

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA FACULDADE DE MEDICINA  
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

**SINTOMAS DE ANSIEDADE, DEPRESSÃO E ESTRESSE ENTRE ESTUDANTES  
UNIVERSITÁRIOS DURANTE A TRANSIÇÃO PARA ATIVIDADES ACADÊMICAS  
PRESENCIAIS NA PANDEMIA DA COVID-19**

**MARÍLIA CRISTINA BERARDI**

**UBERLÂNDIA 2024**

**MARÍLIA CRISTINA BERARDI**

**SINTOMAS DE ANSIEDADE, DEPRESSÃO E ESTRESSE ENTRE ESTUDANTES  
UNIVERSITÁRIOS DURANTE A TRANSIÇÃO PARA ATIVIDADES ACADÊMICAS  
PRESENCIAIS NA PANDEMIA DA COVID-19**

**Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em  
Ciências da Saúde da Faculdade de Medicina da  
Universidade Federal de Uberlândia, como requisito  
parcial para a obtenção do título de Doutor em  
Ciências da Saúde.**

**Área de Concentração: Ciências da Saúde**

**Orientador: Helena Borges da Silva Martins Paro**

**Co-orientador: Clesnan Mendes-Rodrigues**

**UBERLÂNDIA 2024**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) Sistema de Bibliotecas da UFU, MG, Brasil.

---

B483s  
2024      Berardi, Marília Cristina, 1980-  
            Sintomas de ansiedade, depressão e estresse entre estudantes universitários durante a transição para atividades acadêmicas presenciais na pandemia da Covid-19 [recurso eletrônico] / Marília Cristina Berardi. - 2024.

Orientadora: Helena Borges Martins da Silva Paro.

Coorientador: Clesnan Mendes-Rodrigues.

Tese (Doutorado) - Universidade Federal de Uberlândia, Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde.

Modo de acesso: Internet.

Disponível em: <http://doi.org/10.14393/ufu.te.2024.5051>

Inclui bibliografia.

Inclui ilustrações.

1. Ciências médicas. I. Paro, Helena Borges Martins da Silva, 1977-, (Orient.). II. Mendes-Rodrigues, Clesnan, 1978-, (Coorient.). III. Universidade Federal de Uberlândia. Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde. IV. Título.

---

CDU: 61

André Carlos Francisco  
Bibliotecário Documentalista – CRB-6/3408

## FOLHA DE APROVAÇÃO

Marília Cristina Berardi.

**Sintomas de Ansiedade, Depressão e Estresse entre estudantes universitários durante a transição para atividades acadêmicas presenciais na pandemia da Covid-19.**

**Presidente da banca (orientador):** Profa. Dra. Helena Borges Martins da Silva Paro

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor em Ciências da Saúde.  
Área de Concentração: Ciências da Saúde

### **Banca Examinadora**

**Titular:** Prof(a). Dr(a). Paula Carolina Bejo Wolkers

Instituição: Universidade Federal de Catalão

**Titular:** Prof(a). Dr(a). Renata Rocha Barreto Giaxa Instituição:

Universidade de São Paulo

**Titular:** Prof(a). Dr(a). Luana Araújo Macedo Scalia

Instituição: Universidade Federal de Uberlândia

**Titular:** Prof(a). Dr(a). Bruna Stephanie Sousa Malaquias

Instituição: Universidade Federal de Uberlândia



## ATA DE DEFESA - PÓS-GRADUAÇÃO

Programa de Pós-Graduação em:	Ciências da Saúde				
Defesa de:	Tese de Doutorado Nº 11/PPGCSAÚDE				
Data:	19.06.2024	Hora de início:	14:00h	Hora de encerramento:	18:00h
Matrícula do Discente:	11813CSD023				
Nome do Discente:	Marilia Cristina Berardi				
Título do Trabalho:	SINTOMAS DE ANSIEDADE, DEPRESSÃO E ESTRESSE ENTRE ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS DURANTE A TRANSIÇÃO PARA ATIVIDADES ACADÊMICAS PRESENCIAIS NA PANDEMIA DA COVID-19				
Área de concentração:	Ciências da Saúde				
Linha de pesquisa:	Epidemiologia da Ocorrência de Doenças e Agravos à Saúde				
Projeto de Pesquisa de vinculação:	Educação e Saúde da Mulher, Bioética, Direitos Sexuais e Reprodutivos				

Reuniu-se em sala virtual em web conferência/plataforma Zoom pela Universidade Federal de Uberlândia, a Banca Examinadora, designada pelo Colegiado do Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde, assim composta: Profas. Dras. Paula Carolina Bejo Wolkers (UFCAT), Renata Rocha Barreto Giaxa (USP), Luana Araújo Macedo Scalia (UFU), Bruna Stephanie Sousa Malaquias (UFU) e Helena Borges Martins da Silva Paro (UFU), orientadora da candidata.

Iniciando os trabalhos, a presidente da mesa, Profa. Dra. Helena Borges Martins da Silva Paro, apresentou a Comissão Examinadora e a candidata, agradeceu a presença do público, e concedeu a Discente a palavra para a exposição do seu trabalho. A duração da apresentação da Discente e o tempo de arguição e resposta foram conforme as normas do Programa.

A seguir o senhor(a) presidente concedeu a palavra, pela ordem sucessivamente, aos(às) examinadores(as), que passaram a arguir o(a) candidato(a). Ultimada a arguição, que se desenvolveu dentro dos termos regimentais, a Banca, em sessão secreta, atribuiu o resultado final, considerando o(a) candidato(a):

Aprovada.

Esta defesa faz parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Doutor.

O competente diploma será expedido após cumprimento dos demais requisitos, conforme as normas do Programa, a legislação pertinente e a regulamentação interna da UFU.

Nada mais havendo a tratar foram encerrados os trabalhos. Foi lavrada a presente

ata que após lida e achada conforme foi assinada pela Banca Examinadora.



Documento assinado eletronicamente por **RENATA ROCHA BARRETO GIAXA, Usuário Externo**, em 19/06/2024, às 16:46, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Helena Borges Martins da Silva Paro, Professor(a) do Magistério Superior**, em 19/06/2024, às 17:06, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Luana Araújo Macedo Scalia, Professor(a) do Magistério Superior**, em 19/06/2024, às 17:16, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Paula Carolina Bejo Wolkers, Usuário Externo**, em 19/06/2024, às 17:19, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Bruna Stephanie Sousa Malaquias, Presidente substituto(a)**, em 19/06/2024, às 20:58, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [https://www.sei.ufu.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](https://www.sei.ufu.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **5472692** e o código CRC **6BCADC46**.

## DEDICATÓRIA

*A todos aqueles que me apoiaram  
incansavelmente nessa longa jornada.*

## **AGRADECIMENTOS**

À minha orientadora Prof(a). Dr(a). Helena Borges Martins da Silva Paro, por confiar e acreditar em mim.

Ao meu querido co-orientador Prof. Dr. Clesnan Mendes Rodrigues, por estar sempre ao meu lado, me incentivando nessa longa jornada.

À minha família por serem sempre o meu porto seguro e o apoio de que tanto preciso. À toda a equipe da DISAU pela incrível contribuição com o banco de dados.

A todos que de alguma maneira contribuíram para que esse meu sonho se realizasse com sucesso.

*“Você não pode esperar a vitória e planejar a derrota.”*  
*Joel Osteen*

## RESUMO

**Introdução:** Identificar as alterações emocionais e psicológicas dos estudantes no retorno parcial às atividades presenciais na universidade possibilita determinar o perfil associado ao risco de problemas de saúde mental e traçar estratégias de suporte para o enfrentamento.

**Objetivo:** Determinar a prevalência de sintomatologia de ansiedade, depressão e estresse e os seus fatores protetivos entre estudantes universitários brasileiros de uma universidade pública federal no período de retorno às atividades presenciais após pandemia.

**Material e métodos:**

Estudo descritivo, analítico, transversal, observacional, com coleta de dados realizada entre janeiro a março de 2022, por meio de autoaplicação do (DASS-21).

**Resultados:** Entre as mulheres que apresentaram maiores ocorrências de sintomas mentais, possuir bolsa acadêmica (OR= 2,41; IC 95%: 1,04-5,55), ter uma prática religiosa (OR= 3,37; IC 95%: 1,26-9,03) e estar em uma união estável (OR= 4,28; IC 95%: 1,76-10,42) são fatores protetivos para sintomas mentais.

Nos homens, os fatores protetivos para sintomas mentais são: cursar na área de exatas (OR= 7,75; IC 95%: 1,66-36,12), estar no primeiro ano do curso (OR= 0,23; IC95%: 0,06-0,89) e possuir bolsa acadêmica (OR= 0,17; IC 95%: 0,04-0,70).

**Conclusão:** A estabilidade da união conjugal, ser mulher, possuir rede de apoio e bolsa de estudos, a prática religiosa e a área de atuação podem influenciar positivamente na saúde mental desse grupo populacional.

**Palavras-chave:** Estresse; Ansiedade; Depressão; Pandemia; Universidade; Estudante.

## ABSTRACT

**Introduction:** Identifying the emotional and psychological changes of students upon partial return to face-to-face activities at the university makes it possible to determine the profile associated with the risk of mental health problems and outline support strategies for coping.

**Objective:** To determine the prevalence of anxiety, depression and stress symptoms and their protective factors among Brazilian university students at a federal public university during the period of return to face-to-face activities after the pandemic. **Material and methods:**

Descriptive, analytical, cross-sectional, observational study, with data collection carried out between January and March 2022, through self-application of the (DASS-21). **Results:**

Among women who presented higher occurrences of mental symptoms, having an academic scholarship (OR= 2.41; 95% CI: 1.04-5.55), having a religious practice (OR= 3.37; 95% CI: 1.26-9.03) and being in a stable union (OR= 4.28; 95% CI: 1.76-10.42) are protective factors for mental symptoms.

In men, the protective factors for mental symptoms are: studying in the exact area (OR= 7.75; CI 95%: 1.66-36.12), being in the first year of the course (OR= 0.23; CI95 %: 0.06-0.89) and have an academic scholarship (OR= 0.17; CI 95%: 0.04-0.70). **Conclusion:**

The stability of the marital union, being a woman, having a support network and scholarship, religious practice and the area of activity can positively influence the mental health of this population group.

**Keywords:** Stress; Anxiety; Depression; Pandemic; University; Student.

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Estatísticas descritivas para o perfil de estudantes de graduação de uma universidade pública brasileira estratificados por sexo e nível de ensino (graduação e pós-graduação) avaliados para a sintomatologia de ansiedade, depressão e stress avaliadas pela escala DASS-21.....	32
Tabela 2. Estatísticas descritivas para o perfil de estudantes de pós-graduação uma universidade pública brasileira estratificados por sexo e nível de ensino (graduação e pós-graduação) avaliados para a sintomatologia de ansiedade, depressão e stress avaliadas pela escala DASS-21.....	33
Tabela 3. Estatísticas descritivas para sintomatologia de ansiedade, depressão e stress avaliadas pela escala DASS-21 entre estudantes de uma universidade pública brasileira estratificados por sexo nível de ensino (graduação) .....	34
Tabela 4. Estatísticas descritivas para sintomatologia de ansiedade, depressão e stress avaliadas pela escala DASS-21 entre estudantes de uma universidade pública brasileira estratificados por sexo e nível de ensino (pós-graduação) .....	35
Tabela 5. Odds Ratio obtido pelo modelo de regressão logística múltipla para a predição da condição de ser assintomático (ref. Sintomático) para o constructo DASS-21 na Graduação .....	36
Tabela 6. Odds Ratio obtido pelo modelo de regressão logística múltiplo para a predição da condição de ser assintomático (ref. Sintomático) para o constructo DASS-21 na Pós-Graduação .....	37

## LISTA DE ABREVIATURAS E SÍMBOLOS

DASS-21	Depression, Anxiety And Stress Scales (Escala De Estresse, Depressão E Ansiedade)
DISAU	Diretoria De Qualidade De Vida Do Estudante
DSM-5	Manual Diagnostico E Estatístico De Transtornos Mentais
IC	Intervalo De Confiança
LI	Limite Inferior
LS	Limite Superior
MERS	Síndrome Respiratória Do Oriente Médio
NAAES	Núcleos De Apoio E Atenção Ao Estudante
OMS	Organização Mundial Da Saúde
OR	Odds Ratio
PNAES	Programa Nacional De Assistência Estudantil
SARS	Síndrome Respiratória Aguda Grave
TDM	Transtorno Depressivo Maior
TCLE	Termo De Consentimento Livre E Esclarecido
UFU	Universidade Federal de Uberlândia

