REVISTA CIENTÍFICA - RECIMA21 ISSN 2675-6218

ISOLAMENTO SOCIAL E SAÚDE MENTAL: SINTOMAS MENTAIS AUTORREFERIDOS EM ESTUDANTES DE MEDICINA

SOCIAL ISOLATION AND MENTAL HEALTH: SELF-REPORTED MENTAL SYMPTOMS IN MEDICAL STUDENTS

AISLAMIENTO SOCIAL Y SALUD MENTAL: SÍNTOMAS MENTALES AUTOINFORMADOS EN ESTUDIANTES DE MEDICINA

Alejandro Rafael D'Alessandro[1]

e737373
https://doi.org/10.47820/recima21.v7i3.7373

PUBLICADO: 03/2026

RESUMO

Com o surgimento da doença COVID-19, vários países passaram a estudá-la para poder controlá-la. Um dos planos de controle foi o isolamento social, com sua eficácia comprovada, mas implicando em outros impactos, especialmente na saúde mental dos indivíduos. Considerado isto, o presente estudo trata de verificar o impacto do isolamento social na saúde mental dos estudantes do curso de Medicina da UNILA, em Foz do Iguaçu. É uma pesquisa observacional transversal que utilizou um questionário *online*, avaliando aspectos sociodemográficos e pessoais, rotina no isolamento social e saúde mental, além de utilizar dois testes psicométricos, o PHQ-9 e o GAD-7. A prevalência geral de quadros depressivos, ansiosos e de piora do estado emocional foram, respectivamente, de 62,9%, 45,7%, e 51,4%. 74,3% dos estudantes sentiram solidão em algum momento durante o isolamento. Mulheres apresentaram maior prevalência de sintomas depressivos e ansiosos, estudantes dos primeiros anos apresentaram maior prevalência de sintomas ansiosos, e aqueles com a rotina do sono prejudicada apresentaram maior prevalência de sintomas depressivos e piora do emocional. Parcela considerável dos estudantes sem diagnóstico psiquiátrico prévio apresentaram resultado provável para quadros depressivos e ansiosos, indicando subdiagnóstico ou impacto negativo do isolamento. Da mesma forma, estudantes que usavam medicações psiquiátricas apresentaram maior prevalência de piora do emocional, indicando impacto negativo do isolamento. Estes achados são uma oportunidade de aprendizado para o planejamento de novas estratégias de enfrentamento e acompanhamento dos impactos na saúde mental, seja durante futuras pandemias ou em condições normais.

PALAVRAS-CHAVE: Isolamento Social. Saúde Mental. COVID-19.

ABSTRACT

With the emergence of the COVID-19 disease, several countries began to study it to be able to control it. One of the control plans was social isolation, with its proven effectiveness, but bringing other impacts, especially on the mental health of individuals. Considering this, the present study intends to verify the impact of social isolation on the mental health of medical students at UNILA, in Foz do Iguaçu. It is a cross-sectional observational research, which used an online questionnaire, assessing sociodemographic and personal aspects, routine during social isolation and their mental health, alongside two psychometric tests, the PHQ-9 and the GAD-7. The general prevalence of depression, anxiety and worsening emotional state were, respectively, 62.9%, 45.7%, and 51.4%. 74.3% of the students felt lonely at some point during isolation. Women had a higher prevalence of

[1] Médico graduado na Universidade Federal da Integração Latino-Americana – UNILA, Foz do Iguaçu-PR, Brasil.

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

depressive and anxious symptoms, first year students had a higher prevalence of anxious symptoms, and students with impaired sleep routine had a higher prevalence of depressive symptoms and emotional worsening. A considerable number of students without previous psychiatric diagnosis had probable results for depression and anxiety, indicating either underdiagnosis or the negative impact of isolation. Likewise, students who used psychiatric medications showed higher prevalence of emotional deterioration, indicating the negative impact of isolation. These findings are a learning opportunity for planning new strategies to monitor and mitigate the impacts on mental health, be it during future pandemic situations or under normal circumstances.

KEYWORDS: *Social Isolation. Mental Health. COVID-19.*

RESUMEN
Con la aparición de la enfermedad COVID-19, varios países comenzaron a estudiarla para poder controlarla. Uno de los planes de control fue el aislamiento social, con su eficacia probada, pero implicando en otros impactos, especialmente en la salud mental de las personas. Considerando eso, este estudio trata de verificar el impacto del aislamiento social en la salud mental de los estudiantes de Medicina de UNILA, en Foz do Iguaçu. Es una investigación observacional de corte transversal que utilizó un cuestionario online, evaluando aspectos sociodemográficos y personales, rutina en aislamiento social y salud mental, además de utilizar dos pruebas psicométricas, el PHQ-9 y el GAD-7. Las prevalencias generales de depresión, ansiedad y empeoramiento del estado emocional fueron, respectivamente, 62,9%, 45,7% y 51,4%. 74,3% de los estudiantes se sintió solo en algún momento del aislamiento. Las mujeres tuvieron una mayor prevalencia de síntomas depresivos y ansiosos, los estudiantes de primer año tuvieron una mayor prevalencia de síntomas ansiosos y los estudiantes con una rutina de sueño alterada tuvieron una mayor prevalencia de síntomas depresivos y empeoramiento emocional. Un número considerable de estudiantes sin diagnóstico psiquiátrico previo tuvo un resultado probable para depresión y ansiedad, indicando infradiagnóstico o impacto negativo del aislamiento. Asimismo, los estudiantes que usaban medicamentos psiquiátricos mostraron una mayor prevalencia de deterioro emocional, indicando impacto negativo del aislamiento. Estos hallazgos son una oportunidad de aprendizaje para planear nuevas estrategias de enfrentamiento y seguimiento de los impactos en la salud mental, sea en futuras pandemias o en condiciones normales.

PALABRAS CLAVE*: Aislamiento Social. Salud Mental. COVID-19.*

INTRODUÇÃO

Com o surgimento do novo coronavírus, identificado em dezembro de 2019 e, portanto, previamente chamado de 2019-nCoV (2019 *novel coronavirus*), sendo atualmente chamado de SARS-CoV-2 (*Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2*; em português, coronavírus da síndrome respiratória aguda grave 2), e a doença que este causa, chamada de COVID-19 (*coronavirus disease 2019*; em português, doença por coronavírus 2019) (Schuchmann et al., 2020), o mundo inteiro passou por drásticas mudanças. Cientistas de inúmeros países passaram a investigar rapidamente o vírus, sua fisiopatologia e as formas de prevenção e tratamento da doença. Gestores de saúde pública articularam com autoridades para executar planos de forma a mitigar o contágio. Devido à natureza respiratória da doença, sua transmissão por gotículas (WHO, 2020) e, possivelmente, segundo estudos mais recentes, por aerossol (Morawska; Milton,

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

2020), um método comprovadamente eficiente para isso foi aderir ao distanciamento ou isolamento social, evitando aglomerações e contatos físicos (Kraemer *et al.,* 2020).

Apesar desta medida ser cientificamente respaldada e ter sido a melhor opção a ser adotada naquele momento, dado o escasso conhecimento sobre o SARS-CoV-2 até então, ela pode trazer uma série de consequências que, embora tenham impacto menos negativo do que a doença que busca evitar, ainda são importantes, sejam elas na esfera econômica, cultural ou psicológica. Além disso, estes impactos podem ser mitigados ou potencializados pelas características únicas de cada indivíduo, como idade, cultura, ocupação, hábitos de vida, histórico de transtornos mentais, entre outros, atuando como fatores de risco ou de proteção.

Considerado esse contexto e dadas as particulares características demográficas dos ambientes universitários, abrangendo jovens desde os 17 anos, até os adultos de 40 anos ou mais, incluindo, em alguns casos, idosos, surge a dúvida: "Qual o impacto do isolamento social pela pandemia na saúde mental dos estudantes?". A partir deste questionamento, o presente estudo pretende verificar, como hipótese principal, se o isolamento social realmente pode impactar, de forma negativa, a saúde mental dos estudantes, seja pelo aparecimento de afecções e/ou transtornos mentais em estudantes previamente saudáveis, ou pelo agravamento das afecções e/ou transtornos mentais prévios ao isolamento social. Caso esse impacto seja verificado, o estudo também visa identificar possíveis fatores de risco e/ou proteção que influenciam a intensidade do aparecimento ou agravamento dos problemas em saúde mental na população estudada.

A expectativa é que esse estudo auxilie as instituições de Ensino Superior, os serviços de saúde mental e, de forma geral, o sistema de saúde brasileiro, a melhor entender o desafio que lhes foi imposto pelo isolamento social e a elaborar estratégias para mitigar seus impactos (caso verificados), seja por meio da adaptação dos serviços de saúde pré-existentes para melhor atender as demandas que surgem com esse novo contexto, ou através de programas de intervenção, mutirões de atendimento psicológico e psiquiátrico, grupos de promoção de saúde mental, dentre outras estratégias, evitando, assim, possíveis consequências negativas como crises, comportamentos autolesivos, tentativas de suicídio, abuso de drogas lícitas e ilícitas, entre outros. Além disso, este estudo pode servir como incentivo para que outros pesquisadores e instituições também investiguem o assunto, ampliando a produção de dados epidemiológicos e de conhecimento científico que podem ser úteis em eventos futuros similares ao da pandemia provocada pela COVID-19.

REFERENCIAL TEÓRICO

O isolamento social, apesar de útil para evitar o contágio de infecções respiratórias como é a COVID-19, tem como efeito adverso a redução drástica do contato físico com terceiros, isto é,

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

a interação interpessoal de forma presencial, implicando na cessação da realização de atividades sociais como passeios, reuniões, confraternizações, encontros românticos, entre outros.

Estas atividades previamente mencionadas são parte essencial da rotina do ser humano, visto que o ser humano é um ser social, biologicamente e neurologicamente construído e programado para interagir com seus pares. Logo, interações sociais são parte integrante de nossas vidas, a tal ponto que alguns teóricos, como o psicólogo Abraham Maslow (1943), veem as interações sociais como necessidades humanas. Logo, é de se esperar que a redução dessas interações provocada pelo isolamento social possa ocasionar uma deficiência que impacta o bem-estar psicológico dos indivíduos em isolamento. Esse impacto na saúde mental daqueles que praticam o isolamento social pode se apresentar de diversas formas, com destaque para os sintomas ansiosos e depressivos, como já estudado nesta pandemia e em pandemias anteriores (Ou *et al.,* 2003; Hawryluck *et al.,* 2004; Barros *et al.,* 2020; Brooks *et al.,* 2020; Torrente *et al.,* 2021).

Isto posto, também é importante lembrar que, devido aos diferentes estágios de desenvolvimento neurológico e psicológico do humano ao longo de sua vida, é esperado que diferentes faixas etárias tenham manifestações distintas quando expostos ao mesmo estressor: adultos podem apresentar maior resiliência emocional, idosos podem ter mais dificuldade ao lidar com a sensação de abandono (Pestana; Santo, 2008), e crianças e jovens podem não saber lidar com suas emoções devido à sua imaturidade neurobiológica e pouca experiência de vida (Chung; Hudziak, 2017), em comparação com adultos. Segundo estudo realizado na Argentina por Torrente *et al.,* (2021) durante a pandemia de COVID-19, a faixa etária de 18 a 25 anos foi a que apresentou maior prevalência de sintomas de ansiedade e depressão no primeiro momento da pandemia.

