



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE DESPORTOS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO FÍSICA

Maria Eduarda Venera

**Clusters de transtornos mentais, atividade física e fatores associados em
universitários brasileiros: coorte UNILIFE-M**

Florianópolis
2024

Maria Eduarda Venera

**Clusters de transtornos mentais, atividade física e fatores associados em
universitários brasileiros: coorte UNILIFE-M**

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Educação Física da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito final para a obtenção do título de Mestre em Educação Física.

Orientador: Prof. Thiago Sousa Matias, Dr.

Florianópolis

2024

**Ficha catalográfica gerada por meio de sistema automatizado gerenciado pela
BU/UFSC. Dados inseridos pelo próprio autor.**

Venera, Maria Eduarda Clusters de transtornos mentais, atividade física e fatores associados em universitários brasileiros: : coorte UNILIFE-M / Maria Eduarda Venera ; orientador, Thiago Sousa Matias, 2024. 75 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Desportos, Programa de Pós-Graduação em Educação Física, Florianópolis, 2024.

Inclui referências.

1. Educação Física. 2. Atividade Física. 3. Saúde Mental. 4. Estudantes. I. Matias, Thiago Sousa. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Educação Física. III. Título.

Maria Eduarda Venera

Clusters de transtornos mentais em universitários brasileiros: recorte transversal do estudo de coorte UNILIFE-M

O presente trabalho em nível de Mestrado foi avaliado e aprovado em 28 de fevereiro de 2024, pela banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof. Cassiano Ricardo Rech, Dr.
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof^a. Andrea Deslandes, Dr^a.
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Certificamos que esta é a **versão original e final** do trabalho de conclusão que foi julgado adequado para a obtenção do título de mestre em Educação Física pelo programa de Pós-Graduação em Educação Física.

Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Educação Física

Prof. Thiago Sousa Matias, Dr.
Orientador

Florianópolis
2024

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer em primeiro lugar a Deus, pois sempre o senti me guiando pelos caminhos do bem e do conhecimento. E aos meus pais, que com muito esforço, me educaram para servir a vontade de Deus.

Devo agradecer em especial ao meu noivo, Rodrigo, que por dois anos me apoiou financeiramente e emocionalmente para nunca desistir do meu sonho de me tornar mestre, sempre demonstrando muita paciência e amor.

Agradeço ao meu orientador, professor Dr. Thiago Sousa Matias, que desde o meu primeiro contato me acolheu, me deu oportunidades para aprender e me desenvolver não apenas como acadêmica, mas como pessoa.

Estendo os agradecimentos a todos os professores que cruzaram o meu caminho, em especial, Prof. Leandro Luzzi, Prof. Dr. Clóvis Arlindo de Sousa, Prof. Dra. Patrícia Neto Fontes, Prof. Dr. Ruy Fernando Marques Dornelles, Prof. Dr. Adriano Ferreti Borgatto, vocês inspiram!

Por fim, agradeço aos meus colegas do grupo MOTUS e de toda a equipe do UNILIFE-M, aprendi que pesquisa não se faz sozinha, e percebi que estive muito bem acompanhada.

A todos vocês, meu muito obrigada!

RESUMO

Introdução: Estudantes na educação superior estão em uma fase vulnerável para o desenvolvimento de transtornos mentais. Estimativas indicam que cerca de um terço dos estudantes universitários relatam problemas de saúde mental nos últimos 12 meses. Muitas vezes negligenciada nos estudos de prevalência é a estimativa de comorbidades, onde mais de um transtorno psiquiátrico está presente simultaneamente. Além disto, a literatura apresenta poucos estudos de formação de clusters para avaliar os transtornos mentais em estudantes universitários. **Objetivo:** Caracterizar os clusters de transtornos mentais em estudantes universitários brasileiros. **Método:** Este projeto de dissertação realizou um recorte transversal da linha de base da fase piloto de um estudo de coorte longitudinal, multicêntrico e prospectivo (Unilife-M). O estudo piloto previu uma amostra mínima de 550 alunos, 50 para cada uma das 10 universidades Brasileiras participantes. A coleta de dados se deu através do preenchimento dos questionários autorreportados através da plataforma online REDcap. Foram utilizados dados dos questionários DSM-5 (nível 1), PHQ-9, HCL-32, GAD-7, PSQI, OCI-R, ASSIST e ASRS para avaliação dos sintomas de nível 2 de transtornos de depressão, hipomania, ansiedade, distúrbios do sono, pensamentos e comportamentos repetitivos, uso de substâncias e déficit de atenção e hiperatividade, respectivamente. As análises foram conduzidas no software IBM SPSS statistics, Versão 26.0 (Armonk, NY: IBM Corp). A análise de cluster foi realizada em duas etapas, utilizando o algoritmo TwoStep Cluster. O número de clusters foi baseado na melhor combinação de baixo Critério de Informação Bayesiana (BIC) e alta proporção de medidas de distância e alta proporção de mudanças BIC. Também foi realizado o cálculo do índice de Jeopardy. As pontuações de cada indicador foram somadas, resultando em um "Índice de Jeopardy" variando de 0 a 6. Os resultados foram expressos em Odds Ratio (OR) e respectivos intervalos de confiança de 95%. A significância adotada em todas as análises foi de $p < 0,05$. **Resultados:** Participaram 549 estudantes universitários brasileiros (média de idade = 23 ± 6 anos, 56,5% mulheres) e foram observados dois grupos de transtornos mentais denominados "At-risk" (45%) e "Protected". O At-risk representa 45% da amostra. A gravidade dos sintomas foi significativamente menor no grupo "Baixo risco" em comparação com o grupo de risco. Análises de regressão logística indicam que mulheres (OR=2,14, IC 95%=1,45-3,15), não heterossexuais (OR=2,17, IC 95%=1,42-3,32) e aqueles sem qualquer relato de atividade física semanal (OR=4,58), IC 95%=2,43-8,56) tiveram maiores chances de estar no cluster de risco. **Conclusão:** Pessoas em grupos sociais menos privilegiados, representando minorias, possuem mais chances de estarem no cluster de risco para transtornos mentais. Este trabalho sugere quais universitários brasileiros são os grupos mais vulneráveis para saúde mental. Estes achados são úteis para as universidades compreenderem melhor seus alunos e desenvolverem programas que busquem promover a saúde mental nas universidades.

Palavras-chave: Saúde Mental; Universidade; DSM-5; Estudantes; Análise de Cluster.

ABSTRACT

Introduction: Students in higher education are at a vulnerable stage for developing mental disorders. Estimates indicate that about a third of college students report mental health problems in the last 12 months. Often neglected in prevalence studies is the estimation of comorbidities, where more than one psychiatric disorder is present simultaneously. Furthermore, the literature presents few studies on cluster formation to evaluate mental disorders in university students. **Objective:** To characterize clusters of mental disorders in Brazilian university students. **Method:** This dissertation project carried out a cross-section of the baseline of the pilot phase of a longitudinal, multicenter and prospective cohort study (Unilife-M). The pilot study envisaged a minimum sample of 550 students, 50 for each of the 10 participating Brazilian universities. Data collection took place by completing self-reported questionnaires through the online platform REDcap. Data from the DSM-5 (level 1), PHQ-9, HCL-32, GAD-7, PSQI, OCI-R, ASSIST and ASRS questionnaires were used to assess level 2 symptoms of depression, hypomania, anxiety, sleep disorders, repetitive thoughts and behaviors, substance use, and attention deficit hyperactivity disorder, respectively. Analyzes were conducted using IBM SPSS statistics software, Version 26.0 (Armonk, NY: IBM Corp). Cluster analysis was performed in two steps, using the TwoStep Cluster algorithm. The number of clusters was based on the best combination of low Bayesian Information Criterion (BIC) and high proportion of distance measures and high proportion of BIC changes. The Jeopardy index was also calculated. The scores for each indicator were added together, resulting in a "Jeopardy Index" ranging from 0 to 6. The results were expressed as Odds Ratio (OR) and respective 95% confidence intervals. The significance adopted in all analyzes was $p < 0.05$. **Results:** 549 Brazilian university students participated (mean age = 23 ± 6 years, 56.5% women) and two groups of mental disorders called "At-risk" (45%) and "Protected" were observed. At-risk represents 45% of the sample. Symptom severity was significantly lower in the "Low risk" group compared to the high risk group. Logistic regression analyzes indicate that women (OR=2.14, 95% CI=1.45-3.15), non-heterosexuals (OR=2.17, 95% CI=1.42-3.32) and those without any report of weekly physical activity (OR=4.58), 95% CI=2.43-8.56) were more likely to be in the risk cluster. **Conclusion:** People in less privileged social groups, representing minorities, are more likely to be in the risk cluster for mental disorders. This work suggests which Brazilian university students are the most vulnerable groups for mental health. These findings are useful for universities to better understand their students and develop programs that seek to promote mental health at universities.

Keywords: Mental Health; University; DSM-5; Students; Cluster Analysis.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
1.1	CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROBLEMA DE PESQUISA	10
1.2	OBJETIVO GERAL	14
1.3	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	14
2	REVISÃO DE LITERATURA	15
2.1	ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS E A IDADE ADULTA	15
2.2	PREVALÊNCIAS DE TRANSTORNOS MENTAIS EM ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS	16
2.3	CLUSTERS DE TRANSTORNOS MENTAIS EM ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS	19
3	MÉTODO	23
3.1	CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA.....	23
3.2	LOCAL DA PESQUISA	23
3.3	TAMANHO AMOSTRAL	24
3.4	COLETA DE DADOS	24
3.5	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	25
3.6	VARIÁVEIS DO ESTUDO	25
3.7	INSTRUMENTOS DE MEDIDA.....	25
3.7.1	Escala Transversal de Sintomas de Nível 1 do DSM-5	26
3.7.2	The Short Multidimensional Inventory Lifestyle Evaluation – CONFINEMENT (SMILE-C)	27
3.7.3	Depressão (Patient Health Questionnaire [PHQ-9])	28
3.7.4	Ansiedade (Generalized Anxiety Disorder – 7 [GAD-7])	28
3.7.5	Episódio Hipomaniaco (Hypomania Checklist [HCL-32])	29
3.7.6	Distúrbios do sono (Pittsburg Sleep Inventory [PSQI])	30
3.7.7	Pensamentos e comportamentos repetitivos (Inventário de obsessões e compulsões [OCI-R])	30
3.7.8	Uso de substâncias (Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test [ASSIST])	31
3.7.9	Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade [TDAH] (Adult Self- Reported Scale [ASRS])	31
3.7.10	Variáveis de caracterização sociodemográfica e acadêmica	32
3.8	VARIÁVEIS DO ÍNDICE DE <i>JEOPARDY</i>	33

3.9	ASPECTOS ÉTICOS	33
3.10	ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	34
4	RESULTADOS	35
4.1	CARACTERÍSTICAS DA AMOSTRA.....	35
5	DISCUSSÃO.....	43
6	CONCLUSÃO	48
7	ANEXO A – INSTRUMENTO DE MEDIDA DE NÍVEL 1: DSM-5.....	61
8	ANEXO B – DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E ACADÊMICOS	63
9	ANEXO C – INSTRUMENTOS DE NÍVEL 2.....	69
10	ANEXO D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO... 	73

1 INTRODUÇÃO

1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROBLEMA DE PESQUISA

A fase de transição da adolescência para a fase adulta é um momento sensível do desenvolvimento para a saúde mental de uma pessoa, é um período crucial para o desenvolvimento de habilidades sociais e emocionais (Brown, 2016). Essa fase da vida tem sido marcada pelo desenvolvimento de transtornos mentais que afetam significativamente a qualidade de vida dos jovens. De acordo com dados de 2018, a prevalência de transtornos mentais nesse grupo é de 1 a cada 3 jovens (Auerbach *et al.*, 2018).

Nesse sentido, adolescentes e jovens adultos que decidem ingressar na universidade passam por mudanças marcantes nas demandas sociais, acadêmicas e financeiras (Richardson *et al.*, 2016; Tett; Cree; Christie, 2017). Além disso, mudanças contextuais (ambiente acadêmico pode se tornar uma fonte de estresse) podem potencializar o desenvolvimento de transtornos mentais nessa população (Padovani *et al.*, 2014).

A faixa etária e o pico de idade de início dos transtornos mentais não estão totalmente estabelecidos (Solmi *et al.*, 2021), porém estudantes na educação superior estão tipicamente em uma idade vulnerável para o desenvolvimento de transtornos mentais (Brown, 2016; Solmi *et al.*, 2021). Sendo que entre as idades de 18 e 25 anos está a maior prevalência de início dos transtornos mentais (Brown, 2016, SOLMI *et al.*, 2021). Assim, as evidências sugerem que cerca de um terço dos estudantes universitários experimentam um problema de saúde mental durante os anos de faculdade (Auerbach *et al.*, 2018). Esse cenário potencialmente piorou ainda mais durante a pandemia, quando a prevalência de depressão e ansiedade aumentou 50% quando comparados com a prevalência de transtornos mentais antes da pandemia em estudantes ingleses (Chen; Lucock, 2022; Mcmanus *et al.*, 2016). Outro estudo conduzido com estudantes universitários de diferentes países, indicou que durante a pandemia a prevalência de depressão era 39% e de ansiedade era 36% (Li *et al.*, 2021).

Estudos que investigam a prevalência de transtornos mentais em estudantes universitários, o fazem de uma forma separada, informando as prevalências isoladas para cada transtorno mental. Por exemplo, um estudo realizado em 19 faculdades e

universidades em oito países de alta renda (Austrália, Bélgica, Alemanha, México, Irlanda do Norte, África do Sul, Espanha e Estados Unidos) verificou a prevalência de 12 meses de transtornos mentais de estudantes e mostrou que 31% dos entrevistados relataram pelo menos um dos transtornos mentais (Auerbach *et al.*, 2018). O transtorno depressivo maior foi o mais comum dos transtornos (18,5% de prevalência em 12 meses), seguido pelo transtorno de ansiedade generalizada (16,7%) (Auerbach *et al.*, 2018). Outros transtornos tiveram prevalência comparativamente menor, 6,3% para transtorno do uso de álcool, 4,5 % para síndrome do pânico 3,1% para transtorno bipolar, 3,1% para mania, e 3,0% para transtorno por uso de substâncias (Auerbach *et al.*, 2018).

Outro estudo realizado com estudantes brasileiros, sumarizou a prevalência de transtornos mentais de 57 estudos prévios (Pacheco *et al.*, 2017). A prevalência de depressão foi de 30,6%, 62,1% para estado de ansiedade, 49,9% de estresse, 3,8% de transtorno obsessivo – compulsivo. Problemas com uso de álcool e baixa qualidade de sono representaram 32,9% e 51,5% dos estudantes respectivamente (Pacheco *et al.*, 2017).

Apesar desse conhecido cenário epidemiológico, as estimativas de múltiplas comorbidades de transtornos mentais são negligenciadas, onde mais de um transtorno mental pode estar presente simultaneamente (Jenkins *et al.*, 2020) no adoecimento do sujeito. Essa comorbidade demonstrou ser comum em pesquisas da população em geral (Kessler *et al.*, 2005) e está associada a maior incapacidade do sujeito, quando comparado à presença de uma síndrome isolada (Saris *et al.*, 2017). O estudo de Auerbach e colaboradores (2019) realizou uma análise de classe latente para identificar perfis comuns de comorbidades de transtornos mentais entre estudantes universitários. A pesquisa identificou 6 classes ou grupos de perfil (C1 a C3), sendo a mais prevalente (C3) (14,6% dos entrevistados) preencheram critérios para pelo menos um transtorno de 12 meses e 77,0% preencheram critérios para dois ou mais transtornos. Ainda na mesma pesquisa, 1,9% dos estudantes apresentavam alto grau de comorbidade, com 4 ou mais transtornos presentes ao mesmo tempo (Auerbach *et al.*, 2019).

Outros estudos que investigaram correlatos da comorbidade psiquiátrica, encontraram resultados semelhantes. Por exemplo, Bitsika e Sharpley (2012) relataram que 33,2% de sua amostra de estudantes universitários australianos apresentaram triagem positiva tanto para ansiedade quanto para depressão (Bitsika;

Sharpley, 2012). O estudo de Bruffaerts e colaboradores descobriu que 36,1% daqueles que tinham um problema de saúde mental também teve outro (*Bruffaerts et al.*, 2018). E um estudo mais recente, de Jenkins e colaboradores (2020), encontrou uma prevalência de 27,8% para depressão e ansiedade em uma amostra de estudantes do Reino Unido (Jenkins *et al.*, 2020). O estudo de Eisenberg, Golberstein e Hunt (2009) concluiu que a presença da comorbidade ansiedade-depressão estava associada a resultados educacionais piores do que a depressão isoladamente (Eisenberg; Golberstein; Hunt, 2009).

O Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM), da *American Psychiatric Association*, é uma classificação de transtornos mentais e critérios associados elaborada para facilitar o estabelecimento de diagnósticos mais confiáveis (American Psychiatric Association, 2014). A quinta edição do Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM-5), traz uma classificação categórica de transtornos individuais, porém, reconhece que os transtornos mentais nem sempre se encaixam totalmente dentro dos limites de um único transtorno (American Psychiatric Association, 2014). Como a abordagem anterior do DSM considerava cada diagnóstico como uma categoria separada da saúde e de outros diagnósticos, ela não capturava o amplo compartilhamento de sintomas e de fatores de risco entre muitos transtornos visível em estudos sobre comorbidade (American Psychiatric Association, 2014). A aspiração histórica de se atingir homogeneidade diagnóstica a partir de uma subtipificação progressiva inserida em categorias de transtornos não é mais sensata; assim como as doenças humanas mais comuns, os transtornos mentais são heterogêneos em vários níveis, que vão desde fatores de risco genéticos até sintomas (American Psychiatric Association, 2014).

Apesar de já existirem estudos sobre a comorbidade de transtornos mentais em estudantes brasileiros, eles se limitam ao estudo da depressão e ansiedade, deixando de fora outros transtornos mentais importantes e possivelmente prevalentes em estudantes universitários. Além disto, a literatura apresenta poucos estudos de formação de *clusters* para avaliar a prevalência de transtornos mentais em estudantes universitários. Sendo assim, o objetivo deste trabalho é descrever *clusters* de transtornos mentais prevalentes em estudantes universitários brasileiros.

Além de considerar os agrupamentos de sintomas de transtornos mentais, este trabalho objetiva descrever os clusters quanto as características sociodemográficas pois a literatura indica que características como a idade, sexo,

nível socioeconômico e cor da pele podem influenciar sobre a prevalência de transtornos mentais (American Psychiatric Association, 2014). Alguns transtornos tendem a ser mais comuns nas mulheres, como por exemplo, os transtornos de depressão e ansiedade, em contraste com os transtornos de uso de substâncias, como alcoolismo e o uso de drogas ilícitas, que são geralmente mais prevalentes em homens (American Psychiatric Association, 2014; Mar *et al.*, 2023). O nível socioeconômico também parece influenciar na saúde mental (Cai *et al.*, 2022; Lassale *et al.*, 2019). Pessoas de baixo nível socioeconômico podem enfrentar maior estresse financeiro, insegurança habitacional, falta de acesso a recursos de saúde mental e desafios socioeconômicos que podem aumentar o risco de desenvolver transtornos mentais (Mar *et al.*, 2023). Nesse sentido, descrever e compreender quem são os estudantes inseridos dentro dos clusters, pode ajudar a identificar necessidades específicas de cada grupo e identificar grupos mais vulneráveis.