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO .....	13
1.1 Ansiedade .....	13
1.2 Depressão .....	14
1.3 Estresse .....	16
1.4 Assistência Estudantil .....	17
1.5 Pandemia .....	18
1.6 Transição Pandemia.....	19
1.7 Revisão do Questionário Sociodemográfico .....	21
2. OBJETIVOS .....	22
3. MATERIAIS E MÉTODOS .....	22
3.1 Universidade Federal de Uberlândia.....	22
3.2 Assistência Estudantil na Universidade .....	24
3.3 Participantes.....	25
3.4 Perfil dos Participantes .....	26
3.5 Instrumento Sociodemográfico .....	26
3.6 Questionário Depression, Anxiety and Stress Scale – 21 items .....	28
3.7 Análise Estatística .....	29
4. RESULTADOS .....	30
4.1 Tabela 1 .....	32
4.2 Tabela 2 .....	33
4.3 Tabela 3 .....	34
4.4 Tabela 4 .....	35
4.5 Tabela 5 .....	36
4.6 Tabela 6 .....	37
5. DISCUSSÃO .....	38
6. CONCLUSÃO .....	41
7. REFERÊNCIAS .....	42
ANEXO A – Escala DASS – 21 .....	46
ANEXO B – Questionário Sociodemográfico .....	47

## 1. INTRODUÇÃO

### 1.1 Ansiedade

Os transtornos de ansiedade englobam distúrbios caracterizados por medo e ansiedade excessivos, bem como comportamentos relacionados. O medo é uma resposta emocional a uma ameaça iminente, real ou percebida, enquanto a ansiedade refere-se à antecipação de uma ameaça futura. Embora esses dois estados se sobreponham, eles apresentam diferenças: o medo está geralmente associado a uma resposta de "luta ou fuga", marcada por excitabilidade autonômica, pensamentos de perigo imediato e comportamentos de fuga; já a ansiedade é frequentemente relacionada à tensão muscular e vigilância em preparação para ameaças futuras, resultando em comportamentos de cautela ou esquiva. A redução do medo ou da ansiedade, por vezes, ocorre devido a comportamentos constantes de esquiva. Os ataques de pânico são uma resposta específica ao medo e podem ocorrer tanto nos transtornos de ansiedade quanto em outros transtornos mentais (DSM-5, p. 189).

Os transtornos de ansiedade variam entre si quanto aos objetos ou situações que provocam medo, ansiedade ou esquiva, assim como nos pensamentos e crenças associados a esses estímulos. Embora os transtornos de ansiedade muitas vezes ocorram de forma comórbida, eles podem ser distinguidos por uma análise detalhada das situações temidas ou evitadas e do conteúdo cognitivo envolvido (DSM-5, p. 189).

Esses transtornos se diferenciam do medo ou ansiedade normais por serem desproporcionais ou durarem além do período adequado ao desenvolvimento do indivíduo. Eles também se distinguem do medo ou ansiedade temporários, que são comumente induzidos por estresse, por serem persistentes (normalmente durando seis meses ou mais), ainda que esse critério possa ser flexível, especialmente em crianças, como no caso do transtorno de ansiedade de separação e do mutismo seletivo. Indivíduos com transtornos de ansiedade tendem a superestimar o perigo nas situações temidas, e a avaliação do nível de excesso de medo ou ansiedade é feita pelo clínico, considerando aspectos culturais e contextuais. Muitos transtornos de ansiedade surgem na infância e, se não tratados, tendem a se perpetuar. Esses distúrbios são mais prevalentes em mulheres, com uma proporção de cerca de 2:1 em relação aos homens. Cada transtorno de ansiedade só é diagnosticado quando os sintomas não são causados pelo uso de substâncias, por uma condição médica ou por outro transtorno mental (DSM-5, p. 190).

## 1.2 Depressão

O humor deprimido é uma característica central, devendo estar presente durante a maior parte do dia e quase todos os dias. Frequentemente, insônia ou fadiga são as principais queixas apresentadas, e a falha em identificar sintomas depressivos associados pode resultar em subdiagnóstico. Embora a tristeza possa ser negada inicialmente, ela pode ser revelada durante a entrevista ou deduzida através da expressão facial e atitudes do paciente. Quando o foco está em queixas somáticas, é crucial que os clínicos determinem se essas queixas estão relacionadas a sintomas depressivos. Fadiga e distúrbios do sono são comuns, enquanto alterações psicomotoras, embora menos frequentes, indicam maior gravidade, assim como a presença de culpa delirante ou próxima ao delírio (DSM-5, p. 162).

Um episódio depressivo maior é caracterizado por um período de pelo menos duas semanas, durante o qual ocorre um humor depressivo ou uma perda de interesse ou prazer em quase todas as atividades. Em crianças e adolescentes, o humor pode manifestar-se como irritabilidade, em vez de tristeza. Além disso, o indivíduo deve apresentar ao menos quatro sintomas adicionais, que podem incluir alterações no apetite ou no peso, distúrbios do sono, alterações psicomotoras, perda de energia, sentimentos de inutilidade ou culpa, dificuldades de concentração ou tomada de decisões, ou pensamentos recorrentes sobre a morte, ideação suicida ou tentativas de suicídio. Para que seja caracterizado como episódio depressivo maior, os sintomas devem ser novos ou significativamente piores em comparação ao estado pré-episódico e persistir na maior parte do dia, quase todos os dias, por um período mínimo de duas semanas consecutivas (DSM-5, p. 162).

Além disso, o episódio deve causar sofrimento significativo ou prejudicar o funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo. Para alguns, o funcionamento pode parecer normal, mas requer um esforço substancialmente maior. O humor deprimido é frequentemente descrito como tristeza, desesperança ou desânimo, e em alguns casos, a tristeza inicial pode ser negada, mas revelada durante a entrevista ou inferida a partir da expressão facial. Alguns indivíduos podem se queixar de um sentimento de vazio ou ansiedade, em vez de tristeza (DSM-5, p. 163).

Quando há ênfase em sintomas somáticos, como dores físicas, a depressão pode ser detectada por outros sinais. Muitas vezes, há irritabilidade aumentada, manifestada por raiva persistente ou frustração exagerada com situações triviais. Em crianças e adolescentes, o humor irritável pode substituir a tristeza, e isso deve ser distinguido de reações normais de irritabilidade diante de frustrações (DSM-5, p. 163).

A perda de interesse ou prazer em atividades quase sempre está presente, de forma total ou parcial. Indivíduos podem reportar uma perda de interesse por hobbies, falta de prazer em atividades antes apreciadas, e familiares podem perceber retraimento social ou abandono de atividades que antes eram fontes de alegria. Em alguns casos, há uma redução significativa no desejo sexual. Alterações no apetite podem variar entre diminuição ou aumento, com alguns

indivíduos relatando a necessidade de se forçar a comer, enquanto outros podem comer mais, especialmente alimentos específicos, como doces e carboidratos. Alterações drásticas no apetite podem resultar em perda ou ganho de peso significativos, ou, em crianças, na incapacidade de alcançar o ganho de peso esperado (DSM-5, p. 164).

Os distúrbios do sono podem variar entre insônia e hipersonia. A insônia costuma ocorrer como dificuldade em manter o sono (despertar no meio da noite e ter dificuldade para voltar a dormir) ou despertar precoce, enquanto a dificuldade em adormecer também pode estar presente. A hipersonia pode envolver longos períodos de sono durante a noite ou cochilos durante o dia. Em alguns casos, os distúrbios do sono são a razão pela qual o indivíduo busca tratamento. Alterações psicomotoras, como agitação (inquietação, movimentação constante, puxar a pele ou roupas) ou retardo psicomotor (movimentos e pensamentos lentos, pausas prolongadas, fala reduzida), também podem ocorrer e devem ser observáveis por outros (DSM-5, p. 164).

A fadiga e a diminuição da energia são queixas comuns, com o indivíduo relatando cansaço persistente mesmo sem esforço físico. Tarefas simples podem demandar um esforço desproporcional, como o ato de se vestir ou realizar rotinas diárias. Os sentimentos de inutilidade ou culpa exagerada são frequentes em episódios depressivos maiores. Esses sentimentos podem incluir uma visão negativa e irrealista de si mesmo, ruminações sobre pequenos erros do passado e uma sensação de responsabilidade desproporcional por adversidades. Em casos mais graves, esses sentimentos podem alcançar um nível delirante, como acreditar que é responsável por problemas globais, como a pobreza (DSM-5, p. 164).

A autocensura por estar doente ou por não conseguir desempenhar responsabilidades também é comum. Indivíduos em episódios depressivos maiores geralmente relatam dificuldades para pensar, concentrar-se ou tomar decisões, resultando em distrações fáceis ou queixas de perda de memória. O desempenho escolar ou profissional pode ser comprometido, e em crianças, uma queda abrupta no desempenho acadêmico pode ser um sinal de concentração prejudicada. Em pessoas idosas, essas dificuldades de memória podem ser confundidas com demência. Entretanto, quando o episódio depressivo é tratado, esses problemas cognitivos tendem a melhorar, exceto em casos onde a depressão possa ser o primeiro indício de uma demência irreversível (DSM-5, p. 164).

Pensamentos sobre morte, ideação suicida ou tentativas de suicídio são comuns em episódios depressivos maiores. Esses pensamentos podem variar de um desejo passivo de não acordar até planos detalhados de suicídio. Indivíduos mais gravemente afetados podem organizar seus assuntos, como atualizar testamentos ou adquirir materiais para o ato, e escolher um local e data para o suicídio. As motivações podem incluir a percepção de que os obstáculos da vida são insuperáveis, o desejo de escapar de uma dor emocional extrema ou a sensação de ser um fardo para os outros. O alívio desses pensamentos pode ser um indicativo de menor risco de suicídio, mais do que a simples negação de planos suicidas (DSM-5, p. 164).

### 1.3 Estresse

O transtorno de estresse agudo se caracteriza pelo surgimento de sintomas específicos que perduram entre três dias e um mês após a vivência de um ou mais eventos traumáticos. Estes eventos podem incluir, mas não se limitam a participação direta em conflitos de guerra, ameaças de violência pessoal ou violência física real, como abuso sexual, agressões físicas, combates, assaltos, atos de terrorismo, tortura, sequestro, acidentes graves e desastres naturais ou provocados pelo homem. No caso de crianças, traumas de natureza sexual podem envolver experiências sem violência física ou lesões (DSM-5, p. 281).

A exposição a doenças graves ou condições médicas incapacitantes, por si só, não é considerada trauma, a menos que ocorra um incidente médico catastrófico, como despertar durante uma cirurgia ou passar por um choque anafilático. Situações menos intensas podem resultar em transtornos de adaptação, mas não no transtorno de estresse agudo (DSM-5, p. 282).

Os sintomas variam de pessoa para pessoa, mas costumam incluir uma resposta de ansiedade associada à revivência ou reatividade ao trauma. Alguns indivíduos podem apresentar episódios dissociativos, nos quais parece haver um distanciamento emocional, enquanto outros manifestam uma reatividade emocional e física intensa ao lembrar do evento traumático. Para alguns, essa reatividade pode se manifestar como raiva ou irritação extrema (DSM-5, p. 282).

O diagnóstico requer a presença de sintomas por, no mínimo, três dias após o evento, com um prazo máximo de até um mês para o diagnóstico. Se os sintomas desaparecem em menos de três dias, não se configura o transtorno de estresse agudo. Eventos traumáticos testemunhados incluem, entre outros, acidentes graves, violência física ou sexual, e desastres naturais ou provocados, como terremotos ou enchentes. O transtorno pode ser mais intenso quando o estressor é interpessoal e intencional, como no caso de tortura ou estupro (DSM-5, p. 282).

A intensidade dos sintomas tende a aumentar proporcionalmente à proximidade física e à gravidade do evento. As revivências do trauma podem se manifestar por meio de lembranças recorrentes e intrusivas do evento, desencadeadas por estímulos relacionados. Essas memórias podem incluir componentes sensoriais, emocionais ou físicos. Sonhos perturbadores com temas relacionados ao trauma também são comuns, como pesadelos sobre acidentes ou combates para vítimas de acidentes ou soldados (DSM-5, p. 282).

