO

Após análise dos dados coletados, verificou-se que a população de estudantes de medicina estuda ($n=85$) é composta principalmente por adultos jovens, com média de idade de 25,5 anos ($Dp=5,48$ anos), sendo a sua maior parte composta por alunos do sexo masculino (59,3%). A grande maioria destes discentes não possuem filhos (78,4%) e residem com a família (71,6%) em casa própria (55,9%). Do total, 57,8% praticam algum tipo de esporte e 68,6% realizam alguma atividade de lazer. Também foi observado que, em 64,7% dos estudantes, a principal fonte provém de recursos da família, com uma renda mensal de mais de 30 salários mínimos (40,2%), sendo que a renda é considerada suficiente para atender as demandas mensais em 65,7% desta população. Ademais, foi evidenciado que 50% da população estudada utiliza algum fármaco para inibir o sono e que 17,6% utilizam algum fármaco para conseguir dormir. Além disso, 61,9% dos estudantes nunca fumaram e 65,7% fazem uso de bebida alcoólica, sendo que 39,2% a consomem mensalmente.

Na análise geral, 53,5% dos estudantes de medicina apresentaram um alto nível de estresse. Na análise por ciclo, houve predomínio de estudantes com baixo estresse no ciclo básico ($n=26$) e altos níveis de estresse nos demais ciclos (38,1% no Intermediário e 31,0% no ciclo profissional). No entanto, apesar do percentual de alto estresse ser maior nos ciclos intermediário e profissional, não houve diferença significativa entre os ciclos do curso quanto ao estresse ($p > 0,05$). Tais achados são similares a outros estudos que avaliaram o estresse em estudantes universitários. A exemplo

disso, uma pesquisa com 1.617 estudantes de medicina de uma universidade pública da Turquia identificou que 27% dos estudantes apresentaram níveis altos de estresse, porém não houve comparação por ciclo/fase de curso (3). Outro estudo, realizado pela Universidade Federal do Paraná com 525 alunos de medicina, evidenciou que 60,09% dos estudantes apresentavam algum nível de estresse, sendo que destes, cerca de 20,83% encontravam-se em um nível de exaustão. Neste estudo, também foi observado uma redução considerável dos alunos "sem estresse" de 59,8% para 23,43% quando comparados alunos do primeiro e do segundo semestre.⁽¹¹⁾

Ao estudarmos o estresse entre estudantes, precisamos ter em mente o conceito psicanalítico cognitivo-comportamental descrito por Lipp, na qual o estresse se distingue entre o estresse saudável (eustresse), responsável por mobilizar o estudante a tomar atitudes frente a situações como trabalhos, pesquisas, provas e outras atividades avaliativas a fim de alcançar um objetivo ou evitar uma punição, resguardando-o. Já o estresse patológico (distresse) é aquele relacionado aos grandes níveis de estresse, devendo ser entendido como uma resposta não adaptativa ou inadequada que traz alto grau de sofrimento na vida do estudante, capaz de propiciar o desenvolvimento de enfermidades físicas e mentais.⁽⁶³⁾ Portanto, já era esperado um certo nível de estresse entre estes estudantes, tornando-se fulcral uma análise não só em relação à presença do estresse em si, mas também em relação ao seu grau de acometimento na vida do aluno. Entre os fatores causadores de altos níveis de estresse em estudantes universitário destacam-se: a própria fase de transição para a vida acadêmica com grandes mudanças na metodologia de aprendizado, na rotina e no estilo de vida; a grande quantidade de conteúdo que deve ser absorvido; a falta de tempo e dificuldade para conciliar os estudos com a vida familiar, conjugal e atividades de lazer; o alto grau de competitividade entre os próprios estudantes; o grande número de avaliações ao longo do ano letivo; questões financeiras e a falta de redes de apoio.⁽¹¹⁾

O mesmo fenômeno ocorre para os sintomas depressivos, os quais foram encontrados em 100% da população estudada, sem diferença entre os ciclos do curso. Resultado que se mostrou bem acima da média de outros estudos internacionais. Uma metanálise realizada por um estudo americano selecionou 10 estudos envolvendo um total de 162.450 estudantes de medicina de várias partes do mundo, evidenciando que a prevalência geral destes sintomas gira em torno de 27% para esta população, sendo que esta porcentagem encontra-se diretamente proporcional ao grau de desenvolvimento do local estudado. A menor

prevalência destes sintomas foi encontrada na região do Pacífico Ocidental (18,9%) e a maior foi evidenciada na África (40,9%). Segundo este estudo, os principais fatores associados aos sintomas depressivos são: os anos de estudo (aumentando à medida que se avança no curso); sexo feminino; problemas pessoais; perda do contato familiar e problemas de saúde.⁽⁶⁴⁾ O indivíduo que está passando pelo início da fase adulta apresenta maiores chances de desenvolver a depressão. Tal afirmação pode ser explicada pelo fato dos jovens passarem por grandes mudanças nesta fase, incluindo muitas perdas significativas como o distanciamento familiar e o convívio social mais restrito. A adaptação para esta nova rotina muitas vezes não acaba acontecendo de forma tranquila ou imediata, o que pode desencadear sintomatologia depressiva.⁽⁵⁹⁾

Outrossim, também foi verificado um alto predomínio na baixa qualidade de sono dos estudantes, com porcentagem de 83,4%. Um estudo chinês realizado com 3186 estudantes⁽¹⁵⁾ evidenciou que 1.262 estudantes (39,6%) apresentaram uma má qualidade de sono e que ela estava associada a um menor rendimento escolar e a maiores chances de desenvolver e manter um quadro depressivo maior. Outros estudos realizados em outras partes do mundo como nos Estados Unidos (16, 17,18) e no Brasil⁽⁶⁵⁾ confirmaram que este mesmo fenômeno ocorre de maneira universal, não sendo característico de determinado lugar ou cultura. De acordo com tais estudos^(15,16,17,18,65) a justificativa para a baixa qualidade de sono observada nesta população reside no fato de que o excesso de atividades acadêmicas, o nível alto de dedicação e de carga horária que o curso de medicina impõem associado a hábitos de vida como: consumo excessivo de café e bebidas energéticas em períodos noturnos; exposição excessiva a telas; falta de atividade física; consumo de tabaco e álcool; irregularidade da rotina com plantões que variam muito de horário ao longo da semana levam a uma perturbação do ciclo circadiano, impedindo que se tenha horas adequadas de sono reparador, levando a um quadro caracterizado por sonolência excessiva durante o dia e insônia no período noturno.