Além disso, existem outros estressores prévios à pandemia, os quais, isoladamente, já causam impacto considerável na saúde mental dos indivíduos. Um desses estressores, notadamente, é o ambiente universitário. Desde antes de seu ingresso no Ensino Superior, o estudante já passa por vários estressores simultâneos, os mais proeminentes deles sendo a pressão em decidir em qual área seguir carreira, e a alta competitividade por uma vaga nos cursos desejados dentro dessa área (Cerchiari, 2004; Cerchiari; Caetano; Faccenda, 2005; Mowbray et al., 2006; Chan et al., 2019), e quando o estudante entra na instituição de Ensino Superior, sua vida começa a passar por sérias mudanças, tais como a troca de círculos sociais e o esforço necessário para criar novos vínculos com pessoas desconhecidas, o aumento das responsabilidades e da consequente pressão por bons desempenhos, a mudança de metodologia de ensino entre escola e faculdade, entre outras (Cerchiari, 2004; Mowbray *et al.,* 2006; Neves; Dalgalarrondo, 2007; Farrer *et al.,* 2016; Pao, 2017; Maia *et al.,* 2020).

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

Todos estes fatores colocam esse grupo em uma situação de vulnerabilidade, pois a soma dos fatores de risco pré-existentes individuais com os desafios da adaptação ao ambiente acadêmico implica no risco aumentado de desenvolvimento de transtornos mentais, principalmente ansiedade e depressão (Nogueira, 2017; Ibrahim *et al.,* 2013).

Além disso, enquanto o Ensino Superior apresenta, por si só, diversos fatores de risco, cada área do conhecimento e, por consequência, cada curso, possui suas especificidades. No caso do curso de Medicina, existem fontes de estresse específicas da área da saúde, como por exemplo, a tarefa de conversar com pacientes (principalmente aqueles com enfermidades terminais) e examiná-los frente a um professor avaliador ou frente a outros pacientes/acompanhantes, lidar com o sofrimento e a morte alheia, e a carga teórica aumentada (Firth, 1986).

Isso é particularmente relevante no contexto da pandemia e do isolamento social, uma vez que estudantes de Medicina podem se sentir ainda mais estressados com o risco aumentado de infecção pela exposição (no caso daqueles que continuaram suas atividades), ou sentir com maior intensidade o impacto da interrupção das aulas e atividades práticas no seu aprendizado e desenvolvimento acadêmico e profissional (Peng *et al.,* 2023).

MÉTODOS

O presente estudo é uma pesquisa quantitativa e observacional, de corte transversal. Foram entrevistados estudantes do curso de Medicina da Universidade Federal da Integração Latino-Americana (UNILA) de Foz do Iguaçu-PR. Por se tratar de um curso de Medicina, a pesquisa engloba estudantes que estão sujeitos a uma carga horária de aulas extensa, maior tempo dedicado aos estudos, menor tempo disponível para outras atividades, contato com sofrimento humano e morte, e uma grande cobrança tanto intrínseca do aluno quanto social (Maia *et al.,* 2020), devido ao *status* que o ofício da Medicina ocupa atualmente na sociedade.

A UNILA, por ser uma universidade que se encontra em uma cidade que faz fronteira com a Argentina e o Paraguai (Foz do Iguaçu-PR), e ter aproximadamente metade de seus estudantes de outras nacionalidades que não a brasileira, possui uma população amostral rica e diversa, permitindo o estudo de várias realidades dentro de um mesmo cenário, visto que cada nacionalidade traz consigo sua cultura e sua forma de lidar com as situações cotidianas.

O tamanho da amostra, por ser derivada de participação voluntária, não pode ser controlada para manter determinada margem de erro. Entretanto, para a população elegível para o estudo, estimada em 165 estudantes, a amostra de 35 participantes determinou margem de erro de 15% com intervalo de confiança de 95%, de acordo com os cálculos realizados.

Como critérios de inclusão para o presente estudo, foram considerados: estudantes do curso de Medicina da UNILA que tenham 18 anos completos de idade e que tenham cursado, no

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

REVISTA CIENTÍFICA - RECIMA21 ISSN 2675-6218

mínimo, um ano completo do curso, mas que não estejam cursando, no momento da pesquisa, os últimos dois anos do curso (o chamado internato).

Estes critérios permitem que o universo amostral seja homogêneo o suficiente para evitar possíveis vieses que poderiam ocorrer caso, por exemplo, fossem considerados os internos, por estarem expostos a um estresse maior decorrente de seu ofício (somado ao medo e ansiedade causados pelo contato direto com pacientes positivos para COVID-19), e os alunos que recém entraram no curso, por ainda não terem sido expostos aos períodos mais exigentes do curso de Medicina, mantendo, ainda, uma heterogeneidade que permite a análise dos diferentes fatores de risco e o impacto destes, junto ao isolamento social, na saúde mental dos indivíduos entrevistados.

A coleta de dados foi feita por meio de um questionário disponível de forma *online* pela plataforma *Google Forms* (Formulários do *Google*).

Este questionário foi dividido em 5 partes: a primeira parte dedicada às questões sociodemográficas e pessoais (idade, sexo, nacionalidade, escolaridade, renda, constituição familiar, etnia, religião e sexualidade); a segunda parte com perguntas sobre a rotina durante o isolamento social (frequência de saída da casa, rotina de sono, tempo de uso de aparelhos eletrônicos, prática de atividades físicas, entre outras); a terceira e quarta partes foram compostas, respectivamente, pelos questionários *Patient Health Questionnaire-9* (PHQ-9) (Kroenke; Spitzer; Williams, 2001) e *General Anxiety Disorder-7* (GAD-7) (Spitzer *et al.,* 2006), ambos validados no Brasil (Santos *et al.,* 2013; Bergerot; Laros; Araujo, 2014); e a quinta e última parte abordando aspectos de saúde mental não abordados nos dois segmentos anteriores (uso de medicamentos controlados, procura por atendimento psicológico e/ou psiquiátrico, e a percepção do estudante sobre melhora, piora, ou estabilidade dos sintomas antes e depois do início do isolamento social).

Quanto aos questionários supracitados, o PHQ-9 consiste em uma versão autoaplicável da escala de depressão do *Patient Health Questionnaire* (PHQ), utilizando 9 perguntas correspondentes aos 9 sintomas que compõem o critério diagnóstico A para a Transtorno Depressivo Maior (TDM) no Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – 4ª edição (DSM-IV) — utilizado na época da criação do questionário, informação também presente no Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – 5ª edição (DSM-V) (APA, 2013) e em sua versão com o texto revisado (APA, 2023) — para estabelecer diagnóstico inicial de TDM, assim como graduar a severidade dos sintomas depressivos, desde leves até muito graves (Kroenke; Spitzer; Williams, 2001).

Para o presente estudo, considerando o caráter internacional da população estudada, optou-se por utilizar a pontuação de corte definida no estudo original de 2001, realizado por Kroenke, Spitzer e Williams, em que, pontuações de 10 ou mais são indicativas de provável

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

diagnóstico de TDM, e pontuações a partir de 5, 10, 15 e 20 pontos correspondem, respectivamente, a sintomas depressivos leves, moderados, graves e muito graves.

Por outro lado, o GAD-7 é um questionário que foi construído por Spitzer *et al.* (2006), inicialmente, como um questionário de 13 perguntas — das quais 9 eram relacionadas aos sintomas diagnósticos para o Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG) de acordo com o DSM-IV, e outras 4 perguntas adaptadas de outras escalas de ansiedade — que foi testado para verificar quantos e quais itens eram necessários para construir um questionário breve que tivesse boa confiabilidade e validade, resultando nas 7 perguntas que compõem a versão final do questionário. Tal como feito com o PHQ-9, para o presente estudo, foram utilizadas as pontuações de corte do estudo de Spitzer *et al.* (2006), que estabelece pontuações de 10 ou mais como indicativas de provável diagnóstico de TAG, e pontuações a partir de 5, 10 e 15 pontos correspondendo, respectivamente, a sintomas ansiosos leves, moderados e graves.

Vale ressaltar que algumas perguntas do questionário são de cunho mais íntimo, como por exemplo, as que abordam a sexualidade do indivíduo. Estas perguntas foram incluídas pois a literatura aponta que estes fatores podem contribuir com maior ou menor vulnerabilidade da saúde mental. Entretanto, reconhecendo o caráter íntimo destas informações, foi colocada a opção de não responder a estas perguntas específicas, permitindo que o entrevistado respondesse o resto do questionário sem prejuízos à pesquisa e ao entrevistado.

Para a realização da coleta de dados, o questionário foi enviado aos estudantes por 3 meios: *e-mail* coletivo do curso de Medicina da UNILA e *e-mails* institucionais de cada estudante, estes dois com a devida autorização e ajuda da coordenação do curso de Medicina da UNILA; e por meio de divulgação em grupos de WhatsApp, visando um maior alcance dentro da população amostral escolhida, já que nem todos os estudantes costumam acessar os *e-mails* frequentemente. Ao término do período de coleta, as respostas foram enviadas aos pesquisadores automaticamente por meio da mesma plataforma (*Google Forms*).

Com os dados tabulados por meio das plataformas *Google Sheets* (Planilhas do *Google*) e *Microsoft Excel*, procedeu-se com a análise estatística dos dados através do *software OpenEpi*, gerando porcentagens, médias e proporções que foram utilizados para descrever o perfil dos sintomas mentais e sua evolução na população amostral, servindo de base para a discussão e confirmação ou não das hipóteses.

A pesquisa ficou disponível para ser respondida pelo público-alvo de junho de 2021 até janeiro de 2022. Em fevereiro de 2022, a coleta de dados foi encerrada.

O sigilo e o anonimato dos participantes foram sempre mantidos, antes, durante e após a pesquisa, de acordo com os preceitos éticos estabelecidos no Código de Ética Médica e com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido disponível para leitura obrigatória antes da realização do questionário. Os participantes também tiveram a oportunidade de entrar em contato

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

com o realizador do estudo para cancelar sua participação no estudo, em qualquer etapa deste, sem penalidade. Informações pessoais dos participantes, como nome e *e-mail*, serviram apenas como forma de verificação e confirmação da eligibilidade dos respondentes, para garantir maior fidedignidade dos resultados, e não foram utilizados na análise dos dados e/ou na confecção dos relatórios.

Esta pesquisa teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), com o Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) de número 45005321.0.0000.9607.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram do estudo 35 estudantes, dos quais, todos foram elegíveis para a pesquisa.

Características Sociodemográficas

As características demográficas, socioeconômicas e relacionadas ao curso de Medicina e estilo de vida estão elencadas na tabela a seguir:

Tabela 1. Características sociodemográficas do grupo amostral

Variável	**n**	**%**
Amostra (n)	35	100,0
Idade (Média ± Desvio Padrão (DP) = 25,3 ± 4,2)		
Até 25 anos	19	54,3
25 anos ou mais	16	45,7
Sexo		
Masculino	16	45,7
Feminino	19	54,3
Se identifica com o sexo biológico		
Sim	34	97,1
Não	0	0,0
Não sei	1	2,9
Nacionalidade		
Brasil	26	74,3
Colômbia	3	8,6
Paraguai	2	5,7
Argentina	1	2,9
Chile	1	2,9
Peru	1	2,9
Venezuela	1	2,9
Etnia		
Branca	24	68,6
Parda	7	20,0
Afrodescendente/Negra	2	5,7
Indígena	1	2,9
Amarela	1	2,9
Estado civil		
Solteiro	29	82,9
Em união estável	2	5,7
Casado	4	11,4