Episódios dissociativos, conhecidos como "flashbacks", também podem ocorrer, fazendo com que a pessoa sinta que está revivendo o trauma em tempo real, ao invés de apenas se lembrar do evento. Em crianças, esses flashbacks podem se manifestar em brincadeiras repetitivas que reencenam o trauma. Em outros casos, as pessoas podem não reviver o trauma diretamente, mas experimentam grande angústia ao serem expostas a estímulos que remetem à experiência traumática, como sons, locais ou até mesmo sensações físicas (DSM-5, p. 283).

As emoções positivas, como alegria ou satisfação, podem ser inacessíveis para quem sofre do transtorno, enquanto emoções negativas, como tristeza e raiva, são facilmente experimentadas.

Alterações na consciência como despersonalização (sensação de se ver de fora) e desrealização (sentir o ambiente distorcido), são comuns. A amnésia dissociativa pode fazer com que a pessoa não consiga recordar partes importantes do evento traumático, sem que isso se deva a lesões, uso de álcool ou drogas (DSM-5, p. 283).

A evitação de estímulos relacionados ao trauma é frequente. Isso pode incluir evitar conversas, lugares ou até mesmo pessoas associadas ao evento. O uso de estratégias para fugir das lembranças emocionais, como abuso de álcool, também é comum. Muitas pessoas com o transtorno de estresse agudo têm dificuldades para dormir, irritabilidade acentuada, e podem reagir de maneira agressiva, verbal ou fisicamente, com pouca provocação (DSM-5, p. 283).

Uma característica comum desse transtorno é a hipervigilância, que leva a uma sensibilidade exagerada a potenciais ameaças. Isso pode incluir tanto situações diretamente ligadas ao trauma quanto outras não relacionadas, como o medo de uma emergência médica. Dificuldades de concentração também são frequentes, assim como lapsos de memória sobre informações simples. Por fim, indivíduos com transtorno de estresse agudo tendem a reagir de forma exagerada a estímulos inesperados, como barulhos altos ou movimentos súbitos (DSM-5, p. 283).

#### **1.4 Assistência Estudantil**

A pandemia da COVID-19 afetou a saúde mental e o bem-estar dos estudantes de maneira geral, havendo um aumento significativo de ansiedade, estresse e depressão entre os alunos, agravando o isolamento social, as incertezas e a preocupação sobre a transição para o ensino online (AEDEKANI et al., 2021).

Durante a pandemia da COVID-19, os estudantes, principalmente da área da saúde, enfrentaram desafios significativos, como o isolamento social, a falta de suporte presencial e o aumento do estresse acadêmico (AEDEKANI et al., 2021).

Apesar do aprendizado online ter proporcionado certa flexibilidade, também gerou esgotamento mental e dificuldades de motivação por parte dos alunos. Dessa forma, foi vista a necessidade de implementação de apoios acadêmicos e psicológicos para que os alunos pudessem ser capazes, de uma melhor maneira, de lidar com estes desafios chegados em conjunto com a pandemia (AEDEKANI et al., 2021).

Durante a pandemia, diversas instituições de ensino superior implementaram medidas de apoio aos estudantes, como transição para o aconselhamento acadêmico remoto. Algumas faculdades forneceram meios para a garantia de acesso às aulas online. Também houveram treinamentos para conselheiros acadêmicos e um aumento nos esforços de alcance aos estudantes, especialmente em termos de suporte emocional, além de mudanças nas políticas de avaliação (GOODLET et al., 2022). Universidades de todo o país adotaram medidas de apoio, como suporte psicológico e programas de bem-estar, mas a eficácia se mostrou variada devido ao agravamento da pandemia e da gravidade da doença. Estudantes com acesso limitado de internet, sobrecarga de trabalho e falta de rede de apoio tiveram seus desempenhos prejudicados em comparação a outros (AEDEKANI et

al., 2021).

Ainda assim, o impacto emocional e educacional se manteve presente para muitos estudantes, especialmente para aqueles da área da saúde, onde a carga horária de trabalho é mais intensa (AEDEKANI et al., 2021).

As instituições de ensino tiveram que adaptar os seus serviços de apoio aos estudantes durante a pandemia da COVID-19, com o foco no aconselhamento acadêmico, mitigando as dificuldades impostas pela transição de acesso para o mundo virtual, garantindo que o apoio emocional aos estudantes não ficasse de fora das abordagens das instituições (GOODLET et al., 2022).

## 1.5 Pandemia

A pandemia da COVID-19 foi considerada o terceiro surto de coronavírus no mundo, sendo conhecido por causar complicações respiratórias e sistêmicas nos seres humanos. Identificado pela primeira vez em 2002, quando foi descrito um quadro de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS), e posteriormente, como Síndrome Respiratória do Oriente Médio (MERS), em 2012. Sendo assim, sua terceira exposição foi determinada em 2019, quando o SARS-COV-2 foi detectado e declarado um novo quadro de emergência para a saúde global com alta gravidade, letalidade e propagação, caracterizando a pandemia (CAVALCANTE, et al. 2022).

Na literatura, observamos que o momento da pandemia de COVID-19 pode levar a alterações significativas na prevalência de sintomas de saúde mental de um modo geral (OSÓRIO, et al., 2023).

Surto de doenças geralmente são capazes de desenvolver um medo generalizado ao público, sendo passíveis de indução de comportamentos e demais problemas psicológicos, podendo levar a população à desfechos fatais, relacionados de maneira secundária aos momentos de surto de doenças. A infecção ou a morte de familiares e amigos pela COVID-19 é responsável pela piora do bem-estar geral da saúde mental dos indivíduos, aumentando a vulnerabilidade dos mesmos e deixando-os susceptíveis ao desenvolvimento destes transtornos (TEE et al., 2020).

Um evento de saúde pública como a Covid-19 é considerado de grande porte a fim de que todos os esforços se voltem para os aspectos biológicos desta doença. Sendo causada por um vírus, exige esforços de muitas áreas, principalmente quanto à organização dos serviços de saúde, com o propósito de garantir a disponibilização adequada de leitos de internação necessários (BARROS et al., 2020).

Além das patologias físicas deixadas como seqüela após a COVID-19, a doença demonstra muitas complicações e impactos na saúde mental da população global. Os momentos de quarentena e isolamento, os quais foram as principais medidas adotadas para prevenir a propagação da doença, resultou em uma mudança abrupta no estilo de vida e trouxe pânico e ansiedade para os indivíduos (SILVA ANDRADE et al., 2021).

O momento da pandemia se mostrou altamente de risco com a associação de três sintomas: depressão, ansiedade e estresse. O nível das doenças associadas, consideradas como leves, moderadas ou graves podem variar de acordo com o contexto social em que as pessoas estão inseridas, a cultura e até mesmo o nível de sintomas que elas podem vir a ter desenvolvido (SILVA-COSTA, GRIEP E ROTENBERG, 2022).

Ademais, o número elevado de mortes pela pandemia e a insegurança quanto ao futuro também são fatores psicológicos significativos para impactar os indivíduos e toda uma sociedade. As consequências psicológicas são fatores que resultam na perda das atividades normais do dia a dia, das atividades educacionais, do trabalho e outros problemas de saúde mental (DE PAULA J. J. et al., 2022).

O desenvolvimento de problemas psicológicos associados ao COVID-19, por serem os mais aparentes, podem ser classificados como Transtornos Mentais Comuns (TMC), podendo se destacar, de acordo com o DSM-5 e com o grupo populacional afetado, os principais: depressão, transtorno de ansiedade generalizada, transtorno do pânico, fobias, ansiedade social, transtorno obsessivo-compulsivo e transtorno de estresse pós-traumático (MACHADO et al., 2021).

A depressão e a ansiedade foram as consequências mais prevalentes da doença, havendo necessidade até mesmo de afastamento do trabalho para lidar com as consequências mentais da doença. As pesquisas também demonstram que os profissionais da saúde são os mais afetados dentro deste contexto, sofrendo além do supracitado, com insônia, estresse, trauma direto e outras questões ocupacionais (SILVA ANDRADE et al., 2021).

Escalas como a de Impacto de Evento – Revisada (IES-R) e Depressão, Ansiedade e Estresse (DASS-21) são comumente usadas para determinar os impactos psicológicos de surtos de doenças que acometem a população de maneira relevante, como a pandemia da COVID-19. Visto que a Sars-CoV-2 resultou em muitos fatores mentais como os TMC mais apresentados, a escala mais usada para analisar estes danos psicológicos é a DASS-21 (WANG et al., 2020).

O uso da escala faz-se de grande importância para a identificação de grupos de risco através de informações sociodemográficas, a fim de que as autoridades de saúde possam desenvolver ações de intervenções psicológicas de maneira precoce. Além disso, a escala também identifica um maior impacto psicológico frente ao surto da doença e níveis mais elevados de estresse, depressão e ansiedade em alunos, estando relacionado com os impactos negativos na progressão acadêmica, gerando efeitos adversos na saúde mental (WANG et al., 2020).

A maioria dos estudos demonstram uma prevalência maior pela análise da escala para o desenvolvimento de afecções psicológicas no sexo feminino, em idade jovem e em estudantes, sendo todos os dados superiores a 50% (THIYAGARAJAN, JAMES E MARZO, 2022).

## **1.6 Transição da Pandemia**

Levando em consideração que a depressão e a ansiedade são os fatores de saúde mental mais

desafiadores e frequentes enfrentados pelos jovens, a pandemia aumentou esta preocupação e seus índices, que triplicando os sintomas psicopatológicos após a crise sanitária (LARANJEIRA et al., 2023). Estar entre 18 e 40 anos e ser estudante no período pandêmico foram fatores de risco para desenvolver transtornos como ansiedade, depressão e estresse (PEDROZA SILVA et al., 2022).

Outras pandemias anteriores dos séculos XVIII e XIX também foram marcadas pelo aumento da incidência de síndromes neuropsiquiátricas, como insônia, ansiedade, depressão, mania, psicose, suicídio e delírio. Sendo assim, há muitas razões anteriores que comprovam que pandemias com danos populacionais graves podem assumir sintomas neuropsiquiátricos de longa duração (DE PAULA, J. J. et al., 2022).

Esta doença trouxe uma série de danos considerados irreparáveis para inúmeros setores da sociedade, sendo vista como o maior desafio sanitário dos últimos 100 anos. Com isso, os profissionais da saúde que trabalharam durante este momento de grandes incertezas frente aos acontecimentos da pandemia demonstraram maior prejuízo emocional. Tal fator vem relacionado com a incerteza e a falta de segurança relacionados ao tipo de vínculo que este profissional apresenta (PACHECO et al., 2023).

O desenvolvimento de problemas psíquicos também está relacionado ao comportamento não saudável de vida em resposta ao contexto da pandemia. Dessa forma, a fim de identificar a abrangência do risco de desenvolvimento de problemas relacionados a saúde mental, a aplicação da escala DASS-21 torna as avaliações dos estudos mais robustas, identificando os medos de adoecer e morrer, bem como os riscos de desenvolvimento das doenças supracitadas (SILVA-COSTA, GRIEP E ROTENBERG, 2022).

Diante deste contexto, as medidas de controle da doença que foram recomendadas afetaram muitos aspectos da vida da população, tendo destaque para a saúde mental. Os transtornos mentais e o sofrimento, juntamente com as alterações nos padrões de sono alteraram negativamente o cotidiano e a qualidade de vida das pessoas, sendo capazes de piorar o risco para doenças crônicas e virais (BARROS et al., 2020).

O desenvolvimento de problemas psicológicos associados ao COVID-19, por serem os mais aparentes, podem ser classificados como Transtornos Mentais Comuns (TMC), podendo se destacar, de acordo com o DSM-5 e com o grupo populacional afetado, os principais: depressão, transtorno de ansiedade generalizada, transtorno do pânico, fobias, ansiedade social, transtorno obsessivo-compulsivo e transtorno de estresse pós-traumático (MACHADO et al., 2021).

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 5ª edição (DSM-5) demonstra um maior número de ansiedade, depressão, raiva e distúrbios do sono entre os históricos de danos psicológicos em pacientes presentes em momentos de pandemia (DE PAULA J. J. et al, 2022).