Em relação à qualidade de vida, 71,4% dos estudantes de medicina apresentaram um nível alto. Um estudo realizado na Tailândia com 1014 estudantes da universidade de Chiang Mai, utilizando o questionário *RAND 36-item short form survey score* evidenciou um escore de 90.3 entre os estudantes do sexo masculino e 90.7 entre os estudantes femininos numa escala que varia até 100, enquadrando esta população como de alto grau de qualidade de vida⁽⁶⁶⁾. Esses achados podem ser explicados pelo alto nível socioeconômico desta população.

Em países desenvolvidos, os níveis de qualidade de vida - mesmo entre a população de estudantes de medicina - também se mostrou maior se comparada à de países subdesenvolvidos ou em fase de desenvolvimento⁽⁶²⁾. Também não foram visualizadas diferenças significativas da qualidade de vida ao longo da graduação, apesar da carga horária do Ciclo Profissionalizante ser consideravelmente maior do que a dos ciclos anteriores, o que diverge de outros estudos sócio-demográficos⁽⁶²⁾. Um dos fatores que mais influenciam positivamente na qualidade de vida do estudante é o suporte social, caracterizado pelo bom relacionamento com colegas e professores e que inevitavelmente acaba diminuindo ao longo do curso de medicina - visto que o cenário hospitalar passa a ser cada vez mais preponderante e o contato com os docentes é muito mais limitado. Sendo assim, aquelas instituições de ensino que possuem um bom nível de diálogo com os alunos, seja por meio de um bom sistema de serviço de apoio, através da criação de programas de *Mindfulness*, ou até mesmo por meio de mudanças estruturais do currículo, possuem um nível maior de qualidade de vida entre seus estudantes⁽⁶²⁾.

Em relação a resiliência, a maior parte dos acadêmicos (50%) apresentou uma resiliência moderada, sendo que este dado está de acordo com outros estudos já realizados. Uma pesquisa realizada em São Paulo com 275 estudantes de medicina apontou que 59% dos estudantes também apresentaram um índice de resiliência moderado⁽⁶⁷⁾. Outro estudo realizado em Fortaleza-CE também mostrou que 50% dos estudantes possuíam um nível de resiliência mediano⁽⁶⁸⁾. Dentre os fatores que mais influenciaram na capacidade de resiliência desta população estavam: o estresse ligado as provas, as vivências de cuidar de pacientes em estado terminal, o relacionamento interpessoal conturbado com os seus superiores e ao presenciar iatrogenias por parte de alguns médicos frente ao paciente⁽⁶⁷⁻⁶⁹⁾. Segundo um estudo taiwanês, o motivo para que isto ocorra reside no fato de que a resiliência deve ser entendida como uma resposta flexível e adaptativa em resposta a situações desafiadoras. Deste modo, a experiência de passar por situações que impõem ao indivíduo uma resposta adaptativa, como as descritas acima, faz com que o inventário de habilidades dos alunos aumente e a sua resiliência se fortaleça, fazendo com que eles estejam mais aptos para enfrentar as dificuldades que serão vivenciadas na futura profissão. Além disso, o estudo mostrou que a resiliência não está ligada diretamente ao desempenho acadêmico do estudante, mas sim ao seu bem estar e qualidade de vida⁽⁶⁹⁾.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O curso de medicina apresenta situações estressoras comuns aos diferentes ciclos do curso, colocando o aluno em um ambiente propício para o aparecimento de fenômenos que podem interferir direta ou indiretamente na sua saúde mental. Verificou-se, assim, que não há diferença nos níveis de estresse, qualidade de sono, sintomas depressivos, qualidade de vida resiliência ao longo do curso, ou seja, esses fenômenos não estão associados as características peculiares de cada ciclo. Deste modo, torna-se extremamente importante que sejam feitos trabalhos na área acadêmica que abordem tais fenômenos de forma abrangente, com o objetivo de dar ao estudante a possibilidade de criar mecanismos próprios de adaptação e resiliência que o auxiliem a enfrentar tais situações, as quais estarão presentes ao longo de toda a sua graduação e carreira. Isso pode melhorar assim o aprendizado e contribuir para a formação de profissionais mais capacitados e aptos para atender a população.

REFERÊNCIAS

1. Costa ALS. Estresse em estudantes de enfermagem: construção dos fatores determinantes. REME rev. min. enferm. 2007; 11(4): 414-9.
2. Costa ALS, Polak C. Construção e validação de instrumento para avaliação de estresse em estudantes de enfermagem (AEEE). Rev. Esc. Enferm. USP. 2009; 43(N.esp.):1017-26.
3. Bayram N, Bilgel N. The prevalence and socio-demographic correlations of depression, anxiety and stress among a group of university students. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2008 Aug; 43(8):667-72. DOI: 10.1007/s00127-008-0345-x.
4. Killam LA1, Mossey S, Montgomery P, Timmermans KE. First year nursing students' viewpoints about compromised clinical safety. Nurse Educ Today. 2013 May;33(5):475-80.
5. Montgomery P, Mossey S, Killam L. Views of second year nursing students on impediments to safety in the clinical setting: Q-methodology. J Nurs Educ Pract. 2013; 3(8):1-12. DOI: 10.5430/jnep.v3n8p1
6. Häfner A, Stock A. Time management training and perceived control of time at work. J Psychol. 2010 Sep-Oct;144(5):429-47. DOI: 10.1080/00223980.2010.496647.