Assim como as características sociodemográficas, o nível de atividade física tem sido um fator fortemente estudado e associado à saúde mental. Uma revisão narrativa de Schuch e Vancampfort (2021) indicou que a atividade física e o exercício podem prevenir transtornos mentais comuns como depressão e ansiedade e ter efeitos benéficos na saúde física e mental de pessoas com uma ampla gama de transtornos mentais (Schuch & Vancampfort, 2021). Outro estudo, uma revisão sistemática e meta-análise que associou a atividade física e o risco de depressão em adultos observou uma dose-resposta curvilínea inversa entre atividade física e depressão, com gradientes de associação mais acentuados em volumes de atividade mais baixos (Pearce *et al.*, 2022). Mesmo os adultos que acumularam metade do volume recomendado de atividade física tiveram risco 18% menor de depressão quando comparado aos adultos que não relataram nenhuma atividade física (Pearce *et al.*, 2022). Os autores indicam que se os adultos menos ativos tivessem alcançado as recomendações de atividade física, 11,5% (IC 95%, 7,7%-15,4%) dos casos de depressão poderiam ter sido evitados (Pearce *et al.*, 2022).

Nesse sentido, a análise de interseccionalidade é uma abordagem que considera como diferentes categorias sociais e identitárias, como gênero, raça, classe social, entre outras, se cruzam e interagem para influenciar as experiências individuais (Crenshaw, 1989). Esta abordagem reconhece que as pessoas vivem múltiplas, complexas e simultâneas experiências de privilégio e opressão, e que essas experiências não podem ser entendidas isoladamente umas das outras (Crenshaw,

1989). No contexto deste trabalho, a análise de interseccionalidade pode ser útil para entender como diferentes fatores interagem para influenciar a prevalência de transtornos mentais. Ao considerar essas interseções, pode-se obter uma compreensão sobre os fatores que contribuem para a saúde mental. Além disso, a análise de interseccionalidade pode ajudar a identificar grupos que podem ser particularmente vulneráveis a transtornos mentais, permitindo que recursos e apoio sejam direcionados de maneira mais eficaz. Desta forma questiona-se: *Quais e como são os clusters de transtornos mentais na população de universitários brasileiros?*

1.2 OBJETIVO GERAL

Caracterizar os clusters de transtornos mentais em estudantes universitários brasileiros.

1.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Caracterizar os estudantes universitários brasileiros quanto os fatores sociodemográficos e nível de escolaridade;

Avaliar os universitários brasileiros quanto à coexistência de sintomas de transtornos mentais como depressão, ansiedade, mania, obsessões e compulsões, distúrbios do sono, uso de substâncias, déficit de atenção e hiperatividade;

Associar os fatores sociodemográficos e o nível de escolaridade aos *clusters* de transtornos mentais em universitários brasileiros;

Associar o nível de atividade física aos *clusters* de transtornos mentais em universitários brasileiros;

Investigar as associações de múltiplos fatores sociais de risco e saúde mental em estudantes universitários brasileiros utilizando o índice de *Jeopardy*.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS E A IDADE ADULTA

A idade adulta emergente é um estágio de transição entre a adolescência e a idade adulta jovem, que surgiu devido a mudanças sociais e econômicas nas últimas décadas (Arnett, 2000). Essas mudanças incluem a transição de uma economia manufatureira para uma economia baseada em informação, tecnologia e serviços, o aumento da busca por educação superior, o adiamento do casamento e da paternidade (Sussman; Arnett, 2014).

As mudanças sociais tornaram o período do início da idade adulta emergente disponível para explorar várias possíveis direções de vida (Arnett, 2000). Atualmente, os adultos emergentes tendem a ter um escopo mais amplo de atividades possíveis do que pessoas em outras faixas etárias, porque é menos provável que sejam limitados por requisitos de função, o que torna seu *status* demográfico imprevisível (Arnett, 2000).

Apesar da liberdade de exploração que os adultos emergentes possuem na atualidade, é possível observar alguns fatores comuns, por exemplo, a maioria dos adultos emergentes (entre 18 e 29 anos) busca educação além do ensino médio, pois reconhecem o diploma universitário como algo importante para o sucesso profissional (Sussman; Arnett, 2014). No Brasil, por exemplo, a proporção de jovens que ingressam na educação superior está crescendo a cada ano (Brasil, 2018). Com uma taxa média de crescimento anual de 3,8%, nos últimos dez anos, a matrícula na educação superior cresceu 56,4% nesse período e em 2018, o aumento foi de 1,9%. Segundo o Censo de Educação Superior de 2018, o Brasil tinha 8,4 milhões de estudantes matriculados em instituições de ensino superior apenas em nível de graduação, 24,6% deles em instituições públicas. Um total de 3,4 milhões de estudantes ingressou em cursos de graduação em 2018, e no mesmo ano, 1,2 milhão de estudantes concluíram a educação superior (Auerbach *et al.*, 2018) (Brasil, 2018).

Entre estudantes universitários, a idade adulta emergente se diferencia de outros estágios da vida pela exploração de identidade, incertezas, possibilidades de entretenimento, foco em si mesmo e pela instabilidade, pois eles ainda não estabeleceram uma estrutura de vida estável (por exemplo, um relacionamento de longo prazo ou um emprego) (Auerbach *et al.*, 2018). Embora essas características

sejam normativas para o desenvolvimento, cada uma tem possíveis implicações para a saúde mental (Auerbach *et al.*, 2016). Por exemplo, embora a exploração da identidade seja apropriada para o desenvolvimento, em ambientes universitários nos quais os alunos podem se reinventar, ela apresenta seus desafios, especialmente se os alunos sentirem que fizeram escolhas erradas (Auerbach *et al.*, 2018). Da mesma forma, a faculdade é caracterizada por instabilidade substancial – mudanças no *status* romântico (incluindo orientação sexual), grupos de colegas, seleção de curso (ou seja, especialização, concentração) e escolhas de carreira (Auerbach *et al.*, 2018). Essa instabilidade pode contribuir para a redução do apoio social e aumento do estresse, que são contribuintes conhecidos para transtornos mentais (Slavich; Auerbach, 2018). Assim, embora haja sobreposição com outras fases da vida, os anos universitários representam um período distinto em que há uma necessidade crítica de melhorar a identificação precoce e o tratamento de transtornos mentais debilitantes (Auerbach *et al.*, 2018).

2.2 PREVALÊNCIAS DE TRANSTORNOS MENTAIS EM ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS

Um transtorno mental é uma síndrome caracterizada por perturbação clinicamente significativa na cognição, na regulação emocional ou no comportamento de um indivíduo que reflete uma disfunção nos processos psicológicos, biológicos ou de desenvolvimento subjacentes ao funcionamento mental. Transtornos mentais estão frequentemente associados a sofrimento ou incapacidade significativos que “[...] afetam atividades sociais, profissionais ou outras atividades importantes” (American Psychiatric Association, 2014, p. 20).

Antes de 2020, a saúde mental dos estudantes universitários era uma área de preocupação crescente em todo o mundo (Alonso *et al.*, 2018). Com o início da pandemia global de COVID-19 em 2020, muitos países decretaram restrições para conter a propagação da doença. Em paralelo, muitos estudos relataram um aumento na prevalência de problemas de saúde mental em estudantes universitários durante o período pandêmico (Roberts, Bell & Meyer; 2023). Um estudo de 2023 nos EUA descobriu que os estudantes relataram níveis mais altos do que o normal de sintomas de transtornos mentais durante o ano acadêmico de 2020-2021, possivelmente, tendo como agravante a pandemia de COVID-19 (Roberts, Bell & Meyer; 2023). Em

concordância, dados de 15 países indicam que 39,4% e 31,2% dos estudantes universitários em todo o mundo experimentaram ansiedade e depressão, respectivamente durante a pandemia de COVID-19 (Batra *et al.*, 2021). Um estudo de coorte com 500 estudantes do Reino Unido, ao avaliar as mudanças na saúde mental de estudantes universitários durante o período da pandemia de COVID-19 descobriu que a prevalência de níveis de depressão “mais altos que o normal” era o dobro dos níveis pré-pandêmicos (Toth *et al.*, 2021). No Brasil, dados recentes sobre estudantes de graduação indicam uma prevalência de 49,1% e 60,5% para depressão e ansiedade respectivamente (Schuch *et al.*, 2023).

Ainda sobre a ansiedade, evidências indicam que a prevalência média ponderada de ansiedade em estudantes universitários no mundo é de 39,65% (Ahmed *et al.*, 2023), e no Brasil, uma pesquisa de 2021 afirmou que todos os estudantes apresentam algum nível de ansiedade, com frequências das formas de ansiedade grave, moderada e leve sendo de 28%, 29,8% e 27% respectivamente (Alves *et al.*, 2021). Outro estudo realizado no Brasil afirmou que a ansiedade era a condição mais comum em estudantes de medicina (41,4%), seguida da depressão (8,2%), e de ansiedade e depressão simultaneamente (7,0%) (Ribeiro *et al.*, 2020).

Sobre o transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH), uma pesquisa de 2017 aponta para uma prevalência de 2-3% de TDAH na população mundial (Fayyad *et al.*, 2017), enquanto outros estudos com estudantes universitários indicam prevalências de 7% no Reino Unido (Pope *et al.*, 2007), 25% nos EUA (Dupaul *et al.*, 2009) e 8% na China (Norvilitis *et al.*, 2007). No Brasil, a prevalência de TDAH entre estudantes universitários também é notável. Estudantes de medicina apresentam uma prevalência de 7,9% quando diagnosticada com critérios do DSM (Mattos, Nazar & Tannock, 2018). Estes dados retratam uma clara variabilidade, porém é possível observar uma maior prevalência em estudantes universitários quando comparado com a população mundial (Sedgwick-Müller *et al.*, 2022).

A hipomania, outro transtorno mental estudado nesta pesquisa, é mais branda do que a mania, no sentido de não ser tão disfuncional. Ou seja, é comum a presença de sintomas como euforia, irritabilidade, tagarelice, diminuição da necessidade do sono, impaciência, entre outros, porém não é tão intenso quando a mania (Moreno, Moreno & Ratzke, 2005). A prevalência de hipomania em estudantes universitários é uma área que requer mais pesquisas. No entanto, um estudo realizado na China relatou que 40,96% dos adolescentes apresentaram sintomas hipomaniacos (Fang *et al.*,

2022). Ainda não é possível encontrar dados de prevalência específicos para a população de estudantes universitários do Brasil.

O TOC em estudantes universitários, assim como a hipomania, ainda carece de informações acerca de prevalências. Um dos poucos estudos que teve como objetivo estimar a prevalência de TOC demonstrou uma maior prevalência entre os estudantes universitários em comparação com outros estudos de prevalência de TOC na sociedade geral (Yoldascan *et al.*, 2009). Nesta pesquisa, um total de 804 estudantes foram incluídos, destes, 4,2% foram diagnosticados com TOC (Yoldascan *et al.*, 2009). Um estudo semelhante realizado com adolescentes no Brasil estimou a prevalência de TOC em 3,3%, com as meninas apresentando escore mais altos (4,9%) (Vivan *et al.*, 2014).

As diretrizes da National Sleep Foundation e da American Academy of Sleep Medicine and Sleep Research Society recomendam 7 a 9 horas de sono para adultos jovens (Hirshkowitz *et al.*, 2015). No entanto, 36% dos estudantes universitários relatam obter menos de 7 horas de sono por noite e 62% preenchem critérios de corte para sono ruim (Becker *et al.*, 2018). Uma revisão sistemática mostrou que a prevalência de insônia média ponderada de 16.478 estudantes universitários é de 18,5%, consideravelmente superior às taxas de 7,4% relatadas na população geral (Jiang *et al.*, 2015). No Brasil a situação não é diferente. Uma pesquisa realizada com 1.865 estudantes indicou que 32% apresentam sono insuficiente nos dias de aula, 30% de baixa qualidade autopercebida, 12,7% de despertares noturnos e 32,2% de sonolência diurna (Carone *et al.*, 2020).

O uso de substâncias entre estudantes universitários, é outro transtorno de preocupação significativa. Um corpo crescente de pesquisas tem mostrado que estudantes universitários relataram usar um número de substâncias em uma taxa maior do que seus pares não estudantes (Bennett & Holloway, 2013; Patrick *et al.*, 2021). Tais estudos mostram que o uso de álcool, maconha e anfetamina sem prescrição médica, foram consideravelmente maiores entre os estudantes universitários quando comparados com não-universitários (Bennett & Holloway, 2013; Patrick *et al.*, 2021). Em uma pesquisa realizada com mais de 7 mil alunos do Sudoeste Asiático indicou uma prevalência geral de uso frequente (≥ 10 vezes), infrequente (1–9 vezes) e alguma vez (pelo menos uma vez) de drogas ilícitas nos últimos 12 meses foi de 2,2, 14,7 e 16,9%, respectivamente (Yi *et al.*, 2017). Um relatório de 2021 (N=4.909) indica que as substâncias mais usadas em 12 meses

pelos jovens adultos, com idade entre 19 e 30 anos, são o álcool (81,8%), maconha (42,6%), *vaping* de nicotina (21,8%), *vaping* de maconha (18,7%), cigarro (18,6%) e outras drogas (18,3%) (Patrick *et al.*, 2021). Estes dados estão em concordância com evidências de outros estudos que indicam que o álcool e a maconha são as principais substâncias usadas pelos estudantes universitários (Blows; Isaacs, 2022).

As características sociodemográficas podem ter um impacto significativo na prevalência de transtornos mentais entre estudantes universitários. Estudantes mais jovens podem ser mais vulneráveis a certos transtornos mentais como ansiedade e depressão (Teixeira *et al.*, 2022). As mulheres podem ter uma maior prevalência de certos transtornos, como depressão e ansiedade (Eaton *et al.*, 2013). No entanto, os homens podem ter uma maior prevalência de uso de substâncias (Eaton *et al.*, 2013; Teixeira *et al.*, 2022). Algumas pesquisas sugerem que estudantes de instituições privadas, minorias étnicas e de baixo status socioeconômico podem ter uma maior prevalência de transtornos mentais (Teixeira *et al.*, 2022).

2.3 CLUSTERS DE TRANSTORNOS MENTAIS EM ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS

Estudos que utilizam a análise de *clusters* sobre a população de estudantes universitários tem avaliado principalmente a eficácia de programas de educação, cessação ou diminuição do uso de tabaco (WU *et al.*, 2018), de álcool (Hodder *et al.*, 2012; Pischke *et al.*, 2021; Sharma *et al.*, 2023), outras substâncias (Hodder *et al.*, 2012; Pischke *et al.*, 2021; Sharma *et al.*, 2023), intervenções para depressão (Darraj *et al.*, 2018; Merritt *et al.*, 2007; Perry *et al.*, 2015) e intervenções para melhorar a qualidade do sono de estudantes universitários (Li *et al.*, 2022). Há ainda, os pesquisadores que buscaram fazer associações, como por exemplo, associar clusters de comportamentos de estilo de vida com a saúde mental de estudantes universitários (Di Benedetto; Towt; Jackson, 2020) ou com o uso de substâncias como álcool e tabaco (Moreno-Gómez *et al.*, 2012), vulnerabilidades temperamentais com ansiedade (Viana; Gratz; Bierman, 2013) e comportamentos de uso de substâncias (Primack *et al.*, 2012).

Difícilmente encontra-se na literatura estudos com análise de *cluster* que tenham relacionado a coexistência de sintomas de diferentes transtornos mentais, e quando o fazem, geralmente relacionam ansiedade com depressão (Eisenber,

Golberstein & Hunt, 2009; Bitsika & Sharpley, 2012; Jenkins *et al.*, 2020) ou incluem o uso de substâncias (Bruffaerts *et al.*, 2018), porém desconsideram a importância de outros transtornos mentais como mania, TDAH, distúrbios do sono e TOC.

O que estes estudos têm mostrado até o momento é que os problemas de saúde mental coocorrem com frequência (Bruffaerts *et al.*, 2018; Jenkins *et al.*, 2020), e que a presença de uma comorbidade psiquiátrica parece ter uma influência negativa sobre os resultados acadêmicos (Baldassin *et al.*, 2013; Eisenberg; Golberstein; Hunt, 2009). As evidências indicam que a depressão é um preditor significativo de notas médias mais baixas e maior probabilidade de abandono do curso, particularmente entre os alunos que também têm uma triagem positiva para um transtorno de ansiedade (Eisenberg, Golberstein & Hunt, 2009). Além disso, parece haver uma relação com estilo de vida e qualidade de vida de estudantes universitários com o quadro de saúde mental, por exemplo, estudantes universitários com piores hábitos de estilo de vida, parecem apresentar piores sintomas de saúde mental (Di Benedetto, Towt & Jackson, 2020) e estudantes com sintomas de transtornos mentais apresentam maior comprometimento da qualidade de vida (Jenkins *et al.*, 2020).

Para sintomas de transtornos mentais exclusivos, as estimativas são muito menores (14%) quando comparados com estudantes que possuem alguma comorbidade de transtornos mentais (36%) (Bruffaerts *et al.*, 2018). Em estudantes universitários calouros, os problemas de saúde mental em um ano foram estimados em 35%, com estimativas mais altas para problemas internalizantes (depressão, ansiedade, problemas de sono, estresse pós-traumático e ideação suicida) (23,7%) e externalizantes, como desatenção e hiperatividade (18,3%), do que para uso de substâncias (5,4%) ou antissociais (0,1 %) problemas (Bruffaerts *et al.*, 2018).

Um estudo que avaliou a qualidade de sono constatou que estudantes universitários apresentam altos níveis de má qualidade de sono e saúde mental, e baixa aderência a uma dieta saudável e atividade física (Di Benedetto, Towt & Jackson, 2020). Quase dois terços dos estudantes (62,0%) preencheram os critérios para qualidade de sono ruim. A boa qualidade de sono foi significativamente associada ao cumprimento dos níveis de diretrizes de AF ($r_b = 0,14$) e inversamente associada a níveis mais altos de depressão ($r_{pb} = -.34$), ansiedade ($r_{pb} = -.36$) e níveis de estresse ($r_{pb} = -.42$) (Di Benedetto, Towt & Jackson, 2020). Ainda, quatro clusters distintos de comportamentos de autocuidado (SCB) e risco de saúde mental foram criados. O cluster "SCB mais saudável" teve qualidade de sono 1,6 vezes

melhor do que a média. Esse cluster apresentou níveis mais altos de AF moderada e vigorosa, níveis mais altos de consumo de frutas e menos consumo excessivo de álcool, comportamento menos sedentário e níveis mais baixos de depressão, ansiedade e estresse em comparação com os outros clusters. (Di Benedetto; Towt; Jackson, 2020).

O estudo de Moreno-Gómez e colaboradores (2012) associou os hábitos de alimentação, atividade física e consumo de substâncias em clusters de estudantes universitários indicando que estudantes com níveis mais altos de atividade física tendem a consumir menos álcool e tabaco (Moreno-Gómez *et al.*, 2012). Além disso, o engajamento em outros hábitos saudáveis, como uma alimentação saudável e não fumar, foi associado à prática de atividade física (Moreno-Gómez *et al.*, 2012). Sobre os comportamentos de uso de substâncias, evidências mostram que a idade média de início do consumo de álcool é no final da adolescência, aproximadamente 15 anos, e que os homens tendem a se embriagar mais do que as mulheres. Em média, os estudantes relatam consumir álcool 5,5 vezes/mês. Sobre hábitos tabágicos, parece não haver diferença estatisticamente significativa na proporção de fumantes entre os gêneros, sendo que a idade média de início do tabagismo entre os alunos foi de 16,4 anos. Mais de 27% dos estudantes fumam regularmente. Relativamente ao consumo de cannabis, 44,1 % dos participantes no estudo consumiram cannabis, não havendo diferenças entre os gêneros na idade de início do consumo, mas com maior consumo nos homens (Moreno-Gómez *et al.*, 2012).