Determinar a prevalência de transtornos mentais numa sociedade no momento pós- pandemia e suas consequências psicológicas é ser capaz de mitigar os seus riscos e desenvolver fatores de proteção frente aos estresses psicológicos dos grupos estudados (TEE et al., 2020).

Ainda que existam pesquisas relevantes que mostrem os danos psicológicos que a pandemia da

COVID-19 foi capaz de gerar, principalmente em profissionais da saúde, estes efeitos psicossociais negativos seguem sendo subestimados e há poucos dados disponíveis sobre estes impactos na saúde mental e as medidas de correção para limitação da propagação na população (SILVA ANDRADE et al., 2021).

### 1.7 Revisão do questionário sociodemográfico

Questionários sociodemográficos são considerados de extrema importância na aplicação de estudos populacionais e na maioria dos campos de investigação e planejamento, pois são facilmente usados na coleta de dados sobre as características de uma população. Além disso, uma importância dos questionários referidos é a possibilidade de identificação de perfis populacionais, ou melhor, de traçar perfis detalhados de grupos sociais com base em fatores que incluem: idade, gênero, qualificação educacional, ocupação, renda e estrutura familiar (MELLO, REIS, RAMOS, 2018).

É esse conhecimento que se torna muito importante para entender a dinâmica social e econômica dentro de uma população. Tal fator pode ser elencado através dos seguintes pontos:

- Planejamento de Políticas Públicas: Com esse tipo de dado, o governo e as instituições podem desenvolver políticas públicas corretas e direcionadas. Por exemplo, dados sobre distribuição de renda podem ajudar a desenvolver programas sociais mais inclusivos ou podem ter como alvo o sistema educacional (ARAÚJO et al., 2017).

As pesquisas sociodemográficas possibilitam mapear e monitorar disparidades nas esferas de saúde, educação e renda; ao fazer isso, eles identificam os grupos vulneráveis para os quais intervenções precisam ser propostas para reduzir as disparidades (MELLO, REIS, RAMOS, 2018).

- Apoio à Pesquisa Científica: na pesquisa acadêmica, esses dados dão uma base sólida para as análises estatísticas e para a compreensão de como variáveis sociodemográficas incidem em fenômenos sociais (ARAÚJO et al., 2017).
- Personalização de intervenções: Na saúde, por exemplo, questionários auxiliam na compreensão do contexto social de uma dada população. É o caso quando facilitam a implementação de ações preventivas e curativas, que levam em conta fatores peculiares, por exemplo, estilo de vida, condições econômicas e acesso a serviços (ARAÚJO et al., 2017).

Análise de tendência social: a coleta periódica de dados sociodemográficos ajuda a traçar a evolução ao longo do tempo de temas, como migrações, mudanças no padrão de escolaridade ou evolução na estrutura familiar. Dessa forma, auxilia a prever necessidades futuras (ARAÚJO et al., 2017).

- Validação de resultados: dados sociodemográficos que serviram para validar os resultados desses mesmos estudos no sentido de que suas conclusões realmente representam a realidade do grupo em estudo (ARAÚJO et al., 2017).

Nesse sentido, esses questionários são ferramentas muito úteis na compreensão aprofundada das sociedades, baseando-se de forma informada na preocupação com muitas preocupações dentro de mais de um campo, como a saúde (MELLO, REIS, RAMOS, 2018).

## 2. OBJETIVOS

Determinar a prevalência de sintomatologia de ansiedade, depressão e estresse e os seus fatores protetivos entre estudantes universitários brasileiros de uma universidade pública federal em função do sexo e do nível de estudo (graduação e pós-graduação) no período de retorno às atividades presenciais após pandemia de COVID-19.

## 3. MATERIAIS E MÉTODOS

### 3.1 Universidade Federal De Uberlândia

A Universidade Federal de Uberlândia (UFU) é uma fundação pública que faz parte da Administração Federal Indireta vinculada ao Ministério da Educação (MEC) e foi autorizada a funcionar, ainda com o nome de Universidade de Uberlândia (UnU) pelo Decreto-lei nº 762, de 14 de agosto de 1969 e federalizada pela Lei nº 6532, de 24 de maio de 1978 (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2016).

Com sete campi, sendo estes quatro dentro da cidade de Uberlândia, um em Ituiutaba, um em Monte Carmelo e um em Patos de Minas, todas as cidades em Minas Gerais, a universidade se torna o principal centro de referência em ciência e tecnologia de uma ampla região do Brasil Central (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2016).

A Universidade atende as regiões do Triângulo Mineiro, Alto Paranaíba, noroeste e partes do norte de Minas Gerais, o sul e o sudoeste de Goiás, o norte de São Paulo e o leste do Mato Grosso do Sul e do Mato Grosso (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2016).

A universidade possui autonomia didático científica, administrativa e de gestão financeira e patrimonial, com organização e funcionamento regidos pela legislação federal, por seu Estatuto, Regimento Geral e normas complementares, todos nos termos da lei (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2016).

A Unidade Acadêmica é o órgão da universidade responsável pela organização, estrutura e meios necessários para o desempenho de todas as atividades e funções essenciais ao desenvolvimento do ensino, pesquisa e extensão. Desta forma, a unidade planeja, coordena, executa e avalia as atividades de ensino, pesquisa e extensão, programa a aplicação de recursos orçamentários que lhe forem alocados e administra os bens patrimoniais sob sua responsabilidade. Além disso, a unidade coordena e implementa a política de recursos humanos, elabora e aprova as propostas de Regimento Interno em consonância com o Estatuto e Regimento Geral (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2016).

Cada Unidade Acadêmica é constituída de órgãos como Assembleia da Unidade, Conselho da Unidade, Diretoria, Coordenações de curso de graduação e Coordenações de programa de pós-graduação, Coordenações de Núcleos, Órgãos Complementares, Departamentos e outras estruturas previstas no Regimento Interno. As trinta unidades acadêmicas são distribuídas nos sete campi da

Universidade: Uberlândia – Campus Santa Monica, Umuarama, Educação Física e Glória; Ituiutaba – Campus Pontal; Monte Carmelo – Campus Monte Carmelo; Patos de Minas – Campus Patos de Minas (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2016).

Dotada de três hospitais, a universidade conta com o Hospital de Clínicas de Uberlândia (HCU), Hospital Odontológico (HOUFU) e o Hospital Veterinário (HOVET). O Hospital de Clínicas de Uberlândia é referência para atendimentos de média e alta complexidade para os municípios do Triângulo Mineiro e Alto Paranaíba através do Sistema Unido de Saúde. Os serviços de emergência são realizados pelo Pronto Socorro, aberto por 24 horas e os casos eletivos são acolhidos pelos ambulatorios e por meio de encaminhamentos feito pelo Sistema de Regulação Municipal e Estadual. Além disso, o hospital conta com procedimentos de quase todas as especialidades médicas clínicas e cirúrgicas, incluindo oncologia e transplantes, atendendo as necessidades de ensino dos programas de Residência Médica e Multiprofissional dos cursos de graduação de Medicina, Enfermagem, Nutrição, Psicologia, Serviço Social, Odontologia, Fisioterapia, Engenharia Clínica e Biomedicina (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2016).

O Hospital Odontológico da Universidade Federal de Uberlândia (HOUFU) foi implantado em 25 de março de 1982, através da Portaria 07/82 da Fundação de Apoio ao Ensino e Pesquisa de Uberlândia (FAEPU). Tem aprovação do Regimento Interno pela Resolução nº 10/2003 do Conselho Universitário, sendo um órgão vinculado à Reitoria e com autonomia didático-científica e administrativa (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2016).

O HOUFU é o principal centro de referência em tratamento odontológico de uma ampla região do Brasil Central que engloba também Triângulo Mineiro, região do Alto Paranaíba, noroeste mineiro e partes do Norte de Minas, sul e sudoeste de Goiás, norte de São Paulo e leste do Mato Grosso e Mato Grosso do Sul (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2016).

A estrutura do HOUFU está assentada no modelo de Hospital Escola que concilia atividades de ensino, pesquisa e extensão universitária que, além da indissociabilidade dessas atividades, incorpora outras duas ideias fundamentais: a autonomia e a liberdade acadêmica (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2016).

O HOUFU pertencente a uma universidade pública deve preservar a missão de formar indivíduos críticos e reflexivos, dotados de cultura e conhecimento científico e tecnológico, que possam contribuir para o progresso material e cultural do País e superar os grandes dilemas econômicos, políticos, sociais, culturais e ambientais da sociedade contemporânea em escala mundial. Para reforçar sua missão é imprescindível avançar tanto do ponto de vista administrativo quanto acadêmico, por meio de ações planejadas (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2016).

O Hospital Veterinário (HOVET) tem como objetivo promover o desenvolvimento de conhecimentos, habilidades e atitudes essenciais para a prática da Medicina Veterinária, através da participação em atividades práticas. Ele busca despertar nos estudantes o senso de responsabilidade próprio da profissão e incentivar a pesquisa científica e a educação continuada (MINISTÉRIO DA

EDUCAÇÃO, 2016).

Além disso, o hospital fomenta a capacidade crítica nas áreas de clínica, cirurgia, prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças em animais, levando em consideração aspectos éticos, regionais, socioeconômicos e científicos. Esforça-se em desenvolver estudos em ambientes ambulatoriais, laboratoriais, cirúrgicos e em campo, abordando diversas enfermidades que afetam os animais, aprimorando métodos de diagnóstico para garantir tratamentos mais eficazes e acessíveis aos proprietários (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2016).

O hospital também elabora e difunde técnicas inovadoras nas diferentes áreas da Medicina Veterinária, visando o conforto e a segurança dos pacientes. Além disso, oferece aos estudantes de Medicina Veterinária, tanto de instituições públicas quanto privadas, a oportunidade de realizar estágios curriculares e aplicar na prática os conhecimentos teóricos adquiridos durante a graduação, preparando-os para o mercado de trabalho (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2016).

Além de três hospitais escola vinculados a universidade, temos as áreas rurais que pertencem as dimensões dos vários cursos agrícolas, veterinária e de ciências biológicas da faculdade: Fazenda Água Limpa, Fazenda Capim Branco, Fazenda do Gloria, Fazenda Rio das Pedras e Reserva Ecológica do Panga (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2016).

### **3.2 Assistência Estudantil Na Universidade**

A Política de Assistência Estudantil da UFU, alinhada à Política Nacional de Assistência Estudantil, é composta por diversos programas, que visam proporcionar suporte e promover a inclusão dos estudantes, garantindo sua permanência e sucesso acadêmico (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2017). São eles:

- Programa de Integração dos Estudantes Ingressantes: busca facilitar a adaptação dos novos estudantes ao ambiente universitário, preparando-os para o bom desempenho acadêmico e para uma formação integral (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2017).
- Programa de Alimentação: oferece condições para atender às necessidades alimentares básicas dos discentes da UFU por meio dos Restaurantes Universitários (RUs), auxiliando na permanência e conclusão do curso (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2017).
- Programa de Moradia: visa proporcionar moradia adequada aos estudantes em situação de vulnerabilidade socioeconômica, permitindo que realizem suas atividades acadêmicas e exerçam sua cidadania plenamente (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2017).
- Programa de Transporte: oferece transporte adequado para os estudantes de baixa renda, facilitando o acesso às atividades acadêmicas e contribuindo para um melhor desempenho com qualidade de vida (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2017).
- Programa de Saúde Física: implementa medidas para garantir a manutenção e recuperação da saúde dos estudantes, promovendo o bem-estar físico (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2017).

- Programa de Saúde Mental: promove ações de saúde mental para os estudantes, com foco em prevenção, educação e terapia, contribuindo para o equilíbrio emocional da comunidade acadêmica (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2017).
- Programa de Esportes, Recreação e Lazer: institui atividades esportivas, recreativas e de lazer que contribuem para a formação integral dos estudantes, promovendo a qualidade de vida e a integração social (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2017).
- Programa de Incentivo à Formação Cultural: assegura o acesso dos estudantes às atividades culturais, em consonância com a Política de Culturas da UFU, garantindo o exercício de seus direitos culturais (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2017).
- Programa de Assistência e Apoio aos Estudantes de Baixa Condição Socioeconômica: oferece ações que atendem às necessidades básicas como alimentação, moradia e transporte, com base em análises socioeconômicas, promovendo a inclusão social e cidadania (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2017).
- Programa de Incentivo à Formação da Cidadania: promove iniciativas que contribuem para o desenvolvimento pleno dos estudantes e seu preparo para o exercício da cidadania (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2017).
- Programa de Aquisição de Materiais Didáticos e Livros: facilita o acesso a materiais didáticos e livros para estudantes de baixa renda, melhorando o desempenho acadêmico e sua formação profissional (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2017).
- Programa de Bolsas Acadêmicas: distribui bolsas remuneradas, incentivando a participação dos estudantes em atividades de ensino, pesquisa e extensão, complementando sua formação acadêmica (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2017).