7. Häfner A, Stock A, Pinneker L, Ströhle S. Stress prevention through a time management training intervention: an experimental study. *Educ Psychol*. 2014; 34(13): 403-16. DOI: 10.1080/01443410.2013.785065
8. Lazarus RS, Folkman S. *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer; 1984.
9. Basso Musso L, Vargas BA, Torres MB, Canto MJM, Meléndez CG, Balloqui MFK. Fatores derivados dos laboratórios intra-hospitalares que provocam estresse nos estudantes de enfermagem. *Rev latinoam enferm*. 2008; 16(5):805-11.
10. Silva RM, Goulart CT, Lopes LFD, Costa ALS, Guido LA. Avaliação de estresse em estudantes de enfermagem - proposta de padronização da análise. In: Rossi AM, Meurs JA, Perrewé PL, (organizadores). *Stress e qualidade de vida no trabalho: melhorando a saúde e bem-estar dos funcionários* Porto Alegre: Atlas; 2013. p.55-67.
11. Lima RL, Soares MEC, Prado SN, Albuquerque GSC. Estresse do Estudante de Medicina e Rendimento Acadêmico. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2016; 40 (4): 678-84. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v40n4e01532015>
12. Gorenstein C, Andrade L. Inventário de Depressão de Beck: propriedades psicométricas da versão em português. *Rev psiquiatr clín (São Paulo)*. 1998; 25(5):245-50.
13. Garlow SJ, Rosenberg J, Moore JD, Haas AP, Koestner B, Hendin H, et al. Depression, desperation, and suicidal ideation in college students: results from the American Foundation for Suicide Prevention College Screening Project at Emory University. *Depress Anxiety*. 2008;25(6):482-8.
14. Craggs S. One-third of McMaster students battle depression: survey. Califórnia: CBC News; 2012[cited 2014 Jan. 12]. Disponível em: <http://www.cbc.ca/news/canada/hamilton/news/one-third-of-mcmaster-students-battle-depression-survey-1.1200815>
15. Guo L, Deng J, He Y, Deng X, Huang J, Huang G, et al. Prevalence and correlates of sleep disturbance and depressive symptoms among Chinese adolescents: a cross-sectional survey study. *BMJ Open*. 2014;4(7):1-9.
16. Lund HG, Reider BD, Whiting AB, Prichard JR. Sleep patterns and predictors of disturbed sleep in a large population of college students. *J Adolesc Health*. 2010 Feb; 46(2):124-32. DOI: 10.1016/j.jadohealth.2009.06.016.

17. Hicks RA, Fernandez C, Pellegrini RJ. Striking changes in the sleep satisfaction of university students over the last two decades. *Percept Mot Skills*. 2001 Dec;93(3):660.
18. Vanderlind WM, Beevers CG, Sherman SM, Trujillo LT, McGeary JE, Matthews MD, et al. Sleep and sadness: exploring the relation among sleep, cognitive control, and depressive symptoms in young adults. *Sleep Med*. 2014 Jan;15(1):144-9.
19. Ferrans CE, Powers MJ. Psychometric assessment of the Quality of Life Index. *Res Nurs Health* 1992; 15:29-38.
20. Fiedler PT. Avaliação da qualidade de vida do estudante de medicina e da influência exercida pela formação acadêmica[Internet]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2008 [citado 2014 Jan. 11]. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-10072008-161825/pt-br.php>
21. Taylor DJ1, Bramoweth AD, Grieser EA, Tatum JI, Roane BM. Epidemiology of insomnia in college students: relationship with mental health, quality of life, and substance use difficulties. *Behav Ther*. 2013 Sep;44(3):339-48. DOI: 10.1016/j.beth.2012.12.001.
22. Dyrbye LN, Power DV, Massie FS, Eacker A, Harper W, Thomas MR, Szydlo DW, Sloan JA, Shanafelt TD. Factors associated with resilience to and recovery from burnout: a prospective, multi-institutional study of US medical students. *Med Educ*. 2010 Oct;44(10):1016-26.
23. Peng L1, Zhang J, Li M, Li P, Zhang Y, Zuo X, Miao Y, Xu Y. Negative life events and mental health of Chinese medical students: the effect of resilience, personality and social support. *Psychiatry Res*. 2012 Mar 30;196(1):138-41.
24. Wagnild GM, Young HM. Development and psychometric evaluation of resilience scale. *J Nurs Meas*. 1993; 1:165-78.
25. Pesce RP, Assis SG, Avanci JQ, Santos NC, Malaquias JV, Carvalhaes R. Adaptação transcultural, confiabilidade e validade da escala de resiliência. *Cad Saúde Pública*. 2005; 21(2):436-48.
26. Godoy KAB, Joly MCRA, Piovezan NM, Dias AS, Silva DV. Avaliação da resiliência em escolares do ensino médio. *Mudanças*. 2010; 18 (1-2) 79-90.
27. Barbosa-Medeiros MR, Caldeira AP. Saúde mental de acadêmicos de medicina: estudo longitudinal. *Rev. bras. educ. med*. 45 (03) • 2021 • <https://doi.org/10.1590/1981-5271v45.3-20190285>

28. Bianchi ERF. Conceito de stress- Evolução Histórica. Nursing. 2001; 4(39): 16-19.
29. Guido LA. Stress e Coping entre enfermeiros de centro cirúrgico e recuperação anestésica[Internet]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2003[citado 2015 Jan. 1]. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/83/83131/tde-22122003-160217/pt-br.php>
30. Miranda AS. Estresse Ocupacional- inimigo invisível do enfermeiro? Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 1998.
31. Guerrer FJL, Bianchi ERF. Caracterização do estresse nos enfermeiros de unidades de terapia intensiva. Rev Esc Enferm USP. 2008; 42(2):355-62.
32. Bertolazi AN. Tradução, adaptação cultural e validação de dois instrumentos de avaliação do sono: escala de sonolência de Epworth e índice de qualidade de sono de Pittsburgh[Internet]. Porto Alegre: Escola de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2008[citado 2014 Jan. 11]. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/14041?show=full>
33. Cardoso HC, Bueno FCC, Mata, JC, Alves, APR, Jochims, I, Filho, IHRV, et al. Avaliação da qualidade do sono em estudantes de Medicina. Rev bras educ Med. 2009; 33 (3) : 349 – 55.
34. Araújo MFM, Lima ACS, Alencar AMPG, Araújo TM, Fragoaso LVC, Damasceno MMC. Avaliação da qualidade do sono de estudantes universitários de Fortaleza-CE. Texto & contexto enferm. 2013; 22(2): 352-60.
35. Knapp, P. Terapia Cognitivo-Comportamental na Prática Psiquiátrica. Porto Alegre: Artmed; 2004.
36. Del Porto JA. Conceito e diagnóstico. Rev Bras Psiquiatr. 1999; 21(Suppl 1): 06-11.
Seidl EMF; Zannon C.MLC. Qualidade de Vida e Saúde: Aspectos Conceituais e Metodológicos. Cad Saúde Pública. 2004; 20 (2): 580-8.
37. Filho NK, Teixeira MAP. A estrutura fatorial da Escala CES-D em estudantes universitários brasileiros. Aval psicol. 2011;10(1):91-7.
38. Matos ACS, Oliveira IR. Terapia cognitivo-comportamental da depressão: relato de caso. Rev Ciênc Méd Biol. 2013; 12(n.spe): 512-9.
39. Sakae TM, Padão DL, Jornada LK. Sintomas depressivos em estudantes da área da saúde em uma Universidade no Sul de Santa Catarina – UNISUL. Rev AMRIGS. 2010; 54 (1): 38-43.

