



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO

SABRINA MARQUES MORAES

RISCO DE SUICÍDIO E SINTOMAS DEPRESSIVOS ENTRE ESTUDANTES
UNIVERSITÁRIOS ANTES E DURANTE O ISOLAMENTO SOCIAL PELA COVID-19

Santos

2021

SABRINA MARQUES MORAES

RISCO DE SUICÍDIO E SINTOMAS DEPRESSIVOS ENTRE ESTUDANTES
UNIVERSITÁRIOS ANTES E DURANTE O ISOLAMENTO SOCIAL PELA COVID-19

Dissertação apresentada como requisito para
obtenção do título de Mestre no Programa de Pós-
Graduação Interdisciplinar em Ciências da Saúde
da Universidade Federal de São Paulo - Campus
Baixada Santista.

Orientador: Prof.^a Dra. Adriana Marcassa Tucci
Coorientador: Prof.^a Dra. Kelly Graziani Giaccherro Vedana

Santos
2021

Autorizo a reprodução e a divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Moraes, Sabrina Marques
Risco de suicídio e sintomas depressivos entre estudantes universitários antes e durante o isolamento social pela COVID-19. Santos, 2021.

121 p.: il.; 30 cm

Dissertação de Mestrado apresentada à Universidade Federal de São Paulo. Programa de Pós-graduação: Interdisciplinas em Ciências da Saúde.

Orientadora: Prof.^a Dra. Adriana Marcassa Tucci

Coorientadora: Prof.^a Dra. Kelly Graziani Giaccherro Vedana

1. Suicídio. 2. Trauma na Infância. 3. Universitários. 4. Depressão. 5. COVID-19

SABRINA MARQUES MORAES

RISCO DE SUICÍDIO E SINTOMAS DEPRESSIVOS ENTRE ESTUDANTES
UNIVERSITÁRIOS ANTES E DURANTE O ISOLAMENTO SOCIAL PELA COVID-19

Dissertação apresentada como requisito para
obtenção do título de Mestre no Programa de Pós-
Graduação Interdisciplinar em Ciências da Saúde
da Universidade Federal de São Paulo - Campus
Baixada Santista.

Santos, 27 de agosto de 2021

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Alessandra Mussi Ribeiro
Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP/ BS

Profa. Dra. Ana Carolina Guidorizzi Zanetti
Universidade de São Paulo - EERP/ USP

Profa. Dra. Adriana Inocenti Miasso
Universidade de São Paulo – EERP/ USP

Dedico essa dissertação e tudo que ela significa e representa para mim, à Deus que é o autor da minha vida e a minha família que é a base da minha existência.

Para todos que já passaram por algum momento difícil.

Nada é para sempre, então não deixe as circunstâncias negativas afetarem o que há de melhor em você.

AGRADECIMENTOS

É com grande satisfação que manifesto meus sinceros agradecimentos a todos aqueles que contribuíram para que este projeto e sonho se tornasse realidade.

A Deus, que sempre esteve comigo em todos os momentos, permitindo-me chegar a lugares altos que nunca imaginei.

À minha mãe Rita de Cassia Marques Moraes e à minha família, pela confiança e pelos ensinamentos.

À Ana Clara Amaral Lopes, que é o presente de Deus na minha vida.

À minha mãe do coração Denize Caldeira que, partilhando e acreditando em mim, me disse um “vamos!” e me fez crescer.

À Camila Bastos Franco, que trilha o caminho da vida e trilhou esse caminho do mestrado comigo desde o início, com amor e apoio.

À minha orientadora Adriana Tucci, que inspirou desde o início a minha postura como pesquisadora, acreditou e apostou em mim.

À minha coorientadora Kelly Vedana, que trilhou comigo o caminho da pesquisa e que sempre me incentivou para os desafios da vida acadêmica.

À minha amiga e companheira de trabalho Dra. Fernanda Jorge Paschoal, pela acolhida, pelo exemplo: sensibilidade combinada ao pragmatismo e todo o apoio na profissão e na vida.

À minha melhor amiga Tamily Siqueira, pela parceria de vida e todo companheirismo nesses anos, desde a faculdade para a vida.

À minha chefe Hilda Maria, que numa grande parceria de trabalho sempre me apoiou, confiando no meu trabalho como Enfermeira e pesquisadora.

À minha equipe do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) II Boqueirão, que inspirou desde o início minha postura profissional.

À minha equipe de Enfermagem Marina, Vanessa e Ana Paula, que me permitiram crescimento como profissional, e pelo apoio nos dias difíceis. Meninas, vocês são maravilhosas.

Ao grupo de pesquisa “Núcleo Interdisciplinar de Pesquisa sobre Drogas, Cultura e Sociedade” (NIPED), no qual, juntos, trabalhamos para que este projeto pudesse se tornar realidade.

À Lylian Neres e Karla Helena, que trilharam os mesmos caminhos, numa grande parceria de trabalho.

Aos membros da banca examinadora.

Aos estatísticos, pelas orientações e disponibilidade, para que este trabalho fosse realizado.

Aos graduandos que participaram desta pesquisa e aos meus pacientes que me ensinam o que é empatia e amor à minha profissão todos os dias.

O presente trabalho foi realizado com o apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

A todos, meu muito obrigada!

“Toda reforma interior e toda mudança para melhor dependem exclusivamente da aplicação do nosso próprio esforço”. (Immanuel Kant)

RESUMO

MORAES, S. M. **Risco de suicídio e sintomas depressivos entre estudantes universitários antes e durante o isolamento social pela COVID-19.** 2021. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde), Universidade Federal de São Paulo, Santos, 2021.

Introdução: A graduação pode representar um período desafiador para os estudantes. As mudanças e incertezas causadas pela COVID-19 podem aumentar a suscetibilidade desse grupo para problemas de saúde mental e sofrimento psíquico, como depressão e risco de suicídio. **Objetivo:** Avaliamos a prevalência e os fatores de riscos e de proteção associados à gravidade do risco de suicídio e os sintomas depressivos entre estudantes universitários antes e durante a fase inicial do isolamento social provocado pela COVID-19. O período de coleta presencial ocorreu no início de março de 2020 e, *online*, de junho a 24 julho de 2020. **Método:** Estudo quantitativo, longitudinal e prospectivo, desenvolvido com 102 estudantes universitários do Instituto Saúde e Sociedade do Campus Baixada Santista, da Universidade Federal de São Paulo. Os dados foram coletados em duas etapas (antes do isolamento social e durante a fase inicial do isolamento social). Os seguintes instrumentos foram autoaplicados: questionário sociodemográfico e econômico, Módulo-C da Minientrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI); Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse (EDAE-21); e Questionário de Trauma na Infância (QUESI). Para análise dos desfechos investigados, foi utilizado o modelo de regressão multivariada *Generalized Additive Models for Location, Scale and Shape* (GAMLSS). **Resultados:** Predominaram na amostra os graduandos do sexo feminino (71,6%), com menos de 25 anos de idade (85,3%), da cor branca (67,6%), solteiros (96,1%), sem filhos (98%), e com religião (56,9%). Foram detectadas diferenças significativas nos sintomas de depressão e no risco de suicídio nos períodos antes e durante a pandemia. Os fatores de risco tanto para depressão quanto para risco de suicídio foram: se sentir frequentemente solitário; ter ingressado na universidade pelo sistema de cota; ter iniciado tratamento psicológico ou psiquiátrico durante a pandemia; e ter referido história de abuso emocional na infância e / ou na adolescência. Apenas para

depressão: estudar em período integral; ter se autodeclarado da cor branca; ter iniciado tratamento de saúde durante o isolamento social; a fase inicial da pandemia. Apenas para risco de suicídio: ter renda familiar de até três salários mínimos durante o isolamento social; ter referido história de negligência física na infância e / ou na adolescência. Os fatores de proteção para depressão foram: possuir religião; ter pessoas a mais residindo no domicílio durante o isolamento social; mais idade; enquanto que para risco de suicídio foi apenas a fase inicial da pandemia. **Conclusão:** Os resultados apontam fatores relevantes associados a risco para suicídio e depressão entre universitários.

Palavras-chave: Suicídio. Trauma na Infância. Universitários. Depressão. COVID-19.

ABSTRACT

MORAES, S. M. **Risk of suicide and depression symptoms among university students before and after social distancing because of COVID-19.** 2021. Dissertation (Health Sciences post-graduation program) – Federal University of São Paulo, Santos, 2021.

Introduction: The graduation may represent a challenging time for students. The changes and uncertainties caused by COVID-19 may increase the susceptibility of this group for mental health issues and psychological distress, as depression and risk of suicide. **Objective:** We assessed the prevalence and risk and protective factors associated with the severity of suicide risk and depressive symptoms among university students before and during the initial phase of social isolation caused by COVID-19. The in-person collection period took place at the beginning of March 2020 and, online, from June to 24 July 2020. **Method:** Quantitative, longitudinal and prospective study, developed with 102 university students from Health and Society Institute, Federal University of São Paulo. The data was collected in two stages (before social isolation and during the initial phase of social isolation). The following instruments were self-administrated by the students: sociodemographic and economic questionnaire, Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI); Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS -21); and Childhood Trauma Questionnaire (CTQ). *Generalized Additive Models for Location, Scale and Shape* (GAMLSS) was used to analyse the outcomes. **Results:** Most of students were female (71,6%), less than 25 years old (85,3%), Caucasian (67,6%), single (96,1%), without children (98%) and with religion (56,9%). Significant differences were detected in the depression symptoms and in the risk of suicide in the periods before and during the pandemic. The risk factors for depression and risk of suicide were: often feel lonely; having entered university through the quota system; having started psychological or psychiatric treatment during the pandemic and having reported history of emotional abuse in childhood and/or adolescence. For depression only: studying in full-time; to have self-declared as Caucasian; having started health care during social isolation; and the initial phase of the pandemic. Only for suicide risk: having a family income of up to three minimum wages during social

isolation; having reported a history of physical neglect in childhood and/or adolescence. The protective factors for depression were: having a religion; having more people living together in a household during social isolations; older; while for risk of suicide it was only the initial phase of the pandemic. **Conclusion:** The results point to relevant factors associated with risk for suicide and depression among university students.

Keywords: Suicide. Childhood Trauma. University students. Depression. COVID-19.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Fluxograma 1 — Fluxograma relativo aos procedimentos para a coleta de dados da fase presencial, antes da pandemia.	38
Fluxograma 2 — Fluxograma relativo aos procedimentos para a coleta de dados da fase <i>online</i> , durante a pandemia.	38
Quadro 1 — Classificação segundo a pontuação EDAE-21	41
Quadro 2 — Classificação QUESI – Segundo pontuação obtida no instrumento	43
Quadro 3 — Risco de suicídio e sintomas depressivos entre estudantes universitários antes e durante o isolamento social pela COVID-19	44

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 — Boletim diário COVID-19 (15 de junho). São Paulo, SP, Brasil. 2020...	35
Tabela 2 — Características sociodemográficas dos estudantes universitários participantes do estudo (n = 102). Santos, SP, Brasil, 2020	47
Tabela 3 — Características acadêmicas dos estudantes universitários participantes do estudo (n=102). Santos, SP, Brasil, 2020	48
Tabela 4 — Comparação das características socioeconômicas e sociodemográficas dos estudantes universitários participantes do estudo antes e durante o isolamento social devido à pandemia de COVID – 19 (n = 102). Santos, SP, Brasil, 2020.....	49
Tabela 5 — Comparação das características de saúde dos estudantes universitários participantes do estudo antes e durante o isolamento social devido à pandemia de COVID-19 (n=102). Santos, SP, Brasil, 2020.....	50
Tabela 6 — Classificação obtidas pelos estudantes universitários na Avaliação do Risco de Suicídio pelo módulo-C MINI antes e durante o isolamento social devido à pandemia de COVID-19 (n=102). Santos, SP, Brasil, 2020	51
Tabela 7 — Classificação obtida pelos estudantes universitários na Subescala de Depressão da Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse EDAE–21 antes e durante o isolamento social devido à pandemia de COVID-19 (n=102). Santos, SP, Brasil, 2020	52
Tabela 8 — Classificação obtida pelos estudantes universitários nas subescalas do Questionário sobre Traumas na Infância QUESI antes do isolamento social devido à pandemia de COVID-19 (n=102). Santos, SP, Brasil, 2020	53
Tabela 9 — Resultado da GAMLSS para variável subescala depressão EDAE-21. Santos, SP, Brasil, 2020	55
Tabela 10 — Resultado da GAMLSS para variável risco de suicídio avaliado pelo módulo-C MINI. Santos, SP, Brasil, 2020	57

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIC	<i>Akaike Information Criterion Statistics</i>
AR	Aumento Relativo
BS	Baixada Santista
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CID10	Classificação Internacional de Doenças
COVID	<i>Corona Vírus Disease</i>
CTQ	<i>Childhood Trauma Questionnaire</i>
DASS	<i>Depression, Anxiety and Stress Scale</i>
DP	Desvio-Padrão
DSM	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i>
EDAE	Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse
EERP	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
EUA	Estados Unidos da América
GAMLSS	<i>Generalized Additive Models for Location, Scale and Shape</i>
HPA	Hipotálamo-Pituitária-Adrenal
IC	Intervalo de Confiança
IFES	Instituições Federais de Ensino Superior
ISS	Instituto de Saúde e Sociedade
MINI	<i>Mini International Neuropsychiatric Interview</i>
PROGRAD	Pró-Reitoria de Graduação
QUESI	Questionário Sobre Traumas na Infância
SARS	Síndrome Respiratória Aguda Grave
SISU	Sistema de Seleção Unificada
SM	Salário Mínimo
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UNIFESP	Universidade Federal de São Paulo
USP	Universidade de São Paulo
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
WHO	<i>World Health Organization</i>

SUMÁRIO

1	APRESENTAÇÃO	16
2	INTRODUÇÃO	19
3	OBJETIVO	32
3.1	Geral.....	32
3.2	Específicos	32
4	MÉTODO	33
4.1	Delineamento da Pesquisa.....	33
4.2	Local do Estudo.....	34
4.3	Participantes do Estudo.....	35
4.4	Crítérios de Inclusão	35
4.5	Crítérios de Exclusão.....	36
4.6	Procedimentos.....	36
4.7	Instrumentos.....	39
4.7.1	Questionários sociodemográficos (APÊNDICE C e D).....	39
4.7.2	Avaliação do Risco de Suicídio (ANEXO A)	39
4.7.3	Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse (ANEXO B)	40
4.7.4	Questionário sobre Trauma na Infância (ANEXO C)	41
4.8	Variáveis do Estudo.....	43
4.9	Análise dos Dados.....	45
4.10	Aspectos Éticos	46
5	RESULTADOS	47
5.1	Caracterização dos Estudantes Universitários Participantes do Estudo .	47
5.2	Resultado da Análise Multivariada das Variáveis de Desfechos	53
6	DISCUSSÃO	58
7	CONCLUSÃO	66
	REFERÊNCIAS	67
	APÊNDICE A — Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	82
	APÊNDICE B — Questionário Sociodemográfico	84
	APÊNDICE C — Questionário Sociodemográfico	91
	APÊNDICE D — Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	94
	APÊNDICE E — Cartilha Informativa	96
	ANEXO A — Avaliação do Risco de Suicídio	104
	ANEXO B — Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse	105
	ANEXO C — Questionário sobre Trauma na Infância.....	106
	ANEXO D — Aprovação Comitê de ética em Pesquisa	107
	ANEXO E — Aprovação Comitê de ética em Pesquisa	112

1 APRESENTAÇÃO

Desde a infância, eu sabia que faria uma graduação na área da saúde.

Oriunda de escola pública precária, analfabeta funcional: foi como finalizei meu Ensino Médio, com vários déficits na minha formação.

Resolvi, então, que faria diferente de todos os modelos que tinha à minha volta e resolvi me matricular em um cursinho pré-vestibular, mesmo sendo desacreditada por todos. Coloquei na cabeça que seria a primeira da família a fazer um curso superior e que esse curso seria realizado em uma universidade pública.

Realizei três anos de cursinho, que serviram para a minha formação de base. Embora eu quisesse realizar o curso de Medicina, Enfermagem sempre foi uma opção na minha vida.

Durante os anos de cursinho, passei em várias faculdades públicas, em diversas graduações. Em 2013, resolvi me matricular no curso de Enfermagem, na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, em Ribeirão Preto (EERP – USP).

Iniciei minha vida acadêmica na EERP – USP, com muito orgulho. Como dependia dos auxílios que a faculdade oferecia, me candidatei a uma bolsa de iniciação científica pelo programa de assistência social de permanência estudantil. Diante de uma vasta quantidade de projetos que a EERP – USP oferecia para o programa, me identifiquei com um estudo sobre Diabetes Mellitus e me candidatei. Para minha surpresa, fui selecionada e, sem nenhuma experiência em iniciação científica, me coloquei à disposição do grupo de pesquisa, no qual tive o privilégio de ser ensinada e orientada por pessoas as quais, hoje, eu levo como referências na vida de pesquisadora e que me auxiliaram demais. Foi, então, que surgiu meu primeiro trabalho de iniciação científica, com apresentação de pôsteres em congressos e, assim, nasceu a paixão pela pesquisa científica.

Durante o segundo ano de graduação, cursando a disciplina de Saúde Mental, vi ali a minha paixão, na área da Enfermagem. Resolvi, então, me voluntariar em projetos de pesquisa nessa área. Sem medo do que encontraria, indicada por outros professores, conheci a Professora Kelly, que de braços abertos me aceitou em alguns dos seus projetos, na área de prevenção do suicídio. Foi então que fiz o meu Trabalho

de Conclusão de Curso (TCC), que se transformou em artigos científicos e, assim, concretizou todo o aprendizado da graduação.

Em 2016, na colação de grau, fui premiada como melhor pesquisadora da turma. Eu sabia que não parariam por ali minhas pesquisas, e o sonho de dar continuidade aos estudos só crescia em mim. Com o retorno para a minha cidade, onde comecei a minha vida no mercado de trabalho, o sonho do mestrado acabou ficando um pouco de lado, pelo fato de Ribeirão Preto estar localizado a aproximadamente 400 km de distância.

Em 2018, resolvi que precisaria retornar para a vida acadêmica. Foi aí que resolvi mandar o meu Currículo Lattes para alguns docentes da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), no campus da Baixada Santista. Para minha felicidade, fui convidada para uma reunião com a Professora Adriana, na qual falei dos meus projetos e o que desejaria realizar como pesquisa no mestrado. No mesmo ano, ela me ofereceu a possibilidade de realizar a prova para ingressar no programa de mestrado dessa instituição. Como não sabia muito inglês, fiquei com receio de não conseguir passar na prova, mas com alguns meses de esforço, tendo aulas particulares, tomei a coragem de realizar a prova e, para nossa surpresa, passei em primeiro lugar no programa de mestrado. Percebi que todo um mundo estava aberto diante de mim. Uma realidade que muito poucas pessoas podem viver, pois, de onde vim, essa possibilidade é rara. A docência começou a fazer parte de um futuro visualizado por mim na área de Enfermagem.

Nesses anos, durante o mestrado, venci diversos bloqueios e dificuldades na vida e, apesar de trabalhar com o tema relacionado ao suicídio desde a graduação, sendo esse um assunto pelo qual tenho paixão, durante o período em que estive no mestrado, tive diagnóstico de depressão e até me vi pensando em suicídio. Então, não é impossível que um profissional que lida com isso diariamente, com o sofrimento do outro, também um dia tenha que lidar com o seu próprio sofrimento. Mas sei que nada é impossível e que, com o apoio de pessoas que levantem você e acreditem em você, com profissionais certos que cuidem também da sua saúde mental, oportunidades, empatia e uma boa orientação e coorientação (quero dizer, orientação para vida acadêmica e para a vida), o mundo fica pequeno diante da gente.

Hoje, defendo um sonho, um projeto de vida e não apenas o mestrado. Como prometi para mim mesma, esse seria o melhor trabalho que eu pudesse realizar, pois foi sonhado e acreditado por muitas pessoas à minha volta.

Sou grata por conhecer pessoas, profissionais no meu local de trabalho, que me incentivaram quando pensei em desistir, que me acolheram quando chorei, que me deram colo quando eu mais precisei e desacreditei que seria capaz. Sou grata pela minha família que, mesmo dentro das limitações que tivemos, sempre me ofereceu apoio durante a caminhada da vida.

Apresento, assim, esta dissertação, intitulada “**Risco de suicídio e sintomas depressivos entre estudantes universitários antes e durante o isolamento social pela COVID-19**”, com o intuito de oferecer à academia informações relevantes a respeito dos fatores de risco, para a saúde mental, que estão relacionados com o ambiente universitário. Os resultados poderão contribuir, portanto, com os aspectos técnicos e atitudinais dos profissionais que atuam nessas instituições e que lidam com os estudantes universitários.

2 INTRODUÇÃO

O ingresso no ensino superior implica em desafios e modificações, na vida atual dos estudantes universitários, que os expõem a vários riscos para a saúde física e mental (VADEBONCOEUR; TOWNSEND; FOSTER, 2015). Essa realidade se torna ainda mais relevante porque, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2016), nos últimos dez anos, houve um aumento significativo no número de jovens de 18 a 24 anos que frequentam a faculdade.

Há um conjunto de fatores sociais, culturais, políticos e econômicos, provenientes dessas mudanças, que atuam, positiva ou negativamente, nesse período de tão significativa transição. Citamos, por exemplo, o fato de esses estudantes saírem da casa dos pais, a criação de uma nova rede de apoio ou não, bem como a experiência de um novo ambiente não familiar, os quais contribuem para uma maior vulnerabilidade na vida universitária (VASCONCELOS-RAPOSO *et al.*, 2016). Somado a isso, muitos jovens não se sentem preparados para esse momento, e as mudanças podem gerar intenso sofrimento psíquico (TAMAYO *et al.*, 2015). Como resultado, essa vulnerabilidade pode conduzir à adoção de diversos comportamentos e atitudes de risco (MORERA *et al.*, 2015).

Os estudantes universitários, atualmente, têm chamado bastante atenção da comunidade científica (TASSINI *et al.*, 2017). Isso ocorre porque essa parcela da população compõe grande parte dos futuros profissionais dos mais diversos setores na sociedade e que, se não forem tratados adequadamente nas questões que envolvem sofrimento psíquico, podem não conseguir atuar em suas áreas de formação. Estima-se que aproximadamente um terço dos estudantes universitários provavelmente experimentará depressão moderada a grave durante a vida acadêmica (SAROKHANI *et al.*, 2013; IBRAHIM *et al.*, 2013; AWADALLA; DAVIES; GLAZEBROOK, 2020), uma taxa que pode ultrapassar a encontrada na população em geral (YOUSSEF; DEANE, 2006; AWADALLA; DAVIES; GLAZEBROOK, 2020). Além disso, a ideação suicida sinaliza problemas de saúde mental e também representa uma séria e crescente ameaça ao longo do tempo (LIN, 2019).

Em termos comparativos, na população geral, os transtornos do humor, como a depressão, têm incidência entre 4% e 10%, sendo observada maior taxa no sexo feminino (DEL PORTO, 1999). Na população universitária, por sua vez, a literatura

mostra que de 15% a 29% dos estudantes apresentam algum tipo de transtorno psiquiátrico durante a vida acadêmica e, na idade entre 18 e 24 anos, 28% apresentam algum sintoma depressivo (ÜSTÜN; KESSLER, 2002; SUOMINEN *et al.*, 1998; CYBULSKI; MANSANI, 2017).

Desde o século XX, tem-se percebido um aumento expressivo na prevalência da depressão, e cada vez mais se tem observado que a idade de surgimento da doença se mostra mais precoce, causando assim um alerta na saúde pública mundial (ANDRADE *et al.*, 2003; BLAND, 1997; SALLE *et al.*, 2012). A depressão é um dos agravos à saúde mais incapacitantes que existem atualmente, pois se trata de um transtorno associado a diversos fatores complexos, que podem levar a complicações que atingem a vida dos indivíduos em suas várias esferas (CYBULSKI; MANSANI, 2017).

A depressão inclui um conjunto de sinais e sintomas, sendo eles: sentimento de tristeza recorrente, irritação, diminuição da energia, perda da vontade em realizar atividades antes prazerosas, baixa autoestima, perda de memória recente, baixa concentração, alteração no ciclo do sono, alteração na alimentação, além da possibilidade de ocorrerem ideias de morte, tentativas e efetivação do suicídio, dentre outros (APA, 2014). Essa diversidade sintomatológica pode ocorrer em maior ou menor grau na síndrome depressiva. Com todas as combinações possíveis entre esses componentes, a depressão é entendida como um fenômeno multidimensional, com seus respectivos graus de gravidade, clinicamente classificada como “normal a leve”, “moderada” e “grave” (LOPEZ HARTMANN, 2014).

A pessoa que é acometida pelo quadro de depressão pode sofrer alterações que interferem em diferentes áreas, como pensamento, humor, sentimento, podendo modificar até mesmo a autoimagem, o modo como lida com os fatos da vida diária e as relações interpessoais (SOUZA; BAPTISTA; ALVES, 2015).

Na vida universitária, a depressão pode causar prejuízos, como sofrimento psíquico, baixo desempenho acadêmico, abandono do curso, problemas inter-relacionais e sociais. A presença de estressores durante esse período de adaptação e modificação pode favorecer o aparecimento de sintomas de depressão entre os estudantes (CYBULSKI; MANSANI, 2017), que podem não ser tão frequentes ou intensos, caracterizando momentos de tristeza que não são classificados como transtorno depressivo (LOPEZ HARTMANN, 2014).

A depressão também é um importante fator de risco para o suicídio em adolescentes e adultos jovens, sendo ainda associada ao baixo rendimento escolar e acadêmico e ao abuso e à dependência de álcool ou outras drogas (SALLE *et al.*, 2012). Considerando-se o risco de suicídio entre pessoas com sintomas depressivos, tratar os sintomas em tempo hábil, acompanhando e avaliando a resposta ao tratamento proposto, bem como todas as decisões tomadas em relação ao mesmo é de suma importância (CYBULSKI; MANSANI, 2017).

Apesar de subnotificado, o suicídio é a segunda principal causa de morte entre jovens no mundo. Na população mundial, mais de 800 mil pessoas morrem a cada ano por suicídio. O número de tentativas chega a ser 20 vezes maior que os óbitos por essa razão (WHO, 2014). Nem todas as tentativas de suicídio chegam aos serviços médicos, dessa forma, os dados provenientes dessas instituições subestimam a totalidade de casos. Outra dificuldade para a mensuração está relacionada à subnotificação de tentativas de suicídios relacionadas a métodos nos quais a ideação não seja claramente identificada como, por exemplo, a autointoxicação medicamentosa (BOTEGA *et al.*, 2005).

Estima-se que, no Brasil, o suicídio seja a terceira principal causa de morte entre os jovens, perdendo apenas para acidentes de trânsito e homicídios. Já entre os estudantes universitários, o suicídio foi a segunda causa mais comum de morte, sendo precedido apenas pelos acidentes de trânsito (CAVESTRO; ROCHA, 2006).

A universidade fornece um ambiente isolado em diversos graus de apoio que não são encontrados na comunidade em geral. Assim, é possível encontrar uma rede integrada, composta por profissionais da educação, entre outros, que trabalham dentro da universidade e que atuam diariamente com esses estudantes universitários (NANCY *et al.*, 2016). Em alguns contextos, há ainda profissionais de saúde mental vinculados à rede de serviços de saúde que podem facilitar a identificação oportuna e o encaminhamento apropriado dos estudantes com necessidades psiquiátricas emergentes para serviços especializados (NANCY *et al.*, 2016).

Apesar da importância dos serviços de saúde mental dentro das instituições, ainda existem barreiras entre os alunos para a busca dos centros de aconselhamento vigentes (SHUCHMAN, 2007; SON *et al.*, 2020). Entre essas barreiras está o estigma associado aos problemas de saúde mental (SON *et al.*, 2020).

Os estudos que investigam a associação entre o sofrimento mental e o desempenho acadêmico na universidade são muito escassos, embora a literatura aponte evidências de que a depressão e os pensamentos suicidas estão relacionados a uma média de notas mais baixas (DE LUCA *et al.*, 2016; MORTIER *et al.*, 2015; HYSENBEGASI; HASS; ROWLAND, 2005; ANDREWS; WILDING, 2004; BRUFFAERTS *et al.*, 2018). A maioria dos estudos se baseia principalmente em coleta de dados autorrelatados ou em relatórios de alunos que se apresentam em centros de saúde mental das universidades (BRUFFAERTS *et al.*, 2018). Por esse motivo, as pesquisas no âmbito das universidades são de importância fundamental, pois podem ajudar a evitar diversos problemas futuros na saúde mental dos seus estudantes.

Um estudo que utilizou análise retrospectiva dos dados de faturamento administrativo do banco de dados do Sistema de Informação em Saúde Pediátrica dos Estados Unidos da América (EUA), entre os anos de 2008 a 2015, verificou que o número de hospitalizações de pessoas que tentam suicídio dobrou na última década, com tentativas de suicídio consideravelmente maiores em crianças e adolescentes de 12 a 17 anos (PLEMMONS *et al.*, 2018; ANGELAKIS; AUSTIN; GOODING, 2020).

Entre os fatores de risco para a depressão, suicídio e outros desfechos ligados à saúde mental, está o trauma na infância/adolescência, ligado a experiências estressantes que podem ser moderadas ou mesmo severas durante os primeiros 18 anos de vida, sendo alguns tipos de experiências traumáticas: exposição da criança à pornografia ou ao contato sexual; dano à integridade física; agressões verbais; abandono, tanto psicológico quanto físico, relacionado aos cuidados básicos necessários para o desenvolvimento da criança, como comida ou abrigo; exploração infantil (trabalho); separação dos pais etc. (MANDELLI; PETRELLI; SERRETTI, 2015). Podemos incluir nessas experiências vários tipos de abusos, como o físico e o emocional, a negligência e a psicopatologia parental (FELITTI *et al.*, 1998; KARATEKIN, 2018).