Ainda sobre o uso de substâncias, um estudo conduzido por Primack e colaboradores (2012) realizou uma análise de cluster de acordo com os comportamentos de uso de substâncias de 111.245 estudantes universitários. A análise de cluster produziu seis clusters distintos, sendo que as características mais fortemente associadas à divisão dos clusters foram gênero, ano escolar e fraternidade/irmandade. Os clusters foram agrupados de acordo com os comportamentos dos estudantes da seguinte forma: cluster 1, abstêmios globais; cluster 2, atraídos pelo narguilé; cluster 3, usuários de maconha (alguns bebem e fumam tabaco); cluster 4, puristas do cigarro (mas alguns bebem); cluster 5, bebedores que rejeitam todo o fumo; e cluster 6, preferem charutos (mas usam outras substâncias) (Primack *et al.*, 2012). Além dos resultados dos clusters, este estudo relacionou os grupos com características sociodemográficas e acadêmicas. O grupo de abstêmios globais teve uma porcentagem maior de mulheres (72%),

heterossexuais (96%), de alunos do primeiro ano (26%), brancos (66%), estudantes em tempo integral (92%), solteiros (47%), com notas médias “A” (43%). O cluster 6, que usa uma maior variedade de substâncias, apresentaram características como maior porcentagem de homens (61%), heterossexuais (93%), do segundo ano de graduação (23%), brancos (77%), estudantes em tempo integral (95%), solteiros (56%), com maiores notas “B” (54%) e “C” (20%) (Primack *et al.*, 2012).

Dentre os seis clusters, o grupo com maior percentual de homens foi “Prefere Charutos, Mas Também Usará Outras Substâncias” (61%) e o grupo com maior percentual de mulheres foi o dos “Abstêmios Globais” (72%). “Prefere charutos, mas também usará outras substâncias” também teve a maior porcentagem de alunos de graduação do primeiro ano (31%), enquanto o grupo “Puristas de cigarro, mas alguns bebem” teve a maior porcentagem de alunos de pós-graduação ou profissionais (19%). O agrupamento “Bebedores que rejeitam todos os fumantes” teve a maior porcentagem de membros de fraternidades/irmandades (14%), enquanto os “Abstêmios Globais” tiveram a maior porcentagem de não membros de fraternidades/irmandades (94%) (Primack *et al.*, 2012).

Em outro estudo com estudantes universitários, foi investigado a combinação de vários fatores psicológicos relacionados ao tabagismo para identificar perfis psicológicos de fumantes entre estudantes universitários franceses (Mauduy; Mauny; Mange, 2023). Uma análise de cluster foi realizada sobre os motivos para fumar, variáveis psicossociais e a identidade do fumante (N = 909). Cinco perfis foram identificados e comparados em relação à dependência do tabaco e às motivações para parar. “Fumantes normativos” e “fumantes sociohedonistas” são caracterizados por dois fatores sociais distintos (influências normativas e motivos sociais) e dependência moderada. Os “fumadores identificados como dependentes” apresentam níveis mais elevados de motivos de dependência, identidade de fumador e dependência do tabaco associados a baixas motivações para deixar de fumar. “Fumantes inconsistentes” têm uma identidade de fumante fraca e motivações para fumar fracas, um forte controle percebido sobre a resistência ao fumo, baixa dependência e motivações para parar. “Fumantes coping” têm fortes motivos sedativos e viciantes e exibem dependência moderada e motivações para parar (Mauduy; Mauny; Mange, 2023).

Outro estudo que realizou análise de *cluster* em estudantes universitários relacionou área de dificuldade de estudantes de medicina (estudos, lazer, colegas,

professores e pacientes) com depressão (Baldassin *et al.*, 2013). Os domínios de dificuldades estatisticamente mais significativos referidos por todos os alunos foram: estudos, lazer e relacionamento com os colegas. Houve uma clara associação entre cluster afetivo (que inclui uma avaliação central de transtornos de humor, nomeadamente tristeza, insatisfação etc.) e lazer e colegas sugerindo que o desenvolvimento e a expressão de certos tipos de depressão são ditados por fatores sociais. Da mesma forma, o cluster somático (lentidão, insônia, fadiga etc.) foi relacionado a estudos e pacientes. É possível que ver os pacientes os leve à somatização de suas preocupações (Baldassin *et al.*, 2013).

3 MÉTODO

3.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

Este projeto de dissertação fez um recorte transversal da linha de base da fase piloto de um estudo de coorte longitudinal, multicêntrico e prospectivo, intitulado “Trajetórias do estilo de vida e de saúde mental do estudante universitário: a coorte prospectiva UNILIFE-M”. O estudo, como um todo, tem como objetivos investigar 1) as relações entre estilo de vida e problemas de saúde mental incidentes em estudantes universitários, 2) as correlações entre estilo de vida e problemas de saúde mental incidentes, e 3) os potenciais mediadores ou moderadores neurobiológicos das associações entre saúde mental e estilo de vida. A pesquisa seguiu as recomendações do Strengthening the reporting of observational studies in epidemiology (STROBE) para estudos de coorte (Vandenbroucke *et al.*, 2007).

3.2 LOCAL DA PESQUISA

O UNILIFE-M é um estudo de coorte prospectivo multicêntrico. A fase piloto, objeto de análise da presente dissertação, foi realizada em 10 universidades (centros) no Brasil (Universidade de Brasília (UnB), Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), Universidade Federal do Ceará (UFC), Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES), Universidade Federal do Pará (UFPA), Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Universidade

Federal de Santa Maria (UFSM) e Universidade Federal de Sergipe (UFS). Cada um dos centros participantes foi responsável pela submissão do projeto aos respectivos comitês de ética de locais.

3.3 TAMANHO AMOSTRAL

Este estudo utilizou dados da linha de base da etapa piloto do projeto e a amostragem se deu de modo não probabilístico, por conveniência. Inicialmente previu-se a inclusão de, pelo menos, 550 participantes (50 por universidade participante). Isso, porque esse tamanho amostral permitiria a testagem de todos os procedimentos metodológicos, sobretudo os analíticos, deste estudo. Para isso, foi utilizada a técnica de amostragem *snowball*, que utiliza redes de referência para alcançar novas pessoas. O processo de amostragem começou com a divulgação da pesquisa em grupos de pesquisa, professores e alunos (sementes). As “sementes” indicaram e divulgaram a pesquisa para seus contatos que poderiam posteriormente também divulgar e recomendar a pesquisa para outras pessoas. Criando assim, uma “bola de neve”. O recrutamento se deu através de recursos online, com publicidade nas mídias sociais e mensagens enviadas via *e-mail*, de acordo com as leis e políticas de privacidade de dados na instituição. O *instagram* do grupo de pesquisa @mental-uni, assim como grupo de *whatsapp* de diferentes cursos também foram utilizados. Presencialmente, a divulgação contou com convites em salas de aula, e folders e cartazes foram fixados nas universidades com um *QR Code* para acesso direto aos questionários.

3.4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados aconteceu através do preenchimento dos questionários autorreportados através da plataforma *online Research Electronic Data Capture* (REDCap), uma plataforma segura e projetada para apoiar a coleta de dados em pesquisas. Os questionários visavam coletar informações sociodemográficas, histórico de saúde, comportamentos do estilo de vida, sintomas de transtornos mentais e informações acadêmicas sobre os participantes.

3.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Foram incluídos participantes de ambos os sexos, regularmente matriculados em cursos de graduação ou pós-graduação. Não era necessário ser calouro e não houve limite de idade. Para participar da pesquisa, o estudante deveria ler e concordar com o termo de consentimento livre online.

3.6 VARIÁVEIS DO ESTUDO

Transtornos mentais: depressão, ansiedade, hipomania, distúrbios do sono, pensamentos e comportamentos repetitivos, uso de substâncias, déficit de atenção e hiperatividade.

Informações sociodemográficas: sexo biológico, idade, cor da pele, identidade de gênero, orientação sexual, estado civil, quantas pessoas moram na casa, moradia estudantil, se trabalha, renda mensal média.

Informações de histórico de saúde: diagnóstico prévio de transtorno mental, diagnóstico prévio de DCNT.

Informações acadêmicas: nível de ensino.

Nível de atividade física: frequência semanal de atividade física.

3.7 INSTRUMENTOS DE MEDIDA

Foi realizada a aplicação dos seguintes instrumentos: 1) instrumento de avaliação transversal de sintomas de nível 1 do DSM-5 (American Psychiatric Association, 2014) (ANEXO A); 2) dois instrumentos de avaliação do estilo de vida, o *Short Multidimensional Inventory dor Lifestyle Evaluation* (SMILE-C) (Balanzá-Martínez *et al.*, 2021) e o *International Physical Activity Questionnaire* versão curta (IPAQ - curto) (Matsudo *et al.*, 2001); e 3) questionários de dados sociodemográficos e acadêmicos (ANEXO B).

Para os participantes que tiverem um *screening* positivo no instrumento de avaliação transversal de sintomas do nível 1, foram aplicados os instrumentos específicos de nível 2: 1) Patient Health Questionnaire (PHQ-9) para depressão (Santos *et al.*, 2013); 2) Hypomania CheckList-32 (HCL-32) para mania (Soares *et al.*, 2010); 3) General Anxiety Disorder-7 (GAD-7) para transtorno generalizado de ansiedade (Sousa *et al.*, 2015); 4) Inventário de obsessões e compulsões (OCI-R) para transtornos obsessivos e compulsivos (Souza *et al.*, 2011); 5) Pittsburg Sleep Quality Index (PSQI) para distúrbios do sono; 6) Alcohol, Smoking and Substance Involvement *Screening* Test (ASSIST) para uso de substâncias; e 7) Adult Self-Report Scale (ASRS) para déficit de atenção e hiperatividade. Os instrumentos de nível 2 estão disponíveis no Anexo C. Na Tabela 1 é possível visualizar os instrumentos de nível 2 de acordo com seus domínios.

Os participantes que apresentaram *screening* positivo em nível 2 foram encaminhados para serviços gratuitos de atendimento psicológico referenciados por cada instituição de ensino participante.

Tabela 1 - Lista de instrumentos de nível 2, por ponto de corte, e domínio do nível 1.

Domínio	Ponto de corte para o nível 2	Escala de nível 2
Depressão	Leve ou maior	Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9)
Hipoania	Leve ou maior	Hypomania CheckList-32 (HCL-16)
Ansiedade	Leve ou maior	General Anxiety Disorder-7 (GAD-7)
Distúrbios do sono	Leve ou maior	Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI)
Pensamento e comportamentos repetitivos	Leve ou maior	Inventário de obsessões e compulsões (OCI-R)
Uso de substâncias	Muito leve ou maior	Alcohol, Smoking and Substance Involvement <i>Screening</i> Test (ASSIST)
Déficit de atenção e Hiperatividade	Leve ou maior	Adult Self-Report Scale (ASRS)

Fonte: elaborada pela autora com dados da pesquisa.

1.1.1 Escala Transversal de Sintomas de Nível 1 do DSM-5

A Escala Transversal de Sintomas de Nível 1 do DSM-5 é um instrumento auto-reportado que avalia domínios de saúde mental que são importantes entre os

diagnósticos psiquiátricos. A escala consiste em 23 perguntas que avaliam 13 domínios psiquiátricos, incluindo depressão, raiva, mania, ansiedade, sintomas somáticos, ideação suicida, psicose, distúrbio do sono, memória, pensamentos e comportamentos repetitivos, dissociação, funcionamento da personalidade e uso de substância. Cada domínio consiste em 1 a 3 perguntas, sendo que cada pergunta investiga o quanto (ou com que frequência) o participante apresenta ou apresentou o sintoma em questão durante as duas últimas semanas. Cada item é classificado em uma escala de 5 pontos (0 = nada ou de modo algum; 1 = muito leve ou raramente; 2 = leve ou vários dias; 3 = moderado ou mais da metade dos dias; e 4 = grave ou quase todos os dias).

Um escore leve (ex.:2) ou maior em algum domínio, exceto para os domínios de uso de substância, ideação suicida e psicose, será utilizado para a inclusão, de forma automática, para uma avaliação da escala de nível 2 para o participante, bem como, para encaminhamento para acolhimento psicológico no serviço de atenção psicológica designado por cada universidade, no caso da UFSC, para o Serviço de Atenção Psicológica (SAPSI/UFSC) e para serviços de saúde da atenção primária à saúde (APS). Para os domínios de uso de substância, ideação suicida e psicose, um escore muito leve (ex.:1) já será suficiente para o ponto de corte utilizado para esse encaminhamento, por se tratar de transtornos mais temerários. Não está prevista para esta pesquisa a avaliação de sintomas em nível 2 para os domínios da raiva, sintomas somáticos, memória, dissociação e funcionamentos da personalidade, conforme sugere o DSM-5.

Com linguagem acessível e questões curtas, o instrumento é validado para a língua portuguesa e está disponível no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais para aplicação online e presencial e uso clínico e em pesquisas (American Psychiatric Association, 2014).

1.1.2 The Short Multidimensional Inventory Lifestyle Evaluation – CONFINEMENT (SMILE-C)

O SMILE-C foi desenvolvido especificamente para avaliar as mudanças durante o confinamento da pandemia, e permite a avaliação multidimensional do estilo de vida fornecendo escores para cada um dos seus sete domínios: dieta e nutrição, uso de substâncias, atividade física, gerenciamento do estresse, sono retroativo, suporte

social e exposições ambientais (representando o comportamento sedentário, através do tempo de uso de tela) (BALANZÁ-MARTÍNEZ et al., 2021).

Esta versão, contém 27 questões que avaliam a frequência de comportamentos dos últimos 30 dias que são considerados saudáveis, com escala Likert de 4 pontos, com respostas que variam de (1) Sempre (2) Frequentemente (3) Eventualmente (4) Nunca. A pontuação final é obtida pela soma das pontuações de todas as questões (levando em conta que algumas questões têm pontuações invertidas para isso).

Portanto, quanto maior a pontuação, mais saudável é o estilo de vida, a pontuação geral varia de 27 a 108 pontos, porém como cada domínio tem um número total diferente de perguntas, cada domínio possui uma variação diferente. Especificamente, para o domínio da atividade física, foi realizada a seguinte pergunta: Se exercitou pelo menos 30 minutos/dia (ou 150 minutos por semana)?, e a pontuação podia variar de 1 a 4 pontos.

1.1.3 Depressão (Patient Health Questionnaire [PHQ-9])

O PHQ-9 constitui-se de nove perguntas auto-reportadas, que avaliam a presença de cada um dos sintomas para o episódio de depressão maior, descritos no Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM-IV), nas duas últimas semanas (American Psychiatric Association, 2014). Os nove sintomas consistem em humor deprimido, anedonia (perda de interesse ou prazer em fazer as coisas), problemas com o sono, cansaço ou falta de energia, mudança no apetite ou no peso, sentimento de culpa ou inutilidade, problemas de concentração, sentir-se lento ou inquieto e pensamentos suicidas. A pontuação do PHQ-9 varia de 0 a 27 e maiores pontuações correspondem a maior severidade de sintomas. Valores iguais ou superiores a 10 pontos correspondem ao ponto de corte para sintomas depressivos.

O PHQ-9 foi traduzido para o português Brasileiro e mostrou-se apropriado para rastreamento de episódio depressivo maior pela maior sensibilidade (77,5%; 61,5-89,2) e especificidade (86,7%; 83,0-89,9) quando comparado com outras entrevistas diagnósticas (Santos *et al.*, 2013).

1.1.4 Ansiedade (Generalized Anxiety Disorder – 7 [GAD-7])

O GAD-7 constitui-se de sete perguntas auto reportadas que avaliam a presença de cada um dos sintomas para ansiedade generalizada descritos no Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM-IV) nas duas últimas semanas (American Psychiatric Association, 2014). O questionário foi validado para o português Brasileiro e se baseia em 7 elementos, sendo eles: 1) descrever sintomas de ansiedade; 2) identificar sintomas de ansiedade em si mesmo; 3) descrever estratégias de manejo de ansiedade; 4) aplicar estratégias de manejo; 5) aplicar estratégias de manejo em situações ansiogênicas; 6) planejar atividades de estudo; e 7) aplicar planejamento de atividades de estudo. Os itens são apresentados em escala likert de 4 pontos, onde 0 indica “nenhuma vez”, 1 (vários dias), 2 “mais da metade dos dias”, e 3 “quase todos os dias” (Bártolo *et al.*, 2017). A pontuação varia entre 0 e 21 e maiores pontuações correspondem a maior severidade de sintomas. Considera-se indicador positivo de sinais e sintomas de transtornos de ansiedade, valor igual ou maior que 10 (Moreno *et al.*, 2016).

A escala demonstrou boa evidência de confiabilidade; tanto o coeficiente alfa de Cronbach ($\alpha = 0,916$) quanto o coeficiente de confiabilidade composto rho ($\rho = 0,909$) foram adequados (Moreno *et al.*, 2016).

1.1.5 Episódio Hipomaniáco (Hypomania Checklist [HCL-32])

O HCL é composto por 32 itens, com respostas dicotômicas (sim ou não). É um questionário autoaplicável validado internacionalmente, que identifica a presença de uma variedade de sintomas hipomaniácos. Pede-se aos participantes que se concentrem em períodos “altos”. Esses períodos se referem à momentos da vida em que experimentamos mudanças ou oscilações de energia, atividade e humos. O objetivo da HCL é avaliar as características dos períodos em que estiveram em excitação alta ou elevação do humor. A escala possui 8 itens que avaliam a gravidade dos sintomas e a funcionalidade em diferentes domínios da vida. Cada resposta “sim” equivale a um ponto, e maiores pontuações indicam maior gravidade de sintomas

A versão brasileira do Hypomania Checklist-32 tem propriedades psicométricas adequadas e ajuda a discriminar transtorno bipolar de transtorno depressivo maior (mas não transtorno bipolar I de transtorno bipolar II) com bons

índices de sensibilidade (0,75) e especificidade (0,58). A consistência interna analisada pelo coeficiente de Cronbach foi de 0,86 (Soares *et al.*, 2010).

1.1.6 Distúrbios do sono (Pittsburg Sleep Inventory [PSQI])

O PSQI avalia a qualidade do sono (QS) no último mês e fornece um índice de gravidade e natureza de problemas de sono. Ele é composto por 19 questões autoaplicáveis. A versão original do questionário inclui 5 perguntas para o companheiro de quarto do entrevistado. As 5 questões não serão incluídas no presente estudo. As 19 questões são agrupadas em 7 componentes: 1) qualidade subjetiva do sono; 2) latência do sono; 3) duração do sono; 4) eficiência habitual do sono; 5) distúrbios do sono; 6) uso de medicamentos para dormir; e 7) disfunção diurna. Cada componente tem um escore que varia entre 0 e 3. A pontuação de cada componente é somada para um escore total que varia entre 0 à 21. Maiores escores são indicativos de pior qualidade do sono. Uma pontuação no escore total igual ou maior que 5 indica grandes dificuldades em pelo menos 2 componentes ou dificuldades moderadas em mais de 3 componentes (Buysse *et al.*, 1989).

O PSQI foi traduzido e validado para o português Brasileiro e é um instrumento válido e confiável para avaliação da qualidade do sono e equivalente à sua versão original quando aplicado a indivíduos que falam a língua portuguesa brasileira (Bertolazi *et al.*, 2011). Os escores de sete componentes do PSQI-BR apresentaram coeficiente de confiabilidade global (α de Cronbach) de 0,82, indicando alto grau de consistência interna (Bertolazi *et al.*, 2011).

1.1.7 Pensamentos e comportamentos repetitivos (Inventário de obsessões e compulsões [OCI-R])

O inventário de obsessões e compulsões, versão revisada, é um instrumento composto por 18 itens que avaliam o impacto de sintomas obsessivos e compulsivos na vida do participante nos últimos 30 dias. A escala de respostas é do tipo likert, auto aplicado, com pontuação variando de 0-4 para cada item, sendo 0 correspondente a “nenhum pouco”, 1 “pouco”, 2 “moderadamente”, 3 “muito”, e 4 “extremamente”. Maiores escores representam maior gravidade.