40. Vallil NG, Júnior RD, Gobbo R, Novo NF, Hübner CK. Prevalência de sintomas depressivos em estudantes de Medicina. *Rev Bras Clin Med.* 2011;9(1):36-41.
41. The WHOQOL group. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med.* 1995 Nov;41(10):1403-9.
42. Oliveira RA, Ciampone MHT. Qualidade de vida de estudantes de enfermagem: a cons
43. Seidl EMF; Zannon C.MLC. Qualidade de Vida e Saúde: Aspectos Conceituais e Metodológicos. *Cad Saúde Pública.* 2004; 20 (2): 580-8.
44. Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-Bref". *Rev Saúde Pública.* 2000;34(2):178-83.
45. Stumm EMF.; Ribeiro G, Kirchner RM, Loro MM, Schmidt CL. Avaliação da Saúde e Qualidade de Vida: Profissionais de um Samu. *Cogitare Enferm* 2009; 14(4):620-7.
46. Rufino Netto A. Qualidade de Vida: Compromisso Histórico da Epidemiologia. Belo Horizonte: Coopmed/Abrasco; 1994.
47. Pessoa RC. Análise da resiliência, bem-estar subjetivo e rendimento acadêmico de estudantes universitários da Amazônia[Internet]. Manaus: Faculdade de Psicologia, Universidade Federal do Amazonas; 2014 [citado 2014 Jan. 11]. Disponível em: <http://tede.ufam.edu.br/bitstream/tede/996/1/ROCKSON%20COSTA%20PESSOA.pdf>
48. Brandão JM, Mahfoud M, Gianordoli-Nascimento IF. A construção do conceito de resiliência em psicologia: discutindo as origens. *Paidéia (Ribeirão Preto).* 2011; 21(49), 263-71.
49. Assis SG, Pesce RP, Avanci JQ. Resiliência: enfatizando a proteção dos adolescentes. Porto Alegre: Artmed; 2006.
50. Salgado Lévano AC. Felicidad, resiliencia y optimismo en estudiantes de colegios nacionales de la ciudad de Lima. *Liberabit.* 2009; 15(2): 133-41.
51. Moser AM, Amorim C, Angst R. Burnout e resiliência em estudantes de pedagogia de Curitiba/PR. *PsicoFAE,* 2013; 2(2): 49-58.

52. Silveira DX, Jorge MR. Escala de rastreamento populacional para depressão CES-D em populações clínicas e não clínicas de adolescentes e adultos jovens. In: Gorestain C, Andrade LHSG, Zuarde AW, (editores). Escalas de avaliação clínica em psiquiatria e farmacologia. São Paulo: Lemos Editorial; 2000.
53. Radloff LS. The CES-D Scale: a self-report depression scale for research in the general population. *Appl psychol meas* [Internet]. 1977 [cited 2014 Mar. 12]; 1(3): 385-401. Available from:
<https://conservancy.umn.edu/bitstream/handle/11299/98561/v01n3p385.pdf?sequence=1>
54. Benavente SBT, Silva RM, Higashi AB, Guido LA, Costa ALS. Influência de fatores de estresse e características sociodemográficas na qualidade do sono de estudantes de enfermagem. *Rev Esc Enferm USP*. 2014; 48(3):514-20
55. Cavagione LC. Influência do Plantão de 24 horas sobre a pressão arterial e o perfil de risco cardiovascular em profissionais da área da saúde que atuam em serviços de atendimento pré-hospitalar [Internet]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2010. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7139/tde-23122010-094708/en.php>
56. The WHOQOL Group. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychol Med*.1998;28(3):551-8.
57. Kam, Suzana Xui Liu et al. Estresse em Estudantes ao longo da Graduação Médica. *Revista Brasileira de Educação Médica* [online]. 2019, v. 43, n. 1 suppl 1 [Acessado 9 Novembro 2022] , pp. 246-253. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1981-5271v43suplemento1-20180192>>. Epub 13 Jan 2020. ISSN 1981-5271. <https://doi.org/10.1590/1981-5271v43suplemento1-20180192>.
58. Pascotto AC, Santos BRM. Avaliação da qualidade do sono em estudantes de ciências da saúde. *J Health Sci Inst*. 2013;31(3):306-10
59. Bresolin JZ, Dalmolin GL, Vasconcellos SJL, Barlem ELD, Andolhe R, Magnago TSBS. Depressive symptoms among healthcare undergraduate students. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2020;28:e3239. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.3210.3239>.
60. Rodrigues, Daniela & Silva, Bruna & Souza, Marina & Campos, Ioneide. (2019). Análise da Qualidade de Vida de Estudantes Universitários da Área de Saúde. *Revista Saúde em Foco*. 6. 3-16. 10.12819/rsf.2019.6.2.1.