### 3.3 Participantes

Esse estudo caracteriza-se como descritivo, analítico, transversal, observacional, desenvolvido em uma universidade pública federal brasileira. Foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa da instituição, parecer nº: 4.720.265 (CAAE: 23864819.7.0000.5152). A instituição pública federal de ensino superior está localizada no Triângulo Mineiro, com sede na cidade de Uberlândia, no estado de Minas Gerais, Brasil. Conta com sete campi em quatro cidades do estado. Possui cerca de 24 mil alunos distribuídos entre 77 cursos de graduação e 73 cursos de pós-graduação. Conta com a colaboração de cerca de 2.000 professores e de 3.000 técnicos administrativos. A cidade sede da instituição possui quatro campi e a população estimada é de cerca de 700 mil habitantes. O principal meio de ingresso na instituição é através do Sistema de Seleção Unificada (SISU), mas também possui seu próprio vestibular, além de aceitar estudantes portadores de diploma e por meio de transferência externa. O mecanismo de cotas da instituição inclui ampla concorrência, renda mensal familiar per capita, cor, raça e estudantes oriundos de escola públicas. Os recursos de assistência estudantil oferecidos pela instituição aos estudantes são

advindos do Programa Nacional de Assistência Estudantil (PNAES) e distribuídos pelos Núcleos de Apoio e Atenção ao Estudante (NAAES). Cada unidade acadêmica possui seus próprios NAAES que realizam o acolhimento, acompanhamento e encaminhamento do estudante. As principais áreas de atuação dos NAAES são: esporte e lazer, alimentação, inclusão digital, moradia, promoção das igualdades, cultura, saúde, transporte, creche, apoio pedagógico e acesso, participação e aprendizagem de estudantes (STEFFEN JUNIOR, et al. 2024).

Os auxílios estudantis são distribuídos de acordo com a renda per capita da família do estudante e com as condições sociais ou situações de risco. As bolsas acadêmicas são distribuídas de acordo com o rendimento acadêmico. As variáveis utilizadas neste estudo foram extraídas de uma base de dados da Divisão de Saúde da Diretoria de Qualidade de Vida do Estudante (DISAU) da instituição. Os dados são coletados rotineiramente por essa divisão para diagnóstico das condições de saúde mental dos discentes, como parte das ações preventivas e curativas na área de saúde mental dessa instituição de ensino. Uma vez que utilizamos dados secundários nesta pesquisa, houve a dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os pesquisadores não tiveram acesso as informações pessoais dos estudantes, apenas aos dados do instrumento de coleta. As informações foram coletadas através de planilhas eletrônicas de preenchimento online (Google Forms) geradas pela divisão de saúde da instituição.

O instrumento de coleta foi disponibilizado aos discentes de janeiro a março de 2022. Os discentes foram recrutados por chamadas no site oficial da instituição e através das mídias sociais dela.

### **3.4 Perfil Dos Participantes**

As informações sociodemográficas coletadas foram: idade, sexo, raça, união estável, com quem reside, número de filhos, nível de estudo, ano de estudo, campus de estudo, formato de ensino, grande área de estudo, se possui bolsa acadêmica, se possui auxílio estudantil, se é cotista, se trabalha, se possui comorbidade e quantas possui. A seleção das variáveis do instrumento foi baseada nas experiências e vivências dos profissionais que atuam na DISAU.

### **3.5 Instrumento Sociodemográfico**

Para abordar os estudantes de pós-graduação em uma universidade e coletar os dados por meio de um questionário com a aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), é importante seguir critérios éticos e metodológicos. Essa abordagem pode ser feita, levando em conta critérios de inclusão e exclusão:

A primeira etapa é comunicar de maneira clara e transparente sobre o objetivo da pesquisa. Ao entrar em contato com os estudantes de pós-graduação, foi elaborado um convite via e-mail institucional, redes sociais acadêmicas, e até mesmo pessoalmente, respeitando o ambiente e a

rotina dos alunos. No convite, foi incluído:

Objetivo da pesquisa, explicando que o questionário busca traçar o perfil sociodemográfico dos estudantes de pós-graduação, coletando informações sobre diversos aspectos de sua vida acadêmica e pessoal e a importância da participação, enfatizando a relevância dos dados para a melhoria da política institucional e do ambiente acadêmico, especialmente em questões ligadas à inclusão e diversidade.

Os critérios de inclusão determinaram quem pôde participar da pesquisa. Eles foram apresentados no TCLE e respeitados durante a coleta de dados.

- Estar matriculado em um curso de pós-graduação (mestrado ou doutorado) na instituição.
- Ter idade igual ou superior a 18 anos, garantindo a capacidade legal de consentir.
- Concordar com os termos da pesquisa, assinando o TCLE de maneira voluntária, informada e consciente.
- Disponibilidade de tempo para responder ao questionário sociodemográfico e a escala DASS-21 de forma completa, o que pode ser mencionado como um tempo estimado de 10-15 minutos.

Os critérios de exclusão são igualmente importantes e foram comunicados com clareza, garantindo que as informações coletadas sejam relevantes ao público-alvo:

- Estudantes que não estejam matriculados em cursos de pós-graduação (alunos de graduação, funcionários ou visitantes não seriam elegíveis).
- Pessoas que não desejem fornecer dados pessoais ou sensíveis, mesmo com o consentimento formal no TCLE.
- Estudantes que já participaram anteriormente da pesquisa, para evitar duplicação de respostas.

A aplicação do TCLE ocorreu antes da coleta de dados, garantindo que os participantes estivessem cientes de seus direitos e do propósito do estudo. O termo contém a descrição detalhada do estudo, seus objetivos e metodologia; a garantia de confidencialidade e anonimato, assegurando que os dados serão usados apenas para fins acadêmicos e de forma agregada; o direito de desistência, informando que o participante pode optar por não responder ou interromper a participação a qualquer momento sem prejuízo algum; contatos dos responsáveis pela pesquisa, oferecendo suporte para tirar dúvidas ou resolver eventuais preocupações.

O questionário pôde ser aplicado de diferentes maneiras, dependendo do perfil dos estudantes e do formato mais acessível: online, via plataformas seguras como Google Forms, SurveyMonkey ou LimeSurvey, com o TCLE exibido antes do início do questionário; presencial, em eventos, seminários ou diretamente nas salas de aula (com a devida autorização dos responsáveis), oferecendo o TCLE impresso para leitura e assinatura antes de entregar o questionário e a escala.

Em ambos os casos, foi fundamental garantir que o estudante tivesse o tempo necessário para ler o TCLE e que qualquer dúvida fosse esclarecida antes da participação.

O anonimato e confidencialidade visa garantir que os dados sejam anonimizados e usados

somente para os fins descritos no TCLE. As respostas foram tratadas de forma agregada, sem identificação pessoal. Quanto ao consentimento informado, os estudantes estavam completamente cientes de que sua participação é voluntária, e que poderiam desistir a qualquer momento sem qualquer consequência negativa.

A abordagem foi feita de forma mais eficaz, sendo utilizados diferentes canais de comunicação e participação, como e-mails institucionais para divulgar amplamente o estudo; grupos de estudo ou redes sociais acadêmicas, compartilhando o questionário e o TCLE; pontos estratégicos no campus como bibliotecas e áreas comuns, para aplicação presencial do questionário, sempre respeitando o espaço e a rotina dos estudantes.

Ao seguir esses passos, a abordagem foi de forma ética, organizada e respeitosa, com critérios claros para a inclusão e exclusão de participantes.

### **3.6 Questionário Depression, Anxiety And Stress Scale – 21 Itens (DASS-21)**

A DASS-21 (Depression Anxiety Stress Scales) foi desenvolvida por P.F. Lovibond e S.H. Lovibond nos anos 1990 para avaliar três dimensões emocionais: depressão, ansiedade e estresse. Ela é uma versão reduzida da DASS-42, com 21 itens, distribuídos igualmente entre as três categorias. A criação da DASS surgiu da necessidade de uma ferramenta capaz de medir com precisão os níveis de estresse psicológico, distinguindo essas três condições emocionais. A DASS-21 é amplamente usada em contextos clínicos e de pesquisa para avaliar sintomas e acompanhar a saúde mental dos pacientes (LOVIBOND PF e LOVIBOND SH, 1995).

#### **○ Desenvolvimento e Propósito**

Originalmente, a DASS foi concebida para avaliar depressão, ansiedade e estresse, considerando que muitas vezes essas condições se sobrepõem em indivíduos com sofrimento emocional. Cada subescala busca medir um conjunto específico de sintomas: a depressão está relacionada a sentimentos de desânimo, baixa autoestima e perda de prazer; a ansiedade mede sensações de pânico e medo; e o estresse reflete irritabilidade e dificuldade de relaxar (LOVIBOND PF e LOVIBOND SH, 1995).

#### **○ Histórico e Primeira Versão**

A primeira versão, DASS-42, foi desenvolvida para fornecer uma medida confiável dessas três dimensões emocionais, com 14 itens para cada uma delas, totalizando 42 itens. A necessidade de uma versão mais curta e prática, sem perder a validade psicométrica, levou à criação da DASS-21, em que cada dimensão passou a ter sete itens (LOVIBOND PF e LOVIBOND SH, 1995).

### ○ Uso e Aplicação

A escala é amplamente utilizada em diferentes contextos clínicos e acadêmicos para triagem de saúde mental, oferecendo uma avaliação quantitativa e diagnóstica sobre o estado emocional de uma pessoa. A simplicidade da DASS-21 permite que seja usada como ferramenta rápida e eficiente para rastrear a gravidade desses sintomas, além de acompanhar a eficácia de intervenções ao longo do tempo (LOVIBOND PF e LOVIBOND SH, 1995)

### 3.7 Análise Estatística

Para estimar a prevalência de assintomáticos na instituição adotando-se a prevalência desconhecida de 50%, significância de 5% e tamanho populacional de 24 mil estudantes (independentemente do nível de estudo e do sexo) seriam necessários 378 estudantes respondentes, para o erro amostral de 5%. A amostra de 1010 estudantes respondentes representa 4,21% da população.

A confiabilidade do instrumento foi calculada pelo coeficiente alfa de *Cronbach* original e padronizado para cada fator (nível de ensino em curso e sexo) isoladamente e suas combinações, e para todos os dados agrupados. A convergência dos constructos foi avaliada pelo coeficiente de correlação de Spearman e seu intervalo de confiança a 95% utilizando-se da função *Spearman Rho* da biblioteca *DescTools* (R CORE TEAM, 2022).

O perfil dos estudantes não foi comparado entre sexos e em função do nível de ensino (graduação e pós-graduação) já que não era objetivo do estudo. A diferença entre gêneros para a prevalência de sintomatologia para doenças relacionadas a saúde mental já é claramente documentada na literatura. O perfil dos estudantes com diferentes níveis de ensino também já é claro. Por isso, as análises foram realizadas separadamente para os sexos feminino e masculino, bem como para os diferentes níveis de ensino.

Para as variáveis quantitativas, calculamos a média e seu intervalo de confiança a 95%, além da amplitude, mediana, primeiro quartil e terceiro quartil. Para as variáveis qualitativas, foi calculado a frequência absoluta e relativa e seu intervalo de confiança a 95% para cada um dos níveis da variável.

Para a predição das variáveis dicotômicas (ser assintomático), utilizamos a análise de regressão logística simples e múltipla. Foram incluídas as variáveis do perfil com justificativa teórica e sem perdas de dados. A partir do modelo múltiplo completo, utilizamos o método de seleção de variáveis *backward*, excluindo as variáveis com probabilidade do teste de Wald maior que 5%. Além disso, foi calculado o *Odds Ratio* e seu intervalo de confiança de 95%. O *Odds Ratio* foi calculado tanto para os modelos simples (não ajustado) quanto para os modelos múltiplos (ajustado).