ISSN: 2675-6218 - RECIMA21
Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

REVISTA CIENTÍFICA - RECIMA21 ISSN 2675-6218

Variável	n	%
Filhos		
Nenhum	35	100,0
Mora com a família		
Sim	8	22,9
Não	27	77,1
Mora com		
Mãe	1	2,9
Pai e mãe	1	2,9
Mãe e irmã	1	2,9
Parceiro/Cônjuge	5	14,3
Familiares moram em		
Mesma cidade	5	14,3
Outra cidade	10	28,6
Outro estado	12	34,3
Outro país	8	22,9
Escolaridade		
Ensino Médio terminado em escola particular	7	20,0
Ensino Médio terminado em escola pública	8	22,9
Ensino Fundamental e Médio completos em escola particular	4	11,4
Ensino Fundamental e Médio completos em escola pública	7	20,0
Ensino Superior completo (outra graduação anterior)	9	25,7
Classe Social e Renda		
Classe A (Mais de R$ 22.000,00)	4	11,4
Classe B (Entre R$ 11.000,00 e R$ 22.000,00)	4	11,4
Classe C (Entre R$ 4.400,00 e R$ 11.000,00)	10	28,6
Classe D (Entre R$ 2.200,00 e R$ 4.400,00)	9	25,7
Classe E (Até R$ 2.200,00)	4	11,4
Prefiro não responder	4	11,4
Divide moradia com colega		
Sim	19	54,3
Não	16	45,7
Período do curso no momento		
Quarto período	9	25,7
Quinto período	1	2,9
Sexto período	4	11,4
Sétimo período	1	2,9
Oitavo período	20	57,1
Satisfeito com o curso		
Sim	26	74,3
Não	4	11,4
Não sei responder	5	14,3
Satisfeito com a UNILA		
Sim	25	71,4
Não	6	17,1
Não sei responder	4	11,4
Pratica atividade remunerada enquanto estuda		
Não	23	65,7
Sim, sem carteira assinada	11	31,4
Sim, com carteira assinada	1	2,9
Orientação sexual		
Heterossexual	25	71,4
Homossexual	4	11,4

ISSN: 2675-6218 - RECIMA21

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

Variável	n	%
Pansexual	1	2,9
Bissexual	4	11,4
Prefiro não dizer	1	2,9
Sexarca		
Antes dos 18 anos	18	51,4
Aos 18 anos ou depois	10	28,6
Não teve primeira relação	2	5,7
Não responderam	5	14,3
Satisfeito com vida sexual		
Sim	25	71,4
Não	3	8,6
Indiferente	1	2,9
Não possuo vida sexual ativa	5	14,3
Prefiro não responder	1	2,9
Parceiro fixo		
Não	15	42,9
Sim	18	51,4
Sim, mas não mantenho relações sexuais	2	5,7
Religião		
Católica	11	31,4
Cristianismo	2	5,7
Evangélica	1	2,9
Budismo	1	2,9
Adventista	1	2,9
Grego pagã	1	2,9
Espiritismo	1	2,9
Não pratica	12	34,3
Não responderam	5	14,3

Fonte: Elaborada pelo autor com base nos dados da pesquisa realizada.

Dos 35 participantes, 16 (45,7%) são do sexo masculino e 19 (54,3%) são do sexo feminino, e a idade média (com desvio padrão) do grupo é de 25,3 ± 4,2 anos. Dentre o grupo, apenas um participante não sabia se se identificava ou não com o sexo biológico, enquanto todos os demais se identificam como cisgênero. A maioria dos respondentes (26 participantes, 74,3%) são brasileiros, os demais sendo de outros países da América Latina. Quanto à etnia, a maioria dos participantes (24 participantes, 68,6%) são brancos, enquanto dos demais respondentes, 7 (20,0%) são pardos, 2 (5,7%) são negros, 1 (2,9%) é indígena e 1 (2,9%) é amarelo. Quando perguntados sobre a religião que praticavam, apenas 30 participantes (85,7%) responderam, com a maioria destes dividida em dois grandes grupos: católicos (11 participantes, 31,4%) e os que não praticavam nenhuma religião (12 participantes, 34,3%).

Quanto ao estado civil, a maioria (29 participantes, 82,9%) era solteiro, enquanto 4 participantes (11,4%) eram casados e 2 participantes (5,7%) estavam em união estável. Nenhum dos participantes possuía filhos quando responderam ao questionário. A maioria dos participantes (27 participantes, 77,1%) não mora com a família, e dos 8 (22,9%) que moram com algum familiar, 5 (14,3%) moram com parceiro ou cônjuge. Quando perguntados sobre outros familiares, 30

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

REVISTA CIENTÍFICA - RECIMA21 ISSN 2675-6218

(85,7%) participantes disseram que seus familiares não moravam na cidade. Sobre dividir a moradia com algum colega, 19 participantes (54,3%) o faziam na época.

Quanto à escolaridade, 9 participantes (25,7%) já haviam concluído outra graduação, 8 participantes (22,9%) terminaram apenas o Ensino Médio em escola pública, 7 participantes (20,0%) terminaram Ensino Fundamental e Médio em escola pública, e os demais finalizaram ao menos o Ensino Médio em escola particular. Quanto à renda, dos 31 participantes (88,6%) que responderam essa pergunta, 10 (28,6%) tinham renda entre 4,4 e 11 mil reais, 13 (37,1%) tinham renda menor que 4,4 mil reais, e 8 (22,9%) tinham renda maior que 11 mil reais.

Quanto à relação com o curso de Medicina, 20 participantes (57,1%) estavam no 8º período do curso, 26 participantes (74,3%) afirmavam estar satisfeitos com o curso, 25 participantes (71,4%) afirmavam estar satisfeitos com a UNILA, e 23 participantes (65,7%) não estavam trabalhando enquanto estudavam.

Quanto à orientação sexual, dos 34 participantes (97,1%), 25 (71,4%) são heterossexuais e 9 (25,7%) fazem parte do grupo LGBTQIAP+. Quanto ao início de sua vida sexual, 18 participantes (51,4%) tiveram a primeira relação sexual antes dos 18 anos e 10 participantes (28,6%) a tiveram após os 18 anos completos. A maioria (25 participantes, 71,4%) afirmou estar satisfeito com a vida sexual. Quando perguntados sobre parceiros fixos, 15 participantes (42,9%) não tinham parceiro fixo, e 20 participantes (57,1%) tinham parceiro fixo, mas destes, 2 (5,7%) não mantinham relações sexuais.

Hábitos durante o isolamento social

O questionário abordou alguns aspectos da vida cotidiana dos estudantes que poderiam ou não ter sido afetados pela imposição do isolamento social, e os resultados estão descritos na tabela a seguir:

Tabela 2. Características da rotina do grupo amostral durante o isolamento

Variável	n	%
Frequência de saída de casa		
Não saiu de casa	3	8,6
1-2 dias da semana	11	31,4
3-4 dias da semana	12	34,3
5-6 dias da semana	7	20,0
Todo dia	2	5,7
Tempo de tela		
De 3 a 6 horas por dia	2	5,7
De 6 a 9 horas por dia	19	54,3
Mais de 9 horas por dia	14	40,0
Atividades físicas		
Não praticou	12	34,3
1-2 dias por semana	11	31,4
3-4 dias por semana	8	22,9

ISSN: 2675-6218 - RECIMA21
Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

Variável	n	%
5-6 dias por semana	4	11,4
Rotina de sono prejudicada		
Não	15	42,9
Sim, mas já estava assim antes do isolamento social	9	25,7
Sim, e está pior do que antes do isolamento social	11	31,4
Manteve contato com amigos/colegas durante isolamento		
Não	1	2,9
Sim, virtualmente	23	65,7
Sim, pessoalmente	11	31,4
Trabalhou durante isolamento		
Sim	12	34,3
Não	23	65,7
Manteve rotina de estudos durante isolamento		
Sim	11	31,4
Não	24	68,6

Fonte: Elaborada pelo autor com base nos dados da pesquisa realizada.

Dos 35 participantes, foram poucos os que ficaram todo o tempo em casa (3 participantes, 8,6%) e os que saíram diariamente (2 participantes, 5,7%), com os demais ficando no mínimo um dia na semana em casa ou saindo de casa em um dia na semana. Quanto ao tempo de tela por dia (celulares, computadores, tablets etc.), 19 participantes (54,3%) usaram telas por mais de 6 horas, mas até 9 horas ao dia, enquanto 14 participantes (40,0%) usaram por mais de 9 horas ao dia. Quanto à prática de atividades físicas durante o isolamento, 12 participantes (34,3%) não praticaram. Sobre a rotina do sono, 15 participantes (42,9%) negaram ter sofrido alterações no sono durante o isolamento, e das que referiram ter sofrido prejuízos, 11 (31,4%) relataram que o prejuízo percebido na rotina de sono iniciou após o isolamento social.

Abordando a mitigação do distanciamento social, perguntou-se se houve contato com amigos e/ou colegas durante o isolamento social, com apenas 1 participante (2,9%) respondendo negativamente, enquanto 23 participantes (65,7%) mantinham contato virtual e 11 participantes (31,4%) mantinham contato presencial. Sobre rotina de trabalho e de estudos, 12 participantes (34,3%) trabalharam durante o isolamento e 11 participantes (31,4%) estudaram por conta própria durante o isolamento.

A saúde mental durante o isolamento

Finalmente, foram aplicados os questionários PHQ-9 e GAD-7, e foram perguntados outros aspectos sobre saúde mental, como antecedentes, evoluções e fatores de proteção. Na tabela a seguir, estão descritos os resultados desse segmento do questionário:

ISSN: 2675-6218 - RECIMA21
Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

Tabela 3. Características de saúde mental do grupo amostral

Variável	n	%
Pontuação no PHQ-9		
Menor que 5	8	22,9
Maior ou igual a 5, menor que 10 (Leve)	5	14,3
Maior ou igual a 10, menor que 15 (Moderado)	10	28,6
Maior ou igual a 15, menor que 20 (Grave)	5	14,3
Maior que 20 (Muito Grave)	7	20,0
Pontuação no GAD-7		
Menor que 5	8	22,9
Maior ou igual a 5, menor que 10 (Leve)	11	31,4
Maior ou igual a 10, menor que 15 (Moderado)	9	25,7
Maior que 15 (Grave)	7	20,0
Faz acompanhamento com psicólogo, psiquiatra ou terapeuta		
Sim	14	40,0
Não	21	60,0
Diagnósticos psiquiátricos prévios		
Não	23	65,7
Sim	12	34,3
Ansiedade (não especificada)	3	8,6
Depressão (não especificada)	3	8,6
Transtorno de Ansiedade Generalizada	3	8,6
Transtorno Depressivo Maior	3	8,6
Transtorno de Estresse Pós-Traumático	2	5,7
Transtorno da Personalidade *Borderline*	2	5,7
Transtorno Bipolar (não especificado)	1	2,9
Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade	1	2,9
Transtorno de Ansiedade Social	1	2,9
Outros não especificados	1	2,9
Uso de medicações psiquiátricas		
Sim	14	40,0
Não	21	60,0
Sentiu piora do emocional		
Sim	18	51,4
Não	13	37,1
Não sei dizer	4	11,4
Possui alguém com quem desabafar		
Sim	33	94,3
Não	2	5,7
Sentiu solidão		
Não	9	25,7
Algumas vezes	10	28,6
Várias vezes	12	34,3
O tempo todo	3	8,6
Não sei dizer	1	2,9
Recebeu apoio de psicólogos pela UNILA		
Sim	1	2,9
Não	34	97,1
Recebeu apoio do curso de Medicina		
Sim	5	14,3
Não	30	85,7

Fonte: Elaborada pelo autor com base nos dados da pesquisa realizada.

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

Quanto aos questionários PHQ-9 e GAD-7, dos 35 participantes, 22 (62,9%) pontuaram 10 ou mais no PHQ-9 e 16 (45,7%) pontuaram 10 ou mais no GAD-7. Questionados sobre diagnósticos psiquiátricos prévios, 12 participantes (34,3%) afirmaram ter ao menos um diagnóstico, dentre eles, quadros depressivos (incluindo o transtorno depressivo maior, TDM); transtorno bipolar; transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH); transtornos ansiosos (incluindo o transtorno de ansiedade generalizada, TAG, e o transtorno de ansiedade social); o transtorno de estresse pós-traumático, TEPT; e o transtorno da personalidade *borderline*. Sobre as medicações, 14 participantes (40,0%) já usavam ao menos uma medicação psiquiátrica.

Quanto aos outros indicadores de saúde mental autorreferidos, 18 participantes (51,4%) referiram ter sentido uma piora do estado emocional geral e 25 participantes (71,5%) referiram sentir solidão em algum momento durante o isolamento social.