- 61) SILVA, R. A. DA et al. AVALIAÇÃO DO ESTRESSE EM ESTUDANTES DE MEDICINA DE UMA UNIVERSIDADE PARTICULAR DE SÃO PAULO. *Revista Extensão*, v. 4, n. 1, p. 17–27, 16 jul. 2020.
- 62) Dias JCR, Silva WR, Maroco J, Campos JADB. Escala de Estresse Percebido Aplicada a Estudantes Universitárias: Estudo de Validação. *Psychology, Community & Health* 2015, Vol. 4(1), 1–13 doi:10.5964/pch.v4i1.90
63. Lipp MEN. *Mecanismos neuropsicofisiológicos do stress: teorias e aplicações clínicas* São Paulo: Casa do Psicólogo; 2003
64. Tam W, Lo K, Pacheco J. Prevalence of depressive symptoms among medical students: overview of systematic reviews. *Med Educ.* 2019 Apr;53(4):345-354. doi: 10.1111/medu.13770. Epub 2018 Nov 25. PMID: 30474128.
65. Corrêa C de C, Oliveira FK de, Pizzamiglio DS, Ortolan EVP, Weber SAT. Sleep quality in medical students: a comparison across the various phases of the medical course. *J bras pneumol [Internet]*. 2017Jul;43(4):285–9. Available from: <https://doi.org/10.1590/S1806-37562016000000178>
66. Angkurawaranon, C., Jiraporncharoen, W., Sachdev, A. *et al.* Predictors of quality of life of medical students and a comparison with quality of life of adult health care workers in Thailand. *SpringerPlus* 5, 584 (2016). <https://doi.org/10.1186/s40064-016-2267-5>
67. Paro HBM da S, Perotta B, Enns SC, Gannam S, Giaxa RRB, Arantes-Costa FM, Mayer FB, Martins M de A, Tempiski PZ. Qualidade de vida do estudante de medicina: o ambiente educacional importa?. *Rev. Med. (São Paulo) [Internet]*. 29 de abril de 2019 [citado 9 de agosto de 2023];98(2):140-7. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/revistadc/article/view/156044>
68. Kubrusly M, Rocha HAL, Maia ACC, Sá AK de M, Sales MM, Mazza SR. Resilience in the Training of Medical Students in a University With a Hybrid Teaching-Learning System. *Rev bras educ med [Internet]*. 2019;43(1):357–66. Available from: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v43suplemento1-20190161.ING>
69. Lin, Y.K., Lin, CD., Lin, B.YJ. *et al.* Medical students' resilience: a protective role on stress and quality of life in clerkship. *BMC Med Educ* 19, 473 (2019). <https://doi.org/10.1186/s12909-019-1912-4>

APÊNDICES

APÊNDICE A – Formulário para caracterização sociodemográfica e acadêmica

Iniciais do Nome: _____

E-mail: _____

Telefone: _____

<u>VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS</u>
1. Data de nascimento: ___/___/___
2. Sexo: () Feminino () Masculino
3. Situação conjugal:() Casado () Divorciado () Separado () Solteiro/com companheiro* () Solteiro/sem companheiro () Viúvo Outro. Qual? _____ *Equivale à União Estável.
4. Possui filhos: () Sim () Não Quantos? _____
5. Reside com:() família () amigo-colega () sozinho () Outro. Qual? _____
6. Reside em: () República () Casa universitária () êndartamento/ Casa própria () Apartamento/Casa Alugada. () Outro. Qual? _____
7. Frequentou o ensino médio na sua maior parte em: () Escola Pública () Escola Privadas
8. Como você ingressou no Curso de Graduação da USP? () Vestibular () ENEM(SISU) () Outro. Qual? _____

9. Etnia:

- Europeu
- Sul-asiáticos
- Chineses
- Japoneses
- Centro e sul-americanos
- Africanos
- Mediterrâneo Oriental
- Oriente Médio (Árabes)

10. Pratica algum esporte? Sim Não Qual? _____

11. Atividade de lazer? Sim Não Qual? _____

12. Qual(is) a(s) sua(s) fonte(s) de renda?(Você pode assinalar mais de uma opção)

- Bolsa Acadêmica (PET/Ensino/Extensão)
- Bolsa de Assistência (Auxílio financeiro). Qual? _____
- Estágio Remunerado.
- Recurso da família
- Trabalho Fixo
- Trabalho Ocasional (Freelancer)
- Outro. Qual? _____

13. Se você for dependente financeiro(recurso da família), quem é responsável pela sua manutenção? (Você pode assinalar mais de uma opção)

- Pai Mãe Irmão
- Padrasto Madrasta Padrinho
- Madrinha Irmão Irmã Outro. Qual? _____

14. Qual a renda mensal total recebida?

- Nenhuma renda
- Até 1 salário mínimo (até R\$ 788,00 inclusive)
- Entre 1 e 2 salários mínimos (R\$ 789,00 a R\$ 1576,00 inclusive)
- Entre 2 e 5 salários mínimos (R\$ 1577,00 a R\$ 3.940,00 inclusive)
- Entre 5 e 10 salários mínimos (R\$ 3.941,00 a R\$ 7.880,00 inclusive)
- Entre 10 e 30 salários mínimos (R\$ 7.881,00 a R\$ 23.640,00 inclusive)

Mais de 30 salários mínimos (mais de R\$ 23.640,00)

15. Qual a sua despesa mensal em salários mínimos?

Nenhuma renda

Até 1 salário mínimo (até R\$ 788,00 inclusive)

Entre 1 e 2 salários mínimos (R\$ 789,00 a R\$ 1576,00 inclusive)

Entre 2 e 5 salários mínimos (R\$ 1577,00 a R\$ 3.940,00 inclusive)

Entre 5 e 10 salários mínimos (R\$ 3.941,00 a R\$ 7.880,00 inclusive)

Entre 10 e 30 salários mínimos (R\$ 7.881,00 a R\$ 23.640,00 inclusive)

Mais de 30 salários mínimos (mais de R\$ 23.640,00)

16. Você considera a sua renda mensal suficiente para a sua manutenção?

Sim Não

17. Toma algum contraceptivo oral ou injetável?

Sim Não Parei Não se aplica

18. Toma algum fármaco ou substância (chá, café, energético, etc) para inibir o sono? Sim Não Parei Se sim, qual? _____

19. Toma algum fármaco ou substância (chá, bebidas, etc) para conseguir dormir?

Sim Não Parei Se sim, qual? _____

20. Tem hábito de fumar?

Sim, fumo. Especifique o tipo e o tempo (em anos) _____

Não, parei. Há quanto tempo? (em anos) _____

Não, nunca fumei.

21. Quanto cigarros você fuma por dia? (Responder em caso afirmativo para a questão anterior)

1 a 5 cigarros

6 a 10 cigarros

11 a 15 cigarros

20 cigarros ou mais

22. Tem hábito de consumir bebida alcoólica?

Sim, bebo. Especifique o tipo e o tempo (em anos) _____

Não, parei. Há quanto tempo? (em anos) _____

Não, nunca bebi.