As análises foram realizadas no software SPSS versão 20.0 ou no ambiente R (R CORE TEAM, 2022). Foi adotada a significância de 5% para todas as análises.

#### 4. RESULTADOS

A validade interna do DASS-21 é adequada nos 3 constructos em todos os cenários visto que todos os valores do alfa de *Cronbach* estão próximos a 1, variando entre 0,8751 e 0,9402. Todos os três constructos são correlacionados entre si, com correlações oscilando entre 0,6091 e 0,8328. Foram registradas 1.010 respostas ao formulário eletrônico elegíveis para o estudo (Tabelas 1 e 2).

A mulheres que estão na graduação, em sua maioria, têm abaixo de 30 anos (86,94%), não estão em uma união estável (86,94%), não possuem alguma bolsa acadêmica (78,17%) e possuem alguma prática religiosa (58,17%) (Tabela 1).

Já as mulheres respondentes da pós-graduação estão igualmente distribuídas nas faixas etárias, a maioria não possui filhos (68,22%), estão no primeiro ano de curso (75,97%), possuem família na mesma cidade do campus (56,59%), são autodeclaradas amarelas/brancas (69,77%) e possuem alguma prática religiosa (75,97%) (Tabela 2).

Os homens que estão na pós-graduação, em sua maioria, não possuem comorbidades (63,29%), estão no primeiro ano de curso (75,95%), estão na grande área de exatas (41,03%), possuem alguma bolsa acadêmica (53,16%) e não estão na mesma cidade do campus que a família (56,96%) (Tabela 2).

Tanto na graduação quanto na pós-graduação, independentemente do sexo, encontramos menor frequência de assintomáticos para depressão (para mulheres na graduação 20,47% e na pós-graduação 41,09%; para homens na graduação 24,57% e na pós-graduação 32,91%) e ansiedade (para mulheres na graduação 6,04% e na pós-graduação 17,05%; para homens na graduação 16,96% e na pós-graduação 18,99%). Já no constructo estresse, a frequência de assintomáticos é maior nos homens na graduação (64,36%) e nas mulheres na pós-graduação (66,67%) e homens na pós-graduação (72,15%) (Tabelas 3 e 4).

Ao verificar as variáveis preditoras nos modelos múltiplos, na graduação, as mulheres que estão acima de 29 anos (OR = 2,00; IC 95%: 1,11-3,60) e possuem alguma prática religiosa (OR = 2,01; IC 95%: 1,25-3,25) possuem menos chances de apresentar sintomas depressivos do que aquelas que não possuem prática religiosa. As mulheres que estão acima de 29 anos (OR = 5,89; IC 95%: 2,61-13,30) e têm alguma bolsa acadêmica (OR = 2,41; IC 95%: 1,04-5,55) possuem menos chances de apresentarem sintomas de ansiedade do que aquelas que não possuem bolsa acadêmica. As mulheres que estão em uma união estável (OR = 1,99; IC 95%: 1,16-3,40), possuem alguma prática religiosa (OR = 1,54; IC 95%: 1,07-2,22) e não possuem comorbidades (OR = 0,53; IC 95%: 0,33-0,87) possuem menos chances de apresentarem sintomas de estresse do que aquelas que não estão em uma união estável e não possuem prática religiosa (Tabela 5).

Nas variáveis analisadas nos modelos múltiplos na pós-graduação, os homens com relato de alguma comorbidade têm menos chances de serem assintomáticos para a depressão (OR = 0,14; IC 95%: 0,04-0,53) e ansiedade (OR = 0,22; IC 95%: 0,05-1,05). As mulheres que estão em uma

união estável (OR = 2,36; IC 95%: 1,04-5,40), não possuem família na mesma cidade do campus (OR = 0,33; IC 95%: 0,14-0,77) e têm alguma prática religiosa (OR = 3,37; IC 95%: 1,26-9,03) possuem menos chance de ter sintomas depressivos. Homens que estão no primeiro ano de curso comparado aos demais anos (OR = 0,23; IC 95%: 0,06-0,89) e têm alguma bolsa acadêmica (OR = 0,17; IC 95%: 0,04-0,70) possuem menos chance de serem assintomáticos para o estresse. Estar num curso de exatas comparado à área de humanas (OR = 7,75; IC 95%: 1,66-36,12) aumentam as chances de serem assintomáticos para o estresse. As mulheres que estão em uma união estável (OR = 3,03; IC 95%: 1,04-8,83) possuem mais chances de serem assintomáticas para a ansiedade e as que têm filhos (OR = 0,21; IC 95%: 0,06-0,76) possuem menos chances de serem assintomáticas para ansiedade. Para as mulheres, estar no primeiro ano de curso comparado aos demais anos (OR = 3,49; IC 95%: 1,19-10,23) e estar numa união estável (OR = 4,28; IC 95%: 1,76-10,42) possuem maior chance de serem assintomáticas para o estresse, enquanto que ser parda/negra comparado a ser amarela/branca (OR = 0,22; IC 95%: 0,09-0,53) possui menos chances de serem assintomáticas para o estresse (Tabela 6).

## 4.1 Tabela 1

**Tabela 1.** Estatísticas descritivas para o perfil de estudantes de graduação de uma universidade pública brasileira estratificados por sexo e nível de ensino (graduação e pós-graduação) avaliados para a sintomatologia de ansiedade, depressão e stress avaliadas pela escala DASS- 21

Variável	Nível	% (LIIC95%; LSIC95%, n)	
		Graduação - Mulher	Graduação - Homem
Idade	Até 29 anos	86,94 (84,02 - 89,86; 446)	86,85 (82,96 - 90,75; 251)
	A partir de 30 anos	13,06 (10,14 - 15,98; 67)	13,15 (9,25 - 17,04; 38)
Primeiro ano	Primeiro Ano	75,83 (72,12 - 79,53; 389)	76,47 (71,58 - 81,36; 221)
	Demais Anos	24,17 (20,47 - 27,88; 124)	23,53 (18,64 - 28,42; 68)
Tem união estável*	Não	86,94 (84,02 - 89,86; 446)	93,43 (90,57 - 96,28; 270)
	Sim	13,06 (10,14 - 15,98; 67)	6,57 (3,72 - 9,43; 19)
Tem família campus	Não	56,73 (52,44 - 61,01; 291)	59,86 (54,21 - 65,51; 173)
	Sim	43,27 (38,99 - 47,56; 222)	40,14 (34,49 - 45,79; 116)
Tem Filhos	Não	88,5 (85,74 - 91,26; 454)	96,19 (93,99 - 98,4; 278)
	Sim	11,5 (8,74 - 14,26; 59)	3,81 (1,6 - 6,01; 11)
Trabalha	Não	60,62 (56,4 - 64,85; 311)	68,51 (63,16 - 73,87; 198)
	Sim	39,38 (35,15 - 43,6; 202)	31,49 (26,13 - 36,84; 91)
Raça auto referida	Amarelo e Branca	58,48 (54,22 - 62,74; 300)	61,59 (55,98 - 67,2; 178)
	Parda	27,88 (24 - 31,76; 143)	26,64 (21,55 - 31,74; 77)
	Negro	13,65 (10,67 - 16,62; 70)	11,76 (8,05 - 15,48; 34)
Tem atividade Remota	Não	9,71 (6,74 - 12,68; 37)	11,9 (7,52 - 16,28; 25)
	Sim	90,29 (87,32 - 93,26; 344)	88,1 (83,72 - 92,48; 185)
Tem atividade presencial	Não	59,58 (54,65 - 64,51; 227)	59,05 (52,4 - 65,7; 124)
	Sim	40,42 (35,49 - 45,35; 154)	40,95 (34,3 - 47,6; 86)
Grandes Áreas	Saúde e Ambientais	28,97 (25,01 - 32,93; 146)	17,89 (13,44 - 22,34; 51)
	Exatas	27,18 (23,3 - 31,07; 137)	52,63 (46,83 - 58,43; 150)
	Humanas	43,85 (39,52 - 48,18; 221)	29,47 (24,18 - 34,77; 84)
Campus fora de UDI	Não	73,49 (69,67 - 77,31; 377)	73,36 (68,26 - 78,45; 212)
	Sim	26,51 (22,69 - 30,33; 136)	26,64 (21,55 - 31,74; 77)
Se tem bolsa acadêmica	Não	78,17 (74,59 - 81,74; 401)	80,28 (75,69 - 84,86; 232)
	Sim	21,83 (18,26 - 25,41; 112)	19,72 (15,14 - 24,31; 57)
É cotista	Não	49,9 (45,58 - 54,23; 256)	56,06 (50,33 - 61,78; 162)
	Sim	50,1 (45,77 - 54,42; 257)	43,94 (38,22 - 49,67; 127)
Tem auxílio estudantil	Não	77 (73,36 - 80,64; 395)	79,93 (75,31 - 84,55; 231)
	Sim	23 (19,36 - 26,64; 118)	20,07 (15,45 - 24,69; 58)
Tem comorbidades	Não	63,94 (59,78 - 68,09; 328)	69,9 (64,61 - 75,18; 202)
	Sim	36,06 (31,91 - 40,22; 185)	30,1 (24,82 - 35,39; 87)
Tem práticas religiosas	Não	41,33 (37,06 - 45,59; 212)	52,94 (47,19 - 58,7; 153)
	Sim	58,67 (54,41 - 62,94; 301)	47,06 (41,3 - 52,81; 136)

Legenda: *LIIC95%*: limite inferior do intervalo de confiança a 95%, *LSIC95%*: limite superior do intervalo de confiança a 95%; %: Frequência relativa em %, n: tamanho amostral. \*Para a variável união estável, se o respondente declarou que estava morando com alguém foi considerado sim.

## 4.2 Tabela 2

**Tabela 2.** Estatísticas descritivas para o perfil de estudantes de pós-graduação de uma universidade pública brasileira estratificada por sexo e nível de ensino (graduação e pós-graduação) avaliados para a sintomatologia de ansiedade, depressão e stress avaliadas pela escala DASS-21

Variável	Nível	% (LIIC95%; LSIC95%; n)	
		Pós-graduação - Mulher	Pós-graduação - Homem
Idade	Até 29 anos	50,39 (41,76 - 59,02; 65)	49,37 (38,34 - 60,39; 39)
	A partir de 30 anos	49,61 (40,98 - 58,24; 64)	50,63 (39,61 - 61,66; 40)
Primeiro ano	Primeiro Ano	75,97 (68,6 - 83,34; 98)	75,95 (66,52 - 85,37; 60)
	Demais Anos	24,03 (16,66 - 31,4; 31)	24,05 (14,63 - 33,48; 19)
Tem união estável*	Não	48,84 (40,21 - 57,46; 63)	70,89 (60,87 - 80,9; 56)
	Sim	51,16 (42,54 - 59,79; 66)	29,11 (19,1 - 39,13; 23)
Tem família campus	Não	43,41 (34,86 - 51,96; 56)	56,96 (46,04 - 67,88; 45)
	Sim	56,59 (48,04 - 65,14; 73)	43,04 (32,12 - 53,96; 34)
Tem Filhos	Não	68,22 (60,18 - 76,25; 88)	81,01 (72,36 - 89,66; 64)
	Sim	31,78 (23,75 - 39,82; 41)	18,99 (10,34 - 27,64; 15)
Trabalha	Não	39,53 (31,1 - 47,97; 51)	49,37 (38,34 - 60,39; 39)
	Sim	60,47 (52,03 - 68,9; 78)	50,63 (39,61 - 61,66; 40)
Raça autodeclarada	Amarelo e Branca	69,77 (61,84 - 77,69; 90)	60,76 (49,99 - 71,53; 48)
	Parda	22,48 (15,28 - 29,68; 29)	29,11 (19,1 - 39,13; 23)
	Negro	7,75 (3,14 - 12,37; 10)	10,13 (3,47 - 16,78; 8)
Tem atividade Remota	Não	14,29 (8 - 20,57; 17)	18,06 (9,17 - 26,94; 13)
	Sim	85,71 (79,43 - 92; 102)	81,94 (73,06 - 90,83; 59)
Tem atividade presencial	Não	62,18 (53,47 - 70,9; 74)	51,39 (39,84 - 62,93; 37)
	Sim	37,82 (29,1 - 46,53; 45)	48,61 (37,07 - 60,16; 35)
Grandes Áreas	Saúde e Ambientais	39,37 (30,87 - 47,87; 50)	25,64 (15,95 - 35,33; 20)
	Exatas	17,32 (10,74 - 23,9; 22)	41,03 (30,11 - 51,94; 32)
	Humanas	43,31 (34,69 - 51,92; 55)	33,33 (22,87 - 43,8; 26)
Campus fora de UDI	Não	94,57 (90,66 - 98,48; 122)	94,94 (90,1 - 99,77; 75)
	Sim	5,43 (1,52 - 9,34; 7)	5,06 (0,23 - 9,9; 4)
Se tem bolsa acadêmica	Não	59,69 (51,23 - 68,15; 77)	46,84 (35,83 - 57,84; 37)
	Sim	40,31 (31,85 - 48,77; 52)	53,16 (42,16 - 64,17; 42)
É cotista	Não	82,95 (76,46 - 89,44; 107)	91,14 (84,87 - 97,41; 72)
	Sim	17,05 (10,56 - 23,54; 22)	8,86 (2,59 - 15,13; 7)
	Não	97,67 (95,07 - 100,28; 126)	100 (100 - 100; 79)
Tem auxílio estudantil	Sim	2,33 (0 - 4,93; 3)	0 (0 - 0; 0)
	Não	69,77 (61,84 - 77,69; 90)	63,29 (52,66 - 73,92; 50)
Tem comorbidades	Sim	30,23 (22,31 - 38,16; 39)	36,71 (26,08 - 47,34; 29)
	Não	24,03 (16,66 - 31,4; 31)	44,3 (33,35 - 55,26; 35)
Tem práticas Religiosas	Sim	75,97 (68,6 - 83,34; 98)	55,7 (44,74 - 66,65; 44)