Mais de um terço dos adultos, na população em geral, relatam pelo menos dois ou mais abusos na infância ou adolescência (ANDA *et al.*, 2006; KARATEKIN, 2018). Atualmente, há grande interesse dos pesquisadores nas vivências traumáticas, resultando em estudos que relatam as possíveis consequências prejudiciais desses fenômenos na vida adulta, com impacto na saúde mental (MANDELLI; PETRELLI; SERRETTI, 2015).

Estudos indicam que os transtornos mentais estão relacionados aos traumas, e os seus efeitos podem persistir da adolescência até a idade adulta (KARATEKIN, 2018). A relação entre traumas na infância/adolescência e o diagnóstico de transtornos de humor na vida adulta é consensual na literatura (KONRADT *et al.*, 2013), tendo em vista as consequências que um trauma vivido precocemente pode trazer ao indivíduo. Por esse motivo, é importante dar atenção às diferentes vivências traumáticas ao longo da vida e ao que elas podem acarretar, principalmente quando se trata dos transtornos de humor (KONRADT *et al.*, 2013). Um adulto que sofreu trauma na infância ou na adolescência tem maior chance para a ocorrência de tentativas de suicídio, quando comparada com aqueles que não relatam esses traumas (KARATEKIN, 2018). Outros estudos destacam também que uma infância turbulenta pode aumentar o risco de início da depressão em jovens (FERGUSON; HORWOOD; LYNKEY, 1996b; FERGUSON; LYNKEY; HORWOOD, 1996a; BROWN *et al.*, 1999; LENZE; XIONG; SHELINE, 2008; DUNN *et al.*, 2013; MANDELLI; PETRELLI; SERRETTI, 2015).

Os diversos tipos de negligências e abusos na infância/adolescência, que podemos chamar de maus-tratos, têm sido associados a uma variedade de transformações nas estruturas e funções do cérebro e em sistemas neurobiológicos que respondem ao estresse causado pelo trauma vivenciado (ANDA *et al.*, 2006). O cérebro, em resposta ao estresse provocado pelo episódio traumático, coordena as funções comportamentais, psicológicas e fisiológicas, auxiliando o indivíduo a se adaptar às demandas de seu ambiente (JOHN-HENDERSON, 2020; HOSTINAR; GUNNAR, 2013). A fisiopatologia que ocorre pelos mecanismos biológicos relacionados ao trauma infantil pode ser explicada resumidamente. O eixo Hipotálamo-Pituitária-Adrenal (HPA) regula as respostas fisiológicas ao estresse e permite que os indivíduos enfrentem mudanças no ambiente ou em situações específicas, e assim regula os níveis de cortisol (LUTZ; MECHAWAR; TURECKI, 2017; TURECKI; BRENT, 2016; YRONDI *et al.*, 2021). Os indivíduos que apresentam alguma adversidade no início da vida geralmente apresentam o eixo HPA hiperativo e, assim, uma resposta ao estresse aumentada (HEIM *et al.*, 2010; YRONDI *et al.*, 2021).

Ao longo do tempo, uma vasta literatura foi desenvolvida sobre a associação entre a exposição ao trauma na infância/adolescência e a desregulação crônica do

sistema de resposta ao estresse fisiológico (HEIM; NEMEROFF, 2001; SCHALINSKI; TEICHER; ROCKSTROH, 2019; JANIRI *et al.*, 2021). Alterações nos mecanismos do eixo HPA, na resposta do cortisol a um estressor agudo e na produção total de cortisol foram observadas entre adultos com histórico de trauma na infância/adolescência, pois esse evento altera a regulação desses sistemas sensíveis ao estresse (HEIM; NEMEROFF, 2001; SCHALINSKI; TEICHER; ROCKSTROH, 2019; JANIRI *et al.*, 2021). O estresse pode levar à falta de concentração e à dificuldade de memorização, interferindo no processo de aprendizagem e prejudicando o desempenho acadêmico (BAADER *et al.*, 2014). Isso pode conduzir o estudante a sentir-se sobrecarregado, a dormir menos do que o necessário, a ter dificuldades para fazer novas amizades, a pensar em abandonar a graduação ou trocar de curso (BAADER *et al.*, 2014). Nestes momentos, não possuir apoio emocional pode levar à potencialização do sofrimento psíquico (BAADER *et al.*, 2014).

O estresse não é vivenciado da mesma maneira por todos os estudantes, porque alguns possuem maior resiliência, enquanto outros apresentam maior possibilidade de desenvolver o estresse patológico (QUEVEDO; SCHMITT; KAPCZINSKI, 2008). Desta forma, faz-se necessária a identificação dos estudantes que apresentem maior risco de desenvolvimento de psicopatologias quando sob situação de estresse, para que possam ser tomadas medidas preventivas. O conhecimento sobre como se dão tais adaptações e como esses processos persistem na idade adulta pode contribuir com comportamentos relevantes para a saúde e com a identificação das diferenças individuais na maneira como os indivíduos respondem a eventos estressantes futuros, sendo eles positivos ou negativos (JOHN-HENDERSON, 2020).

Desde o início de 2020, um estressor avassalador para a saúde mental no Brasil tem sido a pandemia decorrente do COVID-19, causada pelo vírus SARS-CoV-2, que acarretou novos desafios e necessidades de adaptação na vida acadêmica. Trata-se de uma doença causada por um vírus de alto índice de contaminação, que resultou em uma crise global (WHO, 2020).

O primeiro caso da infecção pelo novo vírus se deu na China, no início de dezembro de 2019 (WANG C. *et al.*, 2020; XIAO, 2020). Com apenas um mês desde o início de restrições e indicações de isolamento social, em abril de 2020, o Brasil já havia confirmado 36.739 casos, sendo 2.359 mortes causadas pelo vírus (DATASUS,

2020). No mundo, esse índice já superava dois milhões de casos confirmados e 146 mil mortes (WHO, 2020).

Com o objetivo de reduzir os impactos causados pela pandemia, na intenção de diminuir o pico de incidência, a transmissão e o número de mortes, alguns países adotaram medidas restritivas, como o isolamento de casos suspeitos. Em decorrência disso, houve fechamento de escolas e universidades para se evitar aglomerações e contato social, além do distanciamento de pessoas com maiores riscos em caso de contaminação, como idosos e pessoas com doenças preexistentes, classificadas como comorbidades (BROOKS *et al.*, 2020; FERGUSON *et al.*, 2020; SCHMIDT *et al.*, 2020). Para tentar diminuir o índice de contaminação, em São Paulo, foi instituído o Decreto 64.862/2020, de 13 de março de 2020, o qual colocou o Estado em isolamento social e limitou, dessa forma, diversas atividades da vida diária (ESTADO DE SÃO PAULO, 2020).

Acreditava-se que essas medidas de prevenção auxiliavam no “achato da curva” de transmissão e infecção da doença, minimizando o pico de incidência em um dado período, e prevenindo um possível colapso nos sistemas de saúde (FERGUSON *et al.*, 2020; SCHMIDT *et al.*, 2020), porém, apesar de tal prevenção, não foi o que observamos durante os meses subsequentes. Com o crescimento acelerado de casos positivos de pessoas com COVID-19 no Brasil, em 2021, diversas cidades e estados necessitaram realizar medidas extremas de confinamento, chamadas de *lockdown* ou isolamento social, nas quais houve fechamento de todos os serviços que não fossem essenciais durante um período de dias, sendo esse período determinado por cada prefeito ou governador, pois o sistema de saúde da maioria das cidades estava em colapso e não havia mais leitos de internação e de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) disponíveis (FIOCRUZ, 2021).

Com pouco mais de um ano de pandemia, o Brasil já registrou, até o dia 02 de setembro de 2021, 20.830.495 casos confirmados, sendo 581.914 óbitos causados pelo vírus (BRASIL, 2021). No mundo, esses números já são 218.205.951 casos confirmados e as mortes pelo COVID-19 chegam a 4.526.583 (WHO, 2021). Apesar de poder haver subnotificações e casos não diagnosticados, os números ainda só crescem em todo o mundo. O tempo de duração e os possíveis desdobramentos da pandemia ainda são imprevisíveis (XIAO, 2020; SCHMIDT *et al.*, 2020). Porém, com a chegada da vacina, em 2020, em países desenvolvidos e, em 2021, no Brasil,

podemos ter esperança de que esses números venham a diminuir. Segundo o “vacinômetro”, até o dia 02 de setembro, já foram 51.374.813 doses de vacinas administradas no Brasil (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021) e um total de 5.289.724.918 doses de vacina no mundo (WHO, 2021).

No entanto, quando realizada a coleta de dados desta dissertação, essa realidade era distinta e predominava a incerteza do que viria a acontecer para todos, principalmente, para os estudantes universitários.

Durante uma pandemia, os olhares estão voltados ao combate do agente patogênico, sendo ele o foco primário de atenção de gestores e profissionais da saúde, de modo que as implicações sobre a saúde mental tendem a ser negligenciadas ou subestimadas (ORNELL *et al.*, 2020). No entanto, medidas para a avaliação e a redução das implicações psicológicas durante a pandemia não podem ser desprezadas (BROOKS *et al.*, 2020; XIAO, 2020; SCHMIDT *et al.*, 2020), uma vez que o distanciamento e o isolamento sociais podem ter acarretado ou intensificado sofrimentos psicológicos preexistentes (SCHMIDT *et al.*, 2020).

Sintomas de depressão, ansiedade e estresse têm sido identificados na população geral como respostas à pandemia (WANG Z. *et al.*, 2020). Além disso, na Coreia do Sul e na Índia, casos de suicídio potencialmente ligados ao momento da pandemia também já foram reportados (JUNG; JUN, 2020; GOYAL *et al.*, 2020).

Medidas diretamente relacionadas a minimizar a disseminação do contágio do coronavírus, como o isolamento social, podem consistir em fatores de risco à saúde mental. Na literatura, identificamos que os efeitos negativos dessa medida incluem, além dos sintomas de depressão, estresse e ansiedade, mencionados anteriormente, sintomas de estresse pós-traumático, confusão e raiva (BROOKS *et al.*, 2020; SCHMIDT *et al.*, 2020).

Apesar de todas as questões que os estudantes universitários estão vivenciando, ainda há poucas evidências dos efeitos psicológicos ou mentais da atual pandemia em estudantes universitários, mesmo sendo conhecidos como uma população vulnerável (BRUFFAERTS *et al.*, 2018; SON *et al.*, 2020). Embora os resultados desses estudos, até agora, tenham ido na direção do aumento dos problemas de saúde mental entre estudantes universitários durante a pandemia de COVID-19, os fatores contribuintes podem não ser necessariamente generalizáveis para populações em outros países, devido às diferentes maneiras com que cada país

implementou medidas de segurança e prevenção à contaminação pelo vírus, e como cada população lida de forma diferente em relação às adaptações vivenciadas (SON *et al.*, 2020; ZHANG X. *et al.*, 2020; ESTEVES *et al.*, 2021; KHOSRAVI; KASAEIYAN, 2020; ZHANG Y. *et al.*, 2020). Assim, há necessidade de se avaliar os efeitos que a atual pandemia está causando e causará na saúde mental, afetando o bem-estar dos estudantes universitários brasileiros, conforme já apontado nos estudos realizados em outros países (ZHAI; DU, 2020; HOLMES *et al.*, 2020; SON *et al.*, 2020).

Pesquisas recentes demonstraram que, juntamente a surtos, vírus e pandemias anteriores, foram documentados fatores estressantes, pois, com o medo de infecções, a frustração, o tédio, os suprimentos insuficientes, as informações inadequadas, as perdas financeiras e os estigmas, coloca-se em foco a saúde mental de várias populações, acentuando-se, assim, estressores (BROOKS *et al.*, 2020; SON *et al.*, 2020). Com a pandemia do COVID-19 não foi diferente, tanto para a população em geral, como para os estudantes.

A atual pandemia do COVID-19 tem causado um grande impacto global na saúde mental (LUO; ZHONG; CHIU, 2021). Estudos revelaram que os sintomas depressivos são um dos problemas de saúde mental mais comuns entre os estudantes universitários, pois, durante esse período, de 25,4% a 29,6% dos estudantes chineses apresentaram sintomas (DANG *et al.*, 2004; LIU *et al.*, 2004; LUO; ZHONG; CHIU, 2021).

Uma revisão de literatura recente mostrou que os impactos psicológicos apresentados, até o momento, por causa da pandemia de COVID-19 em estudantes universitários foram: aumento dos níveis de estresse; ansiedade e sintomas depressivos, como resultado da mudança na entrega de trabalhos ou provas e na incerteza da educação universitária. Os motivos apontados foram preocupações tecnológicas referentes aos cursos *online*, distância de casa, isolamento social, diminuição da renda familiar e futuro emprego (SANKHI; MARASINE, 2020). Esses impactos têm sido observados em universidades de todo o mundo (SANKHI; MARASINE, 2020; ARISTOVNIK *et al.*, 2020; BROWNING *et al.*, 2021).

Globalmente, os estudantes universitários estão sendo afetados pela pandemia causada pelo COVID-19 e as respostas psicológicas apresentadas por essa população podem ser diferentes, devido às diferenças culturais e aos diversos níveis de crise do COVID-19 entre os países (PRAMUKTI *et al.*, 2020). Por exemplo, Taiwan

empreendeu ações precoces para prevenir a transmissão de COVID-19 e manteve um estado de “vida quase normal”, com cuidados relacionados à pandemia, sem ter que implementar um bloqueio nacional (LIN; CHENG, 2020; PRAMUKTI *et al.*, 2020). Essa situação pode ter atenuado as respostas psicológicas negativas entre os estudantes universitários taiwaneses, que continuaram a frequentar a universidade (PRAMUKTI *et al.*, 2020).

Os estudantes universitários são uma significativa parcela dos grupos afetados pelo COVID-19, devido à incerteza quanto ao sucesso acadêmico, às carreiras que vão seguir e à vida social durante a faculdade, entre as outras diversas preocupações com as quais já lidavam durante a graduação (ARISTOVNIK *et al.*, 2020; BROWNING *et al.*, 2021). Mesmo antes da pandemia, estudantes apresentavam níveis altos de ansiedade, humor deprimido, falta de autoestima, problemas psicossomáticos, abusos de substâncias e suicídio (HOLM-HADULLA; KOUTSOUKOU-ARGYRAKI, 2015). Portanto, os alunos podem precisar de recursos e serviços adicionais para lidar com as repercussões da pandemia, tanto na saúde física, quanto na saúde mental (BROWNING *et al.*, 2021). Além disto, como não sabemos quando será o fim da atual pandemia no Brasil e quando teremos o retorno definitivo das aulas presenciais no ensino superior, o apoio aos estudantes deve ser pensado e oferecido pelas universidades por meio das possibilidades disponíveis pelos recursos *online*, e assim evitar futuros agravamentos. Os gestores das universidades poderiam mais bem atender aos alunos se eles entendessem melhor os reflexos do COVID-19 e os fatores de riscos de seus impactos psicológicos (BROWNING *et al.*, 2021).

Uma pesquisa realizada por Pramukti *et al.* (2020), comparando três grupos de estudantes universitários de diferentes países, sendo eles, Indonésia, Taiwan e Tailândia, demonstrou que o suporte (de familiares, colegas e professores) menos satisfatório percebido foi associado a mais pensamentos suicidas entre os estudantes indonésios. Ainda, os níveis mais baixos de confiança no controle da pandemia e nos recursos disponíveis para combater o COVID-19 foram refletidos nos estudantes tailandeses, que também apresentavam níveis mais altos de ansiedade.

Os estudantes universitários foram expostos, além de ao distanciamento social e às políticas de movimento restritivas, que são limitações das atividades de vida diárias em grupo ou atividades de lazer, a práticas educacionais a que, até então, não estavam acostumados na educação tradicional (KAUP *et al.*, 2020). Lembremos,

porém, que a população de estudantes universitários a qual foi foco desta pesquisa, no momento da coleta de dados, não estava ainda inserida em nenhum tipo de atividade, pois estas se encontravam suspensas para adaptações da instituição.

A pandemia gerou a necessidade de uma forma diferente de aprendizado, no formato digital. Porém, esse aprendizado digital exigiu uma adaptação premente de estratégias alternativas de educação e avaliação (KAUP *et al.*, 2020). A universidade, em um período curto de tempo, precisou se reinventar para lidar com a mudança drástica e rápida proporcionada pelo ensino à distância e, assim, foi necessário desenvolver ou até criar uma infraestrutura tecnológica que conseguisse acompanhar essas mudanças (RAMOS-MORCILLO *et al.*, 2020).

A mudança do ensino tradicional para o ensino digital foi um aspecto crítico para alguns dos alunos, por não se tratar de uma escolha, e sim de uma imposição ligada à pandemia, e as expectativas relacionadas aos estudos podem ter sido prejudiciais para alguns, enquanto podem ter beneficiado outros (RAMOS-MORCILLO *et al.*, 2020). Para aqueles que já estavam inseridos nas universidades, toda a sua vida acadêmica foi marcada por um estilo específico de ensino, com o qual já estavam organizados em continuidade, mas a pandemia impôs outro com o qual eles ainda não se sentiam confortáveis, criando incertezas e pouca segurança (RAMOS-MORCILLO *et al.*, 2020).

Para alguns estudantes universitários, a adaptação a esse tipo de ensino pode ter evidenciado situações de desvantagem, como, por exemplo, a dos alunos mais velhos em comparação aos mais novos, que possuem algumas vezes mais habilidades e vivências com as tecnologias; as mulheres e mães, com sobrecarga e sobreposição de tarefas domésticas e acadêmicas em um mesmo ambiente; a dificuldade relacionada às competências digitais, além da falta de recursos eletrônicos ou conexão à *internet*, necessários para o acompanhamento adequado do ensino. Para outros alunos, as adaptações no processo de ensino foram consideradas como facilitadoras e convenientes (RAMOS-MORCILLO *et al.*, 2020).

Embora a pandemia do COVID-19 tenha trazido impactos severos no progresso educacional normal, as universidades podem aproveitar esta oportunidade para detectar e acelerar a reforma da educação *online*, por meio de uma forma inovadora para a formação nos cursos de graduação, com tecnologia de ponta. Além disto, pode-se transformar esta emergência em uma ocasião para promover ainda mais a

colaboração internacional entre as universidades e compartilhar experiências, conhecimentos e recursos para construir uma rede global de educação *online* (SUN; TANG; ZUO, 2020).

Diante do exposto, pode-se verificar que tais medidas de adaptação a novas modalidades de ensino e as medidas governamentais de restrição para os cuidados de saúde pública podem levar a população universitária a vivenciar futuros traumas ou a reviver traumas, gerando, assim, impactos na saúde mental. Desse modo, um dos objetivos deste estudo é verificar as vivências dos estudantes universitários durante o isolamento social causado pela pandemia de COVID-19, em relação aos sintomas de depressão e riscos de suicídio.

A identificação precoce de estudantes universitários em risco permite a implantação eficaz de intervenções preventivas durante a graduação e, assim, a redução da incidência, prevalência, gravidade, duração e das consequências de agravo dos quadros, além do surgimento de outros transtornos mentais. Para a tomada de decisões, as universidades necessitam identificar os alunos que possuem riscos para desenvolver depressão, suicídio ou algum outro transtorno mental, presentes já no ingresso da faculdade ou que podem se desenvolver em um futuro próximo (EBERT *et al.*, 2019).

Neste estudo, foram estabelecidas hipóteses de que os sintomas depressivos e o risco de suicídio estariam associados ao período da pandemia de COVID-19, bem como a fatores sociodemográficos, econômicas, acadêmicos, de saúde e aos traumas na infância.

A compreensão dos fatores de risco para suicídio e depressão, assim como do estresse precoce, vivenciados pelos estudantes universitários, poderá facilitar o entendimento dos contextos aos quais esses estudantes são submetidos e, assim, favorecer intervenções preventivas mais eficazes para essa população. A maior parte do conhecimento sobre o risco de suicídio e depressão que temos disponível na literatura antecede ao período da pandemia, que sinaliza uma situação sem precedentes para as gerações atuais, com efeitos sobre a saúde mental ainda não suficientemente conhecidos. Os impactos para a saúde mental ainda requerem investigações em diferentes contextos (que podem ter experimentado desafios e realidades sanitárias e sociais distintas). Desta forma, os resultados do presente estudo poderão oferecer subsídios para o planejamento de estratégias de formação e

apoio para os estudantes que ingressam nas universidades e para os estudantes que irão retornar para a universidade após o período de isolamento social.

Finalmente, universidades e outras instituições de ensino devem desenvolver programas de intervenção para induzir estilos de vida saudáveis, trabalhos de promoção da saúde, tanto física como emocional, conscientização relacionada aos transtornos mentais, como depressão e risco de suicídio, direcionados para a realidade desses jovens estudantes (TAMAYO *et al.*, 2015). Tais atitudes devem favorecer a adaptação a esse momento e, dessa maneira, torná-los mais efetivamente preparados para a vida profissional.

3 OBJETIVO

3.1 Geral

Avaliar os fatores de risco e de proteção associados ao risco de suicídio e aos sintomas depressivos entre estudantes universitários antes e durante a fase inicial do isolamento social provocado pela COVID-19.

3.2 Específicos

- Caracterizar os estudantes segundo características sociodemográficas;
- Comparar o risco de suicídio dos estudantes antes e durante o isolamento social imposto pela pandemia de COVID-19;
- Comparar a gravidade de sintomas depressivos dos estudantes antes e durante o isolamento social imposto pela pandemia de COVID-19;
- Investigar traumas na infância e/ou adolescência entre os estudantes universitários;
- Verificar os fatores de risco e de proteção para suicídio entre os estudantes universitários;
- Verificar os fatores de risco e de proteção para os sintomas de depressão entre os estudantes.

4 MÉTODO

4.1 Delineamento da Pesquisa

Para a realização de pesquisa científica, o pesquisador possui um vasto campo nas escolhas metodológicas, e essas devem estar alinhadas com a pesquisa, além de atingir o objetivo proposto (ESPERÓN, 2017). Para atender aos objetivos propostos no presente estudo, foi empregada a abordagem quantitativa longitudinal prospectiva.

A pesquisa quantitativa é aquela em que se coletam e analisam dados quantitativos sobre diferentes variáveis (ESPERÓN, 2017). A pesquisa quantitativa possibilita o raciocínio dedutivo, a formulação de hipóteses a partir da sistematização de um problema, e a escolha de mecanismos capazes de investigá-los, considerando o controle e minimização de possíveis vieses, além da maximização da precisão e da validade, com resultados capazes de serem generalizados (POLIT *et al.*, 2011).

No estudo com abordagem longitudinal ou sequencial, há uma sequência temporal, intervenção terapêutica, aparecimento de doenças ou algum fator evolutivo (HOCHMAN, 2005). Esses estudos destinam-se a investigar um processo ao longo de um determinado tempo para verificar ocorrências de mudanças. Existem dois tipos de estudos longitudinais, o prospectivo, no qual se desenvolve o estudo no presente e há seguimento da amostra ao longo do tempo; e o retrospectivo, que busca investigar registros e situações do passado e suas implicações no presente (HOCHMAN, 2005).

A escolha metodológica mais adequada para a pesquisa é o primeiro passo para a realização de um trabalho criterioso, qualificado, relevante e satisfatório (SOUSA; DRIESSNACK; MENDES, 2007).

Destaca-se que os objetivos do estudo foram reformulados após o início da coleta de dados. Devido à pandemia de COVID-19, o projeto previamente delineado foi inviabilizado e a pesquisa foi modificada e submetida à apreciação ética para comparar o risco de suicídio e a depressão antes e durante os meses iniciais da pandemia.

4.2 Local do Estudo

O estudo foi realizado em duas etapas, sendo a primeira realizada presencialmente na Universidade Federal de São Paulo – Campus da Baixada Santista no Instituto de Saúde e Sociedade (ISS) e a segunda etapa, uma coleta de dados *online*.

A UNIFESP iniciou o processo de expansão com o Campus da Baixada Santista em 2004. Em setembro de 2004, foi oficializada a criação e a implantação dos primeiros cursos da universidade em nível local. Foram implantados os cursos de Educação e Comunicação em Saúde e o de Gestão em Saúde, os primeiros cursos com fornecimento de diploma de nível superior em áreas de fronteira das ciências humanas com a da saúde. Em 2005, foi assinada a criação definitiva do Campus pelo Ministro da Educação e, em dezembro desse mesmo ano, ocorreu o primeiro vestibular para os cinco cursos de graduação: Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Psicologia, Educação Física e Nutrição. Em 2009, foi inaugurado o curso de Serviço Social (UNIFESP, 2013-2021).

O Campus tem uma grande área de abrangência, incorporando a Região Metropolitana da Baixada Santista, que se compõe por nove municípios: Santos, São Vicente, Cubatão, Praia Grande, Bertioga, Mongaguá, Itanhaém, Peruíbe e Guarujá. Com uma delimitação territorial de 2.373 km², tem aproximadamente um milhão e seiscentos mil habitantes, o que justifica a importância de uma universidade pública na região (UNIFESP, 2013-2021).

A UNIFESP, Campus Baixada Santista, foi inaugurada em 2005, na cidade de Santos. Atualmente, possui seis cursos de graduação voltados para a área das Ciências da Saúde: Educação Física, Serviço Social (vespertino e noturno), Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Psicologia e Nutrição.

Segundo dados da Pró-Reitoria de Graduação – PROGRAD, existiam aproximadamente 2.500 alunos matriculados nos cursos do ISS no momento do início da coleta de dados. Considerando que o levantamento foi realizado na semana de integração de calouros na universidade, ainda ocorreriam chamadas posteriores da lista de aprovação.

A segunda etapa foi composta pela reaplicação dos questionários no formato *online*, para os estudantes que participaram da etapa presencial, que novamente aceitaram participar do estudo.

Os questionários *online* foram inseridos na plataforma do *Google Forms*, uma plataforma gratuita. Dessa forma, após a inscrição do pesquisador e a inserção dos questionários, foi liberado um *link* para o pesquisador, o qual foi disponibilizado para os estudantes que se disponibilizaram a participar novamente da pesquisa.

No momento em que foi realizada a segunda coleta de dados, o cenário de contaminados, suspeitos e óbitos causados pela COVID-19 no Estado de São Paulo e no município de Santos é como o que está apresentado na Tabela 1.

Tabela 1 — Boletim diário COVID-19 (15 de junho). São Paulo, SP, Brasil. 2020

	Confirmados	Óbitos
Estado de São Paulo	178.202	10.694
Cidade de Santos	6.493	229

Fonte: Adaptado de Cidade de São Paulo (2020, p. 2), Prefeitura de Santos (2020).

4.3 Participantes do Estudo

A amostra foi definida por conveniência. Foram convidados para participar do estudo 169 estudantes matriculados a partir do segundo ano de quatro cursos: Educação Física, Serviço Social - Noturno, Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Destes estudantes, três se recusaram a participar da pesquisa, por preferirem não se envolver com o tema. Participaram da primeira etapa da pesquisa 166 estudantes. Na coleta de dados em formato *online*, dos 165 estudantes que haviam preenchido o questionário e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) presencialmente, 102 responderam à etapa posterior que ocorreu via remota, sendo está a amostra do estudo.

4.4 Critérios de Inclusão

Foram elegíveis para o estudo os estudantes maiores de 18 anos e de ambos os sexos, matriculados em cursos de graduação da UNIFESP, ISS – Campus BS.

4.5 Critérios de Exclusão

Foram excluídos do estudo estudantes que não foram abordados na primeira fase da coleta de dados, que ocorreu uma semana antes do Decreto 64.862/2020 de 13 de março de 2020, no qual foi determinada a suspensão das aulas presenciais no Estado de São Paulo (ESTADO DE SÃO PAULO, 2020). Também foram excluídos os estudantes que não puderam ser contatados ou que não responderam ao formulário *online* após 04 tentativas de contato via celular pelo aplicativo *Whatsapp* e 02 tentativas via *e-mail*.

4.6 Procedimentos

Com a aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UNIFESP, foi realizada a primeira coleta de dados, que se deu de forma presencial.

No ISS, Campus Baixada Santista, da UNIFESP, os cursos de graduação possuem disciplinas interdisciplinares nos primeiros anos do currículo. Essas disciplinas ocorrem de maneira comum aos cursos da área de saúde, realizando assim interações entre os alunos de diversos cursos em sala de aula. Optou-se, inicialmente, pela autoaplicação dos questionários em todas as turmas que tinham disciplinas específicas dos cursos naquele período, para posteriormente coletar nas salas com disciplinas comuns a diversos cursos. A coleta teve início na segunda semana de março de 2020 e foi possível acessar os estudantes somente entre os dias 09 a 11 de março de 2020.

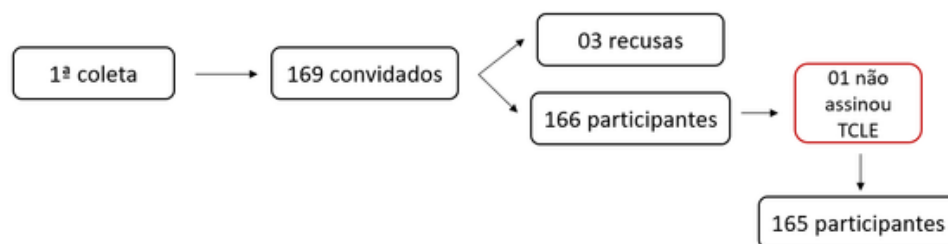
Para a realização da primeira coleta presencial da pesquisa, a pesquisadora solicitou autorização dos docentes responsáveis pelas turmas nos períodos em que a coleta seria realizada para que fosse disponibilizado algum tempo antes ou após o término das aulas, de forma a não prejudicar o desenvolvimento das atividades didáticas. Após autorização prévia dos docentes, a pesquisadora foi ao encontro das turmas com disciplinas específicas em sala de aula e realizou uma breve explicação sobre os objetivos da pesquisa, o sigilo das informações prestadas e sobre os questionários.

Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A) e, posteriormente, responderam aos demais questionários, sendo eles: Questionário Sociodemográfico (APÊNDICE C); Avaliação do Risco de Suicídio (ANEXO A); Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse (ANEXO B); Questionário sobre Traumas na Infância (ANEXO C), sendo todos autoaplicáveis, com tempo médio de 20 minutos para o preenchimento.

Após o Decreto 64.862/2020, de 13 de março de 2020, a coleta de dados presencial foi suspensa e o estudo foi reestruturado e aprovado novamente pelo CEP da UNIFESP. Os instrumentos aplicados na etapa presencial foram realizados no formato *online*, com pequenas alterações no questionário sociodemográfico (para adequar as questões ao contexto da pandemia) apresentado no (APÊNDICE D) e o Questionário sobre Traumas na Infância. Por se tratar de um instrumento que investiga eventos traumáticos na infância, não houve a necessidade de reaplicação. Decorridos três meses e dois dias após a primeira coleta de dados, deu-se início à segunda etapa da pesquisa.

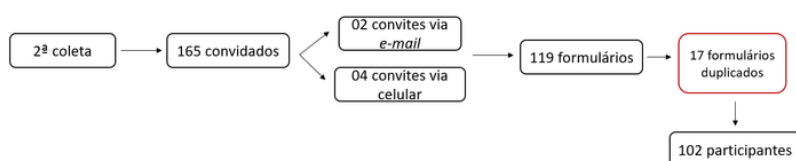
Nas Figuras 1 e 2, pode-se verificar como se deu o procedimento para a realização da coleta de dados. Os 165 estudantes universitários participantes da primeira etapa foram convidados por *e-mail* e via aplicativo de celular (*Whatsapp*) a participar da segunda etapa do estudo. Vinte e três *e-mails* retornaram como inexistentes. Para cada participante, foram feitas, no máximo, duas tentativas de convites via *e-mail*. Quinze números de telefones também não foram identificados, mas houve, no máximo, quatro tentativas de contato por aplicativo de celular para cada participante do estudo. Dos Dezesete formulários duplicados que foram excluídos, sempre foi mantida a primeira resposta fornecida pelo estudante. Dos 165 estudantes contatados novamente, 102 responderam ao questionário *online*.

Fluxograma 1 — Fluxograma relativo aos procedimentos para a coleta de dados da fase presencial, antes da pandemia.



Fonte: O autor (2021).

Fluxograma 2 — Fluxograma relativo aos procedimentos para a coleta de dados da fase *online*, durante a pandemia.



Fonte: O autor (2021).

O questionário ficou disponível na plataforma *online* durante o período de quarenta dias. No período da segunda coleta de dados, os estudantes não estavam tendo aulas presenciais e nem remotas, pois estavam suspensas todas as atividades. Portanto, os períodos de coletas foram: presencial de 09 a 11 de março de 2020 e *online* de 14 junho a 24 julho de 2020.

Todos os estudantes que participaram do estudo, após a finalização da pesquisa, receberam por *e-mail* informações sobre os temas abordados pela pesquisa, assim como orientações acerca de como lidar com fatores estressores e sofrimento emocional que podem ter surgido ou se agravado durante a pandemia. Além disso, os estudantes também receberam material em forma de cartilha educativa (APÊNDICE E), confeccionado pela pesquisadora e o grupo de pesquisa do qual a mesma faz parte, sobre orientações gerais sobre suicídio e depressão, assim como indicação de locais onde poderiam buscar ajuda profissional para si mesmos(as) ou para terceiros.

4.7 Instrumentos

4.7.1 Questionários sociodemográficos (APÊNDICE C e D)

Os questionários sociodemográficos abrangeram os seguintes aspectos: idade, sexo, curso, período do curso, período em que cursa, ano de ingresso, estado civil, se possui filhos, com quem reside, se exerce função remunerada ou realiza estágio, se fuma, renda líquida mensal, prática de atividade física, entre outras questões que auxiliaram na caracterização dos estudantes universitários do ISS, da UNIFESP – Campus Baixada Santista.

4.7.2 Avaliação do Risco de Suicídio (ANEXO A)

A Minientrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI) é uma entrevista diagnóstica padronizada breve, compatível com os critérios do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* – DSM-IV e da Classificação Internacional de Doenças- CID-10 (WHO, 1993; APA, 2014). A entrevista, na sua integralidade, é composta por diversos submódulos, que correspondem a agravos ligados à saúde mental e transtornos mentais. A MINI, atualmente, é utilizada por pesquisadores de todo o mundo, pois, a confiabilidade e validade são globalmente satisfatórias (LECRUBIER *et al.*, 1997; SHEEHAN *et al.*, 1997; AMORIM *et al.*, 1998). A MINI é de domínio público. Foi desenvolvida por pesquisadores do Hospital *Pitié-Salpêtrière* de Paris e da Universidade da Flórida, sendo sua versão original de Sheehan *et al.* (1997).

A versão original do instrumento, denominada *Mini International Neuropsychiatric Interview*, foi traduzida e adaptada para o português por Amorim (2000), sendo sua versão brasileira denominada de Minientrevista Neuropsiquiátrica, versão 5.0.0. No presente estudo, optou-se pela utilização apenas do módulo-C da MINI. Tal módulo é composto por seis perguntas relacionadas ao comportamento suicida, das quais cinco perguntas contemplam questões referentes ao último mês e uma pergunta é relacionada ao longo da vida. A avaliação do risco de suicídio é composta por perguntas dicotômicas (sim ou não), sendo que a resposta “sim” possui diferentes valores a depender da questão:

Questão 1 = 1 ponto.

Questão 2 = 2 pontos.

Questão 3 = 6 pontos.

Questões 4 e 5 = 10 pontos cada.

Questão 6 = 4 pontos.

O escore total do instrumento pode variar de 0 a 33 pontos, escore mínimo e máximo, respectivamente. Para a avaliação do Risco de Suicídio, está apresentada a seguir a classificação que varia desde sem risco até risco elevado:

Sem Risco = 0

Risco Baixo = 1 a 5 pontos

Risco Moderado = 6 a 9 pontos

Risco Elevado > ou igual a 10 pontos.

A entrevista MINI pode ser utilizada para a avaliação breve de critérios diagnósticos em estudos longitudinais, podendo ser utilizada por investigadores e clínicos em instituições públicas, como por exemplo universidades, hospitais e organismos governamentais (AMORIM, 2000; GONÇALVES, 2014; MEDEIROS, 2012).

Como o módulo-C da entrevista MINI é composto por questões dicotômicas e de fácil compreensão, foi utilizado de modo autoaplicável e a pesquisadora responsável realizou a análise dos escores para obter o resultado final. Destaca-se que o módulo-C da MINI já foi empregado para autoaplicação em estudos prévios (MEDEIROS, 2012; GONÇALVES, 2014).

4.7.3 Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse (ANEXO B)

O instrumento *Depression, Anxiety and Stress Scale* (DASS)-21 foi desenvolvido por Lovibond e Lovibond (1995) e é uma escala utilizada para avaliar sintomas de ansiedade, estresse e depressão. O instrumento foi traduzido para o português e validado para a população brasileira, sendo denominado Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse (EDAE) (VIGNOLA; TUCCI, 2014). O instrumento é uma ferramenta de fácil compreensão, autoaplicável e o tempo despendido para o preenchimento é de aproximadamente 15 minutos.

A EDAE contém 21 questões, é uma escala de autorrelato dividida em três subescalas. Cada subescala do instrumento é composta por sete itens, que visam avaliar os estados emocionais de depressão, ansiedade e estresse. As subescalas são compostas pelas seguintes questões:

Depressão – Questões (3, 5, 10, 13, 16,17, 21)

Ansiedade – Questões (2, 4, 7, 9, 15, 19, 20)

Estresse – Questões (1, 6, 8, 11, 12, 14, 18)

As perguntas avaliam o grau em que o participante experimenta os sintomas referentes a esses estados emocionais na última semana. É uma escala tipo *Likert*, de pontuação que varia de 0 a 3 pontos, sendo 0 “não se aplicou de maneira alguma”, a 3, “aplicou-se muito, ou na maioria do tempo” (VIGNOLA; TUCCI, 2014).

O resultado da EDAE-21 é obtido pela somatória dos itens para cada uma das três subescalas. Após a somatória de cada subescala, o resultado é multiplicado por dois para assim se obter o escore final e a aplicação da classificação. A graduação de severidade da escala é composta pelas seguintes pontuações (LOVIBOND; LOVIBOND, 1995; VIGNOLA; TUCCI, 2014):

Quadro 1 — Classificação segundo a pontuação EDAE-21

	Depressão	Ansiedade	Estresse
Normal/ Leve	0-9	0-7	0-14
Mínimo	10-13	8-9	15-18
Moderado	14-20	10-14	19-25
Grave	21-27	15-19	26-33
Muito Grave	28+	20+	34+

Fonte: O autor (2020), adaptado de Vignola e Tucci (2014).

No presente estudo, optou-se por utilizar apenas a subescala de depressão. Este instrumento é de domínio público.

4.7.4 Questionário sobre Trauma na Infância (ANEXO C)

O Questionário Sobre Traumas na Infância (QUESI) é um instrumento que investiga componentes traumáticos ocorridos na infância. A versão original foi criada por Bernstein *et al.* (1994), denominada de *Childhood Trauma Questionnaire* (CTQ).

O instrumento original contém 70 questões. Bernstein *et al.* (1997) encontraram os primeiros achados da validação do instrumento, considerando-o, assim, adequado para a avaliação de traumas em adolescentes. Posteriormente, foi criada uma versão reduzida, que contempla 28 questões (BERNSTEIN *et al.*, 2003). Essa versão reduzida foi traduzida, adaptada e validada quanto ao seu conteúdo para a versão em português por Grassi-Oliveira, Stein e Pezzi (2006), sendo denominado Questionário Sobre Trauma na Infância.

O QUESI é constituído por 28 questões, avaliadas em uma escala *Likert* de 5 pontos. O instrumento avalia cinco dimensões: abuso físico, abuso emocional, negligência física, negligência emocional e abuso sexual. O instrumento possui 25 questões que avaliam cada uma das cinco dimensões traumáticas; cada dimensão é composta por cinco questões; três questões são da escala de minimização/negação.

Para classificação, é obtido um escore para cada um dos cinco tipos de trauma, que pode variar de 5, que é ausência do trauma na questão, a 25, que é o escore máximo para a presença de traumas, além de um escore total para todos os traumas, que pode variar de 25, sendo a ausência de qualquer trauma, a 125, escore máximo para a presença de todos os traumas (BERNSTEIN *et al.*, 2003). As dimensões são compostas pelas seguintes questões:

Abuso Emocional – Questões: 3, 8, 14, 18 e 25.

Abuso Físico – Questões: 9, 11, 12, 15 e 17.

Abuso Sexual – Questões: 20, 21, 23, 24 e 27

Negligência Emocional – Questões: *5, *7, *13, *19 e *28.

Negligência Física – Questões: 1, *2, 4, 6, * 26.

Minimização/Negação – Questões: 10, 16, 22.

As respostas ao escore de cada questão são dadas da seguinte forma:

Nunca = 1

Poucas Vezes = 2

Às vezes, Muitas vezes = 4

Sempre = 5

Para calcular a pontuação total de cada evento traumático avaliado, que varia de 1 a 5, todos os itens com um asterisco (*) devem ser codificados reversamente antes da soma (1 = 5, 2 = 4, 3 = 3, 4 = 2, 5 = 1). Bernstein e Fink (1988) estabeleceram

pontuações de corte para níveis de exposição que variam entre nenhum, baixo, moderado e severo para cada tipo de trauma na infância. Para a avaliação dos participantes segundo a pontuação é possível a utilização da seguinte classificação.

Quadro 2 — Classificação QUESI – Segundo pontuação obtida no instrumento

Nível de abuso	Abuso emocional	Abuso físico	Abuso sexual	Negligência emocional	Negligência física
Nenhum	8	7	5	9	7
Baixo	12	9	7	14	9
Moderado	15	12	12	17	12
Severo	16+	13+	13+	18+	13+

Fonte: O autor (2020), adaptado de Grassi-Oliveira, Stein e Pezzi (2006).

4.8 Variáveis do Estudo

As variáveis de desfecho do estudo que foram consideradas para as análises são a classificação módulo-C MINI e a classificação EDAE subescala depressão. Todos os desfechos do estudo são variáveis de contagem, com valores de 0, 1, [...], 33 no caso da classificação módulo-C MINI; de 0, 1, [...], 63 no caso EDAE subescala depressão e de 0, 1, [...], 21 para cada um dos domínios da EDAE.

Como variáveis independentes de efeitos fixos para o modelo foram utilizados os escores dos domínios da escala QUESIT: Abuso Emocional, Abuso Físico, Abuso Sexual, Negligência Emocional, Negligência Física. Os domínios da escala QUESIT foram mantidos no modelo independente de sua significância estatística. A aplicação do questionário QUESI se deu somente na primeira etapa da coleta de dados, por se tratar de um instrumento que investiga componentes traumáticos ocorridos na infância e adolescência. Foi necessário que algumas variáveis fossem reagrupadas no banco de dados inicial, para que fosse possível uma análise de dados, como apresentada no Quadro 3.

Quadro 3 — Risco de suicídio e sintomas depressivos entre estudantes universitários antes e durante o isolamento social pela COVID-19

Variáveis	Categorias disponíveis no questionário	Categorias recodificadas
Cor	Branco; Preto; Pardo; Indígena e Amarelo	Branco/Outros
Período em que cursa	Integral; Vespertino e Noturno	Integral/Outros
Período do Curso	Segundo; Terceiro; Quarto e Quinto ano	Segundo/Outros
Estado Civil	Solteiro; Divorciado; Casado e Outros	Solteiros/Casados
Religião	Não tenho, Católica, Evangélica/Protestante, Espírita, Judaica, Orientais/Budismo	Possui/Não possui
Com quem reside (antes e durante pandemia)	Não Sabe/ Recusou, Pais e/ou Irmãos, Parentes, Cônjuge/Companheiro, Sozinho, República e Pensionato	Familiares/Outros
Renda Líquida Mensal (antes e durante pandemia)	Um salário mínimo – (SM) – até R\$ 1.045,00; De 1 a 3 SM – de R\$ 1.045,00 a R\$ 3.135,00; De 3 a 5 SM – de R\$ 3.136,00 a R\$ 5.225,00; De 5 a 10 SM – de R\$ 5.226,00 a R\$ 10.450,00; Acima de 10 SM – acima de R\$ 10.450,00; Não sabe	Até 3 salários mínimos - SM/acima de 3 SM
Exerce atividade remunerada durante a pandemia	Não, Fui demitido; Sim; Continuo trabalhando por <i>home Office</i>	Sim/Não
Saúde física nos últimos 30 dias (antes e durante pandemia)	Ruim; Boa e Média	Ruim e Boa/média
O quanto se sentiu solitário (antes e durante pandemia)	Frequentemente; Nunca; De vez em quando e Raramente	Frequentemente/Outros

Fonte: O autor (2021).

Adicionalmente, foram consideradas como variáveis independentes, nos dados relativos à primeira coleta: Idade (anos), Gênero (masculino/feminino), Cor (branco/outros), Período em que cursa (integral/outros), Período do Curso (segundo/outros), Filhos (sim/não), Religião (sim/não) e Utilizou sistema de cota para ingresso na universidade (sim/não). Na segunda coleta, foram consideradas como variáveis independentes: Pessoas que residem no mesmo domicílio (contagem), Com quem reside, Renda Líquida Mensal (até 3 SM/ acima 3 SM), Exerce Atividade Remunerada (sim/não), Recebe Auxílio Permanência (sim/não), Precisou de tratamento de saúde (sim/não), Precisou de tratamento psicológico/psiquiátrico (sim/não), Saúde Física (Ruim/Boa, média, não sabe), O quanto se sentiu solitário na pandemia (sim/não) e Realizou automedicação (sim/não). A variável do tempo (t1 [antes], t2 [durante]) foi mantida no modelo independente de sua significância estatística.

4.9 Análise dos Dados

Após a aplicação e a reaplicação dos instrumentos, os dados foram duplamente digitados no Programa Microsoft Excel. Posteriormente, foram transportados para programa estatístico R (R CORE TEAM, 2020). As variáveis categóricas foram analisadas por meio de frequência simples e porcentagem. As variáveis numéricas foram analisadas por medidas de tendência central (média e mediana), dispersão (desvio-padrão – DP) e intervalo.

Para análise dos desfechos investigados, foi utilizado o modelo de regressão multivariada *Generalized Additive Models for Location, Scale and Shape* (GAMLSS) (AKANTZILIOTOU; RIGBY; STASINOPOULOS, 2002).

O critério de Informação de *Akaike Information Criterion Statistics* (AIC) (SAKAMOTO; ISHIGURO; KITAGAWA, 1986) foi utilizado para efetuar a seleção da variável dependente do estudo, dentre os modelos possíveis de contagem da classe GAMLSS.

Foi utilizado o nível de significância alfa de 5% na tomada das decisões. As análises dos dados contaram com apoio e suporte de estatístico.

4.10 Aspectos Éticos

A primeira etapa do estudo (ANEXO D) foi aprovada pelo CEP da UNIFESP, sob dados: CAAE: 00483418.3.0000.5505, número do parecer: 3.030.958, projeto CEP/UNIFESP n:1166/2018 (parecer final). A segunda etapa (ANEXO E) foi aprovada pelo CEP e seguiu as recomendações da Resolução nº 466/2012 sobre pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012) (CAAE: 38491520.0.0000.5505, número do parecer: 4314586, projeto CEP/UNIFESP n:1161/2020 (parecer final)).

Os participantes do estudo foram esclarecidos quanto ao anonimato e sigilo das informações, a liberdade para interromper a participação na pesquisa se assim o desejar, sem que isso lhes acarretasse dano pessoal. A participação foi voluntária e sem fins lucrativos. Foram, ainda, esclarecidos sobre os objetivos do estudo e, também, que os dados obtidos seriam utilizados para elaboração de trabalho científico e posterior publicação em revista científica.

Após consentirem, verbalmente, em participar da pesquisa na primeira etapa presencial, foi solicitado aos participantes que assinassem o TCLE. Na segunda etapa *online*, os estudantes também davam o consentimento para participar dessa etapa da pesquisa e receberiam uma cópia do TCLE via *e-mail*.

5 RESULTADOS

5.1 Caracterização dos Estudantes Universitários Participantes do Estudo

A amostra final do estudo foi composta por 102 estudantes universitários que foram avaliados em dois momentos distintos. As principais características da amostra foram: maioria do sexo feminino (71,6%), com menos de 25 anos de idade (85,3%), da cor branca (67,6%), solteira (96,1%) e sem filhos (98%), com religião (56,9%) (Tabela 2).

Tabela 2 — Características sociodemográficas dos estudantes universitários participantes do estudo (n = 102). Santos, SP, Brasil, 2020

Variáveis	n	%
Sexo		
Masculino	29	28,4
Feminino	73	71,6
Idade		
18,0 a 20,9	42	41,2
21,0 a 22,9	37	36,3
23,0 a 24,9	08	7,8
≥25	15	14,7
Cor		
Branco	69	67,6
Outros	33	32,4
Estado Civil		
Solteiro(a)	98	96,1
Casado(a)	04	03,9
Filhos		
Não	100	98
Sim	02	2,0
Religião		
Não possui	44	43,1
Possui	54	52,9
Não informado	04	3,9

Fonte: O autor (2020).

A Tabela 3 apresenta as características dos estudantes universitários em relação à graduação. A maior parte dos estudantes que participou da pesquisa foi do curso de fisioterapia (44,1%), estudava em período integral (84,3%) e a partir do terceiro ano da graduação (65,7%), tendo ingressado a partir do ano de 2017 (82,4%). A maioria não realizava estágio (86,3%), já havia participado de algum projeto

acadêmico (68,6%) e a forma de ingresso predominante foi o Sistema de Seleção Unificada (SISU) (91,2%), sendo que 32,4% utilizaram o sistema de cotas para o ingresso. No que se refere ao percurso acadêmico, 35,3% dos estudantes tiveram alguma reprovação durante a graduação e 3,9% necessitaram trancar o curso por algum período.

Tabela 3 — Características acadêmicas dos estudantes universitários participantes do estudo (n=102). Santos, SP, Brasil, 2020

Variáveis	n	%
Curso		
Educação Física	24	23,5
Serviço Social - Noturno	16	15,7
Fisioterapia	45	44,1
Terapia Ocupacional	17	16,7
Período em que cursa		
Integral	86	84,3
Outros	16	15,7
Período do Curso		
Segundo ano	35	34,3
A partir do 3º ano	67	65,7
Ano de Ingresso		
2014 a 2016	15	14,7
2017 a 2019	84	82,4
2020	03	2,9
Realiza estágio		
Não	88	86,3
Sim	14	13,7
Forma de ingresso na universidade		
SISU	93	91,2
Transferência interna	01	1,0
Transferência externa	08	7,8
Utilizou sistema de cota para ingresso na universidade		
Não	69	67,6
Sim	33	32,4
Reprovação durante a graduação		
Não	66	64,7
Sim	36	35,3
Já trancou semestre durante a graduação		
Não	98	96,1
Sim	04	3,9
Participa/participou de projetos acadêmicos		
Não	30	29,4
Sim	70	68,6
Não informado	02	2,0

Fonte: O autor (2020).

A Tabela 4 apresenta a comparação das características socioeconômicas e sociodemográficas dos estudantes universitários antes e durante o isolamento social pela pandemia de COVID-19. Antes e durante a pandemia, a maioria dos estudantes residia com até quatro pessoas no mesmo domicílio (68,6% e 83,4%, respectivamente), tinha renda mensal líquida da família acima de três salários mínimos (54,9%), negou exercer atividades remuneradas (84,3% e 86,3%, respectivamente) e a minoria tinha auxílio permanência (13,7% recebiam antes e 14,7% durante o isolamento social). Antes da pandemia, 35,3% relataram que residiam com familiares, enquanto, durante o isolamento social, 82,4% moravam com familiares.

Tabela 4 — Comparação das características socioeconômicas e sociodemográficas dos estudantes universitários participantes do estudo antes e durante o isolamento social devido à pandemia de COVID – 19 (n = 102). Santos, SP, Brasil, 2020

Variáveis	Antes n (%)	Durante n (%)
Pessoas que residem no mesmo domicílio		
1 a 2	24 (23,5)	17 (16,7)
3 a 4	46 (45,1)	68 (66,7)
5 a 6	24 (23,5)	15 (14,7)
≥7	08 (7,8)	02 (2,0)
Com quem reside		
Familiares	36 (35,3)	84 (82,4)
Outros	62 (60,8)	17 (16,7)
Não informado	04 (3,9)	01 (1,0)
Renda líquida mensal		
De um a três salários mínimos R\$ 1.045,00 a R\$ 3.135,00	44 (44,0)	46 (45,1)
A partir de três salários mínimos R\$ 3.136,00	56 (56,0)	56 (54,9)
Exerce função remunerada		
Não	86 (84,3)	88 (86,3)
Sim	16 (15,7)	14 (13,7)
Recebe auxílio permanência		
Não	88 (86,3)	87 (85,3)
Sim	14 (13,7)	15 (14,7)

Fonte: O autor (2020).

A Tabela 5 apresenta a comparação das características de saúde dos estudantes universitários antes e durante o isolamento social devido à pandemia de COVID-19. Antes e durante o isolamento social (26,5% e 15,7%, respectivamente) dos estudantes realizavam tratamento de saúde; 21,6% dos estudantes realizavam

tratamento psicológico ou psiquiátrico antes e durante o isolamento social. Dos participantes do estudo, 96,2% relataram que estavam com a saúde física boa ou média nos últimos 12 meses que antecederam a pandemia, enquanto 83,7% mantiveram a saúde média/boa nos últimos 30 dias que antecederam a coleta dos dados durante a pandemia. Dos entrevistados, 32,4% se sentiam solitários frequentemente antes do isolamento social. Durante o isolamento social, o sentimento de solidão esteve presente em 79,4% dos estudantes. A automedicação era de 14,7% e, durante o isolamento social, de 13,7%.

Antes do isolamento social, 66,7% referiram que procuraram alguma ajuda relacionada à saúde física nos últimos 12 meses. A prática de atividade física antes do isolamento social estava presente diariamente em 14,7% dos estudantes.

Tabela 5 — Comparação das características de saúde dos estudantes universitários participantes do estudo antes e durante o isolamento social devido à pandemia de COVID-19 (n=102). Santos, SP, Brasil, 2020

Variáveis	Antes n (%)	Durante n (%)
Tratamento de saúde		
Não	75 (73,5)	86 (84,3)
Sim	27 (26,5)	16 (15,7)
Tratamento psicológico/psiquiátrico		
Não	80 (78,4)	80 (78,4)
Sim	22 (21,6)	22 (21,6)
Saúde Física		
Ruim	07 (6,9)	17 (16,7)
Boa/Média	94 (92,2)	85 (83,3)
O quanto se sentiu solitário		
Frequentemente	33 (32,4)	81 (79,4)
Nunca/de vez em quando/raramente	69 (67,6)	21 (20,6)
Faz Automedicação		
Não	86 (84,3)	87 (85,3)
Sim	15 (14,7)	14 (13,7)
Não sabe	01 (1,0)	01 (1,0)

Fonte: O autor (2020).

A Tabela 6 apresenta a classificação obtida pelos estudantes na avaliação do risco de suicídio pelo módulo-C MINI antes e durante o isolamento social pela pandemia de COVID-19. A porcentagem de participantes com risco baixo para suicídio variou de 81,4% antes do isolamento social para 91,2% durante o isolamento. Antes do isolamento, o risco moderado foi identificado em 4,9% dos estudantes e em 2,9%

durante o isolamento social. O risco alto para suicídio antes do isolamento foi encontrado em 13,7% dos estudantes e em 5,9% da amostra durante o isolamento social.

Tabela 6 — Classificação obtidas pelos estudantes universitários na Avaliação do Risco de Suicídio pelo módulo-C MINI antes e durante o isolamento social devido à pandemia de COVID-19 (n=102). Santos, SP, Brasil, 2020

Risco de Suicídio Módulo-C MINI	Antes	Durante
	n (%)	n (%)
Risco Baixo	83 (81,4)	93 (91,2)
Risco Moderado	05 (4,9)	03 (2,9)
Risco Alto	14 (13,7)	06 (5,9)
Média (dp)	3,7 (6,9)	2,0 (4,9)
Mediana	0	0

Fonte: O autor (2020).

A Tabela 7 apresenta a classificação obtida pelos estudantes universitários na subescala de depressão da EDAE-21 antes e durante o isolamento social devido à pandemia de COVID-19. Dos participantes do estudo, 16,7% se classificaram como moderado antes e durante o isolamento social na tabela de classificação para sintomas de depressão. A classificação grave foi atribuída a 10,8% no momento antes do isolamento social e a 14,7% durante o isolamento social. Já na classificação muito grave estiveram 14,7% dos participantes antes do isolamento e, durante o isolamento social, em 16,7%.

Tabela 7 — Classificação obtida pelos estudantes universitários na Subescala de Depressão da Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse EDAE-21 antes e durante o isolamento social devido à pandemia de COVID-19 (n=102). Santos, SP, Brasil, 2020

Escala de classificação EDAE-21 – Subescala Depressão	Antes	Durante
	n (%)	n (%)
Normal	51 (50,0)	40 (39,2)
Mínimo	08 (7,8)	13 (12,7)
Moderado	17 (16,7)	17 (16,7)
Grave	11 (10,8)	15 (14,7)
Muito Grave	15 (14,7)	17 (16,7)
Média (dp)	12,7(11,3)	15,0(10,8)
Mediana	09	12

Fonte: O autor (2020).

Na Tabela 8, encontra-se a classificação obtida pelos estudantes universitários nas subescalas do questionário QUESI. Em todas as subescalas, a grande maioria dos estudantes se classificou como normal. Na subescala de abuso emocional, 9,8% dos participantes apresentaram como moderado e 6,9% como severo. Já na subescala de abuso físico, 4,9% dos participantes apresentaram moderado e 2% severo. Em relação ao abuso sexual, 2,9% dos estudantes apresentaram como moderado e 1% como severo. Já na subescala de negligência emocional, 4,9% dos participantes apresentaram como moderado e 1% como severo. Na subescala de negligência física, nenhum dos participantes do estudo classificou como severo; 86,3% classificaram como normal, 10,8% como baixo e 2,9% como moderado.

Tabela 8 — Classificação obtida pelos estudantes universitários nas subescalas do Questionário sobre Traumas na Infância QUESI antes do isolamento social devido à pandemia de COVID-19 (n=102). Santos, SP, Brasil, 2020

Escala de Classificação SubEscalas QUESI					
	Abuso Emocional	Abuso Físico	Abuso Sexual	Negligência Emocional	Negligência Física
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Normal	56 (54,9)	87 (85,3)	88 (86,3)	66 (64,7)	88 (86,3)
Baixo	29 (28,4)	08 (7,8)	10 (9,8)	30 (29,4)	11 (10,8)
Moderado	10 (9,8)	05(4,9)	03 (2,9)	05 (4,9)	03 (2,9)
Severo	07 (6,9)	02(2,0)	01(1,0)	01(1,0)	0 (0,0)
Média(dp)	3,8 (9,1)	1,9 (6,2)	1,1 (5,3)	3,2 (8,5)	1,5 (6,0)
Mediana	08	06	05	08	05

Fonte: O autor (2020).

5.2 Resultado da Análise Multivariada das Variáveis de Desfechos

O modelo de GAMLSS para a variável de desfecho classificação EDAE-21 subescala depressão está apresentado na Tabela 9. O teste de normalidade *Shapiro Wilk* indicou que o modelo ajustado para classificação total da EDAE-21 subescala depressão é satisfatório ($p=0,9094$).