23. Se sim para a questão anterior, com que frequência você ingeri bebidas alcoólicas?

- () Diariamente
 () Semanalmente
 () Mensalmente
 () Anualmente

VARIÁVEIS ACADÊMICAS

24. Tempo gasto para chegar:

Na IES: _____

No Campo de estágio: _____

25. Meio de transporte utilizado: (Assinale uma ou mais alternativas)

- () Automóvel () Metrô () Ônibus/Lotação () Trem

26. Mês e ano do início do curso: ____ / ____

27. Semestre letivo atual: () 1° () 2° () 3° () 4° () 5° () 6° () 7° () 8°

28. Número de disciplinas no semestre atual: _____

29. Carga horária no semestre atual: _____ hs

30. Quantas horas de estudo se dedica diariamente (fora do horário de aula) _____ hs

31. Você realiza atividades extracurriculares? () Sim () Não

32. Se você assinalou sim para a questão anterior, assinale qual(is) atividades extracurriculares você realiza (Você pode assinalar mais de uma opção):

- () Bolsa de Iniciação Científica () Jornada Universitária da Saúde (JUS)
 () Bolsa PET () Liga Acadêmica
 () Estágio Extracurricular Remunerado () Estágio Extracurricular Não-Remunerado
 () Representação Acadêmica () Bolsa de Extensão
 () InterEnf () Associação Atlética Acadêmica
 () Outro. Qual? _____

33. Participa de Grupo de Pesquisa? () Sim () Não Qual:

34. Tempo dedicado ao Grupo de Pesquisa por semana? _____ hs

35. Desenvolve alguma atividade de trabalho? () Sim () Não

Qual: _____

36. Possui experiência profissional na área da saúde: () Sim () Não Qual:_____
37. Possui outro curso superior: ()Sim ()NãoQual:_____
38. Está satisfeito com o curso? ()Sim ()Não
39. Já pensou em desistir do curso? ()Sim()Não

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

FENÔMENOS DE SAÚDE, RESILIÊNCIA E QUALIDADE DE VIDA DE ACADÊMICOS DE MEDICINA AO LONGO DO CURSO – ESTUDO COMPARATIVO

Instituição dos/(as) pesquisadores(as): Centro Universitário de Brasília - UniCeub

Pesquisador(a) responsável: Rodrigo Marques da Silva

Pesquisador(a) assistente [aluno(a) de graduação]: Gabriel Faria Pol e Nathália Fernandes Rodrigues

Você está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa acima citado. O texto abaixo apresenta todas as informações necessárias sobre o que estamos fazendo. Sua colaboração neste estudo será de muita importância para nós, mas se desistir a qualquer momento, isso não lhe causará prejuízo.

O nome deste documento que você está lendo é Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Antes de decidir se deseja participar (de livre e espontânea vontade) você deverá ler e compreender todo o conteúdo. Ao final, caso decida participar, você será solicitado a assiná-lo e receberá uma cópia do mesmo.

Antes de assinar, faça perguntas sobre tudo o que não tiver entendido bem. A equipe deste estudo responderá às suas perguntas a qualquer momento (antes, durante e após o estudo).

Natureza e objetivos do estudo

- O objetivo específico deste estudo é comparar os fenômenos de saúde (níveis de estresse percebido, sintomas depressivos e qualidade do sono), bem como a capacidade resiliente e a qualidade de vida por ano de curso entre acadêmicos de medicina de instituição privada de ensino.
- Você está sendo convidado a participar exatamente por ser acadêmico de medicina de uma instituição privada.

Procedimentos do estudo

- Sua participação consiste no preenchimento de questionários.
- O procedimento será feito por meio da entrega presencial dos questionários durante o período de aulas e seu preenchimento deverá ser feito no domicílio, com data de devolução agendada diretamente com o pesquisador. Você dispensará aproximadamente 30 minutos do seu tempo para preencher todos os instrumentos que compõe o protocolo de pesquisa.
- Não haverá nenhuma outra forma de envolvimento ou comprometimento neste estudo.
- A pesquisa será realizada em domicílio, e os dados serão analisados no UniCeub pela equipe de pesquisa.

Riscos e benefícios

- Este estudo possui riscos mínimos, pois pode trazer desconforto devido ao tempo gasto no seu preenchimento e às lembranças de sensações vividas com situações desgastantes.
- Medidas preventivas, tais como: entregar os instrumentos de coleta para que sejam respondidos em domicílio no prazo que melhor convier ao discente em comum acordo com a turma e pesquisador, serão tomadas durante o preenchimento do questionário para minimizar qualquer risco ou incômodo.
- Caso esse procedimento possa gerar algum tipo de constrangimento, você não precisa realizá-lo.
- Com sua participação nesta pesquisa você terá benefícios indiretos, pois as informações coletadas fornecerão subsídios para a construção de conhecimento em saúde e medicina, para a melhoria das condições de saúde do estudante universitário e para novas pesquisas sobre a temática.

Participação, recusa e direito de se retirar do estudo

- Sua participação é voluntária. Você não terá nenhum prejuízo se não quiser participar.
- Você poderá se retirar desta pesquisa a qualquer momento, bastando para isso entrar em contato com um dos pesquisadores responsáveis.
- Conforme previsto pelas normas brasileiras de pesquisa com a participação de seres humanos, você não receberá nenhum tipo de compensação financeira pela sua participação neste estudo.

Confidencialidade

- Seus dados serão manuseados somente pelos pesquisadores e não será permitido o acesso a outras pessoas.
- Os dados e instrumentos utilizados no questionário ficarão guardados sob a responsabilidade de Gabriel Faria Pol e Nathália Fernandes Rodrigues com a garantia de manutenção do sigilo e confidencialidade, e arquivados por um período de 5 anos; após esse tempo serão destruídos.
- Os resultados deste trabalho poderão ser apresentados em encontros ou revistas científicas. Entretanto, ele mostrará apenas os resultados obtidos como um todo, sem revelar seu nome, instituição a qual pertence ou qualquer informação que esteja relacionada com sua privacidade.

Se houver alguma consideração ou dúvida referente aos aspectos éticos da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de Brasília – CEP/Uniceub, que aprovou esta pesquisa, pelo telefone 3966-1511 ou pelo e-mail cep.uniceub@uniceub.br. Também entre em contato para informar ocorrências irregulares ou danosas durante a sua participação no estudo.