Finalmente, sobre os fatores de proteção de saúde mental presentes, 14 participantes (40,0%) faziam acompanhamento com psicólogo, psiquiatra ou terapeuta durante o isolamento social, 33 participantes (94,3%) tinham alguém com quem poderiam desabafar sobre seus sentimentos, apenas 1 participante (2,9%) buscou e recebeu apoio de psicólogos vinculados à UNILA por meio dos programas institucionais, e 5 participantes (14,3%) receberam apoio do curso de Medicina da UNILA durante o isolamento, seja por meio do contato de professores e coordenadores, ou por meio de programas feitos pelo curso.

Fatores de associação - dados sociodemográficos

Foram utilizadas as informações sociodemográficas para estratificar as prevalências de quadros depressivos e ansiosos de acordo com os questionários PHQ-9 e GAD-7, assim como a piora autorreferida do emocional (para este último, respostas indefinidas não foram consideradas, totalizando apenas 31 respostas), no intuito de verificar quais características sociodemográficas poderiam estar associadas a uma piora da saúde mental. Cada estratificação foi disposta separadamente nas tabelas a seguir:

Tabela 4. Prevalência de quadros depressivos, ansiosos e de piora autorreferida do estado emocional, estratificada por fatores demográficos

Variável	Total (%)	Homens (%)	Mulheres (%)	χ^2	p-valor
Pontuação PHQ-9				8,117	**0,002***
Menor que 10	13 (37,14)	10 (62,50)	3 (15,79)		
Maior ou igual a 10	22 (62,86)	6 (37,50)	16 (84,21)		
RP (IC 95%)		*Ref*	***2,25 (1,16-4,35)** *		
Pontuação GAD-7				5,096	**0,011***
Menor que 10	19 (54,29)	12 (75,00)	7 (36,84)		
Maior ou igual a 10	16 (45,71)	4 (25,00)	12 (63,16)		
RP (IC 95%)		*Ref*	***2,53 (1,01-6,31)** *		
Piora do emocional				1,551	0,106
Não	13 (37,14)	8 (53,33)	5 (31,25)		

ISSN: 2675-6218 - RECIMA21
Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

REVISTA CIENTÍFICA - RECIMA21 ISSN 2675-6218

Sim	18 (51,43)	7 (46,67)	11 (68,75)		
RP (IC 95%)		*Ref*	*1,47 (0,78-2,78)*		
Variável	**Total (%)**	**Menos de 25 anos (%)**	**25 anos ou mais (%)**	**χ^2**	**p-valor**
Pontuação PHQ-9				0,551	0,229
Menor que 10	13 (37,14)	6 (31,58)	7 (43,75)		
Maior ou igual a 10	22 (62,86)	13 (68,42)	9 (56,25)		
RP (IC 95%)		*1,22 (0,72-2,07)*	*Ref*		
Pontuação GAD-7				0,801	0,185
Menor que 10	19 (54,29)	9 (47,37)	10 (62,50)		
Maior ou igual a 10	16 (45,71)	10 (52,63)	6 (37,50)		
RP (IC 95%)		*1,40 (0,66-3,01)*	*Ref*		
Piora do emocional				0,267	0,303
Não	13 (37,14)	6 (37,50)	7 (46,67)		
Sim	18 (51,43)	10 (62,50)	8 (53,33)		
RP (IC 95%)		*1,17 (0,64-2,15)*	*Ref*		
Variável	**Total (%)**	**Brasileiros (%)**	**Estrangeiros (%)**	**χ^2**	**p-valor**
Pontuação PHQ-9				1,155	0,141
Menor que 10	13 (37,14)	11 (42,31)	2 (22,22)		
Maior ou igual a 10	22 (62,86)	15 (57,69)	7 (77,78)		
RP (IC 95%)		*Ref*	*1,35 (0,83-2,18)*		
Pontuação GAD-7				0,473	0,246
Menor que 10	19 (54,29)	15 (57,69)	4 (44,44)		
Maior ou igual a 10	16 (45,71)	11 (42,31)	5 (55,56)		
RP (IC 95%)		*Ref*	*1,31 (0,63-2,74)*		
Piora do emocional				0,859	0,177
Não	13 (37,14)	9 (37,50)	4 (57,14)		
Sim	18 (51,43)	15 (62,50)	3 (42,86)		
RP (IC 95%)		*1,46 (0,59-3,62)*	*Ref*		
Variável	**Total (%)**	**Brancos (%)**	**Outras etnias (%)**	**χ^2**	**p-valor**
Pontuação PHQ-9				0,475	0,245
Menor que 10	13 (37,14)	8 (33,33)	5 (45,45)		
Maior ou igual a 10	22 (62,86)	16 (66,67)	6 (54,55)		
RP (IC 95%)		*1,22 (0,67-2,25)*	*Ref*		
Pontuação GAD-7				0,565	0,226
Menor que 10	19 (54,29)	12 (50,00)	7 (63,64)		
Maior ou igual a 10	16 (45,71)	12 (50,00)	4 (36,36)		
RP (IC 95%)		*1,38 (0,57-3,31)*	*Ref*		
Piora do emocional				4,841	0,014*
Não	13 (37,14)	7 (30,43)	6 (75,00)		
Sim	18 (51,43)	16 (69,57)	2 (25,00)		
RP (IC 95%)		*2,78 (0,81-9,52)*	*Ref*		

Abreviações: IC, intervalo de confiança; GAD-7, *Generalized Anxiety Disorder-7*; PHQ-9, *Patient Health Questionnaire-9*; RP, razão de prevalências; χ^2, qui-quadrado; Ref, valor de Referência.
* p < 0,05 ou IC 95% da RP não contém 1, **em negrito no caso de ambos**
Fonte: Elaborada pelo autor com base nos dados da pesquisa realizada.

ISSN: 2675-6218 - RECIMA21

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

Tabela 5. Prevalência de quadros depressivos, ansiosos e de piora autorreferida do estado emocional, estratificada por fatores sociais

Variável	Total (%)	Moram com a família (%)	Não moram com a família (%)	X^2	p-valor
Pontuação PHQ-9				2,856	0,045*
Menor que 10	13 (37,14)	5 (62,50)	8 (29,63)		
Maior ou igual a 10	22 (62,86)	3 (37,50)	19 (70,37)		
RP (IC 95%)		*Ref*	*1,88 (0,74-4,74)*		
Pontuação GAD-7				0,282	0,298
Menor que 10	19 (54,29)	5 (62,50)	14 (51,85)		
Maior ou igual a 10	16 (45,71)	3 (37,50)	13 (48,15)		
RP (IC 95%)		*Ref*	*1,28 (0,48-3,41)*		
Piora do emocional				0,087	0,384
Não	13 (37,14)	3 (37,50)	10 (43,48)		
Sim	18 (51,43)	5 (62,50)	13 (56,52)		
RP (IC 95%)		*1,11 (0,58-2,11)*	*Ref*		
Variável	**Total (%)**	**Terminaram EM na pública (%)**	**Terminaram EM na particular (%)**	**X^2**	**p-valor**
Pontuação PHQ-9				0,025	0,436
Menor que 10	13 (37,14)	5 (33,33)	4 (36,36)		
Maior ou igual a 10	22 (62,86)	10 (66,67)	7 (63,64)		
RP (IC 95%)		*1,05 (0,59-1,86)*	*Ref*		
Pontuação GAD-7				0,157	0,346
Menor que 10	19 (54,29)	7 (46,67)	6 (54,55)		
Maior ou igual a 10	16 (45,71)	8 (53,33)	5 (45,45)		
RP (IC 95%)		*1,17 (0,53-2,62)*	*Ref*		
Piora do emocional				0,903	0,171
Não	10 (45,45)	7 (53,85)	3 (33,33)		
Sim	12 (54,55)	6 (46,15)	6 (66,67)		
RP (IC 95%)		*Ref*	*1,44 (0,68-3,05)*		
Variável	**Total (%)**	**Renda até R$ 4.400,00 (%)**	**Renda maior que R$ 4.400,00 (%)**	**X^2**	**p-valor**
Pontuação PHQ-9				0,164	0,343
Menor que 10	13 (37,14)	6 (46,15)	7 (38,89)		
Maior ou igual a 10	22 (62,86)	7 (53,85)	11 (61,11)		
RP (IC 95%)		*Ref*	*1,14 (0,61-2,12)*		
Pontuação GAD-7				0,111	0,370
Menor que 10	19 (54,29)	8 (61,54)	10 (55,56)		
Maior ou igual a 10	16 (45,71)	5 (38,46)	8 (44,44)		
RP (IC 95%)		*Ref*	*1,16 (0,49-2,73)*		
Piora do emocional				1,011	0,158
Não	13 (37,14)	6 (50,00)	5 (31,25)		
Sim	18 (51,43)	6 (50,00)	11 (68,75)		
RP (IC 95%)		*Ref*	*1,38 (0,71-2,65)*		
Variável	**Total (%)**	**Não divide moradia (%)**	**Divide moradia (%)**	**X^2**	**p-valor**
Pontuação PHQ-9				0,551	0,229
Menor que 10	13 (37,14)	7 (43,75)	6 (31,58)		
Maior ou igual a 10	22 (62,86)	9 (56,25)	13 (68,42)		
RP (IC 95%)		*Ref*	*1,22 (0,72-2,07)*		
Pontuação GAD-7				2,485	0,058
Menor que 10	19 (54,29)	11 (68,75)	8 (42,11)		
Maior ou igual a 10	16 (45,71)	5 (31,25)	11 (57,89)		

ISSN: 2675-6218 - RECIMA21

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

RP (IC 95%)		*Ref*	*1,85 (0,82-4,21)*		
Piora do emocional				0,045	0,416
Não	13 (37,14)	6 (40,00)	7 (43,75)		
Sim	18 (51,43)	9 (60,00)	9 (56,25)		
RP (IC 95%)		*1,07 (0,59-1,94)*	*Ref*		

Variável	Total (%)	8º período (%)	Períodos anteriores (%)	χ^2	p-valor
Pontuação PHQ-9				1,234	0,134
Menor que 10	13 (37,14)	9 (45,00)	4 (26,67)		
Maior ou igual a 10	22 (62,86)	11 (55,00)	11 (73,33)		
RP (IC 95%)		*Ref*	*1,33 (0,81-2,20)*		
Pontuação GAD-7				4,644	**0,016***
Menor que 10	19 (54,29)	14 (70,00)	5 (33,33)		
Maior ou igual a 10	16 (45,71)	6 (30,00)	10 (66,67)		
RP (IC 95%)		*Ref*	***2,22 (1,04-4,75)** **		
Piora do emocional				0,111	0,370
Não	13 (37,14)	8 (44,44)	5 (38,46)		
Sim	18 (51,43)	10 (55,56)	8 (61,54)		
RP (IC 95%)		*Ref*	*1,11 (0,61-2,01)*		

Variável	Total (%)	Trabalhou (%)	Não trabalhou (%)	χ^2	p-valor
Pontuação PHQ-9				0,160	0,345
Menor que 10	13 (37,14)	5 (41,67)	8 (34,78)		
Maior ou igual a 10	22 (62,86)	7 (58,33)	15 (65,22)		
RP (IC 95%)		*Ref*	*1,12 (0,64-1,96)*		
Pontuação GAD-7				0,121	0,364
Menor que 10	19 (54,29)	7 (58,33)	12 (52,17)		
Maior ou igual a 10	16 (45,71)	5 (41,67)	11 (47,83)		
RP (IC 95%)		*Ref*	*1,15 (0,52-2,54)*		
Piora do emocional				1,978	0,080
Não	13 (37,14)	6 (60,00)	7 (33,33)		
Sim	18 (51,43)	4 (40,00)	14 (66,67)		
RP (IC 95%)		*Ref*	*1,67 (0,74-3,77)*		