Para a classificação do EDAE-21, subescala depressão, os fatores de risco foram: sentir-se frequentemente solitário durante o isolamento social; estudar em período integral; ter ingressado na universidade pelo sistema de cota; ter iniciado tratamento psicológico ou psiquiátrico durante o isolamento social; ter se autodeclarado da cor branca; ter iniciado tratamento de saúde durante o isolamento social; ter apresentado maiores sintomas depressivos durante a fase inicial da pandemia; ter referido história de abuso emocional na infância ou adolescência.

Para a classificação do EDAE-21, subescala depressão, os fatores de proteção foram: possuir religião; ter pessoas a mais residindo no domicílio durante o isolamento social; idade, para cada ano a mais.

Para os participantes que frequentemente se sentem solitários, espera-se um aumento de 105,31% na pontuação média da EDAE-21 subescala depressão em relação aos participantes que não se sentem solitários frequentemente ($AR=2,0531$;

IC=1,8286-2,3051; $p=0,0001$). Para quem estuda em período integral, estima-se um aumento de 76,57% na pontuação média da EDAE-21 subescala depressão em relação a quem não estuda em período integral (AR=1,7657; IC=1,4856-2,0986; $p=0,0001$). Para os participantes que utilizaram sistema de cota, espera-se um aumento de 66,81% na pontuação média da EDAE-21 subescala depressão com relação aos participantes que não utilizaram (AR=1,6681; IC=1,4794-1,8807; $p=0,0001$). Para os participantes que iniciaram um tratamento psicológico/psiquiátrico durante a pandemia, estima-se um aumento de 55,80% na pontuação média da EDAE-21 subescala depressão com relação aos participantes que não iniciaram (AR=1,5580; IC=1,3720-1,7693; $p=0,0001$). Para os participantes de cor branca espera-se um aumento de 40,62% na pontuação média da EDAE-21 subescala depressão com relação aos participantes não brancos (AR=1,4062; IC=1,2192-1,6219; $p=0,0001$). Para os participantes que iniciaram um tratamento de saúde durante a pandemia, estima-se um aumento de 26,41% na pontuação média da EDAE-21 subescala depressão com relação aos participantes que não iniciaram (AR=1,2641; IC=1,1004-1,4521; $p=0,0012$). Estima-se um aumento de 18,85% na pontuação média da EDAE-21 subescala depressão na segunda etapa da coleta de dados (AR=1,1885; IC=1,0736-1,3156; $p=0,0011$). Para cada ponto a mais no Abuso Emocional, espera-se um aumento de 4,84% na pontuação média da EDAE-21 subescala depressão (AR=1,0484; IC=1,0352-1,0617; $p=0,0001$).

Nos participantes que possuem religião espera-se uma redução de 15,71% na pontuação média da EDAE-21 subescala depressão com relação aos participantes que não possuem religião (AR=0,8429; IC=0,7510-0,9460; $p=0,0044$). Espera-se uma redução de 8,59% da pontuação média da EDAE-21 subescala depressão para cada pessoa a mais que reside no domicílio durante o isolamento social (AR =0,9141; IC=0,8685-0,9621; $p=0,0008$). Para cada ano a mais na idade, espera-se uma redução de 6,05% na pontuação média da EDAE-21 subescala de depressão (AR=0,9395; IC=0,9206-0,9587 ; $p=0,0001$).

Tabela 9 — Resultado da GAMLSS para variável subescala depressão EDAE-21. Santos, SP, Brasil, 2020

Subescala Depressão EDAE-21		
Variável	AR(IC)	p-valor
Sentiu-se solitário frequentemente durante o isolamento social	2,05 (1,83 - 2,31)	<0,01
Cursar turno em período integral	1,77 (1,49 - 2,10)	<0,01
Utilizou sistema de cota para ingresso	1,67 (1,48 - 1,88)	<0,01
Iniciou tratamento psicológico/psiquiátrico durante o isolamento social	1,56 (1,37 - 1,77)	<0,01
Cor Branca	1,41 (1,22 - 1,62)	<0,01
Iniciou tratamento de saúde durante o isolamento social	1,26 (1,10 - 1,45)	<0,01
Tempo 2 (segunda coleta)	1,19 (1,07 - 1,32)	<0,01
Subescala Abuso Emocional Escala QUESI	1,05 (1,04 - 1,06)	<0,01
Possui Religião	0,84 (0,75 - 0,95)	<0,01
Pessoas a mais que residem no mesmo domicílio durante o isolamento social	0,91 (0,87 - 0,96)	<0,01
Idade (cada ano a mais)	0,94 (0,92 - 0,96)	<0,01

Fonte: O autor (2021).

Negrito: indica valores de $p < 0,05$

IC: intervalo de confiança

AR: aumento relativo, calculado através da regressão multivariada

De acordo com o ajuste, o modelo de GAMLSS para a variável de desfecho classificação módulo-C MINI está apresentado pela Tabela 11. O teste de normalidade *Shapiro Wilk* indicou que o modelo ajustado para classificação do módulo-C MINI é satisfatório ($p = 0,9704$).

Os fatores de risco para risco de suicídio foram: sentir-se frequentemente solitário durante o isolamento social; ter ingressado na universidade pelo sistema de cotas; ter iniciado tratamento psicológico ou psiquiátrico durante o isolamento social; ter ganho mensal de renda familiar durante o isolamento social de até três salários mínimos; ter referido história de negligência física e abuso emocional na infância ou adolescência. Enquanto que o único fator de proteção foi a fase inicial da pandemia.

Para aqueles estudantes que se sentiam frequentemente solitários espera-se um aumento de 175,91% na pontuação média da classificação do módulo-C MINI com relação aos participantes que não se sentiam solitários frequentemente (AR =2,7591; IC=1,9311-3,9423; p=0,0001). Espera-se um aumento de 75,76% na pontuação média da classificação do módulo-C MINI para os participantes que utilizaram o sistema de cotas para ingresso na universidade, em relação aos que não utilizaram (AR=1,7576; IC=1,1941-2,5872; p=0,0048). Para os estudantes que fazem tratamento psicológico/psiquiátrico espera-se um aumento de 56,87% na pontuação média da classificação do módulo-C MINI com relação aos participantes que não realizavam tratamento (AR=1,5687; IC=1,0550-2,3325; p=0,0273). Em relação aos participantes que possuíam até três salários mínimos durante o isolamento social, espera-se um aumento de 53,62% na pontuação média da classificação do módulo-C MINI com relação aos participantes que ganhavam mais de três salários mínimos durante o isolamento social (AR=1,5362; IC=1,0868-2,1715; p=0,0160). Para cada ponto a mais na pontuação na escala QUESI subescala Negligência Física, espera-se um aumento de 16,60% na pontuação média da classificação do módulo-C MINI (AR= 1,1660; IC=1,0585-1,2845; p=0,0022). Para cada ponto a mais na escala QUESI subescala Abuso Emocional, espera-se um aumento de 5,48% na pontuação média da classificação do módulo-C MINI (AR=1,0548; IC=1,0173-1,0937; p=0,0043).

Espera-se uma redução de 48,60% da pontuação média da classificação do módulo-C MINI com relação à primeira etapa da coleta de dados (AR =0,5140; IC=0,3747-0,7052; p=0,0001).

Tabela 10 — Resultado da GAMLSS para variável risco de suicídio avaliado pelo módulo-C MINI.
Santos, SP, Brasil, 2020

Módulo-C MINI		
Variável	AR (IC)	p-valor
Sentiu-se solitário frequentemente durante o isolamento social	2,76 (1,93 – 3,94)	<0,01
Utilizou sistema de cotas para ingresso	1,76 (1,19 – 2,59)	<0,01
Iniciou tratamento psicológico/psiquiátrico durante o isolamento social	1,57 (1,06 – 2,33)	0,03
Renda líquida mensal de até 3 salários mínimos durante o isolamento social	1,54 (1,09 – 2,17)	0,02
Subescala Negligência Física Escala QUESI	1,17 (1,06 – 1,28)	<0,01
Subescala Abuso Emocional Escala QUESI	1,05 (1,02 – 1,09)	<0,01
Tempo 2 (segunda coleta)	0,51 (0,37 – 0,71)	<0,01
Gênero Feminino	1,21 (0,82 – 1,79)	0,35
Cor branca	1,37 (0,89 – 2,12)	0,16
Solteiro(a)	0,89 (0,40 – 1,98)	0,78
Exerciam atividade remunerada durante o isolamento social	0,75 (0,49 – 1,17)	0,21

Fonte: O autor (2021).

Negrito: indica valores de $p < 0,05$

IC: intervalo de confiança

AR: aumento relativo, calculado através da regressão multivariada

6 DISCUSSÃO

Este estudo teve como objetivo principal avaliar os impactos da pandemia de COVID-19 nos sintomas de depressão e risco de suicídio entre estudantes universitários. Além disso, avaliou-se a relação entre os fatores socioeconômicos, demográficos, acadêmicos e história de traumas na infância ou adolescência e os sintomas de depressão e risco de suicídio antes e durante a fase inicial do isolamento social proporcionado pela pandemia de COVID-19.

Para avaliar essas relações, coletamos os dados de 102 estudantes universitários, antes do isolamento social e durante o período inicial do isolamento social. As principais características da amostra deste estudo foram: maioria do sexo feminino, com idade entre 18 a 25 anos, da cor branca, solteiros, sem filhos.

Os fatores de risco tanto para depressão quanto para risco de suicídio foram: se sentir frequentemente solitário; ter ingressado na universidade pelo sistema de cotas; ter iniciado tratamento psicológico ou psiquiátrico durante a pandemia; e ter referido história de abuso emocional na infância e na adolescência. Apenas para depressão: estudar em período integral; ter-se autodeclarado da cor branca; ter iniciado tratamento de saúde durante o isolamento social; fase inicial da pandemia. Apenas para risco de suicídio: ter ganho mensal de renda familiar durante o isolamento social de até três salários mínimos; ter referido história de negligência física na infância ou na adolescência. Por outro lado, os fatores de proteção para depressão foram: possuir religião; ter pessoas a mais residindo no domicílio durante o isolamento social; idade, para cada ano a mais; enquanto que para risco de suicídio foi: fase inicial da pandemia.

Durante a fase inicial da pandemia, foi estimado um aumento dos sintomas de depressão em relação ao período anterior. Os primeiros meses da pandemia do COVID-19 foram acompanhados por novas preocupações, incertezas e necessidades de adaptação para os estudantes universitários, além das restrições usuais impostas para toda a população. Os estudantes universitários que residiam em outros locais, como por exemplo repúblicas, com amigos ou sozinhos, tiveram que retornar para as casas de seus familiares. Somado a isso, houve outros fatores que ocorreram durante os primeiros meses de eclosão da pandemia, como: diferentes tipos de incertezas, quanto ao futuro próximo, a respeito de como se daria a conclusão dos estudos, em

relação à situação financeira, à habitação e à situação social, tanto relacionada às questões universitárias quanto às questões familiares, sendo esses elementos estressores para os estudantes universitários (ROGOWSKA *et al.*, 2020; FENG *et al.*, 2020; ZHANG X. *et al.*, 2020). Para os participantes deste estudo, ainda não existia cronograma escolar definido, e os estudantes não sabiam como se daria o retorno das atividades acadêmicas, elementos esses que, somados aos demais, podem ter sido considerados também estressores para os estudantes universitários, podendo ser os desencadeadores da frequência mais alta de sintomas depressivos.

Alta frequência de estudantes apresentaram sintomas depressivos classificados de moderado a muito grave durante o isolamento social (48,1%). Estudos que utilizaram o mesmo instrumento para avaliar os sintomas de depressão entre estudantes universitários mostraram dados distintos dos encontrados no presente estudo. Na China, foi detectado que 23% dos 66 estudantes apresentaram sintomas depressivos de moderado a muito grave (ZHANG Y. *et al.*, 2020). Em estudo realizado no sul do Brasil com uma amostra de 98 estudantes universitários, foi encontrado que 34,7% desses tinham sintomas depressivos de moderado a muito grave (ESTEVEES *et al.*, 2021).

Estudos realizados em outros países e que utilizaram instrumento distinto para avaliar os sintomas de depressão em maior número de estudantes também revelaram resultados diferentes e menos graves do que os apresentados pelos estudantes do presente estudo. Na China, identificou-se que 32% dos 1.346 estudantes tinham sintomas depressivos de moderado a muito grave (FENG *et al.*, 2020). Na Ucrânia, o índice de sintomas depressivos de moderado a muito grave foi semelhante (32%) na amostra de 1.512 estudantes (ROGOWSKA *et al.*, 2020). Salienta-se que esses estudos também utilizaram questionários no formato *online* para a coleta dos dados e que foram realizados no período inicial do isolamento social causado pelo COVID-19. No entanto, durante a realização do estudo realizado no sul do Brasil (ESTEVEES *et al.*, 2021), as atividades acadêmicas à distância já se encontravam em andamento, questão essa que diverge do presente estudo. Tal fato pode ter contribuído para o agravamento dos sintomas depressivos.

Antes da pandemia, os sintomas depressivos em universitários já eram alvo de investigações, pois o período da vida universitária coincide com a idade de aparecimento de alguns transtornos mentais (IBRAHIM *et al.*, 2013; CHOW *et al.*,

2018). No entanto, há variações nas taxas de prevalência de sintomas depressivos nessa população, as quais podem estar relacionadas aos diferentes instrumentos aplicados, contexto e período em que os dados foram coletados, variações entre os cursos e outros aspectos que também devem ser levados em consideração (CHOW *et al.*, 2018).

Durante o isolamento social, os estudantes universitários participantes deste estudo apresentaram uma diminuição significativa no risco de suicídio quando comparado ao momento anterior. Uma pesquisa realizada na França durante os meses de abril a maio de 2020 teve como objetivo identificar o estado de saúde mental dos estudantes confinados durante a pandemia de COVID-19 e quais fatores estariam associados ao desenvolvimento de sintomas de saúde mental. Foram avaliados 69.054 estudantes universitários e o resultado mostrou que a prevalência de pensamentos suicidas foi de 11,4% em um período menor de um mês (WATHELET *et al.*, 2020). Dados do Observatório Nacional da Vida dos Estudantes Universitários na França, realizado em 2016, indicou uma taxa de 8% de pensamentos suicidas durante os últimos 12 meses (OBSERVATOIRE NATIONAL DE LA VIE ETUDIANTE, 2018). Quando se comparam os dados dos dois estudos realizados na França, é possível perceber que houve aumento nas taxas de pensamento de suicídio, o que contrasta com os resultados encontrados no presente estudo.

Ainda há muita dificuldade em relação aos estudos que comparam momentos anteriores à pandemia e o momento durante o isolamento social. Por esse motivo, são necessários estudos futuros que examinem diretamente as possíveis relações e os impactos emocionais e psicológicos causados pela COVID-19 em estudantes universitários, assim como monitorar as mudanças ao longo do tempo e testar a eficácia de intervenções na saúde mental dessa população (TASNIM *et al.*, 2020).

Sentir-se frequentemente solitário durante a pandemia foi detectado como um fator de risco para sintomas de depressão e risco de suicídio. Corroborando com esse achado, diversas pesquisas internacionais sugerem que a solidão é a principal consequência da pandemia de COVID-19 para a saúde mental (KILLGORE *et al.*, 2020; LUCHETTI *et al.*, 2020; PADMANABHANUNNI; PRETORIUS, 2021). Esses achados podem ser explicados por diversos fatores como o isolamento e a falta de um sistema de apoio (KHOSRAVI; KASAEIYAN, 2020; ZHANG Y. *et al.*, 2019), tanto no período da pandemia como no não pandêmico. O aumento da solidão

provavelmente foi propiciado pelo período de isolamento, devido ao contexto pandêmico (SILVA *et al.*, 2020).

A habilidade e a propensão para buscar ajuda e apoio de outras pessoas podem ser fatores de proteção para jovens (ROWE *et al.*, 2014; KYOKO *et al.*, 2021). Um estudo realizado com universitários japoneses, no período de permanência em casa durante a pandemia COVID-19, demonstrou que a presença de alguém para consultar sobre as preocupações foi associada a uma diminuição dos riscos de ideação suicida e depressão (KYOKO *et al.*, 2021). No presente estudo, a presença de cada pessoa a mais que reside no domicílio durante o isolamento social foi também identificado como um fator de proteção para os sintomas de depressão durante a fase inicial da pandemia.

Este estudo detectou que o abuso emocional, considerado como um dos fatores de traumas na infância ou adolescência, foi fator de risco tanto para sintomas depressivos como para o risco de suicídio. Grande parte dos estudantes retornou a residir com os familiares durante o isolamento social. A convivência novamente no mesmo ambiente e intensificada pela pandemia do COVID-19 pode ter agravado as relações familiares, fazendo com que os estudantes universitários pudessem vivenciar traumas da infância e da adolescência novamente (LEBOW, 2020; SILVA *et al.*, 2020).

Estudos sugerem que o abuso emocional está associado a transtornos de humor, como a depressão (BECKER; GRILO, 2011; GIBB; CHELMINSKI; ZIMMERMAN, 2007; WINGENFELD *et al.*, 2011; CARR *et al.*, 2013). Eventos estressantes, como o trauma infantil ou durante a adolescência, são importantes fatores de risco para o sofrimento mental (SCHILLING *et al.*, 2014) e o comportamento suicida na população geral (ROY, 2011; BARBOSA *et al.*, 2014; DIAS DE MATTOS SOUZA *et al.*, 2016). O trauma na infância não só aumenta o risco de suicídio, mas também pode aumentar os sintomas depressivos ao longo da vida, agravando o seu curso e cronicidade (BERNET; STEIN, 1999; BROWN *et al.*, 2007; HEIM; NEMEROFF, 2001; HOVENS, 2010; LIU, 2009; NANNI; UHER; DANESE, 2012; WAINWRIGHT; SURTEES, 2002; WIERSMA *et al.*, 2009; YRONDI *et al.*, 2021).

A falta de apoio, a indisponibilidade, a indiferença emocional por parte dos cuidadores na infância fazem com que as crianças tenham dificuldades para buscar proximidade com outras pessoas, ou seja, inibam a busca de apoio e lidem com as dificuldades de vida e com o sofrimento sozinhas (FARAVELLI *et al.*, 2014; MAIN;

KAPLAN; CASSIDY, 1985; MIKULINCER; SHAVER, 2012; SEKOWSKI *et al.*, 2020), resultando assim em risco aumentado para sintomas de depressão e ideação suicida (MALIK; WELLS; WITTKOWSKI, 2014; FARAVELLI *et al.*, 2014; SEKOWSKI *et al.*, 2020), podendo esses fatores persistirem até a idade adulta (KONRADT *et al.*, 2013). Ainda há raros estudos que abordaram o trauma na infância e seu impacto na população de estudantes universitários. Um estudo recente, realizado na China, detectou associação entre abuso emocional na infância e sintomas depressivos nessa população (LI *et al.*, 2021).

Negligência emocional e física se mostraram como fatores de risco para suicídio no presente estudo. Um estudo realizado na França com pacientes de Centros Especializados em Saúde Mental mostrou que a negligência física tem associação com risco de suicídio (YRONDI *et al.*, 2021). Um estudo de meta-análise mostrou que os diferentes tipos de traumas na infância e/ou na adolescência aumentam de duas a três vezes a chance de haver tentativa de suicídio e ideação suicida na população geral (ANGELAKIS; GILLESPIE; PANAGIOTI, 2019). Podemos afirmar que a associação entre trauma na infância ou na adolescência e risco de suicídio ao longo da vida está bem estabelecida na literatura (AFIFI *et al.*, 2008; BREZO, 2008; FERGUSON; WOODWARD; HORWOOD, 2000; YRONDI *et al.*, 2021).

Em relação às características acadêmicas dos estudantes universitários participantes do estudo, aqueles matriculados em curso de período integral comparados àqueles que cursam em período parcial tiveram aumento dos sintomas de depressão durante a fase inicial da pandemia, momento no qual as atividades acadêmicas estavam temporariamente suspensas. Estudo realizado anteriormente à pandemia, com calouros na Bélgica, mostrou que programas acadêmicos que exigem dedicação integral podem aumentar o sofrimento do aluno, podendo levar a problemas de saúde mental mais elevados, e assim gerando um baixo rendimento (BRUFFAERTS *et al.*, 2018). Pode-se sugerir que o rompimento das aulas presenciais e *online* gerou uma interrupção mais impactante na rotina desses estudantes universitários participantes do estudo, uma vez que havia dedicação exclusiva à graduação. Por outro lado, os que não realizavam o curso em período integral poderiam já estar habituados a realizar outras atividades durante o dia e possuir outras redes de interações; e, assim, possuir menor senso de conexão exclusiva com a

graduação, moderando o impacto acadêmico na saúde mental (BRUFFAERTS *et al.*, 2018; TINTO, 1998).

Ingressar na universidade pelo sistema de cotas, quando comparado ao ingresso por outro sistema, foi um fator de risco tanto para os sintomas depressivos como para o risco de suicídio. A UNIFESP passa em 2013 a atender o que preconizava a Lei nº 12.711, de 29 de agosto de 2012 (BRASIL, 2012). Tal lei reservou vagas a serem preenchidas por cota de maneira progressiva nas Instituições Federais de Ensino Superior (IFES). Entre os critérios para o ingresso pelo sistema de cotas nas universidades que utilizam o Sistema de Seleção Unificada (SISU) estão cursar integralmente o ensino médio em escolas da rede pública de ensino somente ou, somando-se a isso, possuir a renda *per capita* de até 1,5 salários mínimos (CISLAGHI, 2010; PEROSA; COSTA, 2015; UNIFESP, 2018-2019). Em 2016, o percentual já era de 50% de vagas reservadas a esses estudantes. Assim, é esperado que alunos que ingressaram por cota apresentem condição socioeconômica menos favorável. Porém, durante a pandemia, um fator que pode ter gerado preocupações, tanto das universidades quanto dos estudantes é o fato da utilização de novas tecnologias digitais, pois o prosseguimento no curso pode ser incerto para os estudantes com recursos eletrônicos e internet insuficientes para acompanhamento adequado do ensino remoto (RAMOS-MORCILLO *et al.*, 2020).

Em relação aos dados sociodemográficos, a idade foi um fator de proteção, sendo que, para cada ano a mais, se espera uma redução nos sintomas de depressão. Em relação à pandemia do COVID-19, um estudo recente, realizado com estudantes universitários na Jordânia, mostrou que os alunos mais velhos apresentaram comportamentos mais propensos para o desenvolvimento de problemas de saúde mental quando comparados aos mais novos (OLAIMAT *et al.*, 2020).

No presente estudo, possuir até três salários mínimos durante o isolamento social foi um fator que aumentou o risco de suicídio entre os estudantes quando esses foram comparados àqueles que tinham renda familiar acima de três salários mínimos. Estudos realizados antes da pandemia já apontavam associação entre o bem-estar emocional dos estudantes e a renda mensal familiar (TEH *et al.*, 2015), bem como a associação entre problemas financeiros e maiores níveis de depressão, ansiedade e ideação suicida (PEREIRA; CARDOSO, 2015).

A cor branca foi fator de risco para a presença de sintomas de depressão quando comparada às demais. A maioria dos ingressantes da UNIFESP são da cor branca. Do total dos ingressantes nessa universidade no ano de 2019, 60,7% eram de cor branca, enquanto 24,5% eram de cor preta/parda (UNIFESP, 2018-2019). Esse fato, por outro lado, já poderia ser esperado devido à grande maioria dos ingressos na faculdade ser da cor branca.

Ter alguma religião mostrou-se como fator protetor entre os estudantes em relação aos sintomas de depressão. Contudo, os estudantes foram questionados apenas se possuíam ou não religião, não sendo avaliado se eram praticantes. Esse fato pode ser demonstrado pelo modo como a religião traz outro sentido e significado de esperança e positividade em momentos conturbados e de desesperança que o indivíduo está vivenciando, gerando possibilidade de maior resiliência para lidar com a depressão (MOTA, 2020; FOONG *et al.*, 2018; LIMA, 2020). Assim, a religiosidade/espiritualidade exerceria papel de proteção em relação à depressão, o que pode ser explicado pela sensação de otimismo e apoio social que a religião oferece, consequentemente gerando no indivíduo maior resiliência (KARAŞAR; CANLI, 2020). Além disso, aqueles que possuem religião parecem controlar melhor suas emoções e, a longo prazo, isso pode auxiliar até mesmo a construção de relações sociais mais intensas e continuas (LIMA, 2020), sugerindo que essas relações também podem proteger de sintomas de depressão (KARAŞAR; CANLI, 2020).

O início de tratamento psicológico/psiquiátrico dos estudantes durante o isolamento social foi fator de risco tanto para depressão quanto para suicídio quando esses são comparados a estudantes que não iniciaram esse tipo de tratamento na fase inicial da pandemia. Porém, os estudantes participantes deste estudo podem ter iniciado o tratamento psicológico/psiquiátrico pouco tempo antes do início da coleta de dados, haja vista que os dados do presente estudo foram coletados durante os primeiros meses de pandemia. Portanto, a literatura aponta que existe um tempo e um processo necessários para que o tratamento psicológico possa ser efetivo e a melhora seja percebida pelo paciente ou pelo profissional (MONDARDO; PIOVESAN; MANTOVANI, 2009).

Pessoas que sentem que apresentam problemas relacionados à saúde mental precisam passar por ajuda profissional para amenizar os sintomas e evitar o

agravamento dos mesmos devido ao distanciamento social (SCHMIDT *et al.*, 2020; LIMA, 2020). Algumas ferramentas virtuais poderiam ser utilizadas para o manejo dos sintomas e estabilização emocional dos estudantes durante a epidemia de COVID-19, como por exemplo: consultas *online*, grupos terapêuticos virtuais, terapias cognitivo-comportamentais (SCHMIDT *et al.*, 2020; LIMA, 2020).

Ter iniciado tratamento de saúde durante o isolamento social foi um fator de risco para sintomas depressivos. Apesar das restrições impostas pela COVID-19 e o receio pela busca por serviços de saúde durante a fase inicial da pandemia, os estudantes universitários procuraram tratamento de saúde. Esse fato pode ter ocorrido devido à maior gravidade do quadro de saúde percebido pelos estudantes universitários, justificando a necessidade da procura por esses serviços, mesmo com a adoção de medidas restritivas de contato. Isso pode ter acarretado maiores preocupações e ter impactado mais a saúde mental, ocasionando aumento nos sintomas depressivos.

Em síntese, os resultados do presente estudo realçam a necessidade de haver maior atenção à população universitária, sendo que aqueles que já apresentavam maiores riscos à saúde mental, como vítimas de abuso ou negligência na infância e / ou adolescência, estudantes com ingresso na universidade por cota; e aqueles com renda familiar abaixo de três salários mínimos podem ter maiores efeitos psicológicos acarretados pela pandemia. Faz-se necessário que intervenções que foquem a saúde mental dos estudantes sejam estabelecidas no âmbito das universidades, especialmente para aqueles com maiores riscos e chances de agravamento ou desenvolvimento de sintomas de depressão e risco de suicídio.

LIMITAÇÕES

As limitações deste estudo são: o tamanho da amostra reduzido; abranger apenas uma população delimitada de um contexto específico; o uso de instrumentos de autoaplicação para avaliação do risco de suicídio e sintomas depressivos; a aplicação dos questionários por meios distintos antes e durante a pandemia (coleta de dados presencial e virtual). Além disso, é preciso considerar o fato de que, na coleta de dados realizada nos meses iniciais da pandemia, as atividades acadêmicas remotas não haviam sido iniciadas no local do estudo. Assim, existem limitações dignas de nota para a generalização dos resultados para outros contextos.

7 CONCLUSÃO

Na presente pesquisa, os resultados apontam que os estudantes universitários apresentaram maiores riscos para os sintomas depressivos durante o período inicial do isolamento social. Alguns fatores podem desempenhar papel protetor contra esses sintomas, como: possuir religião, ter pessoas a mais residindo no mesmo domicílio durante o isolamento social. Porém, alguns fatores podem ser fatores de risco e aumentar os sintomas depressivos, como: sentir-se frequentemente solitário durante o isolamento social; estudar em período integral; ter ingressado na universidade pelo sistema de cotas; ter iniciado tratamento psicológico ou psiquiátrico durante o isolamento social; ter-se autodeclarado da cor branca; ter iniciado tratamento de saúde durante o isolamento social; a própria fase inicial da pandemia; ter referido história de abuso emocional na infância ou adolescência.

Para o risco de suicídio, essa pesquisa demonstrou que houve uma diminuição durante a fase inicial do isolamento social. Alguns fatores foram detectados como risco para essa população, tais como: sentir-se frequentemente solitário durante o isolamento social; ter ingressado na universidade pelo sistema de cotas; ter iniciado tratamento psicológico ou psiquiátrico durante o isolamento social; ter renda familiar de até três salários mínimos durante o isolamento social; ter referido história de negligência física e / ou abuso emocional na infância ou adolescência.

Espera-se que o presente estudo possa sensibilizar para a necessidade de acompanhamento psicológico dos estudantes universitários, tanto para aqueles que adentrem na instituição como para o retorno dos estudantes às aulas presenciais, especialmente aqueles que apresentam maior vulnerabilidade e risco. Espera-se ainda dar maior visibilidade para alguns transtornos mentais que recebem pouca atenção.