Eu, _____ RG _____,
após receber a explicação completa dos objetivos do estudo e dos procedimentos envolvidos nesta pesquisa concordo voluntariamente em fazer parte deste estudo.

Este Termo de Consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida ao senhor(a).

Brasília, ____ de _____ de _____.

Participante

Pesquisador responsável: Rodrigo Marques da Silva, celular (61) 99966-3014

Pesquisador assistente: Gabriel Faria Pol, celular (61) 99306-8066

Pesquisadora assistente: Nathália Fernandes Rodrigues, celular (61) 99156-6819

Endereço dos(as) responsável(eis) pela pesquisa (OBRIGATÓRIO):

Instituição: Centro Universitário de Brasília - UniCeub

Endereço: SEPN, 707/907 Via W5 Norte.

Bloco: /Nº: /Complemento: Campus Asa Norte

Bairro/Cidade: Asa Norte, Brasília-DF

CEP: 70790-075

Telefones p/contato: +55 (61) 3966-1201

ANEXOS

ANEXO A – Escala de Estresse Percebido (PSS-14)

Itens e instruções para aplicação

As questões nesta escala perguntam sobre seus sentimentos e pensamentos durante o último mês. Em cada caso, será pedido para você indicar o quão frequentemente você tem se sentido de uma determinada maneira. Embora algumas das perguntas sejam similares, há diferenças entre elas e você deve analisar cada uma como uma pergunta separada. A melhor abordagem é responder a cada pergunta razoavelmente rápido. Isto é, não tente contar o número de vezes que você se sentiu de uma maneira particular, mas indique a alternativa que lhe pareça como uma estimativa razoável. Para cada pergunta, escolha as seguintes alternativas:

	Item	Nunca	Quase nunca	Às vezes	Quase sempre	Sempre
1.	No mês passado, quantas vezes você ficou chateado(a) por causa de algo que aconteceu inesperadamente?	0	1	2	3	4
2.	No mês passado, quantas vezes você se sentiu incapaz de controlar as coisas importantes na sua vida?	0	1	2	3	4
3.	No mês passado, quantas vezes você se sentiu nervoso(a) ou estressado(a)?	0	1	2	3	4
4.	No mês passado, quantas vezes você lidou com sucesso com os problemas e aborrecimentos do dia a dia?	0	1	2	3	4
5.	No mês passado, quantas vezes você sentiu que estava lidando de forma eficaz com as mudanças importantes que estavam acontecendo na em sua vida?	0	1	2	3	4
6.	No mês passado, quantas vezes você se sentiu confiante nas suas capacidades para	0	1	2	3	4

	lidar com os seus problemas pessoais?					
7.	No mês passado, quantas vezes você sentiu que as coisas estavam ocorrendo a sua maneira (do seu jeito)?	0	1	2	3	4
8.	No mês passado, quantas vezes você percebeu que não poderia lidar com todas as coisas que você tinha para fazer?	0	1	2	3	4
9.	No mês passado, quantas vezes você foi capaz de controlar as irritações da sua vida?	0	1	2	3	4
10.	No mês passado, quantas vezes você sentiu que estava no topo das coisas (no controle das coisas)?	0	1	2	3	4
11.	No mês passado, quantas vezes você se irritou por coisas que aconteceram que estavam fora de seu controle?	0	1	2	3	4
12.	No mês passado, quantas vezes você deu por si pensando nas coisas que tinha que fazer?	0	1	2	3	4
13.	No mês passado, quantas vezes você foi capaz de controlar a maneira como gastar seu tempo?	0	1	2	3	4
14.	No mês passado, quantas vezes você sentiu que as dificuldades estavam se acumulando tanto que você não poderia superá-las?	0	1	2	3	4

ANEXO B – Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D)

Instruções:

Segue abaixo uma lista de tipos de sentimentos e comportamentos. Solicitamos que você assinale a frequência com que tenha se sentido dessa maneira durante a semana passada

	Raramente (menos que 1 dia)	Durante pouco tempo (1 ou 2 dias)	Durante um tempo moderado (de 3 a 4 dias)	Durante a maior parte do tempo (de 5 a 7 dias)
01. Senti-me incomodado com coisas que habitualmente não me incomodam				
02. Não tive vontade de comer, tive pouco apetite				
03. Senti não conseguir melhorar meu estado de ânimo mesmo com a ajuda de familiares e amigos				
04. Senti-me, comparando-me às outras pessoas, tendo tanto valor quanto a maioria delas				
05. Senti dificuldade em me concentrar no que estava fazendo				
06. Senti-me deprimido				
07. Senti que tive de fazer esforço para dar conta das minhas tarefas habituais				
08. Senti-me otimista com relação ao futuro				
09. Considerei que a minha vida tinha sido um fracasso				
10. Senti-me amedrontado				
11. Meu sono não foi repousante				

12. Estive feliz				
13. Falei menos que o habitual				
14. Senti-me sozinho				
15. As pessoas não foram amistosas comigo				
16. Aproveitei minha vida				
17. Tive crises de choro				
18. Senti-me triste				
19. Senti que as pessoas não gostavam de mim				
20. Não consegui levar adiante minhas coisas				

ANEXO C – Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh (IQSP)

1) Durante os meses passados, à que horas você foi deitar à noite na maioria das vezes?

HORÁRIO DE DEITAR: _____

2) Durante o mês passado, quanto tempo (em minutos) você demorou em pegar no sono, na maioria das vezes?

QUANTOS MINUTOS DEMOROU A PEGAR NO SONO: _____

3) Durante os meses passados, a que horas você acordou de manhã, na maioria das vezes?