Variável	Total (%)	Heterossexual (%)	LGBTQIAP+ (%)	χ^2	p-valor
Pontuação PHQ-9				1,329	0,125
Menor que 10	13 (38,24)	11 (44,00)	2 (22,22)		
Maior ou igual a 10	21 (61,76)	14 (56,00)	7 (77,78)		
RP (IC 95%)		*Ref*	*1,39 (0,85-2,27)*		
Pontuação GAD-7				0,001	0,491
Menor que 10	19 (55,88)	14 (56,00)	5 (55,56)		
Maior ou igual a 10	15 (44,12)	11 (44,00)	4 (44,44)		
RP (IC 95%)		*Ref*	*1,01 (0,43-2,37)*		
Piora do emocional				0,033	0,428
Não	13 (37,14)	9 (40,91)	4 (44,44)		
Sim	18 (51,43)	13 (59,09)	5 (55,56)		
RP (IC 95%)		*1,06 (0,54-2,10)*	*Ref*		

Variável	Total (%)	Vida sexual ativa (%)	Sem vida sexual ativa (%)	χ^2	p-valor
Pontuação PHQ-9				1,435	0,116
Menor que 10	13 (38,24)	12 (42,86)	1 (16,67)		
Maior ou igual a 10	21 (61,76)	16 (57,14)	5 (83,33)		
RP (IC 95%)		*Ref*	*1,46 (0,90-2,36)*		

ISSN: 2675-6218 - RECIMA21

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

Pontuação GAD-7				0,102	0,375
Menor que 10	19 (55,88)	16 (57,14)	3 (50,00)		
Maior ou igual a 10	15 (44,12)	12 (42,86)	3 (50,00)		
RP (IC 95%)		*Ref*	*1,17 (0,47-2,89)*		
Piora do emocional				1,951	0,081
Não	13 (37,14)	12 (48,00)	1 (16,67)		
Sim	18 (51,43)	13 (52,00)	5 (83,33)		
RP (IC 95%)		*Ref*	*1,60 (0,95-2,69)*		
Variável	**Total (%)**	**Parceiro fixo (%)**	**Sem parceiro fixo (%)**	**χ^2**	**p-valor**
Pontuação PHQ-9				3,304	0,035*
Menor que 10	13 (37,14)	10 (50,00)	3 (20,00)		
Maior ou igual a 10	22 (62,86)	10 (50,00)	12 (80,00)		
RP (IC 95%)		*Ref*	*1,60 (0,97-2,65)*		
Pontuação GAD-7				0,010	0,461
Menor que 10	19 (54,29)	11 (55,00)	8 (53,33)		
Maior ou igual a 10	16 (45,71)	9 (45,00)	7 (46,67)		
RP (IC 95%)		*Ref*	*1,04 (0,50-2,14)*		
Piora do emocional				1,146	0,143
Não	13 (37,14)	9 (50,00)	4 (30,77)		
Sim	18 (51,43)	9 (50,00)	9 (69,23)		
RP (IC 95%)		*Ref*	*1,39 (0,77-2,49)*		
Variável	**Total (%)**	**Pratica alguma religião (%)**	**Não pratica religião (%)**	**χ^2**	**p-valor**
Pontuação PHQ-9				0,096	0,757
Menor que 10	11 (36,67)	7 (38,89)	4 (33,33)		
Maior ou igual a 10	19 (63,33)	11 (61,11)	8 (66,67)		
RP (IC 95%)		*Ref*	*1,09 (0,63-1,88)*		
Pontuação GAD-7				2,738	0,049*
Menor que 10	17 (56,67)	8 (44,44)	9 (75,00)		
Maior ou igual a 10	13 (43,33)	10 (55,56)	3 (25,00)		
RP (IC 95%)		*Ref*	*2,22 (0,77-6,44)*		
Piora do emocional				0,065	0,400
Não	11 (39,29)	7 (41,18)	4 (36,36)		
Sim	17 (60,71)	10 (58,82)	7 (63,64)		
RP (IC 95%)		*Ref*	*1,08 (0,60-1,97)*		

Abreviações: EM Ensino Médio; IC, intervalo de confiança; GAD-7, *Generalized Anxiety Disorder-7*; PHQ-9, *Patient Health Questionnaire-9*; RP, razão de prevalências; χ^2, qui-quadrado; Ref, valor de Referência.

* p < 0,05 ou IC 95% da RP não contém 1, **em negrito no caso de ambos**

Fonte: Elaborada pelo autor com base nos dados da pesquisa realizada.

A prevalência de sintomas depressivos e ansiosos foi significativamente maior em participantes mulheres quando comparadas com os homens, e a razão de prevalências (RP) é aumentada em pouco mais de duas vezes (RP de 2,25 para sintomas depressivos e RP de 2,53 para sintomas ansiosos). A prevalência de sintomas ansiosos em estudantes de períodos anteriores ao oitavo período foi significativamente maior quando comparada com a de estudantes do oitavo período, e a razão de prevalências também é aumentada em pouco mais de duas vezes (RP de 2,22). Outras características sociodemográficas não demonstraram diferenças

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

significativas entre os grupos para sintomas depressivos e/ou ansiosos. Nenhuma característica sociodemográfica demonstrou diferença significativa entre os grupos para piora do estado emocional autorreferida.

Fatores de associação - rotina durante o isolamento

Da mesma forma que anteriormente, foram utilizadas as informações sobre os hábitos da rotina durante o isolamento social dos estudantes para estratificar os resultados dos questionários e a piora autorreferida do emocional, verificando quais aspectos do isolamento social tiveram impacto na saúde mental dos estudantes. Os resultados foram dispostos na tabela a seguir:

Tabela 6. Prevalência de quadros depressivos, ansiosos e de piora autorreferida do estado emocional, estratificada por rotina durante isolamento social

Variável	Total (%)	Saíram 3-7 dias por semana (%)	Saíram 0-2 dias por semana (%)	χ^2	p-valor
Pontuação PHQ-9				2,468	0,058
Menor que 10	13 (37,14)	10 (47,62)	3 (21,43)		
Maior ou igual a 10	22 (62,86)	11 (52,38)	11 (78,57)		
RP (IC 95%)		*Ref*	*1,50 (0,92-2,45)*		
Pontuação GAD-7				0,173	0,339
Menor que 10	19 (54,29)	12 (57,14)	7 (50,00)		
Maior ou igual a 10	16 (45,71)	9 (42,86)	7 (50,00)		
RP (IC 95%)		*Ref*	*1,17 (0,57-2,40)*		
Piora do emocional				2,162	0,071
Não	13 (37,14)	6 (31,58)	7 (58,33)		
Sim	18 (51,43)	13 (68,42)	5 (41,67)		
RP (IC 95%)		*1,64 (0,79-3,43)*	*Ref*		
Variável	**Total (%)**	**Até 9h de tela por dia (%)**	**Mais de 9h de tela por dia (%)**	**χ^2**	**p-valor**
Pontuação PHQ-9				2,468	0,058
Menor que 10	13 (37,14)	10 (47,62)	3 (21,43)		
Maior ou igual a 10	22 (62,86)	11 (52,38)	11 (78,57)		
RP (IC 95%)		*Ref*	*1,50 (0,92-2,45)*		
Pontuação GAD-7				1,228	0,134
Menor que 10	19 (54,29)	13 (61,90)	6 (42,86)		
Maior ou igual a 10	16 (45,71)	8 (38,10)	8 (57,14)		
RP (IC 95%)		*Ref*	*1,50 (0,74-3,05)*		
Piora do emocional				0,864	0,176
Não	13 (37,14)	10 (47,62)	3 (30,00)		
Sim	18 (51,43)	11 (52,38)	7 (70,00)		
RP (IC 95%)		*Ref*	*1,34 (0,75-2,38)*		
Variável	**Total (%)**	**Atividade física 3-6 dias por semana (%)**	**Atividade física 0-2 dias por semana (%)**	**χ^2**	**p-valor**
Pontuação PHQ-9				1,293	0,128
Menor que 10	13 (37,14)	6 (50,00)	7 (30,43)		
Maior ou igual a 10	22 (62,86)	6 (50,00)	16 (69,57)		
RP (IC 95%)		*Ref*	*1,39 (0,74-2,61)*		
Pontuação GAD-7				3,157	0,038*
Menor que 10	19 (54,29)	9 (75,00)	10 (43,48)		

ISSN: 2675-6218 - RECIMA21

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

REVISTA CIENTÍFICA - RECIMA21 ISSN 2675-6218

Maior ou igual a 10	16 (45,71)	3 (25,00)	13 (56,52)		
RP (IC 95%)		*Ref*	*2,26 (0,80-6,42)*		
Piora do emocional				0,217	0,321
Não	13 (37,14)	4 (36,36)	9 (45,00)		
Sim	18 (51,43)	7 (63,64)	11 (55,00)		
RP (IC 95%)		*1,16 (0,64-2,10)*	*Ref*		

Variável	**Total (%)**	**Sono regular (%)**	**Sono prejudicado (%)**	**X^2**	**p-valor**
Pontuação PHQ-9				9,800	**<0,001***
Menor que 10	13 (37,14)	10 (66,67)	3 (15,00)		
Maior ou igual a 10	22 (62,86)	5 (33,33)	17 (85,00)		
RP (IC 95%)		*Ref*	***2,55 (1,22-5,34)** **		
Pontuação GAD-7				1,621	0,102
Menor que 10	19 (54,29)	10 (66,67)	9 (45,00)		
Maior ou igual a 10	16 (45,71)	5 (33,33)	11 (55,00)		
RP (IC 95%)		*Ref*	*1,65 (0,73-3,74)*		
Piora do emocional				9,120	**0,001***
Não	13 (37,14)	10 (71,43)	3 (17,65)		
Sim	18 (51,43)	4 (28,57)	14 (82,35)		
RP (IC 95%)		*Ref*	***2,88 (1,22-6,79)** **		

Variável	**Total (%)**	**Contato pessoal (%)**	**Contato virtual (%)**	**X^2**	**p-valor**
Pontuação PHQ-9				0,024	0,438
Menor que 10	13 (38,24)	4 (36,36)	9 (39,13)		
Maior ou igual a 10	21 (61,76)	7 (63,64)	14 (60,87)		
RP (IC 95%)		*1,05 (0,60-1,82)*	*Ref*		
Pontuação GAD-7				0,012	0,457
Menor que 10	19 (55,88)	6 (54,55)	13 (56,52)		
Maior ou igual a 10	15 (44,12)	5 (45,45)	10 (43,48)		
RP (IC 95%)		*1,05 (0,47-2,32)*	*Ref*		
Piora do emocional				0,032	0,429
Não	13 (43,33)	5 (45,45)	8 (42,11)		
Sim	17 (56,67)	6 (54,55)	11 (57,89)		
RP (IC 95%)		*Ref*	*1,06 (0,55-2,06)*		

Variável	**Total (%)**	**Trabalhou durante isolamento (%)**	**Não trabalhou (%)**	**X^2**	**p-valor**
Pontuação PHQ-9				0,160	0,345
Menor que 10	13 (37,14)	5 (41,67)	8 (34,78)		
Maior ou igual a 10	22 (62,86)	7 (58,33)	15 (65,22)		
RP (IC 95%)		*Ref*	*1,12 (0,64-1,96)*		
Pontuação GAD-7				0,135	0,357
Menor que 10	19 (54,29)	6 (50,00)	13 (56,52)		
Maior ou igual a 10	16 (45,71)	6 (50,00)	10 (43,48)		
RP (IC 95%)		*1,15 (0,55-2,39)*	*Ref*		
Piora do emocional				1,978	0,080
Não	13 (37,14)	6 (60,00)	7 (33,33)		
Sim	18 (51,43)	4 (40,00)	14 (66,67)		
RP (IC 95%)		*Ref*	*1,67 (0,74-3,77)*		

Variável	**Total (%)**	**Estudou durante isolamento (%)**	**Não estudou (%)**	**X^2**	**p-valor**
Pontuação PHQ-9				2,081	0,075
Menor que 10	13 (37,14)	6 (54,55)	7 (29,17)		
Maior ou igual a 10	22 (62,86)	5 (45,45)	17 (70,83)		

ISSN: 2675-6218 - RECIMA21

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

REVISTA CIENTÍFICA - RECIMA21 ISSN 2675-6218

RP (IC 95%)		*Ref*	*1,56 (0,78-3,13)*		
Pontuação GAD-7				<0,001	0,492
Menor que 10	19 (54,29)	6 (54,55)	13 (54,17)		
Maior ou igual a 10	16 (45,71)	5 (45,45)	11 (45,83)		
RP (IC 95%)		*Ref*	*1,01 (0,46-2,20)*		
Piora do emocional				0,217	0,321
Não	13 (37,14)	4 (36,36)	9 (45,00)		
Sim	18 (51,43)	7 (63,64)	11 (55,00)		
RP (IC 95%)		*1,16 (0,64-2,10)*	*Ref*		

Abreviações: IC, intervalo de confiança; GAD-7, *Generalized Anxiety Disorder-7*; PHQ-9, *Patient Health Questionnaire-9*; RP, razão de prevalências; χ^2, qui-quadrado; Ref, valor de Referência.
* p < 0,05 ou IC 95% da RP não contém 1, **em negrito no caso de ambos**
Fonte: Elaborada pelo autor com base nos dados da pesquisa realizada.