REFERÊNCIAS

- AFIFI, T. O. *et al.* Population attributable fractions of psychiatric disorders and suicide ideation and attempts associated with adverse childhood experiences. **Am. J. Publ. Health**, v. 98, n. 5, p. 946-952, 2008.
- AKANTZILIOTOU, K.; RIGBY, R. A; STASINOPOULOS, D. M. The R implementation of Generalized Additive Models for Location, Scale and Shape: In: STASINOPOULOS, M.; TOULOUMI, G. (Eds.). **Statistical modelling in Society: Proceedings of the 17th International Workshop on statistical modelling**, Chania, Greece, p. 75–83, 2002.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **DSM-5 – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. 5 ed. Artmed, 2014.
- AMORIM, P. *et al.* DSM-III-R psychotic disorders: procedural validity of the mini-international neuropsychiatric interview (MINI): Concordance and causes for discordances with the CID-I. **European Psychiatry**, v. 13, p. 26-34, 1998.
- AMORIM, P.. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. **Revista Brasileira Psiquiatria**, São Paulo, v. 22, n. 3, p. 106-115, set., 2000.
- ANDA, R. F. *et al.* The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood. **European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience**, v. 256, n. 3, p. 174–186, 2006.
- ANDRADE, L. *et al.* The epidemiology of major depressive episodes: results from the International Consortium of Psychiatric Epidemiology (ICPE) Surveys. **Int J Methods Psychiatr Res**, v. 12, n. 1, p. 3-21, 2003.
- ANDREWS, B. JM.; WILDING, J. M. The relation of depression and anxiety to life-stress and achievement in students. **Br J Psychol**, v. 95, p. 509-521, 2004.
- ANGELAKIS, I.; AUSTIN, J. L.; GOODING, P. Association of Childhood Maltreatment With Suicide Behaviors Among Young People: A Systematic Review and Meta-analysis. **JAMA network open**, v. 3, n. 8, 2020.
- ANGELAKIS, I.; GILLESPIE, E.; PANAGIOTI, M. Childhood maltreatment and adult suicidality: A comprehensive systematic review with meta-analysis. **Psychological Medicine**, v. 49, n. 7, p. 1057-1078, 2019.

ARISTOVNIK, A. *et al.* Impacts of the COVID-19 Pandemic on Life of Higher Education Students: A Global Perspective. **Sustainability**, v. 12, 2020.

AWADALLA, S.; DAVIES, E. B.; GLAZEBROOK, C. A longitudinal cohort study to explore the relationship between depression, anxiety and academic performance among Emirati university students. **BMC Psychiatry**, v. 20, n. 448, 2020.

BAADER, T. M. *et al.* Diagnóstico de la prevalencia de trastornos de la salud mental en estudiantes universitarios y los factores de riesgo emocionales asociados. **Revista Chilena de neuro-psiquiatria**, Santiago, v. 52, n. 3, p. 167-176, 2014.

BARBOSA, L. P.. Childhood trauma and suicide risk in a sample of young individuals aged 14–35 years in southern Brazil. **Child Abus. Negl**, v. 38, p. 1191-1196, 2014.

BECKER, D. F.; GRILO, C. M. Childhood maltreatment in women with binge-eating disorder: Associations with psychiatric comorbidity, psychological functioning, and eating pathology. **Eat Weight Disord**, v. 16, p. 113-120, 2011.

BERNET, C. Z.; STEIN, M. B. Relationship of childhood maltreatment to the onset and course of major depression in adulthood. **Depress. Anxiety**, v. 9, n. 4, p. 169-174, 1999.

BERNSTEIN, D. P. *et al.* Development and validation of a brief screening version of the childhood trauma questionnaire. **Child Abuse Negl**, v. 2, n. 27, p. 169-190, 2003.

BERNSTEIN, D. P. *et al.* Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect. **Am J Psychiatry**, v. 8, n. 151, p. 1132-1136, 1994.

BERNSTEIN, D. P. *et al.* Validity of the childhood trauma questionnaire in an adolescent psychiatric population. **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry**, v. 3, n. 36, p. 340-348, 1997.

BERNSTEIN, D.; FINK, L. Childhood trauma questionnaire: a retrospective self-report. **San Antonio (TX): The Psychological Corporation**, 1988.

BLAND, R.C. Epidemiology of affective disorders: a review. **Can J Psychiatry**, v. 42, n. 4, p. 367-377, 1997.

BOTEGA, N. J. *et al.* Nursing personnel attitudes towards suicide: the development of a measure scale. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 27, n. 4, p. 315-318, 2005.

BRASIL. Congresso Nacional. Lei n. 12.711, de 28 de agosto de 2012. Emendada pela Lei n. 13.409, de 28 de dezembro de 2016. **Diário Oficial da União**. Brasília, 29

de agosto de 2012. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12711.htm. Acesso em: 2 jul. 2021.

BRASIL. **Conselho Nacional de Saúde**: Resolução nº 466/2012 sobre pesquisa envolvendo seres humanos. 2012. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 12 mai. 2018.

BREZO, J. Predicting suicide attempts in young adults with histories of childhood abuse. **Br. J. Psychiatr.: J. Ment. Sci**, v. 193, n. 2, p. 134-139, 2008.

BROOKS, S. K. *et al.* The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. **Lancet**, v. 395, p. 912-920, 14 mar. 2020.

BROWN, G. W. *et al.* Development of a retrospective interview measure of parental maltreatment using the Childhood Experience of Care and Abuse (CECA) instrument — a life-course study of adult chronic depression — 1. **J. Affect. Disord**, v. 103, n. 1, p. 205-215, 2007.

BROWN, J. *et al.* Childhood abuse and neglect: specificity of effects on adolescent and young adult depression and suicidality. **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry**, v. 38, p. 1490–1496, 1999.

BROWNING, M. *et al.* Psychological impacts from COVID-19 among university students: Risk factors across seven states in the United States. **PloS one**, v. 16, n. 1, 7 jan. 2021.

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

CARR, C. *et al.* The Role of Early Life Stress in Adult Psychiatric Disorders. **The Journal of Nervous and Mental Disease**, v. 201, n. 12, p. 1007-1020, 2013.

CAVESTRO, J.M.; ROCHA, F. L.. Prevalência de depressão entre estudantes universitários. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 55, n. 4, p. 264-267, 2006.

CHOW, W. S. *et al.* The Relationship between Personality Traits with Depressive Symptoms and Suicidal Ideation among Medical Students: A Cross-Sectional Study at One Medical School in Germany. **Int J Environ Res Public Health**, v. 15, n. 7, p.1462, 11 jul. 2018.

CIDADE DE SÃO PAULO SAÚDE, SUS. BOLETIM DIÁRIO COVID-19: Núcleo de Comunicação do Comitê de Crise para Enfrentamento ao COVID-19. **BOLETIM DIÁRIO COVID-19**, São Paulo, v. 81, p. 3, 15 jun. 2020.

CISLAGHI, J. F.. **Análise do Reuni**: Uma nova expressão da contrarreforma universitária brasileira. 2010. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Programa de Pós-Graduação em Serviço Social), Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

CYBULSKI, C. A.; MANSANI, F. P. Análise da Depressão, dos Fatores de Risco para Sintomas Depressivos e do Uso de Antidepressivos entre Acadêmicos do Curso de Medicina da Universidade Estadual de Ponta Grossa. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 1, p. 92-101, jan. 2017.

DANG, W. *et al.* Analysis of anxiety and depression symptoms and related factors in three universities during SARS epidemic in Beijing. **Chinese Journal of Behavioral Medical Science**, v. 13, p. 437–439, 2004.

DE LUCA, S. M. *et al.* The Relationship Between Suicide Ideation, Behavioral Health, and College Academic Performance. **Community Ment Health J**, v. 52, p. 534-540, 2016.

DEL PORTO, J. A. Conceito e diagnóstico. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 06-11, maio, 1999.

DIAS DE MATTOS SOUZA, L. *et al.* History of childhood trauma as risk factors to suicide risk in major depression. **Psychiatry research**, v. 246, p. 612-616, 2016.

DUNN, E. C. *et al.* Developmental timing of child maltreatment and symptoms of depression and suicidal ideation in young adulthood: results from the national longitudinal study of adolescent health. **Depress Anxiety**, v. 30, p. 955–964, 2013.

EBERT, D.D. *et al.* Prediction of major depressive disorder onset in college students. **Depress Anxiety**, v. 36, n. 4, p. 294-304, abr. 2019.

ESPERÓN, J. M. T. Pesquisa Quantitativa na Ciência da Enfermagem. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, 2017.

ESTADO DE SÃO PAULO. Governo do Estado de São Paulo. Decreto n. 64.862, de 13 de março de 2020. **Diário Oficial**. SÃO PAULO, 14 de março de 2020. Disponível em: <https://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/decreto/2020/decreto-64862-13.03.2020.html>. Acesso em: 12 jul. 2020.

ESTEVES, C. S. *et al.* Avaliação de sintomas depressivos em estudantes durante a pandemia do Covid-19. **Saúde Escolar**, v. 9, n. 1, p. 2318-8413, 27 jan. 2021.

FARAVELLI, C. *et al.* Different childhood adversities are associated with different symptom patterns in adulthood. **Psychother. Psychosom**, v. 83, n. 5, p. 320-321, 2014.

FELITTI, V. J. *et al.* Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The adverse childhood experiences (ACE) study. **American Journal of Preventive Medicine**, v. 14, n. 4, p. 245–258, 1998.

FENG, Y. *et al.* When altruists cannot help: the influence of altruism on the mental health of university students during the COVID-19 pandemic. **Global Health**, v. 16, n. 1, p.61, 10 jul. 2020.

FERGUSON, N. M. *et al.* Report 9: Impact of non-pharmaceutical interventions (NPIs) to reduce COVID-19 mortality and healthcare demand. **Imperial College London**, London, 16. Mar. 2020.

FERGUSON, D.M.; LYNKEY, M. T.; HORWOOD, L. J. Childhood sexual abuse and psychiatric disorder in young adulthood: I. Prevalence of sexual abuse and factors associated with sexual abuse. **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry**, v. 35, p. 1355-1364, 1996a.

FERGUSON, D. M.; HORWOOD, L. J.; LYNKEY, M. T. Childhood sexual abuse and psychiatric disorder in young adulthood: II. Psychiatric outcomes of childhood sexual abuse. **Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry**, v. 35, n. 10, p. 1365–1374, 1996b.

FERGUSON, D. M.; WOODWARD, L. J.; HORWOOD, L. J. Risk factors and life processes associated with the onset of suicidal behaviour during adolescence and early adulthood. **Psychol. Med.**, v. 30, n. 1, p. 23-39, 2000.

FIOCRUZ, F.O.C. (Org.). Boletim Observatório Covid-19: Boletim extraordinário. **Informação para ação**, p. 1-3, 16 mar. 2021. Disponível em: https://agencia.fiocruz.br/sites/agencia.fiocruz.br/files/u34/boletim_extraordinario_2021-marco-16-red-red-red.pdf. Acesso em: 15 jun. 2021.

FOONG, H. F. *et al.* Moderating effect of intrinsic religiosity on the relationship between depression and cognitive function among community-dwelling older adults. **Aging & mental health**, v. 22, n. 4, p. 483-488, 2018.

GIBB, B. E.; CHELMINSKI, I.; ZIMMERMAN, M. Childhood emotional, physical, and sexual abuse, and diagnoses of depressive and anxiety disorders in adult psychiatric outpatients. **Depress Anxiety**, v. 24, p. 256-263, 2007.

GONÇALVES, A. M. **Avaliação do risco de suicídio em estudantes do Ensino Superior Politécnico**: prevalência e fatores associados. 2014. Tese (Doutorado em Ciências Biomédicas) - Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar), Universidade do Porto, Porto, 2014.

GOYAL, K. *et al.* Fear of COVID 2019: First suicidal case in India! **Asian Journal of Psychiatry**, v. 49, 27. fev. 2020.

GRASSI-OLIVEIRA, R.; STEIN, L. M.; PEZZI, J. C. Tradução e validação de conteúdo da versão em português do Childhood Trauma Questionnaire. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 2, p. 249-255, abr. 2006.

HEIM, C. *et al.* Neurobiological and psychiatric consequences of child abuse and neglect. **Dev. Psychobiol.**, v. 52, n. 7, p. 671-690, 2010.

HEIM, C.; NEMEROFF, C. B. The role of childhood trauma in the neurobiology of mood and anxiety disorders: Preclinical and clinical studies. **Biological Psychiatry**, v. 49, p.1023–1039, 2001.

HOCHMAN, Bernardo *et al.* Desenhos de pesquisa. **Acta Cir. Bras**, São Paulo, v. 20, p. 2-9, 2005.

HOLM-HADULLA, R. M.; KOUTSOUKOU-ARGYRAKI, A. Mental health of students in a globalized world: Prevalence of complaints and disorders, methods and effectivity of counseling, structure of mental health services for students. **Mental Health & Prevention. Elsevier**, v. 3, p. 1-4, 2015.

HOLMES, E. A. *et al.* Multidisciplinary research priorities for the COVID-19 pandemic: a call for action for mental health science. **Lancet Psychiatry**, v. 7, n. 6, p. 547-560, jun. 2020.

HOSTINAR, C. E.; GUNNAR, M. R. The Developmental Effects of Early Life Stress: An Overview of Current Theoretical Frameworks. **Current directions in psychological science**, v. 22, n. 5, p. 400-406, out. 2013.

HOVENS, J. G. F. M. Childhood life events and childhood trauma in adult patients with depressive, anxiety and comorbid disorders vs. Controls. **Acta Psychiatr. Scand**, v. 122, n. 1, p. 66-74, 2010.

HYSENBEGASI, A.; HASS, S. L.; ROWLAND, C. R. The impact of depression on the academic productivity of university students. **J Ment Health Policy Econ**, v. 8, p. 145-151, 2005.

IBRAHIM, A. K. *et al.* A systematic review of studies of depression prevalence in university students. **J Psychiatr Res**, v. 47, n. 3, p. 391-400, mar. 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Síntese de indicadores sociais**: uma análise das condições de vida da população brasileira. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2016. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/>. Acesso em: 11 nov. 2019.

JANIRI, D. *et al.* Emotional dysregulation mediates the impact of childhood trauma on psychological distress: First Italian data during the early phase of COVID-19 outbreak. **Australian & New Zealand Journal of Psychiatry**, mar. 2021.

JOHN-HENDERSON, N. A. Childhood trauma as a predictor of changes in sleep quality in American Indian adults during the COVID-19 pandemic. **Sleep health**, v. 6, n. 6, p. 718-722, dez. 2020.

JUNG, S. J.; JUN, J. Y. Mental Health and Psychological Intervention Amid COVID-19 Outbreak: Perspectives from South Korea. **Yonsei medical journal**, v. 61, n. 4, p. 271-272, Abr. 2020.

KARATEKIN, C. Adverse Childhood Experiences (ACEs), Stress and Mental Health in College Students. **Stress Health**, v. 34, n. 1, p. 36-45, fev. 2018.

KARAŞAR, B.; CANLI, D. Psychological Resilience and Depression during the Covid-19 Pandemic in Turkey. **Psychiatria Danubina**, v. 32, n. 2, p. 273-279, 2020.

KAUP, S. *et al.* Sustaining academics during COVID-19 pandemic: The role of online teaching-learning. **Indian J Ophthalmol**, v. 68, n. 6, p. 1220-1221, jun. 2020.

KHOSRAVI, M.; KASAEIYAN, R. The relationship between neuroticism and suicidal thoughts among medical students: Moderating role of attachment styles. **J Family Med Prim Care**, v. 9, n. 6, p. 2680-2687, 30 jun. 2020.

KILLGORE, D.S. *et al.* Loneliness: A signature mental health concern in the era of COVID-19. **Psychiatry Research**, v. 290, p. 113-117, ago 2020.

KONRADT, C. E. *et al.* Trauma precoce e transtornos de humor em jovens. **Archives of Clinical Psychiatry**, São Paulo, v. 40, n. 3, p. 93-96, 2013.

KYOKO, N. *et al.* Cross-sectional survey of depressive symptoms and suicide-related ideation at a Japanese national university during the COVID-19 stay-home order. **Environ Health Prev. Med**, v. 26, n. 30, 5 mar. 2021.

LEBOW, J.L. The Challenges of COVID-19 for Divorcing and Post-divorce Families. **Fam. Proc**, v. 59, p. 967-973, 27 jun. 2020.

LECRUBIER, Y. *et al.* The Mini international neuropsychiatric interview (MINI): A short diagnostic structured interview: reliability and validity according to the CIDI. **European Psychiatry**, v. 12, p. 224-231, 1997.

LENZE, S. N.; XIONG, C.; SHELINE, Y. I. Childhood adversity predicts earlier onset of major depression but not reduced hippocampal volume. **Psychiatry Res**, v. 162, p. 39-49, 2008.

LI, Q. *et al.* The relationship between childhood emotional abuse and depressive symptoms among Chinese college students: The multiple mediating effects of emotional and behavioral problems. **Journal of Affective Disorders**, v. 288, p. 129-135, 1 jun. 2021.

LIMA, C. S. **Saúde mental, uso de substâncias e religiosidade dos estudantes do curso de graduação em Enfermagem frente à pandemia da COVID-19.** 2020. Trabalho de Conclusão de Curso (Licenciatura e Bacharelado em Enfermagem) - Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2020.

LIN, C. C. Self-Esteem and Depression as Mediators of the Effects of Gratitude on Suicidal Ideation Among Taiwanese College Students. **Omega (Westport)**, 17 dez. 2019.

LIN, M.; CHENG, Y. Policy actions to alleviate psychosocial impacts of COVID-19 pandemic: Experiences from Taiwan. **Soc Health Behav**, v. 3, n. 2, p.72, 2020.

LIU, R. T. Emotional maltreatment and depression: prospective prediction of depressive episodes. **Depress. Anxiety**, v. 26, n. 2, p. 174-181, 2009.

LIU, S. *et al.* The mental state of medical college student during the period of SARS diffusion. **Health Psychology Journal**, p.117-118, 2004.

LOPEZ HARTMANN, R.. Prevalencia de depresión y correlación de dos cuestionarios para la depresión, entre estudiantes de la UMSA. **Revista de Investigacion Psicologica (online)**, La Paz, n. 11, p. 93-108, jun. 2014.

LOVIBOND, P. F.; LOVIBOND, S. H. The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck depression and anxiety inventories. **Behavior Research and Therapy**, v. 33, n. 3, p. 335-343, 1995.

LUCHETTI, M. Am. *et al.* The trajectory of loneliness in response to COVID-19. **Am. Psychol**, v. 17, 2020.

LUO, W.; ZHONG, B. L.; CHIU, H. F. Prevalence of depressive symptoms among Chinese university students amid the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. **Epidemiol Psychiatr Sci**, v. 30, 26 mar. 2021.

LUTZ, P. E.; MECHAWAR, N.; TURECKI, G. Neuropathology of suicide: recent findings and future directions. **Mol Psychiatry**, v. 22, p. 1396-1412, 2017.

MAIN, M.; KAPLAN, N.; CASSIDY, J. Security in infancy, childhood, and adulthood: A move to the level of representation. **Monog. Soc. Res. Child.**, v. 50, n. 1-2, p. 66-104, 1985.

MALIK, S.; WELLS, A.; WITTKOWSKI, A. Emotion regulation as a mediator in the relationship between attachment and depressive symptomatology: A systematic review. **J. Affect. Disord.**, v. 172, p. 428-444, 2014.

MANDELLI, L.; PETRELLI, C.; SERRETTI, A. The role of specific early trauma in adult depression: A meta-analysis of published literature. Childhood trauma and adult depression. **European psychiatry**, v. 30, n. 6, p. 665-680, 13 jun. 2015.

MEDEIROS, Milene N. F.. **Risco de suicídio, saúde e estilos de vida**: Estudo com estudantes universitários. 2012. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde) – Universidade da Beira Interior, Covilhã, 2012.

MIKULINCER, M.; SHAVER, P. R. An attachment perspective on psychopathology. **World Psychiatry**, v. 11, n. 1, p. 11-15, 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BRASIL). **COVID-19**: Painel Coronavírus. Coronavírus Brasil. Brasília, 2021. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>. Acesso em: 4 mai. 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Vacinômetro**. Governo Federal. Brasília, 2021. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br?utm_source=google&utm_medium=search&utm_campaign=MS_Vacinacao_Covid&utm_term=vacinacao_coronavirus_googleads&utm_content=gads001. Acesso em: 02 set. 2021.

MONDARDO, A. H.; PIOVESAN, L.; MANTOVANI, P. C.. A percepção do paciente quanto ao processo de mudança psicoterápica. **Aletheia**, Canoas, v. 30, p. 158-171, dez. 2009.

MORERA, J. A. C. *et al.* Sociocultural factors e drug consumption among costarrican university students. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 24, p. 145-153, 2015.

MORTIER, P. *et al.* The impact of lifetime suicidality on academic performance in college freshmen. **J AffectDisord**, v. 186, p. 254-260, 2015.

MOTA, L. A. B.. Aplicação da espiritualidade/religiosidade no processo terapêutico de pessoas em uso de substâncias psicoativas. **Revista Enfermagem Digital Cuidado e Promoção da Saúde**, v. 5, n. 1, 2020.

NANCY, S. D. *et al.* Treat and Teach Our Students Well: College Mental Health and Collaborative Campus Communities. **Psychiatric Services**, v. 67, p. 957–996, 2016.

NANNI, V.; UHER, R.; DANESE, A. Childhood maltreatment predicts unfavorable course of illness and treatment outcome in Depression: a meta-analysis. **Am. J. Psychiatr**, v. 169, n. 2, p. 141-151, 2012.

OBSERVATOIRE NATIONAL DE LA VIE ETUDIANTE. **Repères sur la santé des étudiants**. 2018. Disponível em: <http://www.ove-national.education.fr/publication/reperes-sur-la-sante-des-etudiants/>. Acesso em: 7 ago. 2021.

OLAIMAT, A. *et al.* Attitudes, Anxiety, and Behavioral Practices Regarding COVID-19 among University Students in Jordan: A Cross-Sectional Study. **The American journal of tropical medicine and hygiene**, v. 103, n. 3, p. 1177-1183, 2020.

ORNELL, F. *et al.* “Pandemic fear” and COVID-19: mental health burden and strategies. **Brazilian Journal of Psychiatry**, São Paulo, v. 42, n. 3, p. 232-235, jun. 2020.

PADMANABHANUNNI, A.; PRETORIUS, T. B. Pretoriusa. The unbearable loneliness of COVID-19: COVID-19-related correlates of loneliness in South Africa in young adults. **PsychiatryResearch**, v. 296, n. 113658, fev. 2021.

PEREIRA, A. G.; CARDOSO, F. S.. Ideação Suicida na População Universitária: Uma Revisão de Literatura. **E-Psi**, v. 5, n. 2, p. 16-34, 2015.

PEROSA, G. S.; COSTA, T. L.. Uma democratização relativa? Um estudo sobre o caso da expansão da UNIFESP. **Revista Educação & Sociedade**, Campinas, v. 36, n. 130, p. 117-137, 2015.

PLEMMONS, G. *et al.* Hospitalization for Suicide Ideation or Attempt: 2008-2015. **Pediatrics**, v. 141, n. 6, jun. 2018.

POLIT, D. F. *et al.* **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização.** 6 ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

PRAMUKTI, I. *et al.* Anxiety and Suicidal Thoughts During the COVID-19 Pandemic: Cross-Country Comparative Study Among Indonesian, Taiwanese, and Thai University Students. **Journal of medical Internet research**, v. 22, n. 12, 24 dez. 2020.

PREFEITURA DE SANTOS. **Santos tem mais 139 casos confirmados do novo coronavírus.** Prefeitura de Santos. Santos, 2020. Disponível em: <https://www.santos.sp.gov.br/?q=noticia/santos-tem-mais-139-casos-confirmados-do-novo-coronavirus>. Acesso em: 14 jul. 2020.

QUEVEDO, J.; SCHMITT, R.; KAPCZINSKI, F... **Emergências psiquiátricas.** 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

R FOUNDATION FOR STATISTICAL COMPUTING - (R CORE TEAM). **R: A language and environment for statistical computing.** Vienna. Áustria, 2020. Disponível em: <https://www.R-project.org/>. Acesso em: 15 mar. 2021.

RAMOS-MORCILLO, A. J. *et al.* Experiences of Nursing Students during the Abrupt Change from Face-to-Face to e-Learning Education during the First Month of Confinement Due to COVID-19 in Spain. **Int J Environ Res Public Health**, v. 17, n. 5, p. 5519, 30. jul. 2020.

ROGOWSKA, A. M. *et al.* Does Physical Activity Matter for the Mental Health of University Students during the COVID-19 Pandemic? **J Clin Med**, v. 9, n. 11, p.3494, 29 out. 2020.

ROWE, S. L. *et al.* Help-seeking behaviour and adolescent self-harm: a systematic review. **Aust N Z J Psychiatry**, v. 48, n. 12, p. 1083-1095, dez. 2014.

ROY, A. Combination of family history of suicidal behavior and childhood trauma may represent correlate of increased suicide risk. **J. Affect. Disord**, v. 130, p. 205-208, 2011.

SAKAMOTO, Y.; ISHIGURO, M.; KITAGAWA, G. Akaike Information Criterion Statistics. **D. Reidel Publishing Company**, 1986.

SALLE, E. *et al.* Escalas psicométricas como instrumentos de rastreamento para depressão em estudantes do ensino médio. **Rev. psiquiatr. clín.**, São Paulo, v. 39, n. 1, p. 24-27, 2012.

SANKHI, S.; MARASINE, N. R.. Impact of COVID-19 Pandemic on Mental Health of the General Population, Students, and Health Care Workers: A Review. **Preprints**, v. 1, 24 jul. 2020.

SAROKHANI, D. *et al.* Prevalence of depression among university students: a systematic review and meta-analysis study. **Depression research and treatment**, v. 2013, p.1-7, 25 set. 2013.

SCHALINSKI, I.; TEICHER, M. H.; ROCKSTROH, B. Early neglect is a key determinant of adult hair cortisol concentration and is associated with increased vulnerability to trauma in a transdiagnostic sample. **Psychoneuroendocrinology**, v. 108, p. 35-42, 2019.

SCHILLING, C. *et al.* Patterns of childhood abuse and neglect as predictors of treatment outcome in inpatient psychotherapy: a typological approach. **Psychopathology**, v. 48, p. 91-100, 2014.

SEKOWSKI, M. *et al.* The relations between childhood maltreatment, shame, guilt, depression and suicidal ideation in inpatient adolescents. **Journal of Affective Disorders**, v. 276, p. 667-677, 1 nov. 2020.

SHEEHAN, D. *et al.* The validity of the mini-international neuropsychiatric interview (MINI) according to the SCID-P and its reliability. **Eur Psychiatry**, Paris, v. 12, p. 232-241, 1997.

SHUCHMAN, M. Falling through the cracks: Virginia Tech and the restructuring of college mental health services. **N Engl J Med**, v. 357, n. 12, p. 105-110, 12 jul. 2007.

SILVA, I. M. *et al.* As relações familiares diante da COVID-19: recursos, riscos e implicações para a prática da terapia de casal e família. **Pensando fam**, Porto Alegre, v. 24, n. 1, p. 12-28, jun. 2020.

SISTEMA de Informação sobre Mortalidade – SIM: Indicadores de Saúde e Pactuações. DATASUS. Brasília, 2020. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>. Acesso em: 3 jun. 2020.

SON, C. *et al.* Effects of COVID-19 on College Student's Mental Health in the United States: Interview Survey Study. **Journal of medical Internet research**, v. 22, n. 9, 03 set. 2020.

SOUSA, V. D.; DRIESSNACK, M.; MENDES, I. A. C.. Revisão dos desenhos de pesquisa relevantes para enfermagem: Parte 1: desenhos de pesquisa quantitativa. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 3, p. 502-507, jun 2007.

SOUZA, M. S.; BAPTISTA, M. N.; ALVES, G. A. S.. Estudos psicométricos preliminares da Escala Baptista de Depressão para Adultos. **Estudos de Psicologia (Campinas)**, Campinas, v. 32, n. 3, p. 357-370, set. 2015.

SUN, L.; TANG, Y.; ZUO, W.. Coronavirus pushes education online. **Nat. Mater.**, v. 19, p. 687, 27 abr. 2020.

SUOMINEN, K.H. *et al.* Inadequate treatment for major depression both before and after attempted suicide. **Am J Psychiatry**, v. 155, n. 12, p. 1778-1780, 1998.

TAMAYO, J. A. *et al.* Estilos de vida de estudantes de odontología. **Revista Hacia la Promoción de la Salud**, Manizales, v. 20, n. 2, p. 147-160, dez. 2015.

TASNIM, R. *et al.* Suicidal ideation among Bangladeshi university students early during the COVID-19 pandemic: Prevalence estimates and correlates. **Children and youth services review**, v. 11910 nov. 2020.

TASSINI, C. C. *et al.* Avaliação do Estilo de Vida em Discentes Universitários da Área da Saúde através do Questionário Fantástico. **International Journal of Cardiovascular Sciences**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 2, p. 117-122, abr. 2017.

TEH, C. *et al.* Depression, Anxiety and Stress among Undergraduate Students: A Cross Sectional Study. **Open Journal of Epidemiology**, v. 5, p. 260-268, 2015.

TINTO, V. Colleges as Communities: Taking Research on Student Persistence Seriously. **The Review of Higher Education**, v. 21, n. 2, p. 167-177, 1998.

TURECKI, G.; BRENT, D. A. Suicide and suicidal behaviour. **The Lancet Journal**, v. 387, n. 10024, p. 1227-1239, 19 mar. 2016.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO (UNIFESP). **Análise do perfil dos estudantes ingressantes da Universidade Federal de São Paulo**. São Paulo, 2018-2019. Disponível em: <https://www.unifesp.br/reitoria/prae/institucional/prae/comissoes/cepeg/documentos/perfil-geral>. Acesso em: 4 out. 2020.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO – (UNIFESP). **Histórico do Campus: A UNIFESP Baixada Santista**. Campus Baixada Santista. São Paulo, 2013-2021. Disponível em: <https://www.unifesp.br/campus/san7/institucional/campusbs/historicobs>. Acesso em: 21 jun. 2021.