A escala foi traduzida para o português brasileiro e apresenta excelentes propriedades psicométricas. A confiabilidade teste-reteste para o escore geral foi de 0,98, e para as subescalas as correlações variaram entre 0,95 e 0,99 (Souza *et al.*, 2011). O OCI-R demonstra alta consistência interna variando de 0,70 a 0,94 (Souza *et al.*, 2011).

1.1.8 Uso de substâncias (Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test [ASSIST])

O ASSIST é um questionário auto-aplicado, estruturado, com oito questões sobre o uso de nove classes de substâncias psicoativas (tabaco, álcool, maconha, cocaína, estimulantes, sedativos, inalantes, alucinógenos e opiáceos). As questões abordam a frequência de uso na vida e nos últimos três meses, problemas relacionados ao uso, preocupação a respeito do uso por parte de pessoas próximas ao usuário, prejuízo na execução de tarefas esperadas, tentativas malsucedidas de cessar ou reduzir o uso, sentimento de compulsão e uso por via injetável. Cada resposta corresponde a um escore, que varia de 0 a 4, sendo que a soma total pode variar de 0 a 20. Considera-se a faixa de escore de 0 a 3 como indicativa de uso ocasional, de 4 a 15 como indicativa de abuso e maior de 16 como sugestiva de dependência.

A escala foi traduzida e validada para o português brasileiro e apresentou boa sensibilidade e especificidade da detecção de uso abusivo/dependência de álcool, maconha e cocaína (Henrique *et al.*, 2004). Foram realizados cálculos para as três drogas mais prevalentes: álcool, maconha e cocaína. A confiabilidade do instrumento foi boa (alfa de Cronbach de 0,80 para álcool, 0,79 para maconha e 0,81 para cocaína). O instrumento mostrou bons índices de sensibilidade (variando de 84% a 91%), especificidade (de 79% a 98%), valores preditivos positivos (80% a 93%) e negativos (85% a 96%) (Henrique *et al.*, 2004).

1.1.9 Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade [TDAH] (Adult Self-Reported Scale [ASRS])

Adult Self-Report Scale (ASRS) é um instrumento para avaliar sintomas de transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) em adultos (Brevik *et al.*, 2020). Esse instrumento contém 18 itens sobre sintomas de desatenção e hiperatividade/impulsividade, divididos em duas partes (parte A e parte B) (Brevik *et al.*, 2020). Os indivíduos avaliam os sintomas de TDAH nos últimos 6 meses em uma escala que varia de 0= nunca, 1= raramente, 2= às vezes, 3= frequentemente e 4= muito frequentemente (Adler *et al.*, 2019). Caso o indivíduo responda aos itens 1 a 3, 9, 12, 16 e 18 com às vezes, frequentemente ou muito frequentemente recebem um ponto. Respostas nunca ou raramente a estes itens não pontuam (Adler *et al.*, 2019). Para os demais itens da escala, respostas iguais a frequentemente e muito frequentemente recebem um ponto (Adler *et al.*, 2019). Escores iguais ou maiores que seis nos nove domínios de desatenção e/ou nos nove domínios hiperatividade/impulsividade são considerados como sintomáticos para TDAH (Adler *et al.*, 2019).

A ASRS foi passado por um processo de adaptação transcultural do instrumento original em inglês para uma versão final para uso corrente no Brasil. Os resultados indicaram uma equivalência satisfatória entre as versões. A concordância entre os pares em relação a equivalência de significado referencial variou de 80% a 100%, e a em relação a equivalência de significado geral, a concordância variou entre 60% e 95% (Mattos *et al.*, 2006).

1.1.10 Variáveis de caracterização sociodemográfica e acadêmica

Foram coletadas informações, através de um questionário de perguntas abertas e fechadas para caracterização da amostra: sexo biológico (feminino ou masculino), idade, identidade de gênero (cisgênero, transgênero, não-binário), orientação sexual (heterossexual, homossexual, bissexual, transsexual, pansexual, ou outro), cor da pele (amarelo, negro, pardo, branco, ou outros), peso e altura (para o cálculo do IMC), estado civil (casado, solteiro, viúvo, separado, ou união estável), quantas pessoas moram com você, contando com você (uma, duas, três, quatro, ou cinco ou mais), se mora na casa de estudante (sim ou não), trabalha atualmente (sim ou não) e renda média (abaixo de R\$ 1.254,00; entre R\$ 1.255,00 e R\$ 2.004,00; entre R\$ 2.005,00 e R\$ 8.640,00; entre R\$ 8.641 e R\$ 11.261,00; ou acima de R\$ 11.262).

Sobre o histórico de saúde: se possui algum diagnóstico de transtorno mental feito por um médico (sim ou não) e se foi diagnosticado por algum profissional de saúde como tendo alguma DCNT (obesidade, diabetes tipo 1, diabetes tipo 2, asma, bronquite crônica, alergia, doença cardíaca, osteoartrite, câncer, lombalgia, lesão muscular, nenhuma, ou outra).

Além da informação acadêmica sobre o nível de ensino (graduação/ especialização/ mestrado/ doutorado).

3.8 Variáveis do Índice de *Jeopardy*

O índice de *Jeopardy* foi calculado baseado na agregação de variáveis sociodemográficas que expressam dimensões de privilégios sociais: sexo (homens =0 ; mulheres = 1), identidade racial (brancos = 0; não brancos = 1), escolaridade (graduação universitária =0; ensino médio completo ou graduação universitária incompleta = 1; ensino fundamental completo ou médio incompleto = 2; nenhum ou ensino fundamental incompleto = 3), orientação sexual (hétero=0; não-hétero=1), identidade de gênero (cisgênero=0, não-cisgênero=1), e renda (abaixo de R\$2.004,00 = 0; entre R\$2.005 e R\$8.640,00 = 1; acima de R\$8.641,00 = 2) baseada no autorrelato de renda familiar. Considerando que a nossa amostra é composta somente por estudantes universitários, a pontuação da escolaridade foi definida em “0” para todos os participantes. Um índice composto foi criado atribuindo ao grupo mais privilegiado de cada variável uma pontuação de zero (homens, brancos, posição socioeconômica mais alta, cisgênero e hétero) e ao grupo menos privilegiado uma pontuação de 6 (mulheres, não brancos, quartil socioeconômico mais baixo, não-cisgênero e não-hétero).

3.9 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo iniciou após a aprovação deste projeto pelos Comitês de Ética em Pesquisa de todas as instituições envolvidas. Na UFSC, o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), com o número do parecer 5.509.738. Nesta etapa da pesquisa, em todas as universidades, os participantes preencheram o Termo

de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) antes de responder aos questionários (Anexo D).

3.10 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Para a análise dos dados foi utilizada estatística descritiva com resultados expressos em frequências relativas e medidas de tendência central para a caracterização da amostra. As análises foram conduzidas no software IBM SPSS statistics, Versão 26.0 (Armonk, NY: IBM Corp), incluindo a análise de clusters. A análise de agrupamento (*cluster*) foi realizada em duas etapas, utilizando o algoritmo *TwoStep Cluster*. O número de *clusters* foi baseado na melhor combinação de baixo Critério de Informação Bayesiana (BIC) e alta proporção de medidas de distância e alta proporção de mudanças BIC.

A verificação da normalidade foi realizada utilizando o teste de Kolmogorov-Smirnov, indicando uma distribuição não paramétrica dos dados. Portanto, empregamos o procedimento de bootstrapping com uma reamostragem de 1000 corrigido pelo viés do intervalo de confiança acelerado (95% IC BCa), visando obter maior confiabilidade dos dados e corrigir desvios da normalidade na distribuição da amostra e diferenças entre os tamanhos dos grupos (Haukoos; Lewis, 2005). A reamostragem por bootstrapping é considerado um método robusto e bem estabelecido para gerar estimativas confiáveis e intervalos de confiança em casos nos quais a distribuição dos dados não é normal (Haukoos; Lewis, 2005).

Utilizamos o teste t para amostras independentes para comparar os sintomas de saúde mental entre os clusters com base nos instrumentos de nível 1 e nível 2. O tamanho do efeito foi calculado usando o *d* de Cohen e seus respectivos intervalos de confiança (IC 95%) para comparação entre os grupos. O tamanho de efeito (*d* de Cohen) foi classificado como efeito pequeno (0.20-0.49), moderado (0.50-0.79) e grande (0.80 ou acima), baseado nos critérios propostos por Cohen (1988). Além disto, foi utilizado o teste de Qui-Quadrado para avaliar a associação entre as variáveis sociodemográficas e os cluster de saúde mental.

Posteriormente, calculamos o índice de *Jeopardy* baseado no princípio do “perigo múltiplo (multiple *jeopardy* index)”, um dos princípios que servem para orientar investigações sobre a teoria da interseccionalidade (Mielke *et al.*, 2021). As pontuações de cada indicador foram somadas, resultando em um “Índice de Jeopardy”

variando de 0 a 6. O índice é menor para indivíduos com maior privilégio social (ou maior garantia de direitos humanos), podendo ser interpretado como menor vulnerabilidade social.

Adicionalmente, foi utilizado modelos de regressão logística binária para verificar a associação entre as variáveis sociodemográfica e os cluster de saúde mental. As associações bivariadas (teste de qui-quadrado) com o desfecho ao nível de $p < 0,2$ foram incluídas no modelo. Todos os modelos adotaram entrada simultânea das variáveis de ajustes. Para garantir a adequação das análises, foi verificado a existência de multicolinearidade entre as variáveis independentes utilizando o fator de inflação de variância (VIF). O valor de VIF não indicou problemas significativos de multicolinearidade, mantendo-se abaixo de 5, valor considerado aceitável (Hair Jr *et al.*, 2021). Modelo de regressão também foi utilizado para verificar a associação entre os clusters de transtornos mentais e o índice de Jeopardy (sexo, identidade racial, renda, orientação sexual e identidade de gênero). Os resultados foram expressos em Odds Ratio (OR) e respectivos intervalos de confiança de 95%. A significância adotada em todas as análises foi de $p < 0,05$. Por fim, a distribuição da prevalência entre os cluster de saúde mental foi calculada e representada graficamente para cada nível de pontuação do índice de *Jeopardy*.

4 RESULTADOS

4.1 CARACTERÍSTICAS DA AMOSTRA

Este estudo contou com a participação de 941 estudantes universitários de graduação e pós-graduação. Após a limpeza do banco de dados, 392 foram excluídos, devido à questionários de nível 1 e de nível 2 respondidos de forma incompleta. Além disso, muitos alunos que atingiram ponto de corte no questionário de nível 1 para o nível 2, não responderam ao questionário, o que limitou a análise de cluster, que exige dados completos para todas as variáveis. A amostra final contou com 549 estudantes, a maioria do sexo feminino (56,5%), brancos (45,9%), frequentando curso de graduação (91,3%) com média de idade de 23 anos (± 6 anos). Em relação à identidade de gênero e orientação sexual, 96,5% se identificam como cisgênero e 73% como heterossexuais respectivamente. 94% não moram em casa de estudante e 71,6% não trabalham atualmente. Sobre o IMC, 55,6% estão com sobrepeso ou

obesidade. Além disso, 54,5% possuem diagnóstico de DCNT e 15,3% de algum transtorno mental. Mais informações sobre a caracterização da amostra total podem ser encontradas na Tabela 3.

Dois clusters de transtornos mentais foram observados na amostra e nomeados como “*At-risk*” (Cluster 1) e “*Protected*” (Cluster 2). O cluster *At-risk* representa 45% da amostra. Em relação à comparação dos níveis de sintomas de transtornos mentais entre os clusters, foram observadas diferenças significativas em todas as variáveis incluídas. Por exemplo, os resultados indicaram que os sintomas depressivos ($d=2.49$; IC 95%=2.26, 2.71; $p<0,001$) e de ansiedade (2.28; IC 95% = 2.06, 2.49; $p < 0.001$) foram significativamente menores no cluster “Protegido” (2) em comparação com o Cluster *At-risk* (1) (Tabela 2).

Tabela 2 - Dados descritivos e inferenciais da comparação entre os clusters em função das variáveis de nível 1 e 2. Coorte Unilife-M, fase piloto 2022.

	Cluster 1 “At-Risk” (n= 245) Média (DP)	Cluster 2 “Protected” (n = 304) Média (DP)	t	SE	p	d (IC 95%)
DSM-5						
<i>Depressão</i>	5.05 ± 1.77	2.40 ± 1.63	18.22	0.15	<0.001	1.57 (1.37, 1.76)
<i>Ansiedade</i>	7.47 ± 2.38	3.39 ± 2.31	20.27	0.20	<0.001	1.74 (1.54, 1.94)
<i>TOC</i>	4.10 ± 2.28	0.93 ± 1.36	20.19	0.16	<0.001	1.73 (1.54, 1.93)
<i>Distúrbios do sono</i>	2.33 ± 1.28	0.75 ± 0.93	16.72	0.09	<0.001	1.44 (1.25, 1.62)
<i>Uso de substâncias</i>	2.16 ± 2.61	1.12 ± 1.89	5.42	0.19	<0.001	0.46 (0.29, 0.64)
<i>Mania</i>	3.13 ± 1.99	2.63 ± 1.73	3.14	0.16	0.002	0.27 (0.10, 0.44)
Instrumentos de Nível 2						
<i>PHQ-9</i>	11.88 ± 4.09	3.18 ± 2.93	28.97	0.30	<0.001	2.49 (2.26, 2.71)
<i>GAD-7</i>	11.18 ± 3.80	3.41 ± 3.05	26.54	0.29	<0.001	2.28 (2.06, 2.49)
<i>HCL-32</i>	13.37 ± 8.95	12.61 ± 8.96	0.99	0.77	0.322	0.08 (-0.08, 0.25)
<i>PSQI</i>	15.75 ± 10.59	3.02 ± 6.69	17.15	0.74	<0.001	1.47 (1.28, 1.66)
<i>OCIR</i>	23.11 ± 15.20	3.29 ± 6.84	20.32	0.98	<0.001	1.75 (1.55, 1.94)
<i>ASSIST</i>	9.33 ± 12.94	4.91 ± 8.43	4.82	0.92	<0.001	0.41 (0.24, 0.58)
<i>TDAH</i>	8.65 ± 3.99	5.07 ± 2.71	12.47	0.29	<0.001	1.07 (0.89, 1.25)

Fonte: elaborada pela autora com dados da pesquisa.

Notas: Diferenças entre os cluster a partir do teste-t de amostras independentes; DP = desvio padrão; MD = Diferença média; SE = erro padrão; d = d de cohen; DSM-5 = Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 5ª edição; PHQ-9 = Questionário de Saúde do Questionário, com 9 perguntas; GAD-7 = Escala de Transtorno de Ansiedade Generalizada, com 7 itens; HCL-32 = Escala de Autoavaliação de Hipomania, com 32 itens; PSQI = Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh; OCIR = Obsessive-Compulsive Inventory-Revised; ASSIST = Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test; TDAH = Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade.

4.2 CLUSTERS E FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS E DE SAÚDE ASSOCIADOS

Foi observado que 32,7% dos indivíduos no Cluster *At-risk* eram do sexo masculino, em comparação com 52,3% no Cluster *Protected* ($p < 0,001$). Além disso, houve diferenças significativas entre os clusters em termos de IMC e estado civil. No Cluster *At-risk*, a maioria dos indivíduos está na categoria de “Sobrepeso ou obesidade” (49,4%), seguido por “Peso normal” (39,6%). No Cluster *Protected*, uma proporção maior de indivíduos está na categoria de “Sobrepeso ou obesidade” (60,6%), seguido por “Peso normal” (29,9%) ($p = 0,04$). A maioria dos indivíduos em ambos os clusters se identifica como “Solteiro” (93,5% no *At-risk* e 88,5% no Cluster 2). No entanto, uma proporção maior de indivíduos no Cluster *Protected* se identifica como “Casado” (6,9%) em comparação com o Cluster *At-risk* (1,2%) ($p = 0,01$). No que diz respeito ao diagnóstico de transtorno mental, 91,4% dos indivíduos no Cluster *At-risk* têm um diagnóstico, em comparação com 23,7% dos indivíduos no Cluster *Protected* ($p < 0,001$). Da mesma forma, houve uma diferença significativa entre os clusters em termos de diagnóstico de DCNT ($p = 0,03$). A maioria dos indivíduos em ambos os clusters tem um nível de escolaridade de “Graduação” (94,7% no Cluster *At-risk* e 88,5% no Cluster *Protected*). Não foram observadas associações para cor da pele, escolaridade, número de pessoas na casa, se mora na casa de estudante e renda mensal familiar (ver Tabela 3).

Tabela 3 - Associação entre os clusters de saúde mental e fatores sociodemográficos e de saúde em estudantes universitários brasileiros. Coorte Unilife-M, fase piloto 2022.