As prevalências de sintomas depressivos e de piora autorreferida do emocional foram significativamente maiores no grupo que referiu estar com a rotina do sono prejudicada (seja desde antes do isolamento ou devido ao isolamento) quando comparado com o grupo que negou problemas de sono. Os demais grupos não apresentaram diferenças significativas nas prevalências de sintomas depressivos e/ou piora autorreferida do emocional. Nenhum grupo apresentou diferença significativa de prevalência de sintomas ansiosos.

Fatores de associação - saúde mental

Finalmente, os resultados dos questionários PHQ-9 e GAD-7 foram comparados com a história psiquiátrica prévia dos estudantes, avaliada pelos fatores dispostos na tabela a seguir:

Tabela 7. Prevalência de quadros depressivos, ansiosos e de piora autorreferida do estado emocional, estratificada por histórico psiquiátrico

Variável	Total (%)	Sem diagnóstico prévio (%)	Com diagnóstico prévio (%)	χ^2	p-valor
Pontuação PHQ-9				6,492	**0,005***
Menor que 10	13 (37,14)	12 (52,17)	1 (8,33)		
Maior ou igual a 10	22 (62,86)	11 (47,83)	11 (91,67)		
RP (IC 95%)		*Ref*	***1,92 (1,21-3,04)** *		
Pontuação GAD-7				6,311	**0,006***
Menor que 10	19 (54,29)	16 (69,57)	3 (25,00)		
Maior ou igual a 10	16 (45,71)	7 (30,43)	9 (75,00)		
RP (IC 95%)		*Ref*	***2,46 (1,23-4,96)** *		
Piora do emocional				1,505	0,110
Não	13 (37,14)	10 (50,00)	3 (27,27)		
Sim	18 (51,43)	10 (50,00)	8 (72,73)		
RP (IC 95%)		*Ref*	*1,46 (0,82-2,57)*		
Variável	**Total (%)**	**Sem medicação (%)**	**Com medicação (%)**	**χ^2**	**p-valor**
Pontuação PHQ-9				8,995	**0,001***
Menor que 10	13 (37,14)	12 (57,14)	1 (7,14)		
Maior ou igual a 10	22 (62,86)	9 (42,86)	13 (92,86)		
RP (IC 95%)		*Ref*	***2,17 (1,30-3,63)****		
Pontuação GAD-7				6,217	**0,006***

ISSN: 2675-6218 - RECIMA21

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

REVISTA CIENTÍFICA - RECIMA21 ISSN 2675-6218

Menor que 10	19 (54,29)	15 (71,43)	4 (28,57)		
Maior ou igual a 10	16 (45,71)	6 (28,57)	10 (71,43)		
RP (IC 95%)		*Ref*	***2,50 (1,18-5,30)****		
Piora do emocional				4,409	**0,018***
Não	13 (37,14)	10 (58,82)	3 (21,43)		
Sim	18 (51,43)	7 (41,18)	11 (78,57)		
RP (IC 95%)		*Ref*	***1,91 (1,02-3,59)** *		
Variável	**Total (%)**	**Não acompanha (%)**	**Acompanha (%)**	**χ^2**	**p-valor**
Pontuação PHQ-9				5,221	**0,011***
Menor que 10	13 (37,14)	11 (52,38)	2 (14,29)		
Maior ou igual a 10	22 (62,86)	10 (47,62)	12 (85,71)		
RP (IC 95%)		*Ref*	***1,80 (1,10-2,96)** *		
Pontuação GAD-7				3,243	0,036*
Menor que 10	19 (54,29)	14 (66,67)	5 (35,71)		
Maior ou igual a 10	16 (45,71)	7 (33,33)	9 (64,29)		
RP (IC 95%)		*Ref*	*1,93 (0,94-3,96)*		
Piora do emocional				1,873	0,086
Não	13 (37,14)	9 (52,94)	4 (28,57)		
Sim	18 (51,43)	8 (47,06)	10 (71,43)		
RP (IC 95%)		*Ref*	*1,52 (0,83-2,78)*		

Abreviações: IC, intervalo de confiança; GAD-7, *Generalized Anxiety Disorder-7*; PHQ-9, *Patient Health Questionnaire-9*; RP, razão de prevalências; χ^2, qui-quadrado; Ref, valor de Referência.
* p < 0,05 ou IC 95% da RP não contém 1, **em negrito no caso de ambos**
Fonte: Elaborada pelo autor com base nos dados da pesquisa realizada.

As prevalências de sintomas depressivos e ansiosos foram significativamente maiores nos grupos de estudantes com diagnóstico psiquiátrico prévio e com uso de medicação psiquiátrica. Entretanto, apenas sintomas depressivos apresentaram prevalência significativamente maior no grupo que já faz acompanhamento com psicólogos, psiquiatras e/ou terapeutas quando comparado com o grupo que não faz acompanhamento; sintomas ansiosos não tiveram diferença significativa neste caso.

Já a prevalência de piora autorreferida do estado emocional foi significativamente maior apenas no grupo que faz uso de medicação psiquiátrica, quando comparado com o grupo que não faz uso dessas medicações. Histórico de diagnóstico psiquiátrico prévio e acompanhamento com psicólogos, psiquiatras e/ou terapeutas não apresentaram diferença significativa neste caso.

ANÁLISE SOCIODEMOGRÁFICA

Em um primeiro momento, observando apenas as informações demográficas, algumas particularidades chamam a atenção. Primeiramente, a maioria dos respondentes que compõem o grupo amostral é de nacionalidade brasileira, informação que contrasta com a população estudada, uma vez que cerca de metade dos alunos que ingressam na UNILA são brasileiros, selecionados via processo seletivo unificado (SISU), e a outra metade, por alunos estrangeiros de vários países da América Latina (UNILA, 2022). Não é claro o motivo dessa discrepância

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

encontrada, porém algumas hipóteses podem tentar explicá-la: apesar de todos os estrangeiros terem aulas de português durante o primeiro ano da faculdade e da semelhança entre idiomas (português/espanhol), a barreira linguística ainda pode ser um problema para alguns estrangeiros; pelo estudo ser realizado por um brasileiro, alguns estrangeiros podem não se sentir à vontade em responder o questionário; ou ainda, pode haver receio em responder o questionário por temor a sofrer xenofobia pelos dados fornecidos.

Ao avaliar o perfil étnico da amostra e compará-lo à população estudada, um fenômeno similar é percebido, visto que a maioria dos respondentes é de etnia branca. Isto provavelmente se deva, em parte pelo contexto mencionado no parágrafo anterior, e em parte pela diferença ainda notável entre o ingresso de brancos em universidades públicas (e em cursos de Medicina) quando comparado com outras etnias. Segundo levantamento feito pelo site Quero Bolsa com dados coletados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), apesar do aumento de quase 400% no número de alunos negros matriculados em instituições de Ensino Superior, este grupo representa 38,15% do total de matriculados, e em determinados cursos, como Medicina, este número cai abaixo dos 30% (Costa, 2020).

Quanto ao estado civil, a maioria dos estudantes era solteira (com ou sem parceiros fixos), e nenhum deles tinha filhos quando responderam. Este dado reflete a realidade dos cursos de Medicina: por ser um curso que exige muito tempo, energia e recursos financeiros, aqueles que entram na faculdade sem estar em um relacionamento prévio costumam evitar formar relacionamentos mais sérios, no intuito de poder concentrar todos os recursos na formação acadêmica.

Quanto à proximidade com a família, eram poucos os que moravam com a família, e dos que moravam longe da família, enquanto alguns tinham a família morando em outra cidade, mantendo-se relativamente próximos, outros estudantes tinham a família em outro estado, ou em outro país, dificultando o contato (visitas presenciais implicam em gastos maiores com viagem e maior dificuldade de encaixar na agenda acadêmica). Isto que ocorre na UNILA também se observa em outras universidades pelo país, onde muitos brasileiros de outros estados (e estrangeiros, no caso da UNILA), determinados em alcançar o título de médico, buscam oportunidade longe de casa, renunciando à proximidade da família para tal.

Sobre a renda dos participantes, é importante notar como a maioria tinha renda de, no mínimo, 4 salários-mínimos da época (R$ 4.400,00). Essa informação é reflexo da realidade, tanto dos cursos de Medicina quanto da educação brasileira atualmente: assim como a entrada em universidades federais, ainda mais em cursos de Medicina, está associada ao acesso a cursos preparatórios pagos ou ao Ensino Médio em escolas particulares (este último devido ao caráter mais preparatório para vestibulares) para atingir boa nota nos processos seletivos (Fleming, 2022), o próprio curso de Medicina também é oneroso para seus estudantes (mesmo que não

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

exista a mensalidade em universidades estaduais e federais), visto que o material utilizado pelo estudante costuma ser caro (livros, equipamentos médicos, equipamentos de proteção individual, jalecos, entre outros) (Portal Aprendiz, 2005).

Pelos motivos acima, é compreensível o próximo achado, no qual um terço dos estudantes que responderam ao questionário trabalhavam na época, com a grande maioria não tendo carteira assinada. No intuito de sustentar os estudos, principalmente aqueles que não contam com manutenção ou auxílio da família, os estudantes dependem do trabalho remunerado para conseguir cobrir os custos de materiais acadêmicos, alimentação, transporte, moradia e demais despesas, e este elemento é importante fator estressor em suas vidas (Mowbray *et al.,* 2006; Farrer *et al.,* 2016; Chan *et al.,* 2019). Esta situação se torna um problema ainda maior nos últimos anos do curso de Medicina, com a presença de estágios que, além de obrigatórios, não são remunerados.

ANÁLISE DA ROTINA DURANTE O ISOLAMENTO

Observando a frequência de saída de casa dos respondentes, percebe-se que, apesar do isolamento não ter sido seguido de forma radical no Brasil (CNN, 2020), todos passaram a sair menos de casa, saindo apenas para realizar tarefas importantes, como comprar mantimentos e trabalhar em serviços essenciais, este último evidenciado também nas respostas do questionário.