HORÁRIO DE ACORDAR: _____

4) Durante o mês passado, quantas horas de sono por noite você dormiu? (pode ser diferente do número de horas que você ficou na cama)

HORAS DE SONO POR NOITE: _____

Para cada uma das questões seguinte escolha uma única resposta, que você ache mais correta. **Por favor, responda a todas as questões.**

5) Durante o mês passado, quantas vezes você teve problemas para dormir por causa de:

a) Demorar mais de 30 minutos para pegar no sono

- nenhuma vez menos de uma vez por semana
 uma ou duas vezes por semana três vezes por semana ou mais

b) Acordar no meio da noite ou de manhã muito cedo

- nenhuma vez menos de uma vez por semana
 uma ou duas vezes por semana três vezes por semana ou mais

c) Levantar-se para ir ao banheiro

- nenhuma vez menos de uma vez por semana
 uma ou duas vezes por semana três vezes por semana ou mais

d) Ter dificuldade para respirar

- nenhuma vez menos de uma vez por semana
 uma ou duas vezes por semana três vezes por semana ou mais

e) Tossir ou roncar muito alto

- nenhuma vez menos de uma vez por semana
 uma ou duas vezes por semana três vezes por semana ou mais

f) Sentir muito frio

- nenhuma vez menos de uma vez por semana
 uma ou duas vezes por semana três vezes por semana ou mais

g) Sentir muito calor

- nenhuma vez menos de uma vez por semana
 uma ou duas vezes por semana três vezes por semana ou mais

h) Ter sonhos ruins ou pesadelos

nenhuma vez menos de uma vez por semana

uma ou duas vezes por semana três vezes por semana ou mais

i) Sentir dores

nenhuma vez menos de uma vez por semana

uma ou duas vezes por semana três vezes por semana ou mais

j) Outra razão, por favor, descreva: _____

Quantas vezes você teve problemas para dormir por esta razão durante o mês passado?

nenhuma vez menos de uma vez por semana

uma ou duas vezes por semana três vezes por semana ou mais

6) Durante o mês passado, como você classificaria a qualidade do seu sono?

Muito boa Boa ruim muito ruim

7) Durante o mês passado, você tomou algum remédio para dormir, receitado pelo médico, ou indicado por outra pessoa (farmacêutico, amigo, familiar) ou mesmo por sua conta?

nenhuma vez menos de uma vez por semana

uma ou duas vezes por semana três vezes por semana ou mais

Qual(is)? _____

8) Durante o mês passado, se você teve problemas para ficar acordado enquanto estava dirigindo, fazendo suas refeições ou participando de qualquer outra atividade social, quantas vezes isso aconteceu?

nenhuma vez menos de uma vez por semana

uma ou duas vezes por semana três vezes por semana ou mais

9) Durante o mês passado, você sentiu indisposição ou falta de entusiasmo para realizar suas atividades diárias?

Nenhuma indisposição nem falta de entusiasmo

- () indisposição e falta de entusiasmo pequenas
 () Indisposição e falta de entusiasmo moderadas
 () muita indisposição e falta de entusiasmo

Comentários do entrevistado

ANEXO D – Escala de resiliência de Wagnild & Young

Marque o quanto você concorda ou discorda com as seguintes afirmações:

	DISCORDO			NEM CONCORDO NEM DISCORDO	CONCORDO		
	Totalment e	Muito	Pouco		Pouco	Muito	Totalment e
1. Quando eu faço planos, eu levo eles até o fim	1	2	3	4	5	6	7
2. Eu costumo lidar com os problemas de uma forma ou de outra	1	2	3	4	5	6	7
3. Eu sou capaz de depender de mim mais do que qualquer outra pessoa.	1	2	3	4	5	6	7
4. Manter interesse nas coisas é importante para mim.	1	2	3	4	5	6	7
5. Eu posso estar por minha conta se eu precisar. 1 2 3 4 5 6 7	1	2	3	4	5	6	7

6. Eu sinto orgulho de ter realizado coisas em minha vida	1	2	3	4	5	6	7
7. Eu costumo aceitar as coisas sem muita preocupação	1	2	3	4	5	6	7
8. Eu sou amigo de mim mesmo.	1	2	3	4	5	6	7
9. Eu sinto que posso lidar com várias coisas ao mesmo tempo	1	2	3	4	5	6	7
10. Eu sou determinado.	1	2	3	4	5	6	7
11. Eu raramente penso sobre o objetivo das coisas.	1	2	3	4	5	6	7
12. Eu faço as coisas um dia de cada vez.	1	2	3	4	5	6	7
13. Eu posso enfrentar tempos difíceis porque já experimentei dificuldades antes.	1	2	3	4	5	6	7
14. Eu sou disciplinado.	1	2	3	4	5	6	7
15. Eu mantenho interesse nas coisas.	1	2	3	4	5	6	7
16. Eu normalmente posso achar motivo para rir.	1	2	3	4	5	6	7

17. Minha crença em mim mesmo me leva a atravessar tempos difíceis.	1	2	3	4	5	6	7
18. Em uma emergência, eu sou uma pessoa em quem as pessoas podem contar.	1	2	3	4	5	6	7
19. Eu posso geralmente olhar uma situação de diversas maneiras.	1	2	3	4	5	6	7
20. Às vezes eu me obrigo a fazer coisas querendo ou não.	1	2	3	4	5	6	7
21. Minha vida tem sentido.	1	2	3	4	5	6	7
22. Eu não insisto em coisas as quais eu não posso fazer nada sobre elas.	1	2	3	4	5	6	7
23. Quando eu estou numa situação difícil, eu normalmente acho uma saída.	1	2	3	4	5	6	7
24. Eu tenho energia suficiente para fazer o que eu tenho que fazer.	1	2	3	4	5	6	7

25. Tudo bem se há pessoas que não gostam de mim.	1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---	---

ANEXO E – Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida (WHOQOL-Bref)

Instruções:

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. **Por favor, responda a todas as questões.** Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha. Por favor, tenham em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas**. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

		Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
	Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

		Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
	Você recebe dos outros o apoio de que necessita	1	2	3	4	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio.

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

		Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem boa	Boa	Muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Insatisfeito nem satisfeito	Satisfeito	Satisfeito muito
2	Quão satisfeito (a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre o quanto você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.						
		Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5

6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro (a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia? Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5

13	Quão disponíveis para você estão às informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem insatisfeito nem satisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
16	Quão satisfeito (a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito (a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito (a) você está com sua capacidade para trabalho?	1	2	3	4	5

19	Quão satisfeito (a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito (a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito (a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito (a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito (a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito (a) você está com o seu acesso aos	1	2	3	4	5

	serviços de saúde?					
25	Quão satisfeito (a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se à **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas semanas.

		Nunca	Algumas vezes	Frequente	Muito frequente	Sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?.....

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?.....

Você tem algum comentário sobre o questionário?-----

OBRIGADO PELA COLABORAÇÃO!