Variáveis	Amostra total		Cluster <i>At-risk</i>		Cluster <i>Protected</i>		X ²	p	V de Cramer
	n	%	n	(%)	n	(%)			
Sexo							21.30	< 0.00 ^a	0.19
<i>Masculino</i>	239	43,5%	80	(32,7%)	145	(52,3%)			
<i>Feminino</i>	310	56,5%	165	(67,3%)	159	(47,7%)			
Idade, média (DP)			23 ± 6		24 ± 7			0.09 ^b	
Identidade de gênero							10.15	0.01 ^a	0.13
<i>Cisgênero</i>	530	96,5%	231	(94,3%)	299	(98,4%)			
<i>Transgênero</i>	3	0,5%	3	(1,2%)	0	(0%)			
<i>Não-binário</i>	11	2,0%	9	(3,7%)	2	(0,6%)			
<i>Não informado</i>	5	0,9%	2	(0,8%)	3	(1,0%)			
Orientação sexual							30.75	< 0.00 ^a	0.23
<i>Heterossexual</i>	405	73,8%	156	(63,7%)	249	(81,9%)			
<i>Homossexual</i>	47	8,6%	27	(11%)	20	(6,6%)			
<i>Bissexual</i>	78	14,2%	45	(18,3%)	33	(10,9%)			
<i>Pansexual</i>	8	1,5%	7	(2,9%)	1	(0,3%)			
<i>Outro</i>	7	1,3%	7	(2,9%)	0	(0%)			
<i>Não informado</i>	4	0,7%	3	(1,2%)	1	(0,3%)			
Cor da pele							2.95	0.81 ^a	0.07
<i>Branco</i>	252	45,9%	112	(45,7%)	140	(46,1%)			
<i>Preto</i>	65	11,8%	26	(10,5%)	39	(12,8%)			
<i>Pardo</i>	211	38,4%	98	(40%)	113	(37,2%)			
<i>Amarelo</i>	3	0,5%	2	(0,8%)	1	(0,3%)			
<i>Indígena</i>	11	2,0%	4	(1,6%)	7	(2,3%)			
<i>Outro</i>	3	0,5%	2	(0,8%)	1	(0,3%)			
<i>Não Informado</i>	4	0,7%	1	(0,4%)	3	(1%)			
Escolaridade							9.47	0.05 ^a	0.13
<i>Graduação</i>	501	91,3%	232	(94,7%)	269	(88,5%)			
<i>Especialização</i>	2	0,4%	0	(0%)	2	(0,7%)			
<i>Mestrado</i>	28	5,1%	7	(2,9%)	21	(6,8%)			
<i>Doutorado</i>	13	2,4%	3	(1,2%)	10	(3,3%)			
Estado civil							12.65	0.01 ^a	0.15
<i>Casado</i>	24	4,4%	3	(1,2%)	21	(6,9%)			

<i>Solteiro</i>	498	90,7%	229	(93,5%)	269	(88,5%)
<i>Separado</i>	4	0,7%	3	(1,2%)	1	(0,3%)
<i>União estável</i>	20	3,6%	8	(3,3%)	12	(4%)
<i>Não Informado</i>	3	0,5%	2	(0,8%)	1	(0,3%)

Número de pessoas na casa

3.42 0.63^a 0.07

<i>Uma</i>	69	12,6%	33	(13,5%)	36	(11,8%)
<i>Duas</i>	110	20,0%	42	(17,1%)	68	(22,4%)
<i>Três</i>	141	25,7%	63	(25,7%)	78	(25,7%)
<i>Quatro</i>	149	27,1%	67	(27,3%)	82	(27%)
<i>Cinco ou mais</i>	77	14,0%	38	(15,6%)	39	(12,8%)
<i>Não Informado</i>	3	0,5%	2	(0,8%)	1	(0,3%)

Mora na casa de estudante

0.43 0.80^a 0.02

<i>Sim</i>	30	5,5%	12	(4,9%)	18	(5,9%)
<i>Não</i>	516	94,0%	232	(94,7%)	284	(93,4%)
<i>Não Informado</i>	3	0,5%	1	(0,4%)	2	(0,7%)

Trabalha atualmente

0.75 0.68^a 0.03

<i>Sim</i>	153	27,9%	66	(26,9%)	87	(28,6%)
<i>Não</i>	393	71,6%	177	(72,3%)	216	(71,1%)
<i>Não Informado</i>	3	0,5%	2	(0,8%)	1	(0,3%)

Renda mensal familiar

6.41 0.26^a 0.10

<i>Abaixo de R\$1.254,00</i>	103	18,8%	52	(21,2%)	51	(16,8%)
<i>Entre R\$1.255,00 e R\$2.004,00</i>	165	30,1%	79	(32,2%)	86	(28,3%)
<i>Entre R\$2.005,00 e R\$8.640,00</i>	167	30,4%	69	(28,2%)	98	(32,2%)
<i>Entre R\$8.641,00 e R\$11.261,00</i>	55	10,0%	19	(7,8%)	36	(11,8%)

<i>Acima de</i>	51	9,3%	21	(8,6%)	30	(9,9%)			
<i>R\$11.262,00</i>									
<i>Não Informado</i>	8	1,5%	5	(2%)	3	(1%)			
Diagnóstico de transtorno mental							25.38	<0.00 ^a	0.21
<i>Sim</i>	84	15,3%	26	(91,4%)	58	(23,7%)			
<i>Não</i>	464	84,5%	278	(8,6%)	186	(75,9%)			
<i>Não Informado</i>	1	0,2%	0	(0%)	1	(0,4%)			
IMC							8.12	0.04 ^a	0.12
<i>Baixo peso: < de 18,5</i>	25	4,6%	14	(5,7%)	11	(3,6%)			
<i>Peso normal: ≤18,5 e < 25</i>	188	34,2%	97	(39,6%)	91	(29,9%)			
<i>Sobrepeso ou obesidade: ≥ 25</i>	305	55,6%	121	(49,4%)	184	(60,6%)			
<i>Não Informado</i>	31	5,6%	13	(5,3%)	18	(5,9%)			
Diagnóstico de DCNT							4.59	0.03 ^a	0.09
<i>Sim</i>	299	54,5%	124	(50,6%)	126	(41,4%)			
<i>Não</i>	250	45,5%	121	(49,4%)	178	(58,6%)			
<i>Não Informado</i>	0	0%	0	(0%)	0	(0%)			
Atividade Física									
<i>Nunca</i>	80	14,6%	57	(10,4%)	23	(4,2%)	52.9	<0.00 ^a	0.31
<i>Eventualmente</i>	130	23,6%	75	(13,6%)	55	10,0%)			
<i>Frequentem.</i>	131	23,8%	50	(9,1%)	81	14,7%)			
<i>Sempre</i>	206	37,5%	61	(11,1%)	145	26,4%)			
<i>Não informado</i>	2	0,4%	2	(0,4%)	0	(0,0%)			

Fonte: elaborado pela autora com dados da pesquisa.

Notas: ^aValores referentes ao teste Qui-Quadrado; ^b Valores referentes ao Teste T de amostras independentes; DP = desvio padrão; IMC = índice de massa corporal; DCNT = doenças crônicas não transmissíveis.

As análises de regressão logística (ajustada) indicam que as mulheres (OR=2.14, IC95%=1.45-3.15), pessoas não-brancas (OR=1.11, IC95%=0.76-1.62), de renda abaixo de R\$2.004,00 (OR=1.48, IC95%=0.89-2.44), não-cisgêneros (OR=2.39, IC95%=0.70-8.15), não-héteros (OR=2.17, IC95%=1.42-3.22) e sem nenhum relato

de atividade física semanal (OR=4.60, IC95%=2.47-8.58) possuem chances maiores de estarem no cluster *At-risk*. As variáveis de comparação e mais detalhes podem ser encontrados na Tabela 4.

Tabela 4. Associação entre os perfis de clusters, fatores sociodemográficos de acordo com as variáveis de classificação do índice de *Jeopardy* e nível de atividade física.

Variáveis	Cluster at-risk		
	OR	(IC95%)	<i>p</i>
Sexo			
<i>Homens</i>	Referência	Referência	
<i>Mulheres</i>	2.14	(1.45 - 3.15)	< 0.00
Identidade Racial			
<i>Branços</i>	Referência	Referência	
<i>Não-branços</i>	1.11	(0.76 - 1.62)	0.57
Renda			
<i>Acima de R\$8.641,00</i>	Referência	Referência	
<i>Entre R\$2.005,00 e R\$8.640,00</i>	0.96	(0.56 - 1.66)	0.90
<i>Abaixo de R\$2.004,00</i>	1.48	(0.89 - 2.44)	0.12
Identidade de gênero			
<i>Cisgênero</i>	Referência	Referência	
<i>Não-cisgênero</i>	2.39	(0.70 - 8.15)	0.16
Orientação sexual			
<i>Hétero</i>	Referência	Referência	
<i>Não-hétero</i>	2.17	(1.42 - 3.22)	< 0.00
Atividade Física			
<i>Nunca</i>	4.60	(2.47 – 8.58)	< 0.00
<i>Eventualmente</i>	2.96	(1.79 – 4.88)	< 0.00
<i>Frequentemente</i>	1.61	(0.97 – 2.67)	0.06
<i>Sempre</i>	Referência	Referência	

Fonte: elaborado pela autora com dados da pesquisa.

Notas: Valores referentes a regressão logística binária da associação entre os clusters de saúde mental e os componentes de classificação do índice de *Jeopardy*; OR ajustado para sexo, idade, identidade de gênero, orientação sexual, IMC, estado civil, diagnóstico de transtorno mental e diagnóstico de doenças crônicas não-transmissíveis; IC = intervalo de confiança de 95%.

4.3 ASSOCIAÇÃO ENTRE OS PERFIS DE CLUSTER E O ÍNDICE *JEOPARDY*

A Tabela 5 faz associação entre o cluster *At-risk* e os níveis de classificação do índice de *Jeopardy*. Observa-se um aumento na razão de chances à medida que o índice de *Jeopardy* aumenta para 4, 5 pontos e 6 pontos. Isso indica que quanto mais pontos a pessoa recebe por pertencer a grupos sociais menos privilegiados, maiores as chances de ela pertencer ao clusters de risco para transtornos mentais.

Tabela 5 - Associação entre os perfis de clusters e os níveis de classificação do índice de Jeopardy. Coorte Unilife-M, fase piloto 2022.

Variáveis Índice de Jeopardy	OR	Cluster at-risk		
		(IC95%)	OR ^{ajustada}	(IC95%)
0	Referência	Referência	Referência	Referência
1	1.18	(0.48 – 2.87)	0.74	(0.28 – 1.93)
2	1.20	(0.52 – 2.80)	0.75	(0.30 - 1.88)
3	1.41	(0.62 – 3.19)	0.88	(0.36 - 2.14)
4	3.12*	(1.36 – 7.19)	1.78	(0.70 - 4.54)
5	5.77*	(1.91 – 17.44)	2.74	(0.77 - 9.69)
6	NA	NA	NA	NA

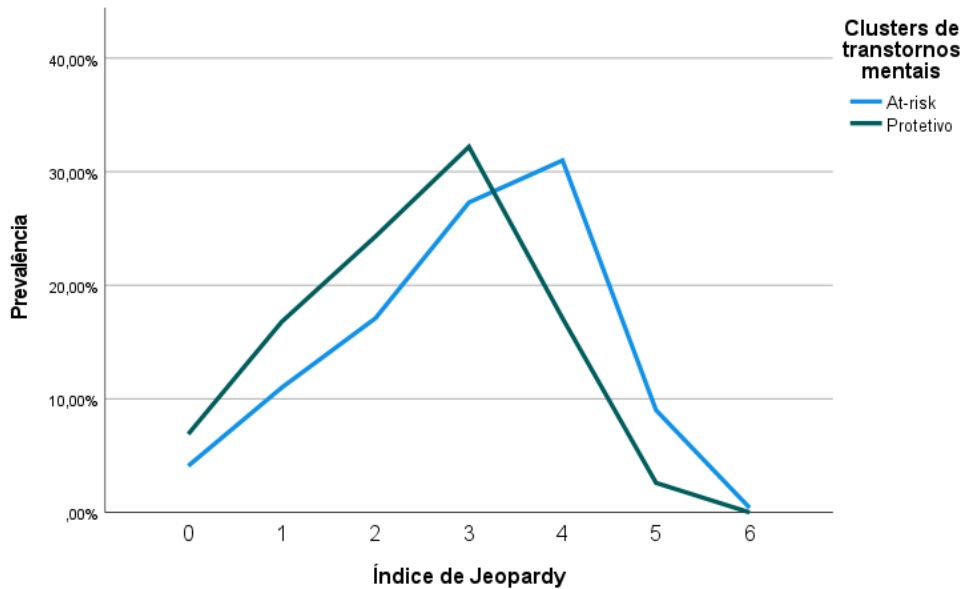
Fonte: elaborada pela autora com dados da pesquisa.

Notas: Valores referentes a regressão logística binária da associação entre os clusters de saúde mental e os níveis de classificação do índice de Jeopardy; OR ajustada para sexo, idade, identidade de gênero, orientação sexual, IMC, estado civil, diagnóstico de transtorno mental e diagnóstico de doenças crônicas não-transmissíveis; IC = intervalo de confiança de 95%;* p < 0.05.

4.4 DISTRIBUIÇÃO DA PREVALÊNCIA DOS CLUSTERS DE ACORDO COM O ÍNDICE *JEOPARDY*

A Figura 1 indica a distribuição de prevalência de universitários em cada cluster de acordo com a variação no índice de *Jeopardy*. Há uma proporção maior de estudantes do cluster *Protected* nos índices de menor vulnerabilidade social (0 a 3) e são a maioria nos estratos de maior vulnerabilidade (4 e 5). Para o grupo com o perfil at-risk, a distribuição de pessoas ao longo da variação índice é o contrário.

Figura 1 - Distribuição da prevalência de universitários em cada cluster de acordo com o índice de Jeopardy. Coorte Unilife-M, fase piloto 2022.



Fonte: elaborada pela autora com dados da pesquisa.

5 DISCUSSÃO

Este estudo teve como objetivo descrever clusters de sintomas de transtornos mentais prevalentes em estudantes universitários brasileiros. Foram observados dois *clusters* diferentes de sintomas de transtornos mentais na amostra investigada. O cluster *At-risk* foi caracterizado como de risco para todos os transtornos mentais, exceto mania, e o cluster “Protegido” indicou escores z significativamente menores, indicando um melhor perfil de saúde mental para este grupo.

Os homens são a maioria no cluster protegido para transtornos mentais e as mulheres parecem estar mais vulneráveis para múltiplos transtornos mentais. As diferenças de sexo nos transtornos mentais é uma das descobertas mais estáveis na psiquiatria (Riecher-Rössler, 2010). Existem diferenças em relação à prevalência, sintomatologia, fatores de risco e influenciadores (Riecher-Rössler, 2010). É bem conhecido que as mulheres têm uma prevalência maior ao longo da vida de transtornos de humor ou ansiedade comparado aos homens (Boyd *et al.*, 2015). Estudos observaram que ser do sexo feminino estava associado com ter um problema de saúde mental, usar mais serviços de saúde mental, aumento do risco de suicídio,

auto-mutilação (Gnan *et al.*, 2019) e depressão (Honey *et al.*, 2010). Outro estudo recente encontrou evidências de que estudantes do sexo feminino apresentaram risco significativamente maior de qualquer transtorno ao longo da vida (OR=1.58, IC95%=1.26-1.98) ou de 12 meses (OR=1.70, IC95%=1.33-2.16) quando comparado aos homens (Bantjes *et al.*, 2019).

Além dos aspectos físicos, fatores de risco psicossociais como a violência baseada no gênero também são considerados importantes para perturbações mentais nas mulheres (Oram, Khalifeh & Howard, 2016). Este tema é abordado na revisão de Oram e colaboradores (2016), e os autores mostram que as mulheres, muito mais frequentemente do que os homens, sofrem diferentes formas de violência baseada no gênero e que esta experiência está associada a um aumento da prevalência de stress pós-traumático, ansiedade e perturbações depressivas (Oram, Khalifeh & Howard, 2016). Existem muitas outras desigualdades que podem muito provavelmente também influenciar a saúde mental das mulheres, tais como a tradicionalidade do papel de gênero (Seedat *et al.*, 2009) e o assédio de gênero, ou a simples discriminação no local de trabalho ou durante carreiras profissionais (Cortina, 2013). É possível que esses estereótipos sejam construídos desde muito cedo, são perpetuados e reforçados no contexto da formação universitária, agravando a problemática que está sendo apresentada.

Também foi observada uma maior proporção de indivíduos com sobrepeso ou obesidade cluster *at-risk*, assim como indivíduos com menores frequências semanais de atividade física. Uma revisão sistemática com meta-análise que analisou a relação entre sobrepeso e/ou obesidade com transtornos mentais, observou a partir de 120 estudos de 43 países, que indivíduos adultos com transtornos mentais graves apresentaram 3,04 vezes mais chances (IC95%=2,42-3,82) de ter obesidade do que a população geral (Afzal *et al.*, 2021). Em outro estudo, evidências indicam que a obesidade aumenta a incidência de depressão e ansiedade em função da extensão da disfunção metabólica (Fulton *et al.*, 2022). O estudo Fulton e colaboradores sugere que um estilo de vida sedentário contribui significativamente para a patologia e inflamação vascular, o que favorece a redução do fluxo sanguíneo cerebral, a absorção de nutrientes e a proliferação celular para promover a neuroinflamação, favorecendo a disfunção cognitiva (Fulton *et al.*, 2022). Em contrapartida, revisões sistemáticas indicam que adultos com níveis de atividade física que correspondem as

recomendações possuem menos risco de desenvolver transtornos mentais (Scuch & Vancampfort, 2020; Pearce et al., 2022).

Ainda sobre a diferenciação entre os clusters observou-se que indivíduos no cluster protetivo apresentaram maiores chances de terem uma renda familiar mais alta em comparação com o cluster *at-risk*. Este resultado foi confirmado na análise final deste trabalho que fez uso do conceito de interseccionalidade. A interseccionalidade é um conceito sociológico que se refere à interação entre diferentes marcadores sociais, como gênero, raça, classe, sexualidade, entre outros, que influenciam a forma como as pessoas vivem em sociedade (Mielke *et al.*, 2021; Crenshaw, 1989). Este termo permite compreender melhor que existem vários sistemas de opressão que se relacionam entre si, se sobrepõem e tendem a discriminar e excluir indivíduos de diferentes formas (Mielke *et al.*, 2021). As interseções referem-se ao ponto de cruzamento ou interação entre diferentes marcadores sociais (Mccall, 2005; Hancock, 2007). Por exemplo, uma pessoa pode ser afetada não apenas por sua identidade de gênero, mas também por sua cor da pele, classe social, localização geográfica e idade. Esses fatores não afetam uma pessoa separadamente, mas se cominam de diferentes formas, gerando diversas desigualdades (ou vantagens) (Crenshaw, 1989).

Os resultados deste trabalho indicam que pessoas com marcadores sociais mais privilegiados (homens, brancos e posição socioeconômica mais alta) tendem a se agrupar em clusters de melhor perfil de saúde mental, enquanto mulheres, não brancos e o quartil socioeconômico mais baixo tendem a se agrupar em clusters de mais risco para saúde mental. Em 2004 foi publicado o primeiro estudo epidemiológico psiquiátrico sobre determinantes sociais da saúde mental, realizado no Brasil, que relatou análises de interação (hoje conhecida como “interseccionalidade”) de raça/etnia e fatores sociais, mediadas por gênero (Almeida-Filho *et al.*, 2004). Nesse estudo, os pesquisadores investigaram a relação entre desigualdade social, transtornos depressivos e etnia na Bahia, Brasil. Eles analisaram a interação tripartida entre gênero, classe social e raça/etnia. As mulheres negras de grupos de baixos rendimentos apresentavam o risco mais elevado de transtornos depressivos (até nove vezes, em comparação com os homens brancos, de classe média alta e com ensino superior) (Almeida-Filho *et al.*, 2004). Uma pesquisa mais recente, sobre impactos psicológicos da COVID-19 entre estudantes universitários, mostrou que mulheres, não-hispânicos, com saúde razoável/ruim, renda familiar relativa abaixo da média experimentaram níveis mais elevados de impacto psicológico

(Browning *et al.*, 2021). Outra pesquisa indicou que alguns grupos sociodemográficos obtiveram pontuações mais baixas em vários indicadores de saúde mental, sendo os grupos de maior risco as mulheres, minorias sexuais (vs. heterossexuais) e estudantes com deficiência (Liu *et al.*, 2022). Ainda, outro estudo que avaliou sintomas de depressão ansiedade e estresse em estudantes universitários brasileiros, encontrou 7 preditores comuns para sintomas mais elevados: sexo feminino; idade entre 18 e 24 anos; ter uma doença crônica; escores mais baixos em 2 dimensões de bem-estar psicológico (relações positivas com os outros, autoaceitação); escores mais altos em 2 copings desadaptativos (autoculpabilização, uso de substâncias) (Lopes & Nihei, 2021).

Outros fatores podem contribuir para um perfil de saúde mental de risco ou maior bem-estar mental em estudantes universitários. Experiências de trauma na infância ou identificação como LGBTQ são considerados de risco, enquanto redes sociais fortes e de apoio e capacidade de adaptação às mudanças ao ingressar no ensino superior podem estar relacionados com o melhor perfil de saúde mental em universitários (Campbell *et al.*, 2022). Tem sido observado que estudantes com capacidades psicológicas, como otimismo, autoeficácia (Denovan & Macaskill, 2016), resiliência, coragem (Kannangara *et al.*, 2018), estratégias úteis de enfrentamento (Berry & Kingswell, 2012) e inteligência emocional (Nightingale *et al.*, 2013) têm maior probabilidade de experimentar maior bem-estar. Denovan e Macskill (2016), num estudo longitudinal, observou que a associação entre capacidades psicológicas e bem-estar mental positivo não era estática e que nem todas as capacidades permaneciam estatisticamente significativas ao longo do tempo (Denovan & Mackskill, 2016). Os únicos fatores que permaneceram significativos durante o período de transição foram autoeficácia e otimismo, permanecendo estatisticamente significativos quando iniciaram a universidade e 6 meses depois (Denovan & Mackskill, 2016).