VADEBONCOEUR, C.; TOWNSEND, N.; FOSTER, C. A meta-analysis of weight gain in first year university students: is freshman 15 a myth? **BMC obesity**, Oxford, v. 2, n. 22, 28 maio 2015.

VASCONCELOS-RAPOSO, J. *et al.* Níveis de ideação suicida em jovens adultos. **Estudos de Psicologia (Campinas)**, Campinas, v. 33, n. 2, p. 345-354, jun. 2016.

VIGNOLA, R. C. B.; TUCCI, A. M.. Adaptation and validation of the depression, anxiety and stress scale (DASS) to Brazilian Portuguese. **Journal of Affective Disorders**, Amsterdam, v. 155, p. 104-109, 2014.

WAINWRIGHT, N. W. J.; SURTEES, P. G. Childhood adversity, gender and depression over the life-course. **J. Affect. Disord**, v. 72, n. 1, p. 33-44, 2002.

WANG, C. *et al.* Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the General Population in China. **International Journal of Environmental**, Basileia, v. 17, n. 5, 6. Mar. 2020.

WANG, Z. H. *et al.* Prevalence of anxiety and depression symptom, and the demands for psychological knowledge and interventions in college students during COVID-19 epidemic: A large cross-sectional study. **Journal of Affective Disorders**, v. 275, p. 188-193, 1 out. 2020.

WATHELET, M. *et al.* Factors Associated With Mental Health Disorders Among University Students in France Confined During the COVID-19 Pandemic. **JAMA network open**, v. 3, n. 10, 1 out. 2020.

WIERSMA, J. E. *et al.* The importance of childhood trauma and childhood life events for chronicity of depression in adults. **J. Clin. Psychiatr**, v. 70, n. 7, p. 983-989, 2009.

WINGENFELD, K. *et al.* Associations of childhood trauma, trauma in adulthood and previous-year stress with psychopathology in patients with major depression and borderline personality disorder. **Child Abuse Negl**, v. 35, p. 647-654, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Preventing suicide**: A global imperative. Geneva: WHO, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Timeline of WHO's response to COVID-19**. 2020. Disponível em: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>. Acesso em: 22 jun. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Timeline of WHO's response to COVID-19**. World Health Organization. 2021. Disponível em:

<https://www.who.int/publications/m/item/weekly-operational-update-on-covid-10---3-may-2021>. Acesso em: 9 set. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION GENEVA (WHO). **Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10**. Vol. 1, 1 ed. São Paulo: Artmed, 1993.

XIAO, C. A Novel Approach of Consultation on 2019 Novel Coronavirus (COVID-19)-Related Psychological and Mental Problems: Structured Letter Therapy. **Psychiatry Investig**, v. 17, n. 2, p.175-176, 25 fev. 2020.

YOUSSEF, J.; DEANE, F. Factors influencing mental-health help-seeking in Arabic-speaking communities in Sydney, Australia. **Ment Health Relig Cult**, v. 9, n. 1, p. 43-66, 2006.

YRONDI, A. *et al.* Childhood Trauma increases suicidal behaviour in a treatment-resistant depression population: a FACE-DR report. **Journal of Psychiatric Research**, v. 135, p. 20-27, mar. 2021.

ZHAI, Y.; DU, X. Addressing collegiate mental health amid COVID-19 pandemic. **Psychiatry Res**, v. 288, jun. 2020.

ZHANG, Y. *et al.* Mental Health Problems during the COVID-19 Pandemics and the Mitigation Effects of Exercise: A Longitudinal Study of College Students in China. **Int J Environ Res Public Health**, v. 17, n. 10, p. 3722, 25 maio 2020.

ZHANG, X. Thoughts on Large-Scale Long-Distance Web-Based Teaching in Colleges and Universities Under Novel Coronavirus Pneumonia Epidemic: A Case of Chengdu University. **Atlantis Press**, Chengdu, v. 416, p. 1222-1225, 19 mar 2020.

ZHANG, Y. Y. *et al.* Gender differences in suicidal ideation and health-risk behaviors among high school students in Beijing, China. **J Glob Health**, v. 9, n. 1, jun. 2019.

ÜSTÜN, T.; KESSLER, R. Global burden of depressive disorders: The issue of duration. **British Journal of Psychiatry**, v. 181, n. 3, p. 181-183, 2002.

APÊNDICE A — Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

(aplicado presencialmente na primeira etapa do estudo)

Você está recebendo neste momento informações sobre a pesquisa “Risco de suicídio, depressão, ansiedade, estresse e uso de álcool entre estudantes universitários da área da saúde”.

O objetivo desse estudo é verificar o padrão de consumo de álcool e a relação deste com a presença de risco suicida, intensidade de sintomas de depressão, estresse e ansiedade entre estudantes universitários da área da saúde.

Solicito autorização para a aplicação de questionários compostos por instrumentos que apresentam questões pessoais e relacionadas à saúde mental.

Sua participação nesse estudo é voluntária e, mesmo que decida participar, você tem plena liberdade para a qualquer momento desistir ou retirar seu consentimento. Você pode fazer todas as perguntas que julgar necessárias antes de concordar em participar, assim como durante a aplicação dos questionários da pesquisa. Seu nome será mantido em segredo e as informações que você fornecerá não serão identificadas como suas. Os dados coletados, entretanto, estarão disponíveis para uso da pesquisa e para a produção de artigos científicos. Você será mantido atualizado sobre os resultados que sejam de conhecimento da pesquisadora. Não há despesas pessoais em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação.

Os riscos e/ou desconforto de participação do estudo são mínimos e estão relacionados ao tempo gasto para responder aos questionários e ao desconforto em responder algumas questões. Para minimizar tais questões, poderemos escutá-lo, falar sobre outro assunto ou sobre o assunto em questão ou interromper, de acordo com suas necessidades. Sua participação poderá trazer benefícios para a disponibilidade de promoção de conhecimento dos alunos de graduação sobre o uso de álcool e sintomas de humor relacionados, auxiliando na melhoria da saúde mental na vida universitária.

Em qualquer etapa do estudo você terá acesso ao profissional responsável pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. A principal pesquisadora é a Sabrina Marques Moraes, que pode ser encontrada através do *e-mail*:

sabrina.moraes@usp.br ou do celular (13) 98163-3329 ou que pode ser encontrada na UNIFESP – Campus Baixada Santista – Secretaria de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências da Saúde - Endereço: Av. Ana Costa, 95 – Santos/SP - tels.: (13) 3878-3700(Ramais 3711 ou 3774). Se

você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – endereço: Rua Professor Francisco de Castro, n.: 55, São Paulo/SP - 04020-550 - e-mail:

CEP@unifesp.edu.br - tels.: (011) 5571-1062; (011) 5539-7162.

Uma via deste termo será fornecida ao participante da pesquisa e uma via ficará com o pesquisador responsável pela pesquisa.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar desse estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento. Ainda afirmo que recebi via deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Favor rubricar as páginas deste termo.

Nome completo do estudante

Assinatura

Data ____/____/____

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido desta pesquisadora para a participação neste estudo.

Sabrina Marques Moraes
Pesquisadora

Prof.^a Dra. Adriana Marcassa Tucci
Orientadora

APÊNDICE B — Questionário Sociodemográfico

(aplicado presencialmente na primeira etapa do estudo)

Nº do estudante no banco de dados _____

QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO DOS ESTUDANTES

Responda as perguntas abaixo. Marque com um X no número correspondente a resposta escolhida. Escolha apenas uma resposta para cada pergunta.

Data de hoje __/__/__

Q1. Qual sua idade?

_____ anos

Q2. Como você se identifica em relação ao quesito gênero?

()1. Masculino ()2. Feminino ()3. Prefere não se identificar

()4. Outros _____

Q3. Como você se identifica em relação ao quesito cor?

()1. Branco ()2. Preto ()3. Pardo ()4. Indígena ()5. Amarelo

Q4. Em qual curso você está matriculado?

()1. Educação Física ()2. Nutrição ()3. Psicologia ()4. Serviço Social

()5. Fisioterapia ()6. Terapia Ocupacional

Q5. Qual o período do curso?

()1. Integral ()2. Vespertino ()3. Noturno

Q6. Em que ano você está?

()1. Primeiro ()2. Segundo ()3. Terceiro ()4. Quarto ()5. Quinto

Q7. Em que ano foi seu ingresso na Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP no Campus Baixada Santista? _____

Q8. Qual seu estado civil?

()1. Solteiro(a) ()2. Casado(a) ()3. Divorciado(a) ()4. Outros

Q9. Tem Filhos?

()1. Não ()2. Sim

Q10. Quantas pessoas vivem no domicílio, INCLUINDO VOCÊ, seu cônjuge/namorado/companheiro/amigo e/ou outras pessoas?|__|__| pessoas

Q11. Com quem você reside?

SE MORA SOZINHO, anote [0|1] pessoa ()99. Não sabe/Recusou

()1. Pais e/ou Irmãos ()2. Com parentes () 03. Cônjuge / Companheiro ()4. Sozinho ()5. República ()6. Pensionato

Q12a. Se você reside com outra(s) pessoa(s), você acha que ele(s) bebe(m) demais? (Se você reside sozinho, não responda essa questão)

()1. Não ()2. Sim

Q12b. Qual é a sua renda líquida familiar mensal total? (em Reais)

Por renda familiar queremos dizer os rendimentos auferidos por você (se aplicável) e por seu cônjuge/companheiro em coabitação e por outros membros da família que vivem com você, e toda a renda de outras fontes, tais como apoio à criança ou pensões.

() 1. Até 1 salário mínimo – até R\$ 1.045,00

() 2. De 1 a 3 salários mínimos – de R\$ 1.045,00 a R\$ 3.135,00

() 3. De 3 a 5 salários mínimos – de R 3.136,00 a R\$ 5.225,00

() 4. De 5 a 10 salários mínimos – de R\$ 5.226,00 a R\$ 10.450,00

() 5. Acima de 10 salários mínimos – acima de R\$ 10.450,00

() 99. Não sabe

Q13. Qual sua preferência religiosa?

()1. Não tenho ()2. Católica ()3. Evangélica/ Protestante ()4. Espírita
()5. Judaica ()6. Orientais/ Budismo

Q14. Você trabalha?

()1. Não ()2. Sim

Q15. Você realiza estágio?

()1. Não ()2. Sim

Q16. Com qual frequência você pratica atividade física?

()1. Não pratico ()2. Uma vez por mês ()3. De duas a quatro vezes por mês
()4. Mais de duas vezes por semana ()5. Diariamente

Q17. Qual sua forma de ingresso na UNIFESP?

()1. Sisu ()2. Transferência interna ()3. Transferência externa
()4. Reingresso ()5. Ex-offício

Q18. Utilizou sistema de cota?

()1. Não ()2. Sim

Q19. Recebe algum Auxílio Permanência da UNIFESP?

()1. Não ()2. Sim

Q20. Teve alguma reprovação em algum módulo no decorrer do curso?

()1. Não ()2.Sim

Q21. Já precisou trancar algum semestre?

()1. Não ()2. Sim

Q22. Já participou de algum projeto acadêmico?

()1. Não ()2. Sim

Q23. Realiza algum tratamento alternativo ou tratamento de saúde?

()1. Não ()2. Sim

Q24. No momento realiza tratamento psicológico/psiquiátrico?

()1. Não ()2. Sim

Q25. Você acha que apresenta algum problema com seu uso de álcool no momento?

()1. Não ()2. Sim

Q26. Nos últimos 12 meses, o jeito como VOCÊ bebeu o/a prejudicou:

A. No seu trabalho, estudos ou oportunidades de emprego?

()1.Não ()2.Sim ()99.Não sabe

B. No seu trabalho doméstico ou tarefas em casa?

()1.Não ()2.Sim ()99. Não sabe

C. No seu casamento/ relações íntimas?

()1.Não ()2.Sim ()99. Não sabe

D. No seu relacionamento com outros membros da família?

()1.Não ()2.Sim ()99.Não sabe

E. Em suas amizades ou vida social?

()1.Não ()2.Sim ()99.Não sabe

F. Em sua saúde física?

()1.Não ()2.Sim ()99.Não sabe

G. Em suas finanças?

()1.Não ()2.Sim ()99.Não sabe

Q27. Nos últimos 12 meses você teve algumas das seguintes experiências?

A. Problemas com a lei por dirigir embriagado?

()1.Não ()2.Sim ()99.Não sabe

B. Você se envolveu em uma luta/briga física enquanto bebia?

()1.Não ()2.Sim ()99.Não sabe

C. Tem ou teve alguma doença relacionada com o uso de álcool que o afastou de suas atividades regulares?

()1.Não ()2.Sim ()99.Não sabe

D. Você perdeu o emprego, foi reprovado(a) em algum módulo, ou quase, por causa da bebida?

()1.Não ()2.Sim ()99.Não sabe

E. Seu cônjuge ou alguém que morou com você o(a) abandonou ou ameaçou de o(a) abandonar por causa da bebida?

()1.Não ()2.Sim ()99.Não sabe

F. Você perdeu alguma amizade por causa da bebida?

()1.Não ()2.Sim ()99.Não sabe

G. Foi criticado por alguma pessoa pelo modo como você bebia?

()1.Não ()2.Sim ()99.Não sabe

H. Você foi empurrado(a) ou agredido(a) enquanto bebia?

()1.Não ()2.Sim ()99.Não sabe

Q28. Você já sentiu prejuízos em sua saúde por causa do seu uso de bebidas?

()1.Não ()2.Sim, mas não nos últimos 12 meses ()3.Sim, nos últimos 12 meses ()99.Não sabe

Q29. Em geral, como tem estado a sua saúde física nos últimos 12 meses?

()1.Ruim ()2.Boa ()3.Média ()99.Não sabe

Q30. Nos últimos 12 meses, você procurou médicos, outros profissionais de saúde ou ajuda relacionados com a sua saúde física?

()1.Não ()2.Sim ()99.Não sabe

Q31. Em geral, como tem estado a sua saúde emocional / mental nos últimos 12 meses?

()1.Ruim ()2.Boa ()3.Média ()99. Não sabe

Q32. Quantas vezes, durante os últimos 12 meses, você se sentiu solitário(a)?

()1. Nunca ()2.Frequentemente ()3.De vez em quando ()4. Raramente ()99. Não sabe

Q33. No presente momento, você fuma cigarros, cachimbos ou charutos diariamente, ocasionalmente ou não fuma?

()1. Nunca Fumou ()2. Diariamente ()3. Ocasionalmente ()4. Parou de Fumar ()99. Não sabe

Q34. Nos últimos 12 meses, você usou medicação (calmantes, antidepressivos, remédio para ajudar a dormir ou emagrecer) que necessite de prescrição (receita) de forma diferente de como foi prescrita pelo médico ou por sua conta própria?

()1. Não ()2. Sim ()99. Não sabe

Q35. Nos últimos 12 meses, você usou alguma das substâncias abaixo?

A. Maconha ou haxixe

()1. Não ()2. Sim ()99. Não sabe

B. Cocaína aspirada

()1. Não ()2. Sim ()99. Não sabe

C. Crack

()1. Não ()2. Sim ()99. Não sabe

D. Estimulantes (como ritalina)

()1. Não ()2. Sim ()99. Não sabe

E. Alucinógenos (como LSD)

()1. Não ()2. Sim ()99. Não sabe

F. Drogas de festa (como ecstasy)

()1. Não ()2. Sim ()99. Não sabe

G. Outra _____

SE VOCÊ NÃO TEM UM CÔNJUGE/ COMPANHEIRO(A)/ NAMORADO(A),
PULAR PARA QUESTÃO (Q37)

Q36. Pensando nos últimos 12 meses com que frequência seu cônjuge/ companheiro(a)/ namorado(a) fez uso de bebidas alcoólicas? Lembre-se de incluir todos os tipos de bebidas alcoólicas: destilados, vinhos, cerveja.

()1. Nunca ()2. Todos os dias ()3. Maioria dos dias ()4. Minoria dos dias

Q37. As pessoas podem ser fisicamente agressivas de muitas maneiras (por exemplo: empurrando, socando, estapeando ou sendo agressivas fisicamente de alguma forma). Aconteceu contra você, nos últimos 12 meses, ser?

A. Empurrado (a)/Chacoalhado(a)/Agarrado(a)

☐1.Não ☐2.Sim ☐99.Não sabe

B. Estapeado(a)/Socado(a)/Chutado(a)

☐1.Não ☐2.Sim ☐99.Não sabe

C. Atiraram alguma coisa em você/Bateram com objeto em você

☐1.Não ☐2.Sim ☐99.Não sabe

D. Ameaçá-lo(a) com uma arma branca ou de fogo

☐1.Não ☐2.Sim ☐99.Não sabe

Q38.Caso tenha respondido afirmativamente alguma das opções da Q37.

Quem foi a pessoa?

☐1.Companheiro(a)/namorado(a)/marido(a) ☐2.Algum familiar ☐3.Amigo

☐4.Desconhecido

As próximas questões dizem respeito às suas experiências com problemas causados por outras pessoas que bebem. Alguma vez você já:

Q39. Antes de completar 18 anos você viveu com alguém que tinha problemas com a bebida ou era alcoolista/"alcoólatra"?

☐1.Não ☐2.Sim ☐99.Não sabe

Q40. Nos últimos 12 meses, por causa da ingestão de bebidas de qualquer outra pessoa

A. Você teve uma discussão séria (que não incluiu violência física)?

☐1.Não ☐2.Sim ☐99.Não sabe

B. Você se sentiu ameaçado(a) por causa do uso de bebidas dessas pessoas?

☐1.Não ☐2.Sim ☐99.Não sabe

C. Você foi emocionalmente ferido(a) ou negligenciado(a) por causa do uso de bebidas dessas pessoas?

☐1.Não ☐2.Sim ☐99.Não sabe

D. Você foi machucado(a) fisicamente por qualquer uma dessas pessoas por causa do uso de bebidas delas?

☐1.Não ☐2.Sim ☐99.Não sabe

E. Você parou de ver/se encontrar com qualquer uma dessas pessoas por causa do uso de bebidas delas?

☐1.Não ☐2.Sim ☐99.Não sabe

F. Você se sentiu em risco no carro quando qualquer uma dessas pessoas estava dirigindo, por causa do quanto beberam?

()1.Não ()2.Sim ()99.Não sabe

G. Você se feriu em um acidente de carro por causa do quanto beberam algumas dessas pessoas?

()1.Não ()2.Sim ()99.Não sabe

H. Você foi forçado(a) ou pressionado(a) a fazer sexo ou algo sexual por causa do uso de bebidas de alguma dessas pessoas?

()1.Não ()2.Sim ()99.Não sabe

I. O consumo de qualquer uma dessas pessoas afetou negativamente um evento social no qual você estivesse presente?

()1.Não ()2.Sim ()99.Não sabe

J. Alguém deixou de fazer a sua parte do trabalho na casa por causa do uso de bebidas?

()1.Não ()2.Sim ()99.Não sabe

K. Alguma das pessoas que você mencionou quebrou ou danificou alguma coisa que era importante para você por causa do modo como bebem?

()1.Não ()2.Sim ()99.Não sabe

L. Algum membro da família ou amigo pegou seu dinheiro ou objetos de valor por causa do modo como bebem?

()1.Não ()2.Sim ()99.Não sabe

M. Você teve que sair de casa para ficar em outro lugar por causa de alguém que bebe que mora na casa ou é da família?

()1.Não ()2.Sim ()99.Não sabe

N. Houve menos dinheiro para as despesas da casa por causa de alguém que bebe do domínio familiar?

()1.Não ()2.Sim ()99.Não sabe

O. Nos últimos 12 meses VOCÊ foi hospitalizado(a) ou precisou de um Pronto-socorro (devido ao consumo de outras pessoas)?

()1.Não ()2.Sim ()99.Não sabe

APÊNDICE C — Questionário Sociodemográfico

(aplicado no formato *online* na segunda etapa do estudo)

Nº do estudante no banco de dados _____

QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO DOS ESTUDANTES *ONLINE*

Anteriormente você já participou de uma coleta de dados presencial realizada no campus da UNIFESP/BS coleta realizada por alguns dos participantes do grupo de pesquisa. Por esse motivo somente algumas perguntas serão solicitadas novamente.

Por gentileza solicitamos que as respostas sejam referentes ao período de pandemia e isolamento social.

Desde já agradecemos sua participação.

Q1. Quantas pessoas vivem no domicílio, INCLUINDO VOCÊ, durante a pandemia? _____

Q2. Quem são as pessoas que residem com você durante a pandemia?

SE MORA SOZINHO, anote [0|1] pessoa ()99. Não sabe/Recusou ()1. Pais e/ou Irmãos ()2. Com parentes ()3. Cônjuge / Companheiro ()4. Sozinho ()5. República ()6. Pensionato

Q3. Você acha que eles aumentaram o consumo de bebidas durante esse período de isolamento social?

() 1. Não () 2. Sim () 0. Ninguém faz uso de bebida alcoólica

Q4. Qual é a sua renda líquida familiar mensal? (em Reais). Por renda familiar queremos dizer os rendimentos auferidos por você (se aplicável) e por seu cônjuge/companheiro em coabitação e por outros membros da família que vivem com você, e toda a renda de outras fontes, tais como apoio à criança ou pensões. Sendo essa renda das pessoas que estão residindo com você durante a pandemia.

() 1. Até 1 salário mínimo – até R\$ 1.045,00

() 2. De 1 a 3 salários mínimos – de R\$ 1.045,00 a R\$ 3.135,00

() 3. De 3 a 5 salários mínimos – de R\$ 3.136,00 a R\$ 5.225,00

() 4. De 5 a 10 salários mínimos – de R\$ 5.226,00 a R\$ 10.450,00

() 5. Acima de 10 salários mínimos – acima de R\$ 10.450,00

() 99. Não sabe

Q5. Você está trabalhando?

()1.Não ()2.Sim ()3.Fui demitido (a) do serviço ()4.Continuo trabalhando por

Home Office

Q6. Recebe algum Auxílio Permanência da UNIFESP?

()1.Não ()2.Sim

Q7. Precisou iniciar algum tratamento alternativo ou tratamento de saúde após início do isolamento social?

()1.Não ()2.Sim

Q8. Após início do isolamento social iniciou ou continuou algum tratamento psicológico/psiquiátrico?

()1.Não ()2.Sim

Q9. Em geral, como tem estado a sua saúde física nos últimos 30 dias?

()1.Ruim ()2.Boa ()3.Média ()99.Não sabe

Q10. Em geral, como tem estado a sua saúde emocional/ mental durante a pandemia?

()1.Minha saúde mental já estava comprometida antes da pandemia

()2.Apesar da situação mantenho boa saúde mental ()3.A situação de vida atual tem comprometido minha saúde mental, sinto que não estou bem ()4.Minha saúde mental piorou na pandemia

Q11. Quantas vezes, durante a pandemia, você se sentiu solitário (a) ?

()1. Nunca ()2.Frequentemente ()3.De vez em quando ()4. Raramente

() 99. Não sabe

Q12. Durante a pandemia, você usou medicação (calmantes, antidepressivos, remédio para ajudar a dormir ou emagrecer) que necessite de prescrição (receita) de forma diferente de como foi prescrita pelo médico ou por sua conta própria?

()1.Não ()2.Sim ()99.Não sabe

Q13. Durante a pandemia, você usou alguma das substâncias abaixo?

A. Maconha

()1.Não ()2.Sim ()99.Não sabe

B. Cocaína aspirada

()1.Não ()2.Sim ()99.Não sabe

C. Crack

()1.Não ()2.Sim ()99.Não sabe

D. Estimulantes (como ritalina)

()1.Não ()2.Sim ()99.Não sabe

E. Alucinógenos (como LSD)

()1.Não ()2.Sim ()99.Não sabe

F. Drogas de festa (como ecstasy)

()1.Não ()2.Sim ()99.Não sabe

G. Caso tenha usado outra substância: _____

Q14. Durante a pandemia, com que frequência seu cônjuge/ companheiro (a)/ namorado (a) fez uso de bebidas alcoólicas? Lembre-se de incluir todos os tipos de bebidas alcoólicas: destilados, vinhos, cerveja.

()1.Nunca ()2.Todos os dias ()3.Maioria dos dias ()4.Minoria dos dias

Q15. As pessoas podem ser fisicamente agressivas de muitas maneiras (por exemplo: empurrando, socando, estapeando ou de outras formas). Aconteceu algo contra você, ocasionado por seu CÔNJUGE / COMPANHEIRO (A) / NAMORADO (A), durante a pandemia:

A. Empurrado (a)/Chacoalhado(a)/Agarrado(a)

()1.Não ()2.Sim ()99.Não sabe

B. Estapeado(a)/Socado(a)/Chutado(a)

()1.Não ()2.Sim ()99.Não sabe

C. Atiraram alguma coisa em você/Bateram com objeto em você

()1.Não ()2.Sim ()99.Não sabe

D. Ameaçá-lo(a) com uma arma branca ou de fogo

()1.Não ()2.Sim ()99.Não sabe

APÊNDICE D — Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

(aplicado na segunda etapa do estudo no formato *online*)

Você está recebendo neste momento informações sobre a pesquisa "Risco de Suicídio entre Estudantes Universitários: Uma Comparação Entre o Momento Pré Pandemia de COVID-19 e Durante o Isolamento social"

O objetivo desse estudo é verificar a relação da presença de risco suicida, intensidade de sintomas de depressão, trauma na infância entre estudantes universitários.

Solicito autorização para a aplicação de questionários compostos por instrumentos que apresentam questões pessoais e relacionadas à saúde mental.

Sua participação nesse estudo é voluntária e, mesmo que decida participar, você tem plena liberdade para a qualquer momento desistir ou retirar seu consentimento. Você pode fazer todas as perguntas que julgar necessárias antes de concordar em participar, assim como durante a aplicação dos questionários da pesquisa, que tem a duração de aproximadamente 20 minutos.

Seu nome será mantido em segredo e as informações que você fornecerá não serão identificadas como suas. Os dados coletados, entretanto, estarão disponíveis para uso da pesquisa e para a produção de artigos científicos. Você será mantido atualizado sobre os resultados que sejam de conhecimento da pesquisadora. Não há despesas pessoais em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação.

Os riscos e/ou desconforto de participação do estudo são mínimos e estão relacionados ao tempo gasto para responder aos questionários e ao desconforto em responder algumas questões. Para minimizar tais questões, poderemos escutá-lo, falar sobre outro assunto ou sobre o assunto em questão ou interromper, de acordo com suas necessidades. Sua participação poderá trazer benefícios para a disponibilidade de promoção de conhecimento dos alunos de graduação sobre sintomas de humor, auxiliando na melhoria da saúde mental na vida universitária. Essa pesquisa apresenta relevância social e vantagens para os estudantes, pois a partir dos resultados que serão fornecidos para a universidade, poderão obter

subsídios para auxiliar na melhoria da qualidade da promoção à saúde dos estudantes durante a permanência na universidade.

Em qualquer etapa do estudo você terá acesso ao profissional responsável pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. A principal pesquisadora é a Profa. Dra. Adriana Marcassa Tucci, que pode ser encontrada através do *e-mail*: atucci@unifes.br ou que pode ser encontrada na UNIFESP – Campus Baixada Santista – Secretaria de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências da Saúde - Endereço: Av. Ana Costa, 95 – Santos/SP - tels.: (13) 3878-3700(Ramais 3711 ou 3774) e você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – endereço: Rua Botucatu, 740, cep 04023-900, Vila Clementino, São Paulo/SP. *e-mail*: cep@unifesp.br Telefones são 011-5571-1062 e 011-5539-7162; horário de atendimento telefônico e presencial: Segundas, Terças, Quintas e Sextas, das 9 às 12hs.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas. Caso a pesquisa resulte comprovadamente em dano pessoal, ressarcimento e indenizações previstos em lei poderão ser requeridos pelo participante (Resolução CNS nº 510 de 2016, artigo 17, II). Concordo voluntariamente em participar desse estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento. Ao assinalar a opção “Concordo”, a seguir, você atesta que concordou com a participação como voluntário(a) de pesquisa. Que foi devidamente informado(a) e esclarecido(a) sobre o objetivo desta pesquisa, que leu os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de sua participação e esclareceu todas as suas dúvidas. Foi garantida a sua possibilidade de recusar a participar e retirar seu consentimento a qualquer momento, sem que isso te cause qualquer prejuízo, penalidade ou responsabilidade. Consideramos que você autorizou a divulgação dos dados obtidos neste estudo mantendo em sigilo sua identidade. Enviaremos uma via deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para o seu *e-mail*. Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido desta pesquisadora para a participação neste estudo.

APÊNDICE E — Cartilha Informativa

Fornecida aos estudantes universitários participantes do estudo, após coleta dos dados, por *e-mail*.

De: Nipep Unifesp <niped.unifesp@gmail.com>

Enviado: quarta-feira, 12 de agosto de 2020 22:07:20 BRT

Assunto: Material: "Saúde Mental de estudantes universitários em tempos de pandemia"

Prezado aluno:

Estamos enviando esse material com orientações acerca de como identificar e lidar com alguns sintomas relacionados à saúde mental, avaliados por meio da pesquisa, intitulada "Saúde Mental de estudantes universitários em tempos de pandemia".

Esperamos que essas informações possam ajudar você a lidar com esse momento da melhor forma possível.

Atenciosamente, Núcleo Interdisciplinar de Pesquisa sobre Drogas, Sociedade e Cultura (NIPED)



Saúde Mental dos Estudantes Universitários em Tempos de Pandemia



Estudante,

Esta cartilha contém informações e dicas acerca de alguns aspectos da saúde mental, são eles:

01

Depressão

02

Ansiedade e estresse

03

Suicídio

04

Álcool

05

Outras drogas

06

Serviços de referência

2

Depressão

A depressão é um distúrbio emocional e psíquico, e que, mesmo que tenha seus sintomas bem definidos, sua origem é complexa. Sua causa é multifatorial, podendo ser por fatores genéticos, ambientais e biológicos. Os sintomas de depressão podem variar de leves a graves e podem incluir:

- ⇒ Tristeza ou mal humor deprimido;
- ⇒ Perda de interesse em atividades antes prazerosas;
- ⇒ Alteração no apetite;
- ⇒ Pensamentos de morte ou suicídio;
- ⇒ Perda de energia;
- ⇒ Problemas com sono.