Legenda: LIIC95%: limite inferior do intervalo de confiança a 95%, LSIC95%: limite superior do intervalo de confiança a 95%;

%; Frequência relativa em %, n: tamanho amostral. \*Para a variável união estável, se o respondente declarou que estava morando com alguém foi considerado sim.

### 4.3 Tabela 3

**Tabela 3.** Estatísticas descritivas para sintomatologia de ansiedade, depressão e stress avaliadas pela escala DASS-21 entre estudantes de uma universidade pública brasileira estratificados por sexo e nível de ensino (graduação)

Constructo (intervalo)	Estatística	Graduação - Mulher	Graduação – Homem
Depressão (0-21)	Média ( <i>LIIC95%</i> ; <i>LSIC95%</i> )	11,06 (10,51; 11,6)	10,27 (9,53; 11,01)
	Amplitude (Mediana, Q1; Q3)	0 - 21 (12; 5 - 17)	0 - 21 (10; 5 - 15)
Ansiedade (0-21)	Média ( <i>LIIC95%</i> ; <i>LSIC95%</i> )	12,5 (12,03; 12,98)	9,85 (9,19; 10,51)
	Amplitude (Mediana, Q1; Q3)	0 - 21 (13; 8 - 17)	0 - 21 (10; 5 - 15)
Stress (0-21)	Média ( <i>LIIC95%</i> ; <i>LSIC95%</i> )	8,97 (8,45; 9,48)	6,22 (5,55; 6,88)
	Amplitude (Mediana, Q1; Q3)	0 - 21 (8; 4 - 14)	0 - 21 (5; 1 - 10)
Constructo	Classificação	% ( <i>LIIC95%</i> ; <i>LSIC95%</i> , n)	
Depressão	Normal	20,47 (16,98 - 23,96; 105)	
	Mínimo	9,75 (7,18 - 12,31; 50)	
	Moderado	15,79 (12,63 - 18,94; 81)	
	Grave	15,2 (12,1 - 18,31; 78)	
	Muito grave	38,79 (34,57 - 43,01; 199)	
Ansiedade	Normal	6,04 (3,98 - 8,1; 31)	
	Mínimo	3,12 (1,61 - 4,62; 16)	
	Moderado	12,09 (9,27 - 14,91; 62)	
	Grave	10,14 (7,52 - 12,75; 52)	
	Muito grave	68,62 (64,6 - 72,63; 352)	
Stress	Normal	44,83 (40,53 - 49,14; 230)	
	Mínimo	11,31 (8,57 - 14,05; 58)	
	Moderado	12,87 (9,97 - 15,76; 66)	
	Grave	17,35 (14,07 - 20,63; 89)	
	Muito grave	13,65 (10,67 - 16,62; 70)	

Legenda: *LIIC95%*: limite inferior do intervalo de confiança a 95%, *LSIC95%*: limite superior do intervalo de confiança a 95%; Q1: quartil um; Q3: quartil 3, %: Frequência relativa em %, n: tamanho amostral.

#### 4.4 Tabela 4

**Tabela 4.** Estatísticas descritivas para sintomatologia de ansiedade, depressão e stress avaliadas pela escala DASS-21 entre estudantes de uma universidade pública brasileira estratificados por sexo e nível de ensino (pós-graduação).

Constructo (intervalo)	Estatística	Pós-graduação - Mulher	Pós-graduação – Homem
Depressão (0-21)	Média ( <i>LIIC95%</i> ; <i>LSIC95%</i> )	7,91 (6,79; 9,03)	8,62 (7,27; 9,97)
	Amplitude (Mediana, Q1; Q3)	0 - 21 (6; 2 - 13)	0 - 21 (8; 3 - 13,5)
Ansiedade (0-21)	Média ( <i>LIIC95%</i> ; <i>LSIC95%</i> )	9,69 (8,66; 10,72)	9,11 (7,81; 10,42)
	Amplitude (Mediana, Q1; Q3)	0 - 21 (9; 5 - 14)	0 - 21 (9; 5 - 13)
Stress (0-21)	Média ( <i>LIIC95%</i> ; <i>LSIC95%</i> )	6,33 (5,28; 7,37)	5,41 (4,22; 6,59)
	Amplitude (Mediana, Q1; Q3)	0 - 21 (4; 1 - 10)	0 - 21 (4; 1 - 8)
Constructo	Classificação	% ( <i>LIIC95%</i> ; <i>LSIC95%</i> , n)	
Depressão	Normal	41,09 (32,6 - 49,58; 53)	32,91 (22,55 - 43,27; 26)
	Mínimo	10,85 (5,49 - 16,22; 14)	8,86 (2,59 - 15,13; 7)
	Moderado	15,5 (9,26 - 21,75; 20)	21,52 (12,46 - 30,58; 17)
	Grave	7,75 (3,14 - 12,37; 10)	11,39 (4,39 - 18,4; 9)
	Muito grave	24,81 (17,35 - 32,26; 32)	25,32 (15,73 - 34,91; 20)
Ansiedade	Normal	17,05 (10,56 - 23,54; 22)	18,99 (10,34 - 27,64; 15)
	Mínimo	4,65 (1,02 - 8,29; 6)	5,06 (0,23 - 9,9; 4)
	Moderado	19,38 (12,56 - 26,2; 25)	17,72 (9,3 - 26,14; 14)
	Grave	10,85 (5,49 - 16,22; 14)	12,66 (5,33 - 19,99; 10)
	Muito grave	48,06 (39,44 - 56,68; 62)	45,57 (34,59 - 56,55; 36)
Stress	Normal	66,67 (58,53 - 74,8; 86)	72,15 (62,27 - 82,04; 57)
	Mínimo	6,2 (2,04 - 10,36; 8)	10,13 (3,47 - 16,78; 8)
	Moderado	7,75 (3,14 - 12,37; 10)	5,06 (0,23 - 9,9; 4)
	Grave	9,3 (4,29 - 14,31; 12)	6,33 (0,96 - 11,7; 5)
	Muito grave	10,08 (4,88 - 15,27; 13)	6,33 (0,96 - 11,7; 5)

Legenda: *LIIC95%*: limite inferior do intervalo de confiança a 95%, *LSIC95%*: limite superior do intervalo de confiança a 95%; Q1: quartil um; Q3: quartil 3, %: Frequência relativa em %, n: tamanho amostral.

## 4.5 Tabela 5

**Tabela 5.** Odds Ratio obtido pelo modelo de regressão logística múltipla para a predição da condição de ser assintomático (ref. Sintomático) para o constructo DASS-21 na Graduação

Constructo	Sexo	Variável	Modelo	OR	LIIC95%	LSIC95%
Depressão	Homem	Tem práticas religiosas	Sim (Ref. Não)	2,46	1,41	4,32
Depressão	Mulher	Idade	A partir de 30 anos (Ref. Até 29 anos)	2,00	1,11	3,60
		Tem comorbidades	Sim (Ref. Não)	0,53	0,33	0,87
		Tem práticas religiosas	Sim (Ref. Não)	2,01	1,25	3,25
Ansiedade	Homem	constante		-	-	-
Ansiedade	Mulher	Idade	A partir de 30 anos (Ref. Até 29 anos)	5,89	2,61	13,30
		Tem bolsa acadêmica	Sim (Ref. Não)	2,41	1,04	5,55
Stress	Homem	constante		-	-	-
Stress	Mulher	União estável*	Sim (Ref. Não)	1,99	1,16	3,40
		Tem comorbidades	Sim (Ref. Não)	0,57	0,39	0,83
		Tem práticas religiosas	Sim (Ref. Não)	1,54	1,07	2,22

OR: Odds-Ratio; LIIC95%: limite inferior do intervalo de confiança a 95%; LSIC95%: limite superior do intervalo de confiança a 95%; Ref.: categoria de referência. \*Para a variável união estável, se o respondente declarou que estava morando com alguém foi considerado sim.

## 4.6 Tabela 6

**Tabela 6.** Odds Ratio obtido pelo modelo de regressão logística múltiplo para a predição da condição de ser assintomático (ref. Sintomático) para o constructo DASS-21 na Pós-Graduação

Constructo	Sexo	Variável	Modelo	OR	LIIC95%	LSIC95%
Depressão	Homem	Tem comorbidades	Sim (Ref. Não)	0,14	0,04	0,53
Depressão	Mulher	União estável*	Sim (Ref. Não)	2,36	1,04	5,40
		Família no campus	Sim (Ref. Não)	0,33	0,14	0,77
		Tem práticas religiosas	Sim (Ref. Não)	3,37	1,26	9,03
Ansiedade	Homem	Tem comorbidades	Sim (Ref. Não)	0,22	0,05	1,05
Ansiedade	Mulher	União estável*	Sim (Ref. Não)	3,03	1,04	8,83
		Tem filhos	Sim (Ref. Não)	0,21	0,06	0,76
Stress	Homem	Ano do curso	Primeiro Ano (Ref. Demais anos)	0,23	0,06	0,89
		Grande área curso	Exatas (Ref. Humanas)	7,75	1,66	36,12
			Saúde e Ambientais (Ref. Humanas)	3,22	0,65	15,96
		Tem bolsa acadêmica	Sim (Ref. Não)	0,17	0,04	0,70
Stress	Mulher	Ano do curso	Primeiro Ano (Ref. Demais anos)	3,49	1,19	10,23
		União estável*	Sim (Ref. Não)	4,28	1,76	10,42
		Raça Auto referida	Parda/Negro (Ref. Amarelo e Branco)	0,22	0,09	0,53

OR: Odds-Ratio; LIIC95%: limite inferior do intervalo de confiança a 95%; LSIC95%: limite superior do intervalo de confiança a 95%; Ref.:

## 5. DISCUSSÃO

Os quatro grupos analisados neste estudo são, por natureza, distintos entre si, fato rotineiramente descrito na literatura (CAMPOS et al., 2020; LOUZADO et al., 2021). Tradicionalmente, as mulheres apresentam maiores ocorrências de doenças mentais como ansiedade, estresse e depressão. Os diferentes níveis de estudo, por serem habilitações sequenciais, também apresentam perfis diferentes.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que mais de 300 milhões de pessoas sofram de depressão e que quase o mesmo número de pessoas sofram de transtorno de ansiedade. Evidências demonstram que questões econômicas estão relacionadas ao surgimento de problemas de saúde mental. Consequentemente, essas questões econômicas geram problemas físicos e sociais associados a desestruturação familiar, baixa superação ao mau desempenho, uso de drogas ilícitas e altas taxas de suicídio. A depressão pode chegar a ser a maior causa de mortalidade no mundo até 2030 (WHO, 2022).