Por outro lado, comportamentos de saúde tem recebido atenção nas pesquisas sobre transtornos mentais. As pesquisas têm examinado como os comportamentos de estilo de vida, podem estar conectados com resultados de saúde mental (Campbell, 2022). Por exemplo, sintomas depressivos foram independentemente associados ao problema de consumo de álcool e à possível dependência de álcool para ambos os sexos (Ansari, Sebena & Stock, 2014). A má qualidade do sono e o aumento do consumo de alimentos não saudáveis também

foram positivamente associados a sintomas depressivos e estresse percebido (Ansari, Dibba & Stock, 2014). A atividade física e a participação em atividades de lazer foram correlacionadas com o bem-estar mental ($r = 0,4$) (Denovan & Mackskill, 2016) e negativamente correlacionadas com sintomas depressivos e ansiedade ($r = -0,6, -0,7$) (Tyson *et al.*, 2010).

Ainda sobre fatores associados, estudos (Mcintyre *et al.*, 2018; Richardson, Elliott & Roberts, 2017) medindo a solidão, encontraram uma associação consistentemente positiva entre solidão e problemas de saúde mental em estudantes universitários (Mcintyre *et al.*, 2018; Richardson, Elliott & Roberts, 2017). A maior solidão estava associada a maior ansiedade, estresse, depressão, problemas de saúde mental geral, paranoia, abuso de álcool e problemas de transtorno alimentar (Mcintyre *et al.*, 2018; Richardson, Elliott & Roberts, 2017). Isso pode trazer luz sobre o entendimento do aumento da prevalência de transtornos mentais durante o período de pandemia de COVID-19 e pode explicar a alta proporção de estudantes no *cluster at-risk*.

Como limitações deste estudo, é preciso considerar que a pesquisa se trata de um recorte transversal da linha de base da etapa piloto de um estudo de coorte. Etapa esta que tem função primária de gerar hipóteses e testar procedimentos, como as análises e os instrumentos. A amostra por conveniência é outro fator que precisa ser levada em consideração ao interpretar os resultados. A amostra foi pensada para permitir o teste dos procedimentos analíticos e não responder as hipóteses primárias do estudo de coorte. Todos os questionários utilizados, apesar de válidos, representam uma pontuação relativa sobre sintomas de transtornos mentais em determinado momento da vida de uma pessoa. Porém, esta pontuação não é estática, sintomas de transtornos mentais e o perfil de saúde mental podem mudar conforme os momentos da vida. Observação esta que não pode ser feita aqui. Outras variáveis, que não foram incluídas neste estudo podem ser fatores importantes para descrever melhor os clusters de sintomas de transtornos mentais em estudantes universitários como as experiências de traumas, níveis de estresse e resiliência, hábitos e estilo de vida, redes de apoio sociais e características do ambiente acadêmico.

Apesar disso, este estudo é possivelmente o primeiro a se dedicar a analisar múltiplos transtornos mentais em uma abordagem analítica baseada no sujeito (análises de clusters). Ainda, discute os clusters a partir do conceito de

interseccionalidade, que busca analisar múltiplos fatores sociais e reconhecer grupos mais vulneráveis.

6 CONCLUSÃO

Dois grupos de transtornos mentais foram encontrados em estudantes universitários brasileiros, um com risco aumentado para um grupo de sintomas de saúde mental combinados e outro que pode ser considerado protegido. Estudantes universitários de grupos sociais menos privilegiados (por exemplo, mulheres e indivíduos não heterossexuais), e com níveis semanais de atividade física mais baixos, têm maior probabilidade de estar no grupo de risco para perturbações mentais e podem estar expostos a múltiplos resultados de risco. Este trabalho sugere quais grupos são mais vulneráveis aos transtornos mentais nas universidades brasileiras. Essas descobertas fornecem pistas sobre grupos de estudantes que precisam de mais atenção devido a transtornos de saúde mental. São necessários mais estudos para ajudar as universidades a compreenderem melhor as suas populações estudantis, facilitando assim o desenvolvimento de programas destinados a promover a saúde mental em ambientes acadêmicos.

REFERÊNCIAS

- ADLER, Lenard A. *et al.* Healthcare provider perspectives on diagnosing and treating adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. **Postgraduate Medicine**, [S.L.], v. 131, n. 7, p. 461-472, 1 ago. 2019. Informa UK Limited. <http://dx.doi.org/10.1080/00325481.2019.1647080>.
- AFZAL, Medhia *et al.* Prevalence of Overweight and Obesity in People With Severe Mental Illness: systematic review and meta-analysis. **Frontiers In Endocrinology**, [S.L.], v. 12, p. 01-12, 25 nov. 2021. Frontiers Media SA. <http://dx.doi.org/10.3389/fendo.2021.769309>.
- ALMEIDA-FILHO, Naomar *et al.* Social inequality and depressive disorders in Bahia, Brazil: interactions of gender, ethnicity, and social class. **Social Science & Medicine**, [S.L.], v. 59, n. 7, p. 1339-1353, out. 2004. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2003.11.037>.
- ALVES, Júlia Vasconcelos de Sá *et al.* Prevalence and factors associated with anxiety among university students of health sciences in Brazil: findings and implications. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, [S.L.], v. 70, n. 2, p. 99-107, abr. 2021. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0047-2085000000322>.
- ALONSO, Jordi *et al.* The role impairment associated with mental disorder risk profiles in the WHO World Mental Health International College Student Initiative. **International Journal Of Methods In Psychiatric Research**, [S.L.], v. 28, n. 2, p. 01-12, 6 nov. 2018. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1002/mpr.1750>.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **DSM-5: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. 992 p. (Tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento).
- ANSARI, Walid El; DIBBA, Emily; STOCK, Christiane. Body Image Concerns: levels, correlates and gender differences among students in the united kingdom. **Central European Journal Of Public Health**, [S.L.], v. 22, n. 2, p. 106-117, 1 jun. 2014. National Institute of Public Health. <http://dx.doi.org/10.21101/cejph.a3944>.
- ANSARI, Walid El; SEBENA, Rene; STOCK, Christiane. Do Importance of Religious Faith and Healthy Lifestyle Modify the Relationships Between Depressive Symptoms and Four Indicators of Alcohol Consumption? A Survey of Students Across Seven Universities in England, Wales, and Northern Ireland. **Substance Use & Misuse**, [S.L.], v. 49, n. 3, p. 211-220, 9 set. 2013. Informa UK Limited. <http://dx.doi.org/10.3109/10826084.2013.824476>.
- AHMED, Irtiga; HAZELL, Cassie M.; EDWARDS, Bethany; GLAZEBROOK, Cris; DAVIES, E. Bethan. A systematic review and meta-analysis of studies exploring prevalence of non-specific anxiety in undergraduate university students. **Bmc Psychiatry**, [S.L.], v. 23, n. 1, p. 01-34, 11 abr. 2023. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1186/s12888-023-04645-8>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37041470/>. Acesso em: 16 fev. 2024.

ARNETT, Jeffrey Jensen. Emerging adulthood: a theory of development from the late teens through the twenties. **American Psychologist**, [S.L.], v. 55, n. 5, p. 469-480, 2000. American Psychological Association (APA). <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066x.55.5.469>.

AUERBACH, R. P. *et al.* Mental disorders among college students in the World Health Organization World Mental Health Surveys. **Psychological Medicine**, [S.L.], v. 46, n. 14, p. 2955-2970, 3 ago. 2016. Cambridge University Press (CUP). <http://dx.doi.org/10.1017/s0033291716001665>.

AUERBACH, Randy P. *et al.* WHO World Mental Health Surveys International College Student Project: prevalence and distribution of mental disorders. **Journal Of Abnormal Psychology**, [S.L.], v. 127, n. 7, p. 623-638, out. 2018. American Psychological Association (APA). <http://dx.doi.org/10.1037/abn0000362>.

AUERBACH, Randy P. *et al.* Mental disorder comorbidity and suicidal thoughts and behaviors in the World Health Organization World Mental Health Surveys International College Student initiative. **International Journal Of Methods In Psychiatric Research**, [S.L.], v. 28, n. 2, p. 01-16, 18 nov. 2018. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1002/mpr.1752>.

AUERBACH, Randy P. *et al.* Mental disorder comorbidity and suicidal thoughts and behaviors in the World Health Organization World Mental Health Surveys International College Student initiative. **International Journal Of Methods In Psychiatric Research**, [S.L.], v. 28, n. 2, p. 01-16, 18 nov. 2018. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1002/mpr.1752>.

BALANZÁ-MARTÍNEZ, Vicent *et al.* The assessment of lifestyle changes during the COVID-19 pandemic using a multidimensional scale. **Revista de Psiquiatría y Salud Mental**, [S.L.], v. 14, n. 1, p. 16-26, jan. 2021. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsm.2020.07.003>.

BALDASSIN, Sergio *et al.* Depression in medical students: cluster symptoms and management. **Journal Of Affective Disorders**, [S.L.], v. 150, n. 1, p. 110-114, ago. 2013. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2012.11.050>.

BANTJES, Jason *et al.* Prevalence and sociodemographic correlates of common mental disorders among first-year university students in post-apartheid South Africa: implications for a public mental health approach to student wellness. **Bmc Public Health**, [S.L.], v. 19, n. 1, p. 01-12, 10 jul. 2019. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1186/s12889-019-7218-y>.

BÁRTOLO, Ana; MONTEIRO, Sara; PEREIRA, Anabela. Factor structure and construct validity of the Generalized Anxiety Disorder 7-item (GAD-7) among Portuguese college students. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.L.], v. 33, n. 9, p. 01-12, 28 set. 2017. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00212716>.

BATRA, Kavita *et al.* Assessing the Psychological Impact of COVID-19 among College Students: an evidence of 15 countries. **Healthcare**, [S.L.], v. 9, n. 2, p. 222, 17 fev. 2021. MDPI AG. <http://dx.doi.org/10.3390/healthcare9020222>.

BECKER, Stephen P. *et al.* Sleep in a large, multi-university sample of college students: sleep problem prevalence, sex differences, and mental health correlates. **Sleep Health**, [S.L.], v. 4, n. 2, p. 174-181, abr. 2018. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.sleh.2018.01.001>.

BENNETT, Trevor Hugh; HOLLOWAY, Katy Rose. Drug Misuse Among University Students in the UK: implications for prevention. **Substance Use & Misuse**, [S.L.], v. 49, n. 4, p. 448-455, 16 out. 2013. Informa UK Limited. <http://dx.doi.org/10.3109/10826084.2013.846378>.

BERTOLAZI, Alessandra Naimaier *et al.* Validation of the Brazilian Portuguese version of the Pittsburgh Sleep Quality Index. **Sleep Medicine**, [S.L.], v. 12, n. 1, p. 70-75, jan. 2011. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.sleep.2010.04.020>.

BERRY, Katherine; KINGSWELL, Sarah. An investigation of adult attachment and coping with exam-related stress. **British Journal Of Guidance & Counselling**, [S.L.], v. 40, n. 4, p. 315-325, ago. 2012. Informa UK Limited. <http://dx.doi.org/10.1080/03069885.2012.685861>.

BITSIKA, Vicki; SHARPLEY, Christopher F. Comorbidity of anxiety-depression among Australian university students: implications for student counsellors. **British Journal Of Guidance & Counselling**, [S.L.], v. 40, n. 4, p. 385-394, ago. 2012. Informa UK Limited. <http://dx.doi.org/10.1080/03069885.2012.701271>.

BLOWS, Stacey; ISAACS, Serena. Prevalence and factors associated with substance use among university students in South Africa: implications for prevention. **Bmc Psychology**, [S.L.], v. 10, n. 1, p. 01-12, 15 dez. 2022. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1186/s40359-022-00987-2>.

BOYD, Anders *et al.* Gender differences in mental disorders and suicidality in Europe: results from a large cross-sectional population-based study. **Journal Of Affective Disorders**, [S.L.], v. 173, p. 245-254, mar. 2015. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2014.11.002>.

BRASIL. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP). Ministério da Educação. **Censo da Educação Superior**. Brasília: Inep, 2018. 77 slides, colorido.

BREVIK, Erlend Joramo *et al.* Validity and accuracy of the Adult Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) Self-Report Scale (ASRS) and the Wender Utah Rating Scale (WURS) symptom checklists in discriminating between adults with and without ADHD. **Brain And Behavior**, [S.L.], v. 10, n. 6, p. 01-10, 13 abr. 2020. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1002/brb3.1605>.

BROWN, Poppy. **The invisible problem?** improving students mental health. Oxford: Higher Education Policy Institute (HEPI), 2016. 66 p.

BROWNING, Matthew H. E. M. *et al.* Psychological impacts from COVID-19 among university students: risk factors across seven states in the united states. **Plos One**, [S.L.], v. 16, n. 1, p. 01-27, 7 jan. 2021. Public Library of Science (PLoS). <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0245327>.

BRUFFAERTS, Ronny *et al.* Mental health problems in college freshmen: prevalence and academic functioning. **Journal Of Affective Disorders**, [S.L.], v. 225, p. 97-103, jan. 2018. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2017.07.044>.

BUYSSE, Daniel J. *et al.* The Pittsburgh sleep quality index: a new instrument for psychiatric practice and research. **Psychiatry Research**, [S.L.], v. 28, n. 2, p. 193-213, maio 1989. Elsevier BV. [http://dx.doi.org/10.1016/0165-1781\(89\)90047-4](http://dx.doi.org/10.1016/0165-1781(89)90047-4).

CAI, Jiahao *et al.* Socioeconomic status, individual behaviors and risk for mental disorders: a mendelian randomization study. **European Psychiatry**, [S.L.], v. 65, n. 1, p. 01-09, 2022. Royal College of Psychiatrists. <http://dx.doi.org/10.1192/j.eurpsy.2022.18>.

CAMPBELL, Fiona *et al.* Factors that influence mental health of university and college students in the UK: a systematic review. **Bmc Public Health**, [S.L.], v. 22, n. 1, p. 01-22, 20 set. 2022. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1186/s12889-022-13943-x>.

CARONE, Caroline Maria de Mello *et al.* Fatores associados a distúrbios do sono em estudantes universitários. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.L.], v. 36, n. 3, p. 01-16, 2020. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00074919>.

CHEN, Tianhua; LUCOCK, Mike. The mental health of university students during the COVID-19 pandemic: an online survey in the uk. **Plos One**, [S.L.], v. 17, n. 1, p. 01-19, 12 jan. 2022. Public Library of Science (PLoS). <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0262562>.

COHEN, Jacob. **Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences**. New York: Academic Press, 1977. 469 p.

CORTINA, Lilia M.; LESKINEN, Emily A. Workplace Harassment Based on Sex: a risk factor for women's mental health problems. **Key Issues In Mental Health**, [S.L.], p. 139-147, 2013. S. Karger AG. <http://dx.doi.org/10.1159/000342028>.

CRENSHAW, Kimberle. Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics," **University of Chicago Legal Forum**: Vol. 1989: Iss. 1, Article 8. Disponível em: <http://chicagounbound.uchicago.edu/uclf/vol1989/iss1/8> Acesso em: 17 fev. 2024.

DARRAJ, Hussain *et al.* The effects of an educational program on depression literacy and stigma among students of secondary schools in Jazan city, 2016. **Medicine**, [S.L.], v. 97, n. 18, p. 01-04, maio 2018. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health). <http://dx.doi.org/10.1097/md.0000000000009433>.

DENOVAN, Andrew; MACASKILL, Ann. Stress and Subjective Well-Being Among First Year UK Undergraduate Students. **Journal Of Happiness Studies**, [S.L.], v. 18, n. 2, p. 505-525, 5 abr. 2016. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1007/s10902-016-9736-y>.

BENEDETTO, Mirella di; TOWT, Cameron J.; JACKSON, Melinda L. A Cluster Analysis of Sleep Quality, Self-Care Behaviors, and Mental Health Risk in Australian University Students. **Behavioral Sleep Medicine**, [S.L.], v. 18, n. 3, p. 309-320, 1 mar. 2019. Informa UK Limited. <http://dx.doi.org/10.1080/15402002.2019.1580194>.

DUPAUL, George J. *et al.* College Students With ADHD. **Journal Of Attention Disorders**, [S.L.], v. 13, n. 3, p. 234-250, 20 jul. 2009. SAGE Publications. <http://dx.doi.org/10.1177/1087054709340650>.

EATON, Nicholas R. *et al.* An invariant dimensional liability model of gender differences in mental disorder prevalence: evidence from a national sample. **Journal Of Abnormal Psychology**, [S.L.], v. 121, n. 1, p. 282-288, fev. 2012. American Psychological Association (APA). <http://dx.doi.org/10.1037/a0024780>.

EISENBERG, Daniel; GOLBERSTEIN, Ezra; HUNT, Justin B. Mental Health and Academic Success in College. The B.e. **Journal Of Economic Analysis & Policy**, [S.L.], v. 9, n. 1, p. 01-37, 15 set. 2009. Walter de Gruyter GmbH. <http://dx.doi.org/10.2202/1935-1682.2191>.

EVANS, Teresa M *et al.* Evidence for a mental health crisis in graduate education. **Nature Biotechnology**, [S.L.], v. 36, n. 3, p. 282-284, mar. 2018. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1038/nbt.4089>.

FANG, Die *et al.* Association between hypomania and self-harm behaviors in Chinese children and adolescents with depressive symptoms. **Frontiers In Psychiatry**, [S.L.], v. 13, p. 01-09, 24 ago. 2022. Frontiers Media SA. <http://dx.doi.org/10.3389/fpsy.2022.870290>.

FAYYAD, John *et al.* The descriptive epidemiology of DSM-IV Adult ADHD in the World Health Organization World Mental Health Surveys. **Adhd Attention Deficit And Hyperactivity Disorders**, [S.L.], v. 9, n. 1, p. 47-65, 19 nov. 2016. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1007/s12402-016-0208-3>.

FULTON, Stephanie *et al.* The menace of obesity to depression and anxiety prevalence. **Trends In Endocrinology & Metabolism**, [S.L.], v. 33, n. 1, p. 18-35, jan. 2022. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.tem.2021.10.005>.

GNAN, Georgina H. *et al.* General and LGBTQ-specific factors associated with mental health and suicide risk among LGBTQ students. **Journal Of Youth Studies**, [S.L.], v. 22, n. 10, p. 1393-1408, 17 fev. 2019. Informa UK Limited. <http://dx.doi.org/10.1080/13676261.2019.1581361>.

HAIR JUNIOR, Joseph *et al.* **A Primer on Partial Least Squares Structural Equation Modeling (PLS-SEM)**. 2. ed. New York: Sage Publications, 2016. 384 p.

HANCOCK, Ange-Marie. Intersectionality as a Normative and Empirical Paradigm. **Politics & Gender**, [S.L.], v. 3, n. 02, p. 248-254, jun. 2007. Cambridge University Press (CUP). <http://dx.doi.org/10.1017/s1743923x07000062>.

HAUKOOS, Jason S.; LEWIS, Roger J. Advanced Statistics: bootstrapping confidence intervals for statistics with *difficult* distributions. **Academic Emergency Medicine**, [S.L.], v. 12, n. 4, p. 360-365, abr. 2005. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1197/j.aem.2004.11.018>.

HIRSHKOWITZ, Max *et al.* National Sleep Foundation's sleep time duration recommendations: methodology and results summary. **Sleep Health**, [S.L.], v. 1, n. 1, p. 40-43, mar. 2015. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.sleh.2014.12.010>.

HODDER, Rebecca K *et al.* A cluster randomised trial of a school-based resilience intervention to decrease tobacco, alcohol and illicit drug use in secondary school students: study protocol. **Bmc Public Health**, [S.L.], v. 12, n. 1, p. 01-08, 21 nov. 2012. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2458-12-1009>.

HONEY, Katie *et al.* Comparison of levels of depression in medical and non-medical students. **The Clinical Teacher**, [S.L.], v. 7, n. 3, p. 180-184, 17 ago. 2010. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1743-498x.2010.00384.x>.

HENRIQUE, Iara Ferraz Silva *et al.* Validação da versão brasileira do teste de triagem do envolvimento com álcool, cigarro e outras substâncias (ASSIST). **Revista da Associação Médica Brasileira**, [S.L.], v. 50, n. 2, p. 199-206, abr. 2004. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-42302004000200039>.