LEMBRE-SE!!

A depressão tem tratamento, pode afetar qualquer pessoa e não é um sinal de fraqueza!



O que fazer quando estar se sentindo deprimido?

- Converse sobre seus sentimentos com uma pessoa na qual você se sinta à vontade, e que seja de confiança;
- Continue em contato com seus amigos e família;
- Faça exercício regularmente, mesmo que seja uma caminhada;
- Evite o consumo de álcool;
- Caso tenha pensamentos suicidas, peça ajuda imediatamente;
- Procure dormir e comer regularmente.



3

4

Ansiedade



A ansiedade é caracterizada pela preocupação excessiva ou expectativa apreensiva, são sintomas persistentes e de difícil controle, além de sintomas como:

- ▶ Compulsão comer e beber entre outros;
- ▶ Preocupação modo irracional, exemplo medo de sofrer um ataque cardíaco;
- ▶ Irritabilidade;
- ▶ Dificuldade de concentração;
- ▶ Insônia;
- ▶ Tensão muscular;
- ▶ Procrastinação: evitar ou demorar para fazer atividades seja elas acadêmicas ou pessoais;
- ▶ Vontade de fugir ou abandonar tudo;

5

Estresse



O estresse pode ser definido como uma reação normal do organismo que acontece quando nos sentimos em situações de ameaça, este mecanismo provoca alterações físicas e emocionais. Veja alguns dos principais sintomas do estresse:

- ▶ Cansaço mental e físico;
- ▶ Dor de cabeça;
- ▶ Tristeza e irritabilidade;
- ▶ Queda de cabelo;
- ▶ Insatisfação constante;
- ▶ Dificuldade em se concentrar e falhas na memória;



6

Como prevenir a Ansiedade e o Estresse?

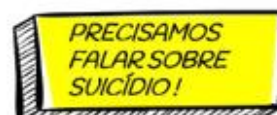


- ▶ Qualidade do sono - Mantenha seu quarto escuro e silencioso;
- ▶ Evite o uso de Smartphones, tablet e TV antes de dormir, eles emitem luz e faz com que seu cérebro permaneça desperto, limite o tempo de uso uma hora antes;
- ▶ Alimentação saudável - invista em alimentos com triptofano (é um precursor da serotonina, como a banana e chocolate);
- ▶ Hidrate-se;
- ▶ Leia algo que goste, escute suas músicas favoritas, assista filmes, aproveite seu tempo com quem ama;
- ▶ Organize sua rotina;
- ▶ Faça exercícios de respiração;
- ▶ Técnicas de relaxamento como meditação, yoga e exercícios de respiração podem ajudar;
- ▶ Pratique atividade física;



7

Suicídio



O comportamento suicida é todo ato pelo qual um indivíduo causa lesão a si mesmo, qualquer que seja o grau de intenção letal e de conhecimento do verdadeiro motivo desse ato. O comportamento suicida inclui desde pensamentos de autodestruição, ameaças, gestos, tentativas de suicídio até o suicídio consumado.



8

... O impacto do suicídio

O Suicídio é a segunda principal causa de morte entre pessoas com 15 a 29 anos de idade e mais de 800 mil pessoas morrem a cada ano por suicídio.

... Principais fatores de risco para o suicídio

- ▶ História de tentativa de suicídio;
- ▶ Transtornos mentais (principalmente depressão);
- ▶ Uso de substâncias psicoativas;
- ▶ Condições clínicas incapacitantes, graves ou incuráveis;
- ▶ Desesperança, impulsividade e agressividade;
- ▶ Estressores psicossociais.

! Sinais de alerta

Para identificar o risco de suicídio é importante avaliar os sentimentos principais de quem pensa em se matar, representados pelos 4D: **Depressão, Desesperança, Desamparo e Desespero**

É IMPORTANTE ESTAR ATENTO ÀS FRASES DE ALERTA, POR EXEMPLO:

Eu prefiro
estar morto.

Minha vida
não tem
solução.

Os outros
ficarão
mais felizes
sem mim.

... Perguntas úteis para avaliar o Risco de Suicídio

Para avaliar ideação suicida: Como você se sente ultimamente? Como está a sua vontade de viver, nesse momento? Em algum momento já se sentiu desejo de fazer algo contra você? Pensou em pôr um fim à própria vida?

Para avaliar o plano de suicídio: Pensou em como se mataria? Já tentou ou se preparou para se matar? Quando você está planejando fazê-lo?

Iniciando o processo de ajuda: O que te leva a desejar a morte? Tem esperança de ser ajudado? Quais são as suas razões para viver? O que te ajuda quando você está em momentos difíceis?

... Mitos sobre o suicídio

* **Quem quer se matar não avisa:** pelo menos dois terços das pessoas que tentam ou concluem o suicídio comunicam de alguma maneira sua intenção.

* **Se eu perguntar sobre suicídio, poderei induzir a pessoa a isso:** perguntar a uma pessoa sobre o suicídio é necessário e não vai levar a pessoa ao suicídio.

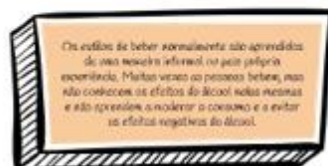
* **Ele está ameaçando suicídio apenas para manipular:** toda ameaça de suicídio deve ser levada a sério e indica que a pessoa está sofrendo e precisa de ajuda.

* **Quem quer se matar, se mata mesmo:** essa ideia pode conduzir a falta de ações de prevenção que poderiam ser eficazes.

... 12 Formas de ajudar a pessoa em Risco de Suicídio

- 1- Levar a sério indicativos de suicídio.
- 2- Priorizar a segurança (e evitar que ele tenha acesso a meios para cometer o suicídio).
- 3- Realizar uma avaliação complexa abrangendo: ideação suicida (pensamentos sobre ser o autor da própria morte), planos para concretizar o suicídio, necessidades do cliente, fatores de proteção, suporte social e familiar disponíveis.
- 4- Mobilizar recursos e apoio com permissão do cliente (família, companheiros, amigos, profissionais de saúde, grupos de apoio, apoio religiosos, etc.).
- 5- Promover fatores de proteção e bem-estar.
- 6- Estabelecer vínculo terapêutico.
- 7- Trabalhar a ambivalência: permitir que a pessoa fale sobre o conflito entre o desejo de viver e morrer e suas razões pessoais para morrer e para manter-se vivo.
- 8- Questionar as percepções da pessoa sobre as consequências do suicídio.
- 9- Promover a esperança por meio de questionamento lógico (quando a pessoa está excessivamente pessimista, com percepção distorcida sobre a realidade).
- 10- Estabelecer "contrato de não-suicídio" no qual a pessoa é convidada a estabelecer um compromisso que busca ajuda profissional e não cometer o suicídio quando estiver com desejo de provocar a própria morte. O contrato geralmente é aplicado quando há vínculo com o profissional e é renovado periodicamente).
- 11- Trabalhar a solução de problemas (ajudar a pessoa a perceber e explorar as várias alternativas ao suicídio). É útil quando há estressor ou problema que gera um sofrimento intolerável com o qual a pessoa não consegue lidar.
- 12- Favorecer a redução de sentimentos de vergonha, culpa e estigma quando a pessoa tentou o suicídio.

Álcool



BENEFÍCIOS DA MODERAÇÃO

- ▶ Maior prazer com alcoolemias mais baixas.
- ▶ Economia de dinheiro.
- ▶ Melhor desempenho escolar.
- ▶ Maior controle.
- ▶ Evita situações embaraçosas.
- ▶ Diminuição da pressão familiar.

Quais as estratégias de moderação?

- ❑ Preferir bebidas com menor índice de teor alcoólico, ou ditas mais fracas.
- ❑ Beber mais devagar.
- ❑ Realizar um espaçamento maior entre as doses consumidas.
- ❑ Priorizar qualidade ao invés de quantidade.
- ❑ Alternar entre bebidas alcoólicas e não-alcoólicas.
- ❑ Definir limites de quantas doses irá beber.
- ❑ Explorar os efeitos do álcool em níveis mais baixos de alcoolemia.
- ❑ Estabelecer um ponto de redução de vantagens, ou seja, perceber quando uma dose adicional não produz mais efeitos estimulantes, mas aumenta os efeitos depressores do álcool.
- ❑ Saber recusar uma bebida, caso não queira.
- ❑ Evitar situações em que ocorre ingestão de alto risco.



ÁLCOOL E SONO

- ❑ Intoxicação por álcool prejudica seu sono.
- ❑ Diminui o ciclo do sono profundo e de descanso. Apesar de você, talvez, dormir mais profundamente durante a primeira parte da noite, na segunda parte, o sono será mais superficial e você poderá acordar com facilidade.
- ❑ O sono desregulado limita sua capacidade de pensar e responder rapidamente.
- ❑ Seu pensamento e resposta mais lentos vão diminuir sua possibilidade de ter um bom desempenho acadêmico ou no trabalho.

BEBIDAS ALCOÓLICAS SÃO ALTAMENTE CALÓRICAS

- ❑ Uma latinha de cerveja tem a mesma caloria que um cachorro-quente ou uma barra de chocolate.

ÁLCOOL E A MULHER

As mulheres apresentam desvantagens em comparação aos homens quando bebem. Uma das desvantagens é que existe diferença do metabolismo do álcool nas mulheres, pois, os homens têm cinco vezes mais álcool desidrogenase, uma enzima do estômago e fígado que ajuda a metabolizar o álcool, do que as mulheres. Os homens também pesam mais e têm mais líquido no corpo, o que ajuda a diluir o álcool.

Assim, uma mulher fica mais embriagada com a mesma quantidade de álcool, mesmo pesando igual um homem.



Quanto mais álcool você beber e quanto maior o seu nível de álcool no sangue, mais o álcool age como depressivo ao invés de estimulante.

Conscientizar-se dos riscos dos problemas do álcool e controlá-los o mais cedo possível vai melhorar suas perspectivas de saúde.

Os estudantes que adquirem habilidades para beber moderadamente reduzem seu consumo e relatam menos problemas com o álcool.

As consequências negativas da bebida, como dirigir embriagado, perder aulas, ter notas baixas e brigas com colegas são sinais de interferência do álcool. Embora certas consequências sejam comuns para estudantes universitários, é recomendado que, se for beber, beba de maneira que evite as consequências negativas.

Outros comportamentos de risco:



Conte suas doses e monitore seu comportamento!

É importante que você tenha o costume de contar as doses que consome. A maioria das pessoas ficam bastante surpresas quando contam o quanto bebem. Além disso, observe o seu comportamento e como está agindo quando está bebendo.

Fique atento a quanto você bebe e o que está bebendo.

Beba com responsabilidade!



Outras drogas



Se você perceber que não está conseguindo controlar o uso de substâncias ou se você não se sente bem, procure ajuda. Converse com alguém de confiança e busque apoio em serviços de referência. Para álcool e outras drogas, o equipamento de referência são os CAPS AD. Ao final da cartilha, você encontra uma lista com os serviços disponíveis em Santos.

Informações e orientações sobre alguns tipos de substâncias

LEMBRE-SE!

Cada pessoa reage de forma diferente quando está sob o efeito de drogas. A "brisa" vai depender da substância consumida, da própria pessoa e do momento.

Antes de iniciar o uso de qualquer tipo de substância, observe o seu estado de humor, o ambiente em que está e se há alguém de confiança por perto. Além disso, evite o uso simultâneo de diferentes drogas!

Maconha



A cannabis, mais conhecida como maconha, é a substância feita mais utilizada entre as drogas por grande parte da população brasileira.



Trata-se de uma planta, da espécie Cannabis sativa, cujas subespécies mais conhecidas são Cannabis sativa sativa, Cannabis sativa indica e Cannabis sativa ruderalis. As principais diferenças entre elas são o padrão de crescimento e concentração de princípios ativos no final, a espécie predominantemente a Cannabis sativa sativa sendo a mais utilizada atualmente.

Podem utilizar diversas partes da planta para conseguir os efeitos psicoativos, do talo às flores. Normalmente usada na forma de fumo, também pode ser consumida quando adaptada a alimentos, bebidas, líquidos, cremes.



É possível encontrar também variações da substância, como o Hash e o Skunk, que se caracterizam por uma maior concentração de THC (Tetrahidrocannabinol), principal ativo com efeitos psicoativos.



O uso medicinal da maconha é possível devido a outro componente, o CBD (Cannabidiol), este princípio não possui efeitos psicoativos diferentes do THC, além de apresentar baixa toxicidade.

Alguns efeitos do uso da maconha são: boca seca, aumento da frequência cardíaca, a famosa "brisa".



Além da diminuição dos reflexos, dificuldade de concentração e lentidão de raciocínio. Pode ocorrer também o aparecimento de náuseas, vômitos e crise de pânico. O uso frequente e intenso da maconha pode causar perda de memória, alterações de aprendizagem, de memória e de sensibilidade.

17

18

Dicas de redução de danos

De uma pausa entre um uso e outro!

Evite fumar os restos das pontas, é altamente cancerígeno!

Não misture com medicamentos psiquiátricos!



De preferência para o uso das flores ao invés do prensado, apesar do custo mais elevado a concentração de THC nas flores é maior se comparado a outros partes da planta. Dessa forma, é preciso de uma quantidade menor de fumo para atingir o "brisa".

Além disso, a produção do prensado que inclui colheita, secagem, processamento, armazenamento e prensagem muitas vezes, são feitos de forma precária, gerando um produto de baixa qualidade, baixa concentração de THC, o cheiro de impurezas. Cuidado com adulterações (falsificação) e uso de produtos.

Não use se você sentir a presença de fumaça e muito a exposição a essas fumaças de qualquer modo pode causar problemas no sistema respiratório.

Se optar pelo consumo de prensado, lembre: esse produto não altera a concentração de THC, pois ele é um componente lipossolúvel e com ele você consegue eliminar resíduos indesejáveis, por exemplo, toxas.



Se utilizar cachimbos, dê preferência para os de cano longo. Assim, a fumaça chega menos quente à boca, garganta e pulmão. Alguns cachimbos, apesar de mais curtos, são os bongs com água e resfriamento.

Se optar por fumar cigarros, utilize papel fino, sem cereia e sem aromas. As toxas e aromáticos podem causar tosse quando entram em contato.

Não segure a fumaça no nariz! São necessários poucos segundos para atingir os efeitos, e manter a fumaça no nariz pode causar irritação nos pulmões.

Se usar na forma de de canos, canetas, cuidado com a quantidade! As folhas de maconha, ao serem colocadas entre os dedos, podem causar mais efeitos e irritação. Não consuma grande quantidade de uma só vez!

Crack e cocaína

A cocaína geralmente se apresenta como um pó branco e fino, ela é derivada do folho de coca.



Alguns efeitos são aumento da frequência cardíaca e respiração, melhora da atenção e sensação de euforia. Entretanto, o uso pode causar também irritabilidade, paranoia, alterações no sono e dependência. Além disso, o uso contínuo da cocaína pode levar a uma deterioração da memória e da saúde.



O crack é um preparado a partir dos restos da cocaína. Para fazer o crack, é comum que os produtores adicionem substâncias das mais variadas, desde solventes a álcool, até de maconha, etc.

A droga costuma ser usada devido ao seu processo de produção, no qual é adicionado bicarbonato de sódio à pasta de cocaína e a mistura é então se queima em pedras ("crack").

Os efeitos do uso de crack são semelhantes ao de cocaína aquecida, porém são mais rápidos e mais intensos. Por exemplo, como o crack é fumado, leva cerca de 10 segundos para "bater", enquanto a cocaína aquecida pode levar até 5 minutos. O "bater" do crack atinge seu pico em 5 minutos, já o de cocaína, pode durar entre 15 e 30 minutos.

Existem três situações que ocorrem com o uso de crack: a primeira, a fissura (ou crack), que é o desejo intenso de consumir a droga e que pode causar ansiedade de vários níveis, e a depressão pós-uso.

19

20

Dicas de redução de danos

Use um intervalo de tempo entre o uso e o uso.

Alimente-se antes de usar, pois tanto a comida quanto o craco tiram o tédio.



Após o uso de cocaína aquecida lave o nariz com soro fisiológico ou água para evitar fadiga.

Antes de usar de notas de dinheiro de papel comum, utilize canetas descartáveis e não compartilhe com outras pessoas para diminuir o risco de transmissão de doenças.



Se usar crack, dê preferência aos cachimbos de vidro, eles aquecem menos e não soltam tóxicos como os cachimbos feitos com outros materiais.

Opte também por cachimbos com canos mais longos, isso fuma menos, quanto mais a fumaça inala e menos serão os danos para a boca, garganta e pulmões.



Alguns usuários relatam que a uso de crack com maconha ou só a erva aumenta a apatia, diminui a ansiedade, a euforia e até a vontade de usar o crack.

Utilize protetor labial, como medida de cuidado de outros produtos que hidratam, para evitar fissuras e rachaduras dos lábios.

Drogas sintéticas



As drogas sintéticas incluem o LSD (derivado do ácido hídrico) e o Ecstasy (ou MDMA) (derivado da amfetamina).

O LSD também conhecido como ácido é um líquido feito em laboratório sem gosto, cor ou odor normalmente impregnado em um pedaço de papel de filtro.

Ele tem propriedades alucinógenas potentes, provocando delírios e distorções na percepção dos sentidos, ou seja, alucinações. Para se ter uma ideia, uma dose entre 40 a 50 microgramas (0,0001 a 0,0005 mg) já é suficiente para produzir os efeitos. Pode também levar ao desmascaramento de sintomas psíquicos.



Os efeitos começam a aparecer entre 30 a 40 minutos após a ingestão e podem durar até 12h.



O Ecstasy é comumente encontrado na forma de comprimidos e é um derivado das anfetaminas. Os comprimidos possuem o nome MDMA em quantidade variada, porém é possível encontrar também falsificações como MDMA.

Os principais efeitos do ecstasy são euforia e sensação de bem-estar.

O MDMA ou apenas MD é uma tipo de apresentação do ecstasy. Nada mais é que a substância pura, sem excipientes, na forma de pequenos cristais. Os efeitos são os mesmos, porém mais potencializados por se tratar de uma substância pura.

Dicas de redução de danos

Monitore-se bem antes, durante e após o uso.

Se estiver em um estado emocional ruim, evite o uso de LSD, pois pode causar uma "bad trip".



Beber água durante o uso de ecstasy ou MD é ainda mais importante, pois a substância causa aumento da temperatura corporal, aumentando a transpiração. Portanto, hidrate-se!

Fique o mais confortável possível após o uso de substâncias com risco, ou seja, evite drogas e medicamentos, a ingestão de substâncias pode provocar reações desagradáveis, como alterações graves de comportamento, desmaios e perda de memória ("apagões").



Onde procurar ajuda?

Serviços da Assistência Social

- Centro de Referência da Assistência Social (CRAS):** Principal porta de entrada dos usuários à rede de proteção social do Sistema Único de Assistência Social – SUAS. Informações e solicitação de Programas de Transferência de Renda (PTFR) e benefícios sociais: Bolsa Família, Renda Cidadã, Benefício de Prestação Continuada, etc.

CRAS Zona da Orla e Intermediária Praça Visconde do Ouero Preto, 12 (13) 3203-2903
CRAS Centro Rua Amador Bueno nº 201 Rua Sete de Setembro, 41 - Vila Nova (13) 3273-3641
CRAS Radio clube Caminho São Sebastião, 16 - casa 2 - Jardim Rádio Clube (13) 3291-2655
CRAS Alemoa Av. Marginal Anchieta, 218 - Alemoa (13) 3203-5258
CRAS Morro São Bento Av. Nossa Senhora da Assunção, s/nº Morro São Bento (13) 3222-8098
CRAS Bom Retiro Rua Alderico Monteiro Soares, 45 - Bom Retiro (13) 3203-2115
CRAS Nova Cintra Av. Santista, 655 - Morro da Nova Cintra (13) 3258-7348

- Centro de Referência Especializado da Assistência Social (CREAS):** atendimento social, serviços como solicitação de vaga em centros de acolhida, transporte, localização de familiares, apoio a pessoas em situação de risco de violência, e acesso aos demais serviços. Endereço: Av. Presidente Wilson, 143 - 2º andar - José Menino (13) 3223-3406 / 3223-4079 / 3223-8525

Serviços da Saúde

- Unidade Básica de Saúde (UBS):** Unidades Básicas de Saúde são locais onde você pode receber atendimentos básicos e gratuitos, como consultas, medicações, inalações, injeções, curativos, vacinas, coleta de exames laboratoriais, tratamento odontológico, encaminhamentos para especialidades e fornecimento de medicação básica.

Unidade Saúde da Família - Morro José Menino R. Dr. Carlos Alberto Curado, 77 A - José Menino, Santos (13) 3239-5278
Unidade Saúde da Família - Monte Serrat Praça Concha de Helo, 42 - Monte Serrat, Santos (13) 3221-8396
Unidade Saúde da Família - Vila Progresso/Morro Santa Maria R. Trêis, - c-06/02 - Vila Progresso - Santos (13) 3258-7501
Unidade Saúde da Família - Morro da Penha R. Trêis, 150 - Morro da Penha, Santos (13) 3296-2679
Unidade Saúde da Família - Jardim Castelo R. Francisco De Barros Melo - Jardim Castelo - Santos (13) 3299-5816
Policlínica Bom Retiro Rua João Fracalossi, s/nº - Bom Retiro (13) 3299-2669
Policlínica UBS Campo Grande Rua Carvalho de Mendonça, 607 - Campo Grande (13) 3239-3039
Policlínica UBS Conselheiro Nébias Av. Conselheiro Nébias, 514 - Encruzilhada (13) 3223-1512
Policlínica UBS Gonzaga Rua Assis Correia, 17 - Gonzaga (13) 3284-0605
Policlínica UBS Jabaquara Av. Rangel Pestana, 475 (13) 3232-5536
Policlínica UBS José Menino/Pompeia Avenida Floriano Peixoto, 201 (13) 3239-5270
Policlínica UBS Marapé Rua São Judas Tadeu, 115 - Marapé (13) 3237-0758
Policlínica e Pronto Atendimento Nova Cintra Rua José Ozias Barbosa, s/nº - Morro da Nova Cintra (13) 3258-6902
Policlínica UBS Ponta da Praia Praça 1º de Maio s/nº - Ponta da Praia (13) 3261-7762
Policlínica UBS São Bento Rua das Pedras, s/nº - Morro do São Bento (13) 3222-3593
Policlínica UBS Vila Mathias Rua Xavier Pinheiro, 284 - Encruzilhada (13) 3222-4290

ANEXO A — Avaliação do Risco de Suicídio

Módulo C – MINI

Risco de Suicídio

Durante o último mês:

C1- Pensou que seria melhor estar morto (a) ou desejou estar morto (a)?

() 0. Não () 1. Sim

C2- Quis fazer mal a si mesmo (a)?

() 0. Não () 1. Sim

C3- Pensou em suicídio?

() 0. Não () 1. Sim

C4- Pensou numa maneira de se suicidar?

() 0. Não () 1. Sim

C5- Tentou o suicídio?

() 0. Não () 1. Sim

Ao longo da sua vida:

C6- Já fez alguma tentativa de suicídio?

() 0. Não () 1. Sim

ANEXO B — Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse

Instruções

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

0 Não se aplicou de maneira alguma

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

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

3 Aplicou-se muito, ou na maioria do tempo

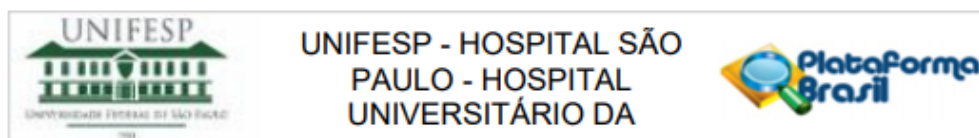
1	Achei difícil me acalmar	0 1 2 3
2	Senti minha boca seca	0 1 2 3
3	Não consegui vivenciar nenhum sentimento positivo	0 1 2 3
4	Tive dificuldade em respirar em alguns momentos (ex. respiração ofegante, falta de ar, sem ter feito nenhum esforço físico)	0 1 2 3
5	Achei difícil ter iniciativa para fazer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

ANEXO C — Questionário sobre Trauma na Infância

Enquanto eu crescia...	Nunca	Poucas vezes	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
1. Eu não tive o suficiente para comer.					
2. Eu soube que havia alguém para me cuidar e proteger.					
3. As pessoas da minha família me chamaram de coisas do tipo "estúpido (a)", "preguiçoso (a)" ou "feio (a)".					
4. Meus pais estiveram muito bêbados ou drogados para poder cuidar da família.					
5. Houve alguém na minha família que ajudou a me sentir especial ou importante.					
6. Eu tive que usar roupas sujas.					
7. Eu me senti amado (a).					
8. Eu achei que meus pais preferiam que eu nunca tivesse nascido.					
9. Eu apanhei tanto de alguém da minha família que tive de ir ao hospital ou consultar um médico.					
10. Não houve nada que eu quisesse mudar na minha família.					
11. Alguém da minha família me bateu tanto que me deixou com machucados roxos.					
12. Eu apanhei com cinto, vara, corda ou outras coisas que machucaram.					
13. As pessoas da minha família cuidavam umas das outras.					
14. Pessoas da minha família disseram coisas que me machucaram ou me ofenderam.					
15. Eu acredito que fui maltratado (a) fisicamente.					
16. Eu tive uma ótima infância.					
17. Eu apanhei tanto que um professor, vizinho ou médico chegou a notar.					
18. Eu senti que alguém da minha família me odiava.					
19. As pessoas da minha família se sentiam unidas.					
20. Tentaram me tocar ou me fizeram tocar de uma maneira sexual.					
21. Ameaçaram me machucar ou contar mentiras sobre mim se eu não fizesse algo sexual.					
22. Eu tive a melhor família do mundo.					
23. Tentaram me forçar a fazer algo sexual ou assistir coisas sobre sexo.					
24. Alguém me molestou.					
25. Eu acredito que fui maltratado (a) emocionalmente.					
26. Houve alguém para me levar ao médico quando eu precisei.					
27. Eu acredito que fui abusado (a) sexualmente.					
28. Minha família foi uma fonte de força e apoio.					

ANEXO D — Aprovação Comitê de ética em Pesquisa

Primeira Solicitação – Etapa presencial

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: RISCO DE SUICÍDIO, DEPRESSÃO, ANSIEDADE, ESTRESSE E USO DE ÁLCOOL ENTRE ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS DA ÁREA DA SAÚDE

Pesquisador: Sabrina Marques Moraes

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 00483418.3.0000.5505

Instituição Proponente: Departamento de Saúde Educação e Sociedade

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.030.958

Apresentação do Projeto:

Projeto CEP/UNIFESP n:1166/2018. (parecer final)

O ingresso na universidade implica em desafios e modificações na vida atual do estudante. Esses desafios expõem o universitário a vários riscos para a saúde. Este estudo tem como objetivo geral avaliar os sintomas de risco de suicídio, depressão, ansiedade, estresse e uso de álcool na população de estudantes universitários da área da saúde de um campus da Universidade Federal de São Paulo, dos seguintes cursos: Educação Física, Fisioterapia, Nutrição, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional.

Objetivo da Pesquisa:

-OBJETIVO PRIMÁRIO: Avaliar os sintomas de risco de suicídio, depressão, ansiedade, estresse e uso de álcool na população de estudantes universitários de uma Universidade Federal do Litoral de São Paulo.

-OBJETIVO SECUNDÁRIO: 1. Caracterizar os estudantes segundo os dados sociodemográficos; 2. Avaliar o padrão de consumo de álcool entre os estudantes; 3. Verificar a relação entre o padrão de consumo de álcool e os dados sociodemográficos; 4. Identificar a frequência de pensamento sobre suicídio entre os estudantes; 5. Avaliar a frequência de sintomas de depressão entre os estudantes; 6. Estimar a frequência dos sintomas de ansiedade entre os estudantes; 7. Mensurar a frequência dos sintomas de estresse entre os estudantes; 8. Analisar a relação entre o padrão de

Endereço: Rua Francisco de Castro, 55
Bairro: VILA CLEMENTINO **CEP:** 04.020-050
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)5571-1062 **Fax:** (11)5539-7162 **E-mail:** cep@unifesp.edu.br



Continuação do Parecer: 3.030.958

consumo de álcool, o pensamento sobre suicídio, os sintomas de estresse, depressão e ansiedade entre os estudantes universitários.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Em relação aos riscos e benefícios, o pesquisador declara:

-RISCOS: Neste estudo, os riscos poderão estar relacionados ao tempo destinado à aplicação do questionário e à possibilidade de que os entrevistados sintam algum desconforto ao falar sobre o suicídio, depressão, ansiedade e o uso de álcool. Ademais, caso haja desconforto, o entrevistado poderá optar entre evitar responder o questionário ou ser ouvido, a depender da necessidade e escolha do participante.

-BENEFÍCIOS: Sua participação poderá trazer benefícios para a disponibilidade de promoção de conhecimento dos alunos de graduação sobre o uso de álcool e sintomas de humor relacionados, auxiliando na melhoria da saúde mental na vida universitária.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de projeto de mestrado de Sabrina Marques Moraes. Orientadora: Profa. Dra. Adriana Marcassa Tucci. Projeto vinculado ao Departamento de Saúde Educação e Sociedade, Campus Baixada Santista, UNIFESP.