Isso se reflete em outras duas perguntas respondidas: percebe-se uma baixa frequência da prática de atividades físicas em geral, acompanhada de expressivo tempo de tela. Este último era esperado, considerando-se que o isolamento social forçou as pessoas a dependerem das telas não só para lazer/entretenimento, mas também para trabalhar/estudar, como foi visto com o home office e as aulas virtuais, e para manter contato com amigos e colegas, como sucedeu com maioria do grupo amostral. Considerando que boa parte dessas atividades interrompidas pelo isolamento são fatores de proteção previamente estudados para afecções mentais (Angelucci; Cañoto; Hernández, 2017), os estudantes afetados perderam estes fatores de proteção, aumentando sua predisposição a desenvolverem ou apresentarem piora nos quadros depressivos e/ou ansiosos.

Ainda sobre o tempo de tela, é importante ressaltar como as redes sociais assumem o papel de "faca de dois gumes" durante o isolamento social, uma vez que, ao mesmo tempo que as redes servem como forma de manter vínculos de forma virtual quando os físicos são restritos, também podem expor os estudantes ao uso nocivo das redes, causando dependência (Pirocca, 2012) e afetando a autoestima de seus usuários, levando a sintomas ansiosos e depressivos (Woods; Scott, 2016).

Finalmente, ao considerar que o isolamento social também forçou a UNILA a suspender as aulas e atividades práticas dos estudantes, seguindo o Parecer CNE/CP Nº 5/2020, que

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

orientou instituições de Ensino Superior, entre outras, a "adotar a substituição de disciplinas presenciais por aulas não presenciais" (Brasil, 2020), a falta de um cronograma estabelecido por professores fez com que boa parte do grupo amostral não mantivesse uma rotina de estudos durante o isolamento. Isso é compatível com o encontrado na China, onde vários estudantes também viram seu progresso acadêmico ser interrompido devido ao isolamento social, sem uma previsão de retorno (Wang *et al.,* 2020).

Somando o supracitado ao tempo aumentado de tela e à menor frequência de saída de casa (aqui, leia-se também menor exposição à luz solar e menos atividades físicas), pode-se explicar a parcela de estudantes que referiram piora na rotina do sono (Woods; Scott, 2016).

ANÁLISE DESCRITIVA DOS INDICADORES DE SAÚDE MENTAL

Ao observar os resultados do questionário sobre saúde mental, a alta prevalência de piora autorreferida do emocional é forte indicativo de que existe impacto negativo em decorrência do isolamento social, visto que mais da metade referem piora do estado emocional.

O autorrelato de solidão também foi expressivo no grupo amostral, no qual apenas um quarto do grupo refere não ter se sentido sozinho durante o isolamento. Estes dados são compatíveis com outros estudos realizados fora do Brasil (Farrer *et al.,* 2016; Torrente *et al.,* 2021).

Da mesma forma, também são relevantes os resultados do PHQ-9 e GAD-7, pois mais da metade dos estudantes pontuaram acima de 10 no PHQ-9 e pouco menos da metade pontuou acima de 10 no GAD-7, indicando, respectivamente, provável diagnóstico de transtornos de depressão maior e ansiedade generalizada em parcela relevante do grupo amostral. Por si só, essas informações não indicam piora da saúde mental ao longo do tempo, visto que o questionário foi respondido apenas uma vez. Contudo, uma das perguntas do questionário trata sobre diagnósticos prévios, para a qual mais da metade dos respondentes negou ter diagnóstico psiquiátrico prévio, o que pode indicar subdiagnóstico ou piora da saúde mental que coincide, ao menos temporalmente, com o isolamento social.

Finalmente, quanto ao apoio aos estudantes, tanto por conta da UNILA quanto por conta do curso de Medicina, foram poucos os estudantes que relataram ter recebido apoio por parte do curso, e menor ainda a quantidade que relatou ter recebido apoio dos psicólogos da UNILA. Isto pode ter sido causado por algumas circunstâncias: apesar de haver um centro de apoio psicológico na UNILA, talvez a fila de espera para receber este apoio fosse muito grande, dificultando o acesso a atendimento por parte dos estudantes; ou o procedimento para solicitar este atendimento foi pouco difundido na época; ou ainda, não houve interesse neste apoio específico por parte dos estudantes (visto que alguns já realizavam acompanhamento prévio com seus profissionais de escolha) e tampouco houve uma busca ativa por parte da UNILA para

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

identificar estudantes que demandassem este apoio específico, dentre outras possibilidades. Já em relação ao apoio por parte do curso de Medicina, como maior parte de seu corpo docente é composto por profissionais da saúde, é provável que a crise sanitária provocada pela pandemia requisitasse maior parte do tempo hábil destes profissionais, dificultando a elaboração e aplicação de estratégias por parte destes para verificar o bem-estar psicológico do corpo discente.

ANÁLISE DOS FATORES DE ASSOCIAÇÃO

Comparando as prevalências de sintomas ansiosos e depressivos entre homens e mulheres, estas apresentaram maior prevalência de ambos os sintomas no presente estudo, resultado que é compatível com o encontrado na Argentina também durante a pandemia (Torrente *et al.,* 2021), e com o encontrado em outro estudo feito sobre a saúde mental de estudantes de Medicina antes da pandemia (Jafari; Loghmani; Montazeri, 2012). Entretanto, não foi encontrada diferença significativa entre homens e mulheres quanto à piora autorreferida no estado emocional. Isto pode demonstrar que, apesar dos dois grupos estarem suscetíveis ao impacto emocional que o isolamento social causa na população, as mulheres são mais suscetíveis a desenvolverem quadros depressivos e/ou ansiosos quando expostas a este estressor, configurando vulnerabilidade importante.

Comparando as prevalências entre grupos etários, não foi encontrada diferença significativa como era esperado, provavelmente devido à composição da população e da amostra do estudo: apesar da presença de pessoas acima dos 30 anos, a maioria da população da amostra se encontra entre os 17 e os 30 anos. Dessa forma, apesar de termos um grupo de jovens adultos (até 25 anos completos) e um grupo de adultos (25 anos completos ou mais), os grupos acabaram se mostrando similares no que diz respeito aos impactos do isolamento. Um estudo realizado na China durante a pandemia (Huang; Zhao, 2020) utilizou 35 anos como a idade de corte entre os grupos e encontrou diferença significativa na prevalência de sintomas ansiosos e depressivos entre jovens e adultos acima dos 35 anos, com a prevalência maior entre os jovens.

Já em relação ao período do curso de Medicina em que os estudantes se encontravam no momento do estudo, a prevalência de sintomas ansiosos foi maior no grupo dos estudantes que ainda não haviam alcançado o oitavo período (segunda metade do quarto ano do curso). Este grupo, no presente estudo, possuía estudantes que estavam recém iniciando o quarto ano de Medicina, ou que ainda estavam no segundo ou terceiro ano. Estes resultados são compatíveis com o previamente mencionado estudo da saúde mental dos estudantes de Medicina antes da pandemia (Jafari; Loghmani; Montazeri, 2012), e provavelmente têm sua raiz nos desafios que os estudantes que ainda estão nos primeiros anos do curso têm para se adaptar às novas rotinas que o Ensino Superior lhes impõe, o que causaria essa ansiedade (Cerchiari, 2004; Farrer *et al.,* 2016; Maia *et al.,* 2020).

ISSN: 2675-6218 - RECIMA21
Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

Quanto às mudanças que o isolamento social causou na rotina dos estudantes, apenas a qualidade do sono mostrou resultados significativos, com maior prevalência de sintomas depressivos e de piora autorreferida do emocional no grupo com o sono prejudicado. Estes resultados são compatíveis com outro estudo feito com jovens universitários (Angelucci; Cañoto; Hernández, 2017), o qual identificou uma associação entre piora na qualidade do sono, dentre outros fatores, com ansiedade e depressão. Ao considerar que uma parcela dos estudantes que responderam o presente estudo teve problemas com o sono apenas a partir do isolamento social, é plausível que o prejuízo na qualidade do sono esteja predispondo este grupo a desenvolver sintomas depressivos ou apresentar agravamento dos mesmos, caso pré-existentes. Contudo, quadros depressivos também podem cursar com distúrbios do sono como sintoma, de acordo com o DSM-V (APA, 2013) e com o DSM-5-TR (APA, 2023), implicando em uma relação causal bidirecional, onde a piora na qualidade do sono possa assumir tanto o papel de fator de risco como o papel de sintoma.

Como esperado, as prevalências de sintomas ansiosos e depressivos foram maiores nos grupos de estudantes que já possuíam diagnósticos prévios e que já utilizavam medicação psiquiátrica, com os sintomas sendo reflexo dos quadros que estes estudantes já padeciam antes do isolamento social. Não obstante, o dado mais chamativo desta comparação diz respeito ao grupo que não possuía diagnósticos prévios e/ou usava medicação: dentre eles, em média 45% pontuaram 10 ou mais no questionário PHQ-9, e cerca de 30% pontuaram 10 ou mais no questionário GAD-7.

Como citado anteriormente, estes resultados podem ser explicados por, principalmente, duas situações: o estudante já possuía alguma afecção de saúde mental, mas não havia recebido um diagnóstico antes da realização do presente estudo, caracterizando subdiagnóstico; ou o estudante não possuía afecção de saúde mental e, durante o isolamento social, desenvolveu alguma afecção, refletindo no resultado dos questionários. Considerando o tamanho da amostra do presente estudo, ambas possibilidades podem ter ocorrido simultaneamente, isto é, parte dos estudantes sem diagnóstico prévio estaria subdiagnosticado na ocasião, e outra parte haveria desenvolvido os sintomas ansiosos e depressivos como consequência do isolamento social.

Além disso, a piora do estado emocional foi mais prevalente no grupo dos estudantes que já faziam uso de medicação psiquiátrica, informação importante pois demonstra que, mesmo com o uso de medicação, estes estudantes sentiram que o isolamento social os impactou negativamente.

CONSIDERAÇÕES

Em conclusão, verificou-se que houve impacto na saúde mental dos estudantes de Medicina da UNILA, evidenciada pela piora do emocional e da solidão autorreferidas, assim como

ISSN: 2675-6218 - RECIMA21
Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

também houve uma diminuição na qualidade do sono de parcela considerável dos estudantes. Como fatores associados, foram encontrados que estudantes mulheres possuem maior prevalência de sintomas ansiosos e depressivos; estudantes dos primeiros anos do curso são mais propensos a apresentar sintomas ansiosos; e que estudantes com a rotina do sono prejudicada são mais propensos a apresentar sintomas depressivos e a ter uma piora no estado emocional.

Foi verificado ainda que uma parcela considerável dos estudantes previamente sem diagnóstico apresentou sintomas ansiosos e depressivos durante o isolamento, indicando possível impacto do isolamento social na saúde mental destes. A piora do estado emocional foi maior dentre os estudantes que faziam uso de medicações psiquiátricas, indicando também impactos negativos do isolamento social em estudantes com condições psiquiátricas pré-existentes.

Finalmente, encontrou-se que tanto a instituição quanto o curso, de acordo com o relato dos estudantes, tiveram pouca atuação de combate aos impactos do isolamento social na ocasião, o que não deve ser visto como um demérito — considerando o caráter repentino da pandemia e o relativo despreparo da sociedade como um todo, além do fato dos resultados deste estudo não refletirem sobre a atuação destas instituições como um todo, e sim, o alcance dessa atuação no grupo amostral — senão como uma oportunidade de aprender com a experiência passada e planejar novas estratégias de enfrentamento e de acompanhamento dos impactos na saúde mental, não só para novas situações de pandemia, como também para situações normais do dia-a-dia, visando mitigar o impacto do Ensino Superior e suas particularidades na saúde mental de seus estudantes.

Este estudo apresentou algumas limitações: a primeira limitação deriva do desenho transversal do presente estudo, o qual impede que sejam feitas inferências causais a partir das associações encontradas; a segunda limitação diz respeito ao fato de o estudo ter sido realizado durante o isolamento social, através de um questionário *online*, tornando a amostragem do estudo voluntária e passível de vieses de seleção e de autorrelato, e passível de baixa adesão, limitando o tamanho da população amostral e, consequentemente, a validade externa dos achados; finalmente, a terceira limitação foi o acontecimento abrupto da pandemia e do consequente isolamento, fato que, apesar de ser o motivador inicial deste estudo, não permitiu a coleta de dados sobre a saúde mental dos estudantes antes do isolamento, impedindo uma análise longitudinal das variáveis e a possibilidade de verificação de causalidade.