JENKINS, Paul E.; DUCKER, Imogen; GOODING, Rebecca; JAMES, Megan; RUTTER-ELEY, Emily. Anxiety and depression in a sample of UK college students: a study of prevalence, comorbidity, and quality of life. **Journal Of American College Health**, [S.L.], v. 69, n. 8, p. 813-819, 29 jan. 2020. Informa UK Limited. <http://dx.doi.org/10.1080/07448481.2019.1709474>.

JIANG, X.-L. *et al.* A systematic review of studies on the prevalence of Insomnia in university students. **Public Health**, [S.L.], v. 129, n. 12, p. 1579-1584, dez. 2015. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.puhe.2015.07.030>.

KANNANGARA, Chathurika S. *et al.* All That Glitters Is Not Grit: three studies of grit in university students. **Frontiers In Psychology**, [S.L.], v. 9, p. 01-15, 29 ago. 2018. Frontiers Media SA. <http://dx.doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01539>.

KESSLER, Ronald C. *et al.* Lifetime Prevalence and Age-of-Onset Distributions of DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. **Archives Of General Psychiatry**, [S.L.], v. 62, n. 6, p. 593, 1 jun. 2005. American Medical Association (AMA). <http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.593>.

LASSALE, Camille *et al.* Healthy dietary indices and risk of depressive outcomes: a systematic review and meta-analysis of observational studies. **Molecular**

Psychiatry, [S.L.], v. 24, n. 7, p. 965-986, 26 set. 2018. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1038/s41380-018-0237-8>.

LI, Man *et al.* Effectiveness of Multidomain Dormitory Environment and Roommate Intervention for Improving Sleep Quality of Medical College Students: a cluster randomised controlled trial in china. **International Journal Of Environmental Research And Public Health**, [S.L.], v. 19, n. 22, p. 01-10, 20 nov. 2022. MDPI AG. <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph192215337>.

LI, Yang *et al.* Impact of the COVID-19 Pandemic on the Mental Health of College Students: a systematic review and meta-analysis. **Frontiers In Psychology**, [S.L.], v. 12, p. 01-14, 14 jul. 2021. Frontiers Media SA. <http://dx.doi.org/10.3389/fpsyg.2021.669119>.

LIU, Yuchen *et al.* Mental health of US undergraduate and graduate students before and during the COVID-19 pandemic: differences across sociodemographic groups. **Psychiatry Research**, [S.L.], v. 309, p. 01-07, mar. 2022. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2022.114428>.

LOPES, Adriana Rezende; NIHEI, Oscar Kenji. Depression, anxiety and stress symptoms in Brazilian university students during the COVID-19 pandemic: predictors and association with life satisfaction, psychological well-being and coping strategies. **Plos One**, [S.L.], v. 16, n. 10, p. 01-22, 13 out. 2021. Public Library of Science (PLoS). <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0258493>.

MCCALL, Leslie. The Complexity of Intersectionality. **Signs: Journal of Women in Culture and Society**, [S.L.], v. 30, n. 3, p. 1771-1800, mar. 2005. University of Chicago Press. <http://dx.doi.org/10.1086/426800>.

MCINTYRE, Jason C. *et al.* Academic and non-academic predictors of student psychological distress: the role of social identity and loneliness. **Journal Of Mental Health**, [S.L.], v. 27, n. 3, p. 230-239, 13 fev. 2018. Informa UK Limited. <http://dx.doi.org/10.1080/09638237.2018.1437608>.

MCMANUS, Sally; BEBBINGTON, Paul; JENKINS, Rachel; BRUGHA, Traolach (org.). **Mental health and wellbeing in England: adult psychiatric morbidity survey 2014**. Leicester: Nhs Digital, 2016. 405 p.

MAR, Javier *et al.* Incidence of mental disorders in the general population aged 1–30 years disaggregated by gender and socioeconomic status. **Social Psychiatry And Psychiatric Epidemiology**, [S.L.], v. 58, n. 6, p. 961-971, 24 jan. 2023. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1007/s00127-023-02425-z>.

MATSUDO, Sandra *et al.* Questionário Internacional De Atividade Física (IPAQ): estudo de validade e reprodutibilidade no brasil. **RBAFS: Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, [S.L.], v. 6, n. 2, p. 01-14, 2012. <https://doi.org/10.12820/rbafs.v.6n2p5-18>.

MATTOS, Paulo *et al.* Adaptação transcultural para o português da escala Adult Self-Report Scale para avaliação do transtorno de déficit de atenção/hiperatividade

(TDAH) em adultos. **Archives Of Clinical Psychiatry** (São Paulo), [S.L.], v. 33, n. 4, p. 188-194, 2006. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0101-60832006000400004>.

MATTOS, Paulo; NAZAR, Bruno P.; TANNOCK, Rosemary. By the book: adhd prevalence in medical students varies with analogous methods of addressing dsm items. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, [S.L.], v. 40, n. 4, p. 382-387, 15 fev. 2018. EDITORA SCIENTIFIC. <http://dx.doi.org/10.1590/1516-4446-2017-2429>.

MAUDUY, Maxime; MAUNY, Nicolas; MANGE, Jessica. Tobacco Dependence Among French University Students: a cluster analytic approach to identifying distinct psychological profiles of smokers. **Journal Of Drug Issues**, [S.L.], v. 53, n. 2, p. 226-246, 17 jun. 2022. SAGE Publications. <http://dx.doi.org/10.1177/00220426221107560>.

MERRITT, Rowena K. *et al.* A cluster randomized controlled trial to assess the effectiveness of an intervention to educate students about depression. **Psychological Medicine**, [S.L.], v. 37, n. 03, p. 363, 23 out. 2006. Cambridge University Press (CUP). <http://dx.doi.org/10.1017/s0033291706009056>.

MIELKE, Gregore I.; MALTA, Deborah C.; NUNES, Bruno P.; CAIRNEY, John. All are equal, but some are more equal than others: social determinants of leisure time physical activity through the lens of intersectionality. **Bmc Public Health**, [S.L.], v. 22, n. 1, p. 01-11, 6 jan. 2022. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1186/s12889-021-12428-7>.

MORENO, André Luiz *et al.* Factor Structure, Reliability, and Item Parameters of the Brazilian-Portuguese Version of the GAD-7 Questionnaire. **Temas em Psicologia**, [S.L.], v. 24, n. 1, p. 367-376, 2016. Associação Brasileira de Psicologia. <http://dx.doi.org/10.9788/tp2016.1-25>.

MORENO-GÓMEZ, Carlos *et al.* Clustering of lifestyle factors in Spanish university students: the relationship between smoking, alcohol consumption, physical activity and diet quality. **Public Health Nutrition**, [S.L.], v. 15, n. 11, p. 2131-2139, 7 fev. 2012. Cambridge University Press (CUP). <http://dx.doi.org/10.1017/s1368980012000080>.

MORENO, Ricardo Alberto; MORENO, Doris Hupfeld; RATZKE, Roberto. Diagnóstico, tratamento e prevenção da mania e da hipomania no transtorno bipolar. **Archives Of Clinical Psychiatry** (São Paulo), [S.L.], v. 32, p. 39-48, 2005. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0101-60832005000700007>.

NIGHTINGALE, S.M. *et al.* Trajectories of university adjustment in the United Kingdom: emotion management and emotional self-efficacy protect against initial poor adjustment. **Learning And Individual Differences**, [S.L.], v. 27, p. 174-181, out. 2013. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.lindif.2013.08.004>.

NORVILITIS, Jill M.; INGERSOLL, Travis; ZHANG, Jie; JIA, Shuhua. Self-Reported Symptoms of ADHD Among College Students in China and the United States.

Journal Of Attention Disorders, [S.L.], v. 11, n. 5, p. 558-567, 19 nov. 2007. SAGE Publications. <http://dx.doi.org/10.1177/1087054707308496>.

ORAM, Sian; KHALIFEH, Hind; HOWARD, Louise M. Violence against women and mental health. **The Lancet Psychiatry**, [S.L.], v. 4, n. 2, p. 159-170, fev. 2017. Elsevier BV. [http://dx.doi.org/10.1016/s2215-0366\(16\)30261-9](http://dx.doi.org/10.1016/s2215-0366(16)30261-9).

PACHECO, João P. *et al.* Mental health problems among medical students in Brazil: a systematic review and meta-analysis. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, [S.L.], v. 39, n. 4, p. 369-378, 31 ago. 2017. EDITORA SCIENTIFIC. <http://dx.doi.org/10.1590/1516-4446-2017-2223>.

PADOVANI, Ricardo da Costa *et al.* Vulnerability and psychological well-being of college student. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, [S.L.], v. 10, n. 1, p. 01-16, 2014. GN1 Genesis Network. <http://dx.doi.org/10.5935/1808-5687.20140002>.

PATRICK, Megan *et al.* **Monitoring the Future Panel Study annual report: national data on substance use among adults ages 19 to 60, 1976-2021.** University Of Michigan, Institute For Social Research., [S.L.], 193p., 2022. [Http://dx.doi.org/10.7826/isr-um.06.585140.002.07.0001.2022](http://dx.doi.org/10.7826/isr-um.06.585140.002.07.0001.2022).

PERRY, Yael *et al.* Trial for the Prevention of Depression (TriPoD) in final-year secondary students: study protocol for a cluster randomised controlled trial. **Trials**, [S.L.], v. 16, n. 1, p. 01-17, 12 out. 2015. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1186/s13063-015-0929-1>.

PEARCE, Matthew; GARCIA, Leandro; ABBAS, Ali; STRAIN, Tessa; SCHUCH, Felipe Barreto; GOLUBIC, Rajna; KELLY, Paul; KHAN, Saad; UTUKURI, Mrudula; LAIRD, Yvonne. Association Between Physical Activity and Risk of Depression. **Jama Psychiatry**, [S.L.], v. 79, n. 6, p. 550, 1 jun. 2022. American Medical Association (AMA). <http://dx.doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2022.0609>.

PISCHKE, C. R. *et al.* Effects of a Brief Web-Based “Social Norms”-Intervention on Alcohol, Tobacco and Cannabis Use Among German University Students: results of a cluster-controlled trial conducted at eight universities. **Frontiers In Public Health**, [S.L.], v. 9, p. 01-14, 14 maio 2021. Frontiers Media SA. <http://dx.doi.org/10.3389/fpubh.2021.659875>.

POPE *et al.* Relationships between ADHD and dyslexia screening scores and academic performance in undergraduate psychology students: Implications for teaching, learning and assessment. **Psychology Learning and Teaching**, 6(2), 114-120. 2007. Disponível em: <https://research.tees.ac.uk/en/publications/relationships-between-adhd-and-dyslexia-screening-scores-and-acad> Acesso em: 17 fev. 2024.

PRIMACK, Brian A. *et al.* Tobacco, Marijuana, and Alcohol Use in University Students: a cluster analysis. **Journal Of American College Health**, [S.L.], v. 60, n. 5, p. 374-386, jul. 2012. Informa UK Limited. <http://dx.doi.org/10.1080/07448481.2012.663840>.

RIBEIRO, Christiane Fernandes *et al.* Prevalence of and Factors Associated with Depression and Anxiety in Brazilian Medical Students. **Revista Brasileira de**

Educação Médica, [S.L.], v. 44, n. 1, p. 01-08, 2020. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1981-5271v44.1-20190102.ing>.

RICHARDSON, Thomas *et al.* A Longitudinal Study of Financial Difficulties and Mental Health in a National Sample of British Undergraduate Students. **Community Mental Health Journal**, [S.L.], v. 53, n. 3, p. 344-352, 29 jul. 2016. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1007/s10597-016-0052-0>.

RICHARDSON, Thomas; ELLIOTT, Peter; ROBERTS, Ron. Relationship between loneliness and mental health in students. **Journal Of Public Mental Health**, [S.L.], v. 16, n. 2, p. 48-54, 19 jun. 2017. Emerald. <http://dx.doi.org/10.1108/jpmh-03-2016-0013>.

RIECHER-RÖSSLER, Anita. Sex and gender differences in mental disorders. **The Lancet Psychiatry**, [S.L.], v. 4, n. 1, p. 8-9, jan. 2017. Elsevier BV. [http://dx.doi.org/10.1016/s2215-0366\(16\)30348-0](http://dx.doi.org/10.1016/s2215-0366(16)30348-0).

ROBERTS, Michael E.; BELL, Elizabeth A.; MEYER, Jillian L.. Mental health and academic experiences among U.S. college students during the COVID-19 pandemic. **Frontiers In Psychology**, [S.L.], v. 14, p. 01-09, 27 abr. 2023. Frontiers Media SA. <http://dx.doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1166960>.

SANTOS, Iná S. *et al.* Sensibilidade e especificidade do Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) entre adultos da população geral. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.L.], v. 29, n. 8, p. 1533-1543, ago. 2013. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-311x2013001200006>.

SARIS, I. M. J. *et al.* Social functioning in patients with depressive and anxiety disorders. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, [S.L.], v. 136, n. 4, p. 352-361, 2 ago. 2017. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1111/acps.12774>.

SCHUCH, Helena S. *et al.* Depression and anxiety among the University community during the Covid-19 pandemic: a study in southern brazil. **Anais da Academia Brasileira de Ciências**, [S.L.], v. 95, n. 1, p. 01-16, 2023. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0001-3765202320220100>.

SCHUCH, Felipe Barreto; VANCAMPFORT, Davy. Physical activity, exercise, and mental disorders: it is time to move on. **Trends In Psychiatry And Psychotherapy**, [S.L.], p. 177-184, 2021. EDITORA SCIENTIFIC. <http://dx.doi.org/10.47626/2237-6089-2021-0237>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33890431/>. Acesso em: 03 maio 2024.

SEDGWICK-MÜLLER, Jane A. *et al.* University students with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): a consensus statement from the uk adult adhd network (ukaan). **Bmc Psychiatry**, [S.L.], v. 22, n. 1, p. 01-27, 22 abr. 2022. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1186/s12888-022-03898-z>.

SEEDAT, Soraya *et al.* Cross-National Associations Between Gender and Mental Disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. **Archives**

Of General Psychiatry, [S.L.], v. 66, n. 7, p. 785, 1 jul. 2009. American Medical Association (AMA). <http://dx.doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2009.36>.

SHARMA, Kshitiz *et al.* Digital screening and brief intervention for illicit drug misuse in college students: a mixed methods, pilot, cluster, randomized trial from india. **Asian Journal Of Psychiatry**, [S.L.], v. 81, p. 01-09, mar. 2023. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajp.2022.103432>.

SLAVICH, George M.; AUERBACH, Randy P. Stress and its sequelae: depression, suicide, inflammation, and physical illness. **Apa Handbook Of Psychopathology: Psychopathology**, [S.L.], p. 375-402, 2018. American Psychological Association. <http://dx.doi.org/10.1037/0000064-016>.

SOARES, Odeilton Tadeu *et al.* Reliability and validity of a Brazilian version of the Hypomania Checklist (HCL-32) compared to the Mood Disorder Questionnaire (MDQ). **Revista Brasileira de Psiquiatria**, [S.L.], v. 32, n. 4, p. 416-423, dez. 2010. EDITORA SCIENTIFIC. <http://dx.doi.org/10.1590/s1516-44462010000400015>.

SOLMI, Marco *et al.* Idade de início dos transtornos mentais no mundo: meta-análise em larga escala de 192 estudos epidemiológicos. **Molecular Psychiatry**, [S.I.], n. 27, p. 281-895, 2022.

SOUSA, Tiago V *et al.* Reliability and validity of the Portuguese version of the Generalized Anxiety Disorder (GAD-7) scale. **Health And Quality Of Life Outcomes**, [S.L.], v. 13, n. 1, p. 01-08, 25 abr. 2015. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1186/s12955-015-0244-2>.

SOUZA, Fernanda P. *et al.* Psychometric properties of the Brazilian Portuguese version of the Obsessive-Compulsive Inventory: revised (oci-r). **Revista Brasileira de Psiquiatria**, [S.L.], v. 33, n. 2, p. 137-142, 11 mar. 2011. EDITORA SCIENTIFIC. <http://dx.doi.org/10.1590/s1516-44462011000200008>.

SUSSMAN, Steve; ARNETT, Jeffrey Jensen. Emerging Adulthood. **Evaluation & The Health Professions**, [S.L.], v. 37, n. 2, p. 147-155, 3 fev. 2014. SAGE Publications. <http://dx.doi.org/10.1177/0163278714521812>.

TEIXEIRA, Sónia *et al.* Positive Mental Health in University Students and Its Relations with Psychological Vulnerability, Mental Health Literacy, and Sociodemographic Characteristics: a descriptive correlational study. **International Journal Of Environmental Research And Public Health**, [S.L.], v. 19, n. 6, p. 01-12, 8 mar. 2022. MDPI AG. <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph19063185>.

TETT, Lyn; CREE, Vivienne e; CHRISTIE, Hazel. From further to higher education: transition as an on-going process. **Higher Education**, [S.L.], v. 73, n. 3, p. 389-406, 27 dez. 2016. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1007/s10734-016-0101-1>.

TOTH, Eszter *et al.* Changes to student mental health during the Covid-19 pandemic. **PsychArchives**, [S.L.], p. 01-15, 1 mar. 2021. **PsychArchives**. <http://dx.doi.org/10.23668/PSYCHARCHIVES.4635>.

TYSON, Philip *et al.* Physical activity and mental health in a student population. **Journal Of Mental Health**, [S.L.], v. 19, n. 6, p. 492-499, 2 set. 2010. Informa UK Limited. <http://dx.doi.org/10.3109/09638230902968308>.

VANDENBROUCKE, Jan P. *et al.* Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE). **Epidemiology**, [S.L.], v. 18, n. 6, p. 805-835, nov. 2007. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health). <http://dx.doi.org/10.1097/ede.0b013e3181577511>.

VIANA, Andres G.; GRATZ, Kim L.; BIERMAN, Karen L. Clustering of temperamental and cognitive risk factors for anxiety in a college sample of late adolescents. **Anxiety, Stress & Coping**, [S.L.], v. 26, n. 4, p. 411-430, jul. 2013. Informa UK Limited. <http://dx.doi.org/10.1080/10615806.2012.684240>.

VIVAN, Analise de Souza *et al.* Obsessive-compulsive symptoms and obsessive-compulsive disorder in adolescents: a population-based study. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, [S.L.], v. 36, n. 2, p. 111-118, 18 out. 2013. EDITORA SCIENTIFIC. <http://dx.doi.org/10.1590/1516-4446-2013-1113>.

YI, Siyan *et al.* Prevalence and associated factors of illicit drug use among university students in the association of southeast Asian nations (ASEAN). **Substance Abuse Treatment, Prevention, And Policy**, [S.L.], v. 12, n. 1, p. 01-07, 6 abr. 2017. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1186/s13011-017-0096-3>.

YOLDASCAN, Elcin *et al.* Prevalence of obsessive-compulsive disorder in Turkish university students and assessment of associated factors. **Bmc Psychiatry**, [S.L.], v. 9, n. 1, p. 01-08, 6 jul. 2009. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1186/1471-244x-9-40>.

WANG, Xiaomei *et al.* Investigating Mental Health of US College Students During the COVID-19 Pandemic: cross-sectional survey study. **Journal Of Medical Internet Research**, [S.L.], v. 22, n. 9, p. 01-11, 17 set. 2020. JMIR Publications Inc.. <http://dx.doi.org/10.2196/22817>.