TIPO DE ESTUDO: Para atender aos objetivos propostos no presente estudo será empregada a abordagem quantitativa. A amostra será definida por conveniência, de acordo com a aceitação do estudante em participar da pesquisa e do preenchimento dos critérios de inclusão do estudo.

LOCAL: O estudo será realizado em um campus da Universidade Federal de São Paulo.

PARTICIPANTES: participarão 1000 estudantes Universitários da Área da Saúde.

-Critério de Inclusão: estudantes matriculados nos cursos de graduação de um campus da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), a saber: Educação Física, Fisioterapia, Nutrição, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional. Os alunos poderão ser de ambos os sexos e deverão estar matriculados entre o primeiro e último ano nesses cursos citados anteriormente e ter idade maior de 18 anos.

PROCEDIMENTOS:

-A coleta de dados será realizada por meio de aplicação dos questionários em sala de aula com prévia autorização dos professores responsáveis: Questionário Sociodemográfico; The Alcohol Use Disorders Identification Test – AUDIT; Avaliação do Risco de Suicídio – Minientrevista Neuropsiquiátrica Internacional - M.I.N.I.; Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse – DASS-21. Os graduandos que preencherem os critérios de inclusão do estudo serão convidados a participar

Endereço: Rua Francisco de Castro, 55
Bairro: VILA CLEMENTINO **CEP:** 04.020-050
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)5571-1062 **Fax:** (11)5539-7162 **E-mail:** cep@unifesp.edu.br



Continuação do Parecer: 3.030.958

da pesquisa, esclarecidos sobre o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o qual deverão assinar na concordância em participar do estudo. O estudo será iniciado após autorização por Comitê de Ética em Pesquisa e seguirá as recomendações da Resolução nº 466/2012 sobre pesquisa envolvendo seres humanos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- 1- Foram apresentados os principais documentos: folha de rosto; projeto completo; cópia do cadastro CEP/UNIFESP, orçamento financeiro e cronograma apresentados adequadamente.
- 2-TCLE a ser aplicado aos participantes.
- 3- Todos os questionários estão anexados no final do projeto detalhado.

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Respostas ao parecer nº 3009933 de 08 de novembro de 2018. Todas as correções foram feitas e acatadas. O pesquisador assume total responsabilidade ética e legal das informações referidas neste projeto de pesquisa. PROJETO APROVADO.

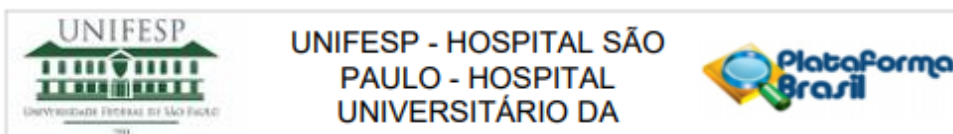
Prezados pesquisadores, por favor, verificar pendências.

1-Em relação ao TCLE:

- a)- Adequar as informações sobre os riscos, já que existe possibilidade de desconforto ;
- b)- Informar os benefícios da pesquisa, mesmo que indiretos;
- c)- ao disponibilizar os dados dos pesquisadores, fornecer também e-mail ou celular, para facilita eventuais contatos.
- d)- Atenção: o CEP/UNIFESP mudou de endereço: favor corrigir no TCLE. Novo endereço: Rua Prof. Francisco de Castro, n: 55, - 04020-050. O E-mail é: CEP@unifesp.edu.br. Os telefones continuam os mesmos (011-5571-1062; 011-5539-7162)
- e)- favor adequar o TCLE, no campo em que é informado que o participante receberá uma "cópia" do TCLE: não usar a palavra "cópia" e sim, a palavra "via", já que o TCLE do participante não é uma cópia: é um documento original.
- f)- todas as páginas devem ser numeradas (ex: 1/4, 2/4, etc.), as quais deverão ser rubricadas pelo pesquisador e pelo participante da pesquisa no momento da aplicação do TCLE.

Respostas às pendências:

Endereço: Rua Francisco de Castro, 55		
Bairro: VILA CLEMENTINO		CEP: 04.020-050
UF: SP	Município: SAO PAULO	
Telefone: (11)5571-1062	Fax: (11)5539-7162	E-mail: cep@unifesp.edu.br



Continuação do Parecer: 3.030.958

As devidas modificações foram feitas conforme orientação do parecer do CEP no TCLE. Todas as alterações encontram-se no TCLE com a fonte na cor vermelha para que seja mais fácil a sua identificação. Segue novo documento em PDF anexado na Plataforma Brasil e modificação no Projeto Completo. TODAS AS FORAM ADEQUADAMENTE MODIFICADAS.

Considerações Finais a critério do CEP:

O CEP informa que a partir desta data de aprovação, é necessário o envio de relatórios parciais (semestralmente), e o relatório final, quando do término do estudo.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1220866.pdf	13/11/2018 08:36:56		Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	modificacao_cep_resposta.docx	13/11/2018 08:36:08	Sabrina Marques Moraes	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_MESTRADO_FINAL.pdf	13/11/2018 08:25:04	Sabrina Marques Moraes	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Modificado.pdf	13/11/2018 08:08:30	Sabrina Marques Moraes	Aceito
Folha de Rosto	20181002_164605.pdf	03/10/2018 08:02:04	Sabrina Marques Moraes	Aceito
Outros	20181002_164630.pdf	03/10/2018 07:59:36	Sabrina Marques Moraes	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO_COMITE.pdf	24/09/2018 17:42:53	Sabrina Marques Moraes	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA_COMITE.pdf	24/09/2018 17:30:47	Sabrina Marques Moraes	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua Francisco de Castro, 55
 Bairro: VILA CLEMENTINO CEP: 04.020-050
 UF: SP Município: SAO PAULO
 Telefone: (11)5571-1062 Fax: (11)5539-7162 E-mail: cep@unifesp.edu.br



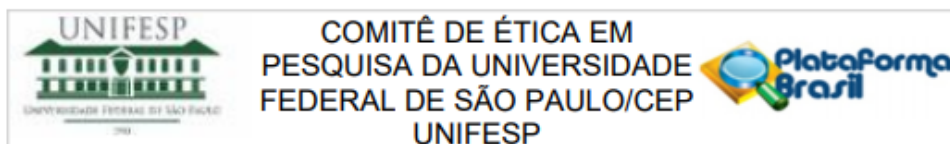
Continuação do Parecer: 3.030.958

SAO PAULO, 21 de Novembro de 2018

Assinado por:
Miguel Roberto Jorge
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Francisco de Castro, 55
Bairro: VILA CLEMENTINO **CEP:** 04.020-050
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)5571-1062 **Fax:** (11)5539-7162 **E-mail:** cep@unifesp.edu.br

ANEXO E — Aprovação Comitê de ética em Pesquisa

Segunda Solicitação – Etapa *Online***PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: RISCO DE SUICÍDIO ENTRE ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS: UMA COMPARAÇÃO ENTRE O MOMENTO PRÉ PANDEMIA DE COVID-19 E DURANTE O ISOLAMENTO SOCIAL

Pesquisador: ADRIANA MARCASSA TUCCI

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 38491520.0.0000.5505

Instituição Proponente: Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP/EPM

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.330.550

Apresentação do Projeto:

Projeto CEP/UNIFESP n: 1161/2020 (parecer final)

Trata-se de projeto de Mestrado de SABRINA MARQUES MORAES.

Orientador(a): Prof(a). Dr(a).ADRIANA MARCASSA TUCCI.

Coorientador(a): Prof(a). Dr(a). KELLY GRAZIANI GIACCHERO VEDANA.

Projeto vinculado ao Departamento de Saúde, Educação e Sociedade, Campus Baixada Santista, UNIFESP.

-As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa (<PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1635938.pdf> 25/09/2020).

APRESENTAÇÃO: O ingresso na universidade implica em desafios e modificações na vida atual do estudante, esses desafios expõem esse universitário a vários riscos para a saúde. Este estudo tem como objetivo geral avaliar os sintomas de risco de suicídio, depressão e trauma na infância na população de estudantes universitários, de uma universidade pública, pré pandemia covid-19 e durante distanciamento social. Será empregada a abordagem quantitativa. Os alunos poderão ser de ambos os sexos e deverão estar matriculados nos cursos oferecidos pela universidade e teridade maior de 18 anos. A primeira etapa do estudo já foi aprovada pelo CEP, sob dados: CAAE:

Endereço: Rua Botucatu, 740

Bairro: VILA CLEMENTINO

CEP: 04.023-900

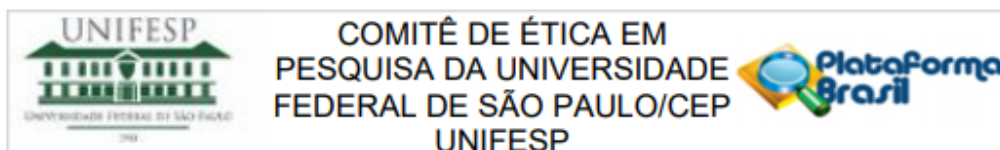
UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)5571-1062

Fax: (11)5539-7162

E-mail: cep@unifesp.br



Continuação do Parecer: 4.330.550

00483418.3.0000.5505, número do parecer: 3.030.958, projeto CEP/UNIFESP n:1166/2018 (parecer final).
A segunda etapa, referente a essa submissão, ocorrerá de forma online. Serão aplicados questionários: Questionário Sociodemográfico; Avaliação do Risco de Suicídio – Mini entrevista Neuropsiquiátrica Internacional - M.I.N.I.; Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse – DASS -21; Questionário Sobre Trauma na Infância - QUESI.
HIPÓTESE: Comparar se houve aumento dos sintomas de depressão, risco de suicídio antes e durante a pandemia.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Avaliar os sintomas de risco de suicídio, sintomas de depressão e trauma na infância na população de estudantes universitários, de uma universidade pública, pré pandemia COVID-19 e durante isolamento social.

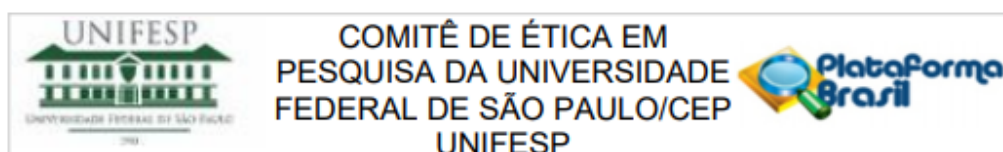
Objetivo Secundário: 1. Caracterizar os estudantes segundo os dados sociodemográficos; 2. Identificar a frequência de pensamentos sobre suicídio entre os estudantes pré e durante o isolamento social; 3. Avaliar a frequência de sintomas de depressão entre os estudantes pré e durante o isolamento social; 4. Verificar a relação entre o risco de suicídio e sintomas de depressão, pré e durante a pandemia; nos momentos pré e durante a pandemia de COVID-19 e sintomas de depressão; 5. Analisar a relação entre padrão elevado para risco de suicídio e traumas sofridos na infância pré e durante isolamento social; 6. Verificar a relação entre traumas sofridos na infância e os níveis de depressão entre os estudantes pré e durante isolamento social.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Em relação aos riscos e benefícios, o pesquisador(a) declara:

Riscos: Os estudantes sujeitos dessa pesquisa não se caracterizam como indivíduos em vulnerabilidade e a pesquisa não fornece nenhum tipo de risco ou dano ao participante físico ao estudante. Mas, no caso de o discente apresentar qualquer tipo de desconforto emocional, será instantaneamente acolhido e poderá desistir imediatamente de participar do estudo. A participação na pesquisa terá caráter voluntário e os estudantes serão informados sobre os objetivos do estudo e que os dados poderão ser publicados para fins acadêmicos e científicos. O participante autorizará sua participação assinando um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), e quando consentido de forma online será encaminhado uma cópia para o e-mail fornecido pelo participante. Dessa forma, será respeitada a autonomia do sujeito em participar ou não do

Endereço: Rua Botucatu, 740	CEP: 04.023-900
Bairro: VILA CLEMENTINO	
UF: SP	Município: SAO PAULO
Telefone: (11)5571-1062	Fax: (11)5539-7162
	E-mail: cep@unifesp.br



Continuação do Parecer: 4.330.550

estudo. Além disso, quando os participantes estiverem respondendo ao questionário, não ocorrerá desconforto, represálias e nenhum dano

físico, moral, psíquico ou financeiro. Ao participarem da pesquisa é assegurado que não haverá custos ou danos para os mesmos, sendo também assegurado o sigilo em relação às respostas do questionário e da sua participação na intervenção. Neste estudo os riscos estão relacionados ao tempo destinado à aplicação do questionário e à possibilidade de que os entrevistados sintam algum desconforto ao falar sobre o suicídio, depressão, ansiedade e o uso de álcool. Também há risco de quebra de sigilo dos dados, porém todos os cuidados serão tomados para assegurar que isto não ocorra. Ademais, caso haja desconforto, o entrevistado poderá optar entre evitar responder o questionário ou ser ouvido, a depender da necessidade e escolha do participante. O único benefício pode ser a oportunidade de que os participantes possam ter escuta para discorrer sobre assuntos de seu próprio interesse.

Benefícios: Essa pesquisa apresenta relevância social e vantagens para os estudantes, pois a partir dos resultados que serão fornecidos para a universidade, poderão obter subsídios para auxiliar na melhoria da qualidade da promoção à saúde dos estudantes durante a permanência na universidade.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

TIPO DE ESTUDO: quantitativo.

LOCAL: Campus Baixada Santista Instituto Saúde e Sociedade, da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP).

PARTICIPANTES: 165 estudantes universitários maiores de 18 anos.

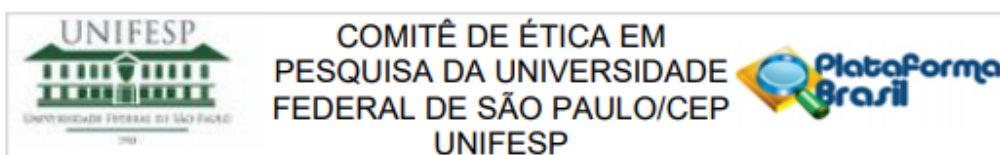
Critério de Inclusão: Participarão da coleta de dados, estudantes universitários que tenham 18 anos ou mais e que estejam cursando a graduação no Campus Baixada Santista Instituto Saúde e Sociedade, da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Os estudantes poderão ser dos cursos de Bacharelado Educação Física, Fisioterapia, Serviço Social e Terapia Ocupacional. **Critério de Exclusão:** Serão excluídos da pesquisa os estudantes universitários que tenham menos de 18 anos, e os demais alunos que não participaram da coleta presencialmente, pois, o estudo avaliará o pré e durante o isolamento social, realizando a reaplicação dos instrumentos.

PROCEDIMENTOS: a primeira etapa do estudo foi já aprovada pelo CEP, sob dados: CAAE:

00483418.3.0000.5505, número do parecer: 3.030.958, projeto CEP/UNIFESP n:1166/2018 (parecer final).

A presente submissão é para aprovação da segunda etapa, que ocorrerá online. Somente os estudantes que já participaram da coleta presencial (primeira etapa) serão contatados

Endereço: Rua Botucatu, 740
Bairro: VILA CLEMENTINO **CEP:** 04.023-900
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)5571-1062 **Fax:** (11)5539-7162 **E-mail:** cep@unifesp.br



Continuação do Parecer: 4.330.550

por e-mail ou telefone para a reaplicação dos questionários no formato online para reavaliação e comparação das variáveis (pré e durante isolamento social). Os estudantes receberão, por e-mail, um feedback não personalizado, contendo informações sobre questões relacionadas a depressão e suicídio (análise do estudo), assim como orientações acerca de como lidar com fatores estressantes que podem ter surgido durante a pandemia ou mesmo se agravado, consequentemente, podendo aumentar o risco para sintomas de depressão e suicídio, como forma de auxiliá-los nesse período de isolamento social.

Instrumentos:

- Questionário sociodemográfico;
- Avaliação do risco de suicídio - Minientrevista Neuropsiquiátrica Internacional;
- Depression, anxiety and stress scale: escala de depressão, ansiedade e estresse;
- Questionário sobre traumas na infância.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

1-Foram apresentados os principais documentos: folha de rosto; projeto completo; cópia do cadastro CEP/UNIFESP, orçamento financeiro e cronograma.

2-Outros documentos importantes anexados na Plataforma Brasil:

a) Parecer de projeto aprovado (PB_PARECER_CONSUBSTANCIADO_CEP_3030958.pdf).

3- O modelo do TCLE foi apresentado pelo(a) pesquisador(a).

4- O modelo de questionário / roteiro de entrevista está anexado no final do projeto detalhado.

Recomendações:

Sem recomendações

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Respostas ao parecer nº 4314586 de 01 de Outubro de 2020. PROJETO APROVADO.

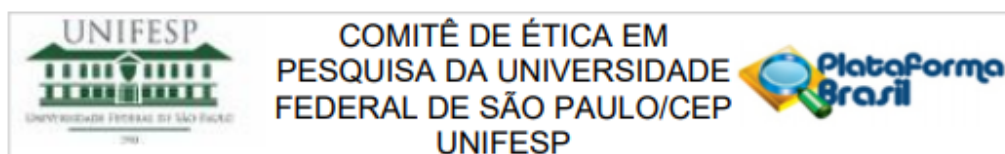
PENDÊNCIA 1. É necessário incluir a Profa Dra KELLY GRAZIANI GIACCHERO VEDANA na Plataforma Brasil como equipe (seu nome está na capa do projeto detalhado).

RESPOSTA: a Profa. Dra. KELLY GRAZIANI GIAZCCHERO VEDANA foi adicionada como membro de equipe na Plataforma Brasil, conforme solicitação.

ATENDIDA

PENDÊNCIA 2. É necessário informar na metodologia qual o tempo estimado para preenchimento de todos os questionários pelo participante.

Endereço: Rua Botucatu, 740
 Bairro: VILA CLEMENTINO CEP: 04.023-900
 UF: SP Município: SAO PAULO
 Telefone: (11)5571-1062 Fax: (11)5539-7162 E-mail: cep@unifesp.br



Continuação do Parecer: 4.330.550

RESPOSTA: Foi adicionado o tempo médio que pode ser gasto para ser respondido o questionário online, com base nos questionários presenciais já respondidos anteriormente: o tempo para o preenchimento de ambos os questionários é de aproximadamente 20 minutos.

(projeto detalhado, p. 15)

ATENDIDA

PENDÊNCIA 3. Foi informado que os estudantes serão contatados por e-mail ou telefone para a reaplicação dos questionários. É necessário anexar na Plataforma Brasil o modelo de texto que será enviado por e-mail para o convite aos participantes da pesquisa.

RESPOSTA: Esse item foi incluído no documento Carta_Convite

Bom dia, caro aluno!

Esse e-mail é um convite para participar de uma pesquisa, intitulada: **RISCO DE SUICÍDIO ENTRE ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS: UMA COMPARAÇÃO ENTRE O MOMENTO PRÉ PANDEMIA DE COVID-19 E DURANTE O ISOLAMENTO SOCIAL.**

A pandemia relacionada à COVID-19 tem repercutido de diversas maneiras na saúde mental de muitas pessoas. Não sei se se recorda, mas você respondeu a um questionário sobre saúde mental no momento anterior à pandemia. Por isso, viemos te convidar a participar novamente de uma segunda etapa do estudo, que abordará alguns aspectos da saúde mental de estudantes universitários em tempos de pandemia. Pretendemos comparar seus resultados nos dois momentos e traçar estratégias para auxiliá-lo. A segunda etapa da pesquisa levará aproximadamente 20 minutos e será realizada totalmente de forma virtual, através de smartphones, tablets ou computadores. Você receberá o TCLE por e-mail, qualquer dúvida ou sugestões poderá contatar o pesquisador responsável pelos contatos apresentados no mesmo.

Segue o link para responder a pesquisa através do google forms.

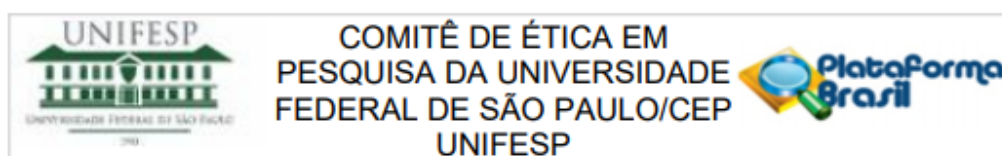
Agradecemos sua participação.

ATENDIDA

PENDÊNCIA 4. Em relação ao cronograma informado no formulário de informações básicas, em virtude da devolução das respostas às pendências, solicitamos alterar a data de início da "Coleta e Análise simultânea dos Dados" e etapas posteriores, para que haja tempo hábil entre as respostas e a aprovação pelo CEP/UNIFESP. Lembramos que nenhum estudo pode ser iniciado antes da aprovação pelo CEP/UNIFESP (Norma Operacional CNS nº 001 de 2013, item 3.3.f).

RESPOSTA: Alterada data no cronograma, anteriormente início 02/11/2020 para 01/12/2020,

Endereço: Rua Botucatu, 740	CEP: 04.023-900
Bairro: VILA CLEMENTINO	
UF: SP	Município: SAO PAULO
Telefone: (11)5571-1062	Fax: (11)5539-7162
	E-mail: cep@unifesp.br



Continuação do Parecer: 4.330.550

porém reforçado que os dados serão coletados somente após aprovação do comitê de ética.
(alterado no cronograma de execução na Plataforma Brasil)

ATENDIDA

PENDÊNCIA 5. Com relação ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (documento):
(TCLE)

5.a) Retirar a palavra "apêndice" do cabeçalho do documento, já que o TCLE não é um apêndice, mas sim um documento individualizado.

RESPOSTA: retirada a palavra apêndice do cabeçalho do documento.

(TCLE)

ATENDIDA

5.b) Informar, no TCLE, os procedimentos e direitos do participante em caso de danos. Exemplo: "Caso a pesquisa resulte comprovadamente em dano pessoal, ressarcimento e indenizações previstos em lei poderão ser requeridos pelo participante (Resolução CNS nº 510 de 2016, artigo 17, II)".

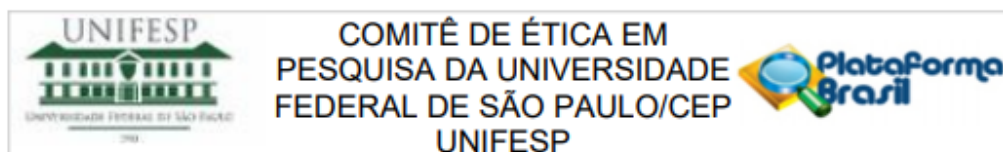
RESPOSTA: Acrescido no TCLE a parte em vermelho que segue: Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas. Caso a pesquisa resulte comprovadamente em dano pessoal, ressarcimento e indenizações previstos em lei poderão ser requeridos pelo participante (Resolução CNS nº 510 de 2016, artigo 17, II). Concordo voluntariamente em participar desse estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento. Ainda afirmo que recebi via deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

ATENDIDA

5.c) É necessário informar no TCLE qual o tempo estimado para preenchimento de todos os questionários pelo participante.

RESPOSTA: Acrescido no TCLE a parte em vermelho que segue: Sua participação nesse estudo é voluntária e, mesmo que decida participar, você tem plena liberdade para a qualquer momento desistir ou retirar seu consentimento. Você pode fazer todas as perguntas que julgar necessárias antes de concordar em participar, assim como durante a aplicação dos questionários da pesquisa.

Endereço: Rua Botucatu, 740
Bairro: VILA CLEMENTINO CEP: 04.023-900
UF: SP Município: SAO PAULO
Telefone: (11)5571-1062 Fax: (11)5539-7162 E-mail: cep@unifesp.br



Continuação do Parecer: 4.330.550

O preenchimento do questionário tem a duração de aproximadamente 20 minutos.

ATENDIDA

5.d) O CEP/UNIFESP mudou de endereço. Corrigir no TCLE. Novo endereço: Rua Botucatu, 740, cep 04023-900, Vila Clementino, São Paulo/SP. E-mail cep@unifesp.br. Os telefones são 011-5571-1062 e 011-5539-7162; horário de atendimento telefônico e presencial: Segundas, Terças, Quintas e Sextas, das 9 às 12hs

RESPOSTA: alterado o endereço do CEP no TCLE, conforme solicitado. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – endereço: Rua Botucatu, 740, cep 04023-900, Vila Clementino, São Paulo/SP. E-mail: cep@unifesp.br Telefones são 011-5571-1062 e 011-5539-7162; horário de atendimento telefônico e presencial: Segundas, Terças, Quintas e Sextas, das 9 às 12hs.

ATENDIDA

5.e) Descrever no TCLE os benefícios esperados: benefícios diretos para o participante, como por exemplo, benefícios referentes aos procedimentos realizados, acesso a resultados de exames, etc.; e/ou benefícios indiretos, para a sociedade, como avanço nos conhecimentos sobre o que está sendo pesquisado.

RESPOSTA: Incluído o seguinte trecho no TCLE. Sua participação poderá trazer benefícios para a disponibilidade de promoção de conhecimento dos alunos de graduação sobre sintomas de humor, auxiliando na melhoria da saúde mental na vida universitária. Essa pesquisa apresenta relevância social e vantagens para os estudantes, pois a partir dos resultados que serão fornecidos para a universidade, poderão obter subsídios para auxiliar na melhoria da qualidade da promoção à saúde dos estudantes durante a permanência na universidade.

ATENDIDA

5.f) Como o TCLE será aplicado de forma online é necessário:

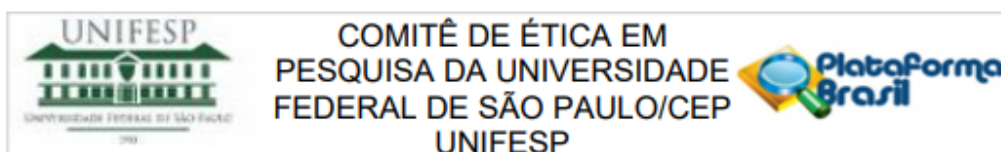
5.f.1) Excluir a parte final na qual constam campos para assinaturas por escrito.

RESPOSTA: Texto excluído no TCLE

ATENDIDA

5.f.2) Como já consta no TCLE que o participante receberá uma via do documento por e-mail é

Endereço: Rua Botucatu, 740		CEP: 04.023-900
Bairro: VILA CLEMENTINO		
UF: SP	Município: SAO PAULO	
Telefone: (11)5571-1062	Fax: (11)5539-7162	E-mail: cep@unifesp.br



Continuação do Parecer: 4.330.550

necessário excluir este trecho "Ainda afirmo que recebi via deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido."

RESPOSTA: Texto excluído do TCLE

ATENDIDA

5.f.3) Excluir este trecho "Favor rubricar as páginas deste termo".

RESPOSTA: Texto excluído do TCLE

ATENDIDA

COM BASE NAS DECLARAÇÕES DA PESQUISADORA E NAS ALTERAÇÕES DOS DOCUMENTOS ENVIADOS O CEP CONSIDERA QUE TODAS AS PENDÊNCIAS FORAM ATENDIDAS.

Considerações Finais a critério do CEP:

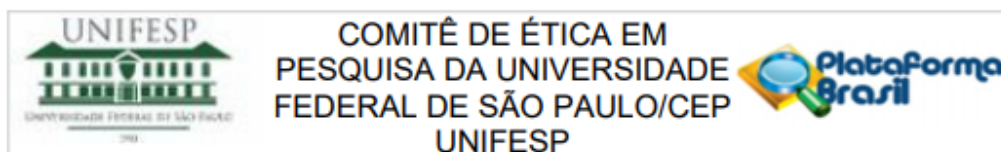
1 - O CEP informa que a partir desta data de aprovação toda proposta de modificação ao projeto original, incluindo necessárias mudanças no cronograma da pesquisa, deverá ser encaminhada por meio de emenda pela Plataforma Brasil.

2 - O CEP informa que a partir desta data de aprovação, é necessário o envio de relatórios parciais (semestralmente), e o relatório final, quando do término do estudo, por meio de notificação pela Plataforma Brasil.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1635938.pdf	05/10/2020 09:56:49		Aceito
Outros	CARTA_CONVITE.docx	05/10/2020 09:56:28	ADRIANA MARCASSA TUCCI	Aceito
Outros	CARTA_RESPOSTA_Pendencias_Projeto_Pandemia.doc	05/10/2020 09:55:58	ADRIANA MARCASSA TUCCI	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Pendencias_pandemia.docx	05/10/2020 09:55:17	ADRIANA MARCASSA TUCCI	Aceito

Endereço: Rua Botucatu, 740
 Bairro: VILA CLEMENTINO CEP: 04.023-900
 UF: SP Município: SAO PAULO
 Telefone: (11)5571-1062 Fax: (11)5539-7162 E-mail: cep@unifesp.br



Continuação do Parecer: 4.330.550

Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_MODIFICACOES_CEP_Pandemia.docx	05/10/2020 09:54:02	ADRIANA MARCASSA TUCCI	Aceito
Outros	CEP.pdf	25/09/2020 12:56:12	Sabrina Marques Moraes	Aceito
Folha de Rosto	Plataforma_Brasil_Projeto_Pandemia.pdf	25/09/2020 12:54:36	Sabrina Marques Moraes	Aceito
Parecer Anterior	PB_PARECER_CONSUBSTANCIADO_CEP_3030958.pdf	24/09/2020 06:33:10	Sabrina Marques Moraes	Aceito
Outros	Justificativa_emenda2.pdf	24/09/2020 06:33:00	Sabrina Marques Moraes	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	24/09/2020 06:32:48	Sabrina Marques Moraes	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	24/09/2020 06:32:37	Sabrina Marques Moraes	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 09 de Outubro de 2020

Assinado por:
Miguel Roberto Jorge
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Botucatu, 740
Bairro: VILA CLEMENTINO CEP: 04.023-900
UF: SP Município: SAO PAULO
Telefone: (11)5571-1062 Fax: (11)5539-7162 E-mail: cep@unifesp.br