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. DSM-5-TR. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais.** 5. ed., texto revisado. Porto Alegre: ARTMED, 2023.

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. DSM-V. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais.** 5. ed. Porto Alegre: ARTMED, 2013.

ANGELUCCI, Luisa Teresa; CAÑOTO, Yolanda; HERNÁNDEZ, María Jimena. Influencia del estilo de vida, el sexo, la edad y el IMC sobre la salud física y psicológica en jóvenes universitarios. **Avances en Psicología Latinoamericana**, *[S. L.],* v. 35, n. 3, p. 531-546, 20 set. 2017.

BARROS, Marilisa Berti de Azevedo *et al*. Relato de tristeza/depressão, nervosismo/ansiedade e problemas de sono na população adulta brasileira durante a pandemia de COVID-19. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, *[S. L.],* v. 29, n. 4, p. 1-12, 2020.

BERGEROT, Cristiane Decat; LAROS, Jacob Arie; ARAUJO, Tereza Cristina Cavalcanti Ferreira de. Avaliação de ansiedade e depressão em pacientes oncológicos: comparação psicométrica. **Psico-USF**, *[S. L.],* v. 19, n. 2, p. 187-197, ago. 2014.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Ministério da Educação. **Parecer CNE/CP Nº 5/2020**. Distrito Federal: MEC, 2020. 24 p. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=145011-pcp005-20&category_slug=marco-2020-pdf&Itemid=30192. Acesso em: 30 maio 2023.

BROOKS, Samantha K *et al*. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. **The Lancet**, *[S. L.],* v. 395, n. 10227, p. 912-920, mar. 2020. http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(20)30460-8.

CERCHIARI, Ednéia Albino Nunes. **Saúde Mental e Qualidade de Vida em Estudantes Universitários**. 2004. 243 f. Tese (Doutorado) - Curso de Ciências Biomédicas, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2004. Disponível em: http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/313371/1/Cerchiari_EdneiaAlbinoNunes_D.pdf. Acesso em: 18 out. 2020.

CERCHIARI, Ednéia Albino Nunes; CAETANO, Dorgival; FACCENDA, Odival. Prevalência de transtornos mentais menores em estudantes universitários. **Estudos de Psicologia (Natal)**, *[S. L.],* v. 10, n. 3, p. 413-420, dez. 2005.

CHAN, Vivien *et al*. Transitional Age Youth and College Mental Health. **Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America**, *[S. L.],* v. 28, n. 3, p. 363-375, jul. 2019. http://dx.doi.org/10.1016/j.chc.2019.02.008.

CHUNG, Winston W.; HUDZIAK, James J. The Transitional Age Brain: "The Best of Times and the Worst of Times". **Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America**, *[S. L.],* v. 26, n. 2, p. 157-175, abr. 2017.

CNN (Brasil). Datafolha: 28% dos brasileiros não respeitam a quarentena contra o coronavírus: levantamento, realizado por telefone entre os dias 1 e 3 de abril, mostrou também que 77% das pessoas têm medo do COVID-19. **CNN Brasil**, 2020. Disponível em: https://www.cnnbrasil.com.br/nacional/datafolha-28-dos-brasileiros-nao-respeitam-a-quarentena-contra-o-coronavirus/. Acesso em: 14 maio 2023.

COSTA, Gilberto. Cresce total de negros em universidades, mas acesso é desigual: especialista diz que desigualdade pode afetar progresso do país. **Agência Brasil**, 2020. Disponível em: https://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2020-11/cresce-total-de-negros-em-universidades-mas-acesso-e-desigual. Acesso em: 14 maio 2023.

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

FARRER, Louise M. *et al*. Demographic and psychosocial predictors of major depression and generalised anxiety disorder in Australian university students. **BMC Psychiatry**, [*S. L.],* v. 16, n. 1, p. 1-9, 15 jul. 2016.

FIRTH, J. Levels and sources of stress in medical students. **BMJ**, *[S. L.],* v. 292, n. 6529, p. 1177-1180, 3 maio 1986. http://dx.doi.org/10.1136/bmj.292.6529.1177.

FLEMING (Rio Grande do Sul). **Pré-vestibular gaúcho registra maior índice de aprovação em Medicina pelo SiSU**: Fleming obteve crescimento de 20% entre os chamados pelas universidades federais. **G1 Rio Grande do Sul,** 2022. Disponível em: https://g1.globo.com/rs/rio-grande-do-sul/especial-publicitario/fleming-medicina/noticia/2022/11/03/pre-vestibular-gaucho-e-destaque-de-aprovacao-em-medicina.ghtml. Acesso em: 14 maio 2023.

HAWRYLUCK, Laura *et al*. SARS Control and Psychological Effects of Quarantine, Toronto, Canada. **Emerging Infectious Diseases**, *[S. L.],* v. 10, n. 7, p. 1206-1212, jul. 2004.

HUANG, Yeen; ZHAO, Ning. Generalized anxiety disorder, depressive symptoms and sleep quality during COVID-19 outbreak in China: a web-based cross-sectional survey. **Psychiatry Research**, *[S. L.],* v. 288, n. 112954, p. 1-6, jun. 2020.

IBRAHIM, Ahmed K. *et al*. A systematic review of studies of depression prevalence in university students. **Journal of Psychiatric Research**, *[S. L.],* v. 47, n. 3, p. 391-400, mar. 2013.

JAFARI, Najmeh; LOGHMANI, Amir; MONTAZERI, Ali. Mental health of Medical Students in Different Levels of Training. **Int J Prev Med**, *[S. L.],* v. 3, n. suppl. 1, p. S107-S112, mar. 2012. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3399312/. Acesso em: 28 maio 2023.

KRAEMER, Moritz U. G. *et al*. The effect of human mobility and control measures on the COVID-19 epidemic in China. **Science**, *[S. L.],* v. 368, n. 6490, p. 493-497, 25 mar. 2020.

KROENKE, Kurt; SPITZER, Robert L.; WILLIAMS, Janet B. W. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. **Journal of General Internal Medicine**, *[S. L.],* v. 16, n. 9, p. 606-613, set. 2001.

MAIA, Heros Aureliano Antunes da Silva *et al*. Prevalência de Sintomas Depressivos em Estudantes de Medicina com Currículo de Aprendizagem Baseada em Problemas. **Revista Brasileira de Educação Médica**, *[S. L.],* v. 44, n. 3, p. 1-7, 2020. http://dx.doi.org/10.1590/1981-5271v44.3-20200005.

MASLOW, A. H. A theory of human motivation. **Psychological Review**, *[S. L.],* v. 50, n. 4, p. 370-396, jul. 1943. http://dx.doi.org/10.1037/h0054346.

MORAWSKA, Lidia; MILTON, Donald K. It Is Time to Address Airborne Transmission of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). **Clinical Infectious Diseases**, *[S. L.],* 6 jul. 2020.

MOWBRAY, Carol T. *et al*. Campus mental health services: recommendations for change. **American Journal of Orthopsychiatry**, *[S. L.],* v. 76, n. 2, p. 226-237, abr. 2006.

NEVES, Marly Coelho Carvalho; DALGALARRONDO, Paulo. Transtornos mentais auto-referidos em estudantes universitários. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, *[S. L.],* v. 56, n. 4, p. 237-244, 2007.

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

NOGUEIRA, Maria José Carvalho. **Saúde Mental em Estudantes do Ensino Superior**: fatores protetores e fatores de vulnerabilidade. 2017. 269 f. Tese (Doutorado) - Curso de Enfermagem, Universidade de Lisboa, Lisboa, 2017. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Maria_Jose_Nogueira2/publication/327824312_Saude_mental_em_estudantes_do_ensino_superior_fatores_protetores_e_fatores_de_vulnerabilidade/links/5ba6a1bba6fdccd3cb6c603a/Saude-mental-em-estudantes-do-ensino-superior-fatores-protetores-e-fatores-de-vulnerabilidade.pdf. Acesso em: 3 out. 2020.

OU, Jian-Ming *et al*. Efficiency of the quarantine system during the epidemic of severe acute respiratory syndrome in Beijing, 2003. **Zhonghua Liu Xing Bing Xue Za Zhi**, Beijing, v. 24, n. 12, p. 1093-1095, dez. 2003. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14761622/. Acesso em: 04 out. 2020.

PAO, Maryland. Conceptualization of Success in Young Adulthood. **Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America**, *[S. L.],* v. 26, n. 2, p. 191-198, abr. 2017.

PENG, Pu *et al*. The prevalence and risk factors of mental problems in medical students during COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. **Journal of Affective Disorders**, *[S. L.],* v. 321, p. 167-181, jan. 2023. http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2022.10.040.

PESTANA, Luana Cardoso; SANTO, Fátima Helena do Espírito. As engrenagens da saúde na terceira idade: um estudo com idosos asilados. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, *[S. L.],* v. 42, n. 2, p. 268-275, jun. 2008.

PIROCCA, Caroline. **Dependência de internet, definição e tratamentos**: revisão sistemática da literatura. 2012. 39 f. Monografia (Especialização) - Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012. Disponível em: https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/40120/000826609.pdf. Acesso em: 19 out. 2020.

PORTAL APRENDIZ (Brasil). Pública também tem preço. **UOL,** 2005. Disponível em: https://portal.aprendiz.uol.com.br/content/publica-tambem-tem-preco. Acesso em: 14 maio 2023.

SANTOS, Iná S. *et al.* Sensibilidade e especificidade do Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) entre adultos da população geral. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 8, p. 1533-1543, aug. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000800006&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 out. 2020.

SCHUCHMANN, Alexandra Zanella *et al*. Isolamento social vertical X Isolamento social horizontal: os dilemas sanitários e sociais no enfrentamento da pandemia de covid-19. **Brazilian Journal of Health Review**, *[S. L.],* v. 3, n. 2, p. 3556-3576, 2020.

SPITZER, Robert L. *et al*. A Brief Measure for Assessing Generalized Anxiety Disorder: the GAD-7. **Archives of Internal Medicine**, *[S. L.],* v. 166, n. 10, p. 1092-1097, 22 maio 2006.

TORRENTE, Fernando *et al*. Sooner than you think: a very early affective reaction to the covid-19 pandemic and quarantine in argentina. **Journal of Affective Disorders**, *[S. L.],* v. 282, p. 495-503, mar. 2021. http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2020.12.124.

UNIVERSIDADE FEDERAL DA INTEGRAÇÃO LATINO-AMERICANA (Brasil). Ministério da Educação. **UNILA é a instituição brasileira de ensino superior que mais atrai estudantes estrangeiros**: universidade se mantém na primeira posição em ranking de internacionalização divulgado pelo inep. Universidade se mantém na primeira posição em ranking de

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

internacionalização divulgado pelo Inep. 2022. Disponível em: https://portal.unila.edu.br/noticias/unila-e-a-instituicao-brasileira-de-ensino-superior-que-mais-atrai-estudantes-estrangeiros. Acesso em: 14 maio 2023.

WANG, Cuiyan *et al*. Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the General Population in China. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, *[S. L.]*, v. 17, n. 5, p. 1729-1753, 6 mar. 2020.

WOODS, Heather Cleland; SCOTT, Holly. #Sleepyteens: social media use in adolescence is associated with poor sleep quality, anxiety, depression and low self-esteem. **Journal of Adolescence**, *[S. L.],* v. 51, p. 41-49, ago. 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Q&A on coronaviruses (COVID-19)**. Genebra: WHO, 17 abr. 2020. Disponível em: https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/question-and-answers-hub/q-a-detail/q-a-coronaviruses. Acesso em: 29 set. 2020.

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.