7 ANEXO A – INSTRUMENTO DE MEDIDA DE NÍVEL 1: DSM-5

PERGUNTAS

1. Pouco interesse ou prazer em fazer as coisas?
2. Sentiu-se desanimado, deprimido ou sem espaço?
3. Sentiu-se mais irritado, mal-humorado ou zangado do que o usual?
4. Dormiu menos do que o usual, mas ainda tem muita energia?
5. Iniciou muito mais projetos do que o usual ou fez coisas mais arriscadas do que o habitual?
6. Sentiu-se nervoso, ansioso, assustado, preocupado ou tenso?
7. Sentiu pânico ou se sentiu amedrontado?
8. Evitou situações que o deixam ansioso?
9. Dores e sofrimento sem explicação (p ex. cabeça, costas, articulações, abdome, pernas?)
10. Sentimento de que suas doenças não estão sendo levadas suficientemente a sério?
11. Pensamentos de ferir a si mesmo?
12. Ouvia coisas que outras pessoas não ouviam, como vozes, mesmo quando não havia ninguém por perto?
13. Sentiu que alguém podia ouvir seus pensamentos ou que você podia ouvir o que outras pessoas estavam pensando?
14. Problemas com o sono afetaram a qualidade do seu sono em geral?
15. Problemas com a memória (p. ex. aprender informações novas) ou com localização (p.ex. encontrar o cainho para casa?)
16. Pensamentos, impulsos ou imagens desagradáveis que entram repetidamente na sua cabeça?
17. Sentiu-se compelido a realizar certos comportamentos ou atos mentais repetidamente?
18. Sentiu-se desligado ou distante de si mesmo, do seu corpo, do ambiente físico ao seu redor ou de suas lembranças?
19. Sem saber quem você realmente é ou o que você quer da vida?
20. Não se sentiu próximo a outras pessoas ou desfrutou das suas relações com elas?
21. Bebeu no mínimo 4 drinques de qualquer tipo de bebida alcoólica e um único dia?
22. Fumou cigarros, charuto ou cachimbo ou usou rapé ou tabaco de mascar?

23. Usou algum dos seguintes medicamentos POR CONTA PRÓPRIA, isto é, sem prescrição médica, em quantidades maiores ou por mais tempo do que o prescrito (p.ex. analgésicos [como paracetamol, codeína], estimulantes [como metilfenidato ou anfetaminas], sedativos ou tranquilizantes [como comprimidos para dormir ou diazepam] ou drogas, como maconha cocaína ou crack ,drogas sintéticas [como ecstasy], alucinógenos [como LSD], heroína, inalantes ou solventes [como cola] ou metanfetamina [ou outros estimulantes?])

Todas as respostas podem ser respondidas como:

0 Nada, de modo algum.

1 Muito leve, raramente, menos de um ou dois dias.

2 Leve, vários dias.

3 Moderado, mais da metade dos dias.

4 Grave, quase todos os dias.

8 ANEXO B – DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E ACADÊMICOS

CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Qual é o seu sexo biológico?

- Feminino
- Masculino
- outro

Qual é a sua idade?

Em relação a sua sexualidade, você é?

- Heterossexual
- Homossexual
- Bissexual
- Transsexual
- Pansexual
- outro

Qual é o seu grupo étnico?

- Asiático
- Negro
- Misturado
- Branco
- Outros

Qual seu peso, em quilogramas (kg), aproximadamente?

Qual é a sua altura, em metros, aproximadamente?

Qual o seu estado civil?

- Casado (a)
- Solteiro (a)
- Viúvo (a)

- Separado (a)
- União estável

Quantas pessoas moram em sua casa, contando com você?

- Uma
- Duas
- Três
- Quatro
- Cinco ou mais

Você mora na casa do estudante ou em outro espaço cedido pela sua universidade?

- Sim
- Não

Atualmente, você trabalha?

- Sim
- Não

Qual é o seu emprego?

Qual é a renda média mensal da sua família, aproximadamente, valor em dinheiro (R\$)?

- Abaixo de R\$ 1.254,00
- Entre R\$ 1.255,00 e R\$ 2.004,00
- Entre R\$ 2.005,00 e R\$ 8.640,00
- Entre R\$ 8.641 e R\$ 11.261,00
- Acima de R\$ 11.262

Em que estado do país você mora?

- Acre - AC
- Alagoas - AL
- Amapá - AP
- Amazonas - AM
- Bahia - BA
- Ceará - CE

- Distrito Federal - DF
- Espírito Santo - ES
- Goiás - GO
- Maranhão - MA
- Mato Grosso - MT
- Mato Grosso do Sul - MS
- Minas Gerais - MG
- Pará - PA
- Paraíba - PB
- Paraná - PR
- Pernambuco - PE
- Piauí - PI
- Rio de Janeiro - RJ
- Rio Grande do Norte - RN
- Rio Grande do Sul - RS
- Rondônia - RO
- Roraima - RR
- Santa Catarina - SC
- São Paulo - SP () Sergipe - SE
- Tocantins - TO

Informe a cidade em que você mora. (barra de rolagem) - tentar usar a mesma dos sites

Classifique o município em que você reside:

- Município Rural/Pequeno porte (menor que 50 mil habitantes)
- Município de Médio porte (de 50 a 100 mil habitantes)
- Município de Grande porte (superior a 100 mil habitantes)

HISTÓRICO DE SAÚDE

Você possui algum diagnóstico de transtorno mental feito por um médico psiquiatra?

- Sim

Não

Se sim, qual (is) transtorno (s)?

Transtorno de ansiedade (ex: pânico, ansiedade generalizada, fobia social ou outras fobias)

Transtorno depressivo

Transtorno bipolar

Transtorno obsessivo compulsivo

Esquizofrenia

Transtornos alimentares

Outro, qual? _____

Você utiliza alguma medicação para algum transtorno mental?

Sim Não

Se sim, qual/quais? (opcional se marcar sim) _____

Você faz psicoterapia?

Sim

Não

Você faz algum outro tratamento para a sua saúde mental?

Sim

Não

Se sim, qual/quais? (opcional se marcar sim)

Algum familiar seu tem/teve transtorno mental?

Sim

Não

Quem possui? (opcional se marcar sim)

Pai

Mãe

Irmão (a)

Avó

() Avô

() Outro. Cite quem:

Você fuma?

() Sim

() Não

() Não, mas já fui fumante

Você foi diagnosticado por algum profissional de saúde como tendo alguma das doenças abaixo? (caixa de seleção)

() Obesidade

() Diabetes tipo 1

() Diabetes tipo 2

() Asma

() Bronquite crônica

() Alergia crônica

() Doenças cardíacas

() Osteoartrite

() Lombalgia crônica

() Dor crônica no pescoço

() Enxaqueca

() Câncer

() Osteoporose

() Lesão muscular

() Nenhuma

() Outra, qual? ____

Você teve infecção por coronavírus durante a pandemia?

() Sim

() Não

INFORMAÇÕES ACADÊMICAS

Em qual universidade você estuda? (UFMS, UFRJ, UFC, UFS, UNIMONTES...)

Você é aluno de?

- Graduação
- Especialização
- Mestrado
- Doutorado

Qual curso você está cursando?

Qual foi o ano de seu ingresso na universidade?

Qual é o seu número de matrícula?

9 ANEXO C – INSTRUMENTOS DE NÍVEL 2

QUESTIONÁRIO - PHQ-9

QUESTIONÁRIO SOBRE A SAÚDE DO/A PACIENTE- (PHQ-9)				
Durante as <u>últimas 2 semanas</u> , com que frequência você foi incomodado/a por qualquer um dos problemas abaixo? (Marque sua resposta com "✓")	Nenhuma vez	Vários dias	Mais da metade dos dias	Quase todos os dias
1. Pouco interesse ou pouco prazer em fazer as coisas	0	1	2	3
2. Se sentir "para baixo", deprimido/a ou sem perspectiva	0	1	2	3
3. Dificuldade para pegar no sono ou permanecer dormindo, ou dormir mais do que de costume	0	1	2	3
4. Se sentir cansado/a ou com pouca energia	0	1	2	3
5. Falta de apetite ou comendo demais	0	1	2	3
6. Se sentir mal consigo mesmo/a — ou achar que você é um fracasso ou que decepcionou sua família ou você mesmo/a	0	1	2	3
7. Dificuldade para se concentrar nas coisas, como ler o jornal ou ver televisão	0	1	2	3
8. Lentidão para se movimentar ou falar, a ponto das outras pessoas perceberem? Ou o oposto – estar tão agitado/a ou irrequieto/a que você fica andando de um lado para o outro muito mais do que de costume	0	1	2	3
9. Pensar em se ferir de alguma maneira ou que seria melhor estar morto/a	0	1	2	3

FOR OFFICE CODING 0 + + +
 =Total Score:

QUESTIONÁRIO - GAD-7

GAD-7				
Durante as <u>últimas 2 semanas</u> , com que frequência você foi incomodado/a pelos problemas abaixo? <i>(Marque sua resposta com "✓")</i>	Nenhuma vez	Vários dias	Mais da metade dos dias	Quase todos os dias
1. Sentir-se nervoso/a, ansioso/a ou muito tenso/a	0	1	2	3
2. Não ser capaz de impedir ou de controlar as preocupações	0	1	2	3
3. Preocupar-se muito com diversas coisas	0	1	2	3
4. Dificuldade para relaxar	0	1	2	3
5. Ficar tão agitado/a que se torna difícil permanecer sentado/a	0	1	2	3
6. Ficar facilmente aborrecido/a ou irritado/a	0	1	2	3
7. Sentir medo como se algo horrível fosse acontecer	0	1	2	3

(For office coding: Total Score T ___ = ___ + ___ + ___)

QUESTIONÁRIO - HCL-32

Em diferentes momentos da sua vida todo mundo experimenta mudanças ou oscilações de energia, atividade e humor ("altos e baixos"). O objetivo deste questionário é avaliar as características dos períodos "altos", marcando SIM ou NÃO para cada pergunta.

A - Como se sente hoje em relação ao habitual?

1. Muito pior que o habitual
2. Pior que o habitual
3. Um pouco pior que o normal
4. Nem melhor nem pior que o habitual
5. Um pouco melhor do que o habitual
6. Melhor do que o habitual
7. Muito melhor do que o habitual

B - Como está, em média, o seu nível de energia, atividade e humor?

1. É sempre muito estável
2. É geralmente mais alta
3. É geralmente inferior
4. Mostra repetidamente períodos de altos e baixos

C - Tente se lembrar de uma época que você estava num estado "elevado". Em tal estado: (é possível escolher várias alternativas) (sim ou não)

1. Tenho menos necessidade de sono
2. Tenho mais energia e estou mais ativo
3. Estou mais confiante
4. Trabalho com prazer
5. Estou mais sociável (saio mais, faço mais ligações telefônicas)
6. Quero viajar e/ou tenho mais vontade de viajar
7. Tendo a dirigir mais rápido ou correr mais riscos na direção
8. Tenho feito mais gastos
9. Tenho corrido mais riscos no trabalho ou nas minhas atividades diárias
10. Estou mais ativo fisicamente
11. Planejo mais atividades e/ou projetos
12. Tenho mais idéias, sou mais criativo
13. Sou menos tímido ou inibido
14. Uso mais roupas ou maquiagem extravagantes
15. Quero conhecer mais pessoas
16. Estou mais interessado em sexo, e/ou com aumento do desejo sexual
17. Sou mais gracioso (a)
18. Estou mais falante
19. Acho-me mais rápido
20. Faço mais piadas ou trocadilhos quando estou falando
21. Estou mais distraído
22. Tenho mais iniciativa (começo muitas coisas novas)
23. Meus pensamentos saltam de um tópico para outro
24. Faço as coisas de forma mais rápida e/ou com mais facilidade
25. Sou mais impaciente e/ou irritável
26. Posso ser cansativo ou irritante para os outros
27. Envolve-me em mais discussões
28. Meu humor é mais elevado, mais otimista
29. Bebo mais café
30. Fumo mais cigarros
31. Bebo mais álcool
32. Tomo mais medicamentos (sedativos, tranqüilizantes, estimulantes)

QUESTIONÁRIO OCI-R

INVENTÁRIO DE OBSESSÕES E COMPULSÕES - OCI-R

As afirmativas a seguir referem-se a experiências que muitas têm em sua vida diária. Circule o número que melhor descreve **O QUANTO** a experiência mencionada tem lhe causado ansiedade ou incomodado **NESTE ÚLTIMO MÊS**. Os números referem-se às seguintes etiquetas verbais:

0 = Nem um pouco 3 = Muito
1 = Um pouco 4 = Extremamente
2 = Moderadamente

- | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Tenho guardado tantas coisas que elas atravancam o caminho. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Verifico coisas mais freqüentemente que o necessário. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Fico perturbado se os objetos não estão arrumados apropriadamente (de maneira adequada). | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Sinto-me compelido a (tenho necessidade de) contar enquanto estou fazendo coisas . | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Acho difícil (não gosto de) tocar um objeto quando eu sei que ele já foi tocado por estranhos ou certas pessoas. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. Acho difícil controlar meus próprios pensamentos. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. Coleciono coisas de que não preciso. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. Verifico repetidamente portas, janelas gavetas, etc. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. Perturbo-me se outras pessoas mudam a forma como arrumei as coisas. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. Sinto que tenho que repetir certos números. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11. Às vezes tenho que me lavar ou me limpar pelo simples fato de me sentir contaminado. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12. Pensamentos desagradáveis vêm à minha mente contra a minha vontade e não consigo me livrar deles. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13. Evito jogar coisas fora, pois tenho receio de que possa precisar delas mais tarde. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14. Verifico repetidamente o gás, as torneiras e os interruptores de luz após desligá-los. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15. Necessito que as coisas estejam arrumadas em uma certa ordem. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16. Sinto que há números bons e maus. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 17. Lavo minhas mãos com maior freqüência e por mais tempo que o necessário (do que a maioria das outras pessoas). | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 18. Freqüentemente tenho pensamentos sórdidos/sujos (maus ou ruins) e tenho dificuldade de me livrar deles. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

10 ANEXO D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

ESTILO DE VIDA E SAÚDE MENTAL EM UNIVERSITÁRIOS: ESTUDO PILOTO DA COORTE MENTAL-UNI BRASIL

Pesquisadores responsáveis: Felipe Barreto Schuch, Andrea Camaz Deslandes, Daniel Alves Pires, Danilo Rodrigues Pereira da Silva, Eduardo Bodnariuc Fontes, Helena Moura, Fabianna Resende de Jesus Moraleida, Luis Eduardo Wearik, Luis Fernando Royes, Nicole Leite Galvão Coelho, Maurício Scopel Hoffmann, Raquel Brandini de Boni, Renato Sobral Monteiro-Junior, Thiago Sousa Matias, Thimoty Gustavo Cavazzotto e Vitor Crestani Calegaro. Coordenador do estudo: Felipe Barreto Schuch

Telefone e endereço postal completo:

- Felipe Barreto Schuch: Centro de Educação Física e Desporto – UFSM. Avenida Roraima, 1000, prédio 51, sala 1025. CEP: 97105-970 – Santa Maria–RS. Telefone (55) 3220-7788

- Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Avenida Ipiranga, 6681, prédio 11, sala 938. CEP: 90619-900 – Porto Alegre, RS. Telefone(51) 3353-4207

Local da coleta de dados: Online

Nós, da equipe do projeto “ESTILO DE VIDA E SAÚDE MENTAL EM UNIVERSITÁRIOS: ESTUDO PILOTO DA COORTE MENTAL-UNI BRASIL”, coordenado pelo Prof. Dr. Felipe Barreto Schuch, lhe convidamos a participar como voluntário deste estudo.

Antes de decidir se você quer participar, é importante que você entenda por que essa pesquisa está sendo realizada, todos os procedimentos envolvidos, os possíveis benefícios, riscos e desconfortos.

Esta pesquisa pretende entender como diferentes aspectos do seu estilo de vida, incluindo a sua alimentação, seus níveis de atividade física, suas relações sociais, seu sono, o consumo de substâncias, como você lida com o estresse e suas relações com o ambiente no qual você vive podem estar associados com a sua saúde mental durante a sua jornada de estudos na universidade. A sua participação no estudo se dará em dois momentos diferentes, uma agora, respondendo este

questionário e outra após dois meses. No primeiro momento você irá responder diversas questões sobre o seu comportamento, sobre como você está se sentindo, no que tem pensado e idealizado nos últimos dias. No segundo momento, você será convidado(a) a responder algumas das perguntas novamente. O tempo para responder todas as questões varia entre 10 e 20 minutos na primeira vez e entre 5 e 15 da segunda vez. Alguns de vocês poderão ser convidados para realizar alguns testes físicos de força de preensão manual e de membros inferiores, um teste rápido de corrida e coletas de sangue após responderem o questionário pela primeira vez. Caso você receba o convite para esta nova etapa, um novo termo de consentimento lhe será apresentado explicando em detalhes o que será feito.

É possível que você sinta desconforto por responder as questões na tela do computador, tablet ou celular. Caso sinta algum desconforto, você pode interromper o estudo ou não responder alguma pergunta. Caso o preenchimento do questionário lhe traga algum sofrimento emocional, você poderá entrar em contato com os responsáveis do estudo pelo e-mail mentaluni@gmail.com, que lhe forneceremos assistência ao desconforto associado ao projeto de forma imediata. Caso aconteça algum problema relacionado diretamente com a pesquisa, você terá direito à assistência gratuita que será prestada pelo pesquisador através de encaminhamento a profissionais especializados.

Em caso de dúvidas sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato com os pesquisadores responsáveis na sua instituição, citados no início desta dela. Alternativamente, o coordenador do estudo pode ser contatado no telefone (51) 32207780 ou pelo email mentaluni@gmail.com. Este estudo foi analisado por Comitês de Ética em Pesquisa (CEP), que são órgãos que protegem o bem-estar dos participantes de pesquisas. Os CEP são responsáveis pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos, visando garantir a dignidade, os direitos, a segurança e o bem-estar dos participantes de pesquisas. Caso você tenha dúvidas e/ou perguntas sobre seus direitos como participante deste estudo ou se estiver insatisfeito com a maneira como o estudo está sendo realizado, entre em contato com o CEP da UFSM, situado na Avenida Roraima, n. 1000 – Prédio da Reitoria, 7º andar, sala 763 – CEP 97105-900 – Santa Maria – RS, pelo telefone: (55) 3220-9362, das 08:0 às 12:00 ou das 14:00 às 17:00.

As informações desta pesquisa serão confidenciais e tem o seu sigilo assegurado. Nenhuma informação que você prestar será divulgada vinculada a qualquer informação pessoal que você fornecer. Os resultados finais serão divulgados em eventos ou publicações científicas e na mídia em geral, sem a identificação dos participantes.

Não haverá pagamento para a participação da pesquisa, porém, os gastos necessários relacionados diretamente a sua participação na pesquisa serão assumidos pelos pesquisadores. Fica também garantida indenização em casos de danos decorrentes diretamente da participação na pesquisa.

AUTORIZAÇÃO

Eu, após a leitura ou a escuta da leitura deste documento e ter tido a oportunidade de conversar com o pesquisador responsável para esclarecer todas as minhas dúvidas, estou suficientemente informado, ficando claro para que minha participação é voluntária e que posso retirar este consentimento a qualquer momento sem penalidades ou perda de qualquer benefício. Estou ciente também dos objetivos da pesquisa, dos procedimentos aos quais serei submetido, dos possíveis danos ou riscos deles provenientes e da garantia de confidencialidade. Diante do exposto e de espontânea vontade, expresso minha concordância em participar deste estudo e assino eletronicamente este termo. O termo será digitalmente assinado e você poderá tirar uma foto, imprimir, ou tirar um *print screen* do termo de consentimento. Uma cópia virtual ficará com o pesquisador.

OBS: Por se tratar de uma plataforma online (Redcap), o participante não poderá prover a assinatura. O consentimento será dado ao clicar no botão com a opção (Eu concordo em participar desta pesquisa) e no botão com a opção (Eu tenho mais de 18 anos).