Estima-se que em 2019 até 31% da população mundial viva com transtorno de ansiedade e 28,9% com transtorno de depressão (WHO, 2022). A prevalência de estresse apresenta uma particularidade, visto que depende do agente traumático envolvido. Porém, a sua prevalência relatada na literatura não ultrapassa os 20% de um modo geral (DSM-5, 2014). Uma revisão mostra que a prevalência desses transtornos antes da pandemia de COVID-19 em estudantes universitários chegava a 24,5% para ansiedade e 26,1% para a depressão (PAULA et al., 2020). Quase 20% dos estudantes de pós-graduação já possuem diagnóstico prévio para a depressão (BARROS, AMBIEL e BAPTISTA, 2021). Com o advento da pandemia, houve um acréscimo considerável nessas prevalências. Para o transtorno de ansiedade, a estimativa de aumento na prevalência global foi de 25,6% e para o transtorno de depressão foi de 27,6% (SANTOMAURO et al, 2021). Esses achados corroboram as prevalências observadas no nosso estudo. No Brasil, essas informações populacionais são escassas. Em um estudo entre estudantes universitários, a prevalência de sintomas observados foi de 46,12% para a ansiedade, 54,62% para a depressão e 47,45% para o estresse, respectivamente (PAULA et al., 2023).

A COVID-19 se espalhou rapidamente para o mundo inteiro. Sua acelerada expansão geográfica e o súbito aumento de casos surpreenderam e amedrontaram a população. Tal fator se tornou responsável pelo crescimento considerável dos transtornos mentais no momento da pandemia, considerados comuns em todo o mundo (WU e MCGOOGAN, 2020). A permanência em casa, o fechamento de escolas e empresas e a diminuição das interações sociais foram medidas importantes para a diminuição da propagação do vírus (SANTOMAURO et al., 2021), mas a negligência na avaliação e na abordagem de distúrbios psicológicos e psiquiátricos foi associada a esses períodos de isolamento (ROSSI et al., 2021).

Independente da população de estudo, a pandemia de COVID-19 trouxe importantes impactos psicossociais na vida das pessoas. Esses impactos se apresentaram em diferentes níveis de

intensidade e gravidade, principalmente na presença de sintomas de transtornos mentais e emocionais, como ansiedade, depressão e estresse (YANG, CHEN e CHEN, 2021). Estudos demonstram a importância de identificar a presença de sintomas de transtornos mentais em universitários durante a pandemia de COVID-19 (FISHER e HOOD, 1987; HUSKY, KOVESS-MASFETY e SWENDSEN, 2020; RIBEIRO et al., 2021; YANG, CHEN e CHEN, 2021; CAO et al., 2022; MOUTINHO et al., 2022). Primeiramente, a transição do ensino médio para a universidade já é, por si só, um fator para o aparecimento de estresse por ajustamento (FISHER e HOOD, 1987). A saída da casa dos pais (HUSKY, KOVESS-MASFETY e SWENDSEN, 2020) e a dificuldade em controlar o tempo e as atividades acadêmicas (CAO et al., 2022; PAIXÃO et al., 2022) são exemplos de fatores estressores nesse período de transição. Ao longo da pandemia de COVID-19, o medo em perder familiares, amigos e conhecidos ao contrair a doença também contribuiu para aumentar os sintomas depressivos e ansiosos entre os estudantes universitários (RIBEIRO et al., 2021).

É importante ter um olhar abrangente na investigação do estado emocional entre homens e mulheres (MARTINS et al., 2019). No presente estudo, os fatores protetivos e de risco se diferem entre sexo e níveis de estudo, o que nos faz pensar em diferentes abordagens para cada grupo em questão.

A presente pesquisa não identificou que as relações de trabalho afetam no surgimento de sintomas psicológicos. Apesar de metade dos participantes homens e mulheres da pós-graduação estarem inseridos em um trabalho, tal fator não foi considerado de proteção da saúde mental como encontrado na literatura (BARROS, AMBIEL e BAPTISTA, 2021). Apesar disso, o fato de possuir bolsa acadêmica para as mulheres na graduação é um fator protetor para o desenvolvimento de sintomas psicológicos. Talvez isso seja pelo fato de diminuir a sobrecarga da mulher ao depender da renda familiar ou procurar outra atividade remunerada.

A presença de comorbidades é considerada um fator de risco para o desenvolvimento de doenças mentais, apesar dos parâmetros de desenvolvimento não possuírem muitos estudos epidemiológicos. Um estudo na população geral vai no mesmo sentido dos resultados da nossa amostra que identifica que as mulheres possuem maior risco para desenvolver sintomas de ansiedade e depressão na graduação (MC LEAN et al., 2011). Possuir comorbidades já é um fator de risco para a presença de sintomas de transtornos mentais no geral e, sabidamente, os sintomas de COVID-19 são mais graves em portadores de comorbidades, o que pode gerar uma exacerbação desses sintomas de transtornos mentais (OZEMIZ-ETXTREMIA et al., 2011). Outros estudos determinam a importância da avaliação de fatores psicológicos relacionados a comorbidades e como os seus tratamentos afetam a vida dos indivíduos (BARBOSA et al., 2021; CRUZ, 2010). Desta forma, pode-se dizer que uma mesma doença pode ter efeitos diferentes em pessoas diferentes e que suas medidas fisiológicas irão fornecer informações para possíveis quadros clínicos.

A prática religiosa também foi considerada como fator protetivo para desenvolvimento de

sintomas de transtornos mentais em mulheres na graduação e pós-graduação. Exercer uma prática religiosa pode ser um fator de melhora da qualidade de vida ao dar um suporte emocional ou apoio dentro de um grupo, levando ao menor desenvolvimento ansiedade e depressão (MARGETIC' et al., 2022).

Estar no mesmo campus que a família no período pandêmico foi um fator de risco para depressão das mulheres na pós-graduação. Isso pode ser justificado pelo aumento da sobrecarga de trabalho em relação aos cuidados com a família durante o isolamento. Um estudo demonstrou que estar na mesma cidade que a família na pós-graduação foi um fator protetor para estresse em alunos de uma universidade (HUSKY, KOVESS-MASFETY e SWENDSEN, 2020).

Estar em uma união estável pode ser considerado um fator protetor para as mulheres na presença de sintomas mentais provavelmente por ter alguém para compartilhar essa sobrecarga de trabalho, além do apoio social e emocional que um companheiro pode proporcionar (NÓBREGA et al, 2022).

Algumas características que podem identificar grupos minoritários no presente estudo como ser mulher negra/parda e ser cotista podem aumentar o risco de sintomatologia para estresse na pós-graduação. Apesar de não compreendemos completamente os fatores que levaram a essa associação, podemos dizer que esse grupo representa uma parcela de maior vulnerabilidade social da população. Os estudos com a temática racial ainda são inconclusivos (LEE, JEONG e KIM, 2021).

Em nosso estudo, homens cursando pós-graduação na grande área de exatas possuem um fator protetivo para sintomas de estresse. Estudos que avaliam a saúde mental nas áreas de conhecimento são escassos. A exemplo, a qualidade de vida e burnout de docentes não foi afetada pelas áreas de conhecimento (ALVES, OLIVEIRA e PARO, 2019).

Além disso, a pandemia desencadeou piora no sentimento de culpa, medo, insegurança, inferioridade e frustração, prejudicando as relações afetivas e sociais e diminuindo a qualidade de vida, fatores isolados que por si só, aumentam os níveis de estresse, ansiedade, depressão e ideação suicida. A pandemia se tornou responsável pela geração de um sofrimento mental em curto prazo, podendo causar transtornos em outros grupos populacionais, além dos estudantes universitários (DE PAULA G. M. et al, 2022).

Dessa forma, esperamos demonstrar a importância do gerenciamento de conflitos e da análise das condições pessoais e socioeconômicas dos estudantes, tanto da graduação como da pós-graduação, uma vez que as condições nas quais os estudantes encaram as situações de sofrimento mental podem ser considerados fatores protetivos para ansiedade, depressão e estresse. As dificuldades apresentadas devem ser reconhecidas e abordadas de maneira integral, o que evita piora na evolução para possíveis complicações na saúde mental dos estudantes.

## 6. CONCLUSÃO

A prevalência de assintomáticos para depressão, ansiedade e estresse foi muito baixa (oscilando de 6,04% a 72,15% independente do constructo, do nível de estudo e do sexo) quando comparado à literatura. As maiores prevalências de assintomáticos estavam relacionadas ao estresse e as menores à ansiedade. Vários aspectos sociodemográficos e contextuais estão associados à presença de sintomatologia de estresse e ansiedade e ao desenvolvimento de depressão entre estudantes universitários. Ser mulher, não estar em uma união conjugal, ausência de prática religiosa, não possuir rede de apoio, não ser contemplado com bolsa de estudos e a área de atuação podem influenciar negativamente na saúde mental desse grupo populacional.

Nosso estudo demonstra que o bem-estar psicológico e emocional dos estudantes universitários deve ser considerado de acordo com a multiplicidade dos fatores individuais e dos contextos socioambientais em que esses indivíduos estão inseridos. Esses achados têm importantes implicações para o desenvolvimento de estratégias de intervenções e políticas públicas voltadas para a promoção da saúde mental, especialmente no contexto estudantil, em que o estresse, a ansiedade e a depressão podem impactar significativamente no desempenho e na qualidade de vida do estudante. Nossos achados deixam claro a necessidade da construção de políticas públicas de assistência estudantil que leve em consideração o gênero e o nível de estudo do estudante, já que os fatores protetivos e de risco são distintos para cada grupo.

## 7. REFERÊNCIAS

- ALVES, P. C.; OLIVEIRA, A. DE F.; PARO, H. B. M. DA S. Quality of life and burnout among faculty members: How much does the field of knowledge matter? *PloS one*, v. 14, n. 3, p. e0214217, 2019.
- ARAÚJO, M. A. N. et al. Perfil sociodemográfico dos enfermeiros da rede hospitalar. *Revista de Enfermagem UFPE on-line*, v. 11, n. 11, p. 4716-25, 2017.
- ARDEKANI, A. et al. Student support systems for undergraduate medical students during the COVID-19 pandemic: a systematic narrative review of the literature. *BMC Med Educ*, v. 21, p. 352, 2021.
- BARBOSA, L. N. F. et al. Brazilian's frequency of anxiety, depression and stress symptoms in the COVID-19 pandemic. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, v. 21, n. suppl 2, p. 413–419, 2021.
- BARROS, L. DE O.; AMBIEL, R. A. M.; BAPTISTA, M. N. Sintomatologia depressiva em estudantes brasileiros de pós-graduação stricto sensu. *Psico*, v. 52, n. 4, p. e36161, 2021.
- BARROS, M. B. DE A. 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: revista do Sistema Unico de Saude do Brasil*, v. 29, n. 4, p. e2020427, 2020.
- BASHA, E.; KAYA, M. Depression, anxiety and stress scale (DASS): The study of validity and reliability. *Universal journal of educational research*, v. 4, n. 12, p. 2701–2705, 2016.
- CAMPOS, J. A. D. B. et al. Early psychological impact of the COVID-19 pandemic in Brazil: A national survey. *Journal of clinical medicine*, v. 9, n. 9, p. 2976, 2020.
- CAO, W. et al. The psychological impact of the COVID-19 epidemic on college students in China. *Psychiatry research*, v. 287, n. 112934, p. 112934, 2020.
- CAVALCANTE, F. L. N. F. et al. Depressão, ansiedade e estresse em profissionais da linha de frente da COVID-19. *Revista portuguesa de enfermagem de saúde mental*, n. 27, p. 6–20, 2022.
- CRUZ, L. N. Medidas de qualidade de vida e utilidade em uma amostra da população de porto alegre. Disponível em: <<http://www.bibliotecadigital.ufrgs.br/da.php?nrb=000762336&loc=2013&l=8e70590929b3e9f5>>. Acesso em: 8 jun. 2024.
- DE PAULA, G. M. et al. Impacto Da Pandemia Do COVID-19 Sobre A Saúde Mental Dos Alunos De Medicina Do Centro Universitário De Anápolis No Estado De Goiás. *Revista Educação em Saúde*, v. 8, p. 119–119, 2020.
- DE PAULA, J. J. et al. Selective visuoconstructional impairment following mild COVID-19 with inflammatory and neuroimaging correlation findings. *Molecular psychiatry*, v. 28, n. 2, p. 553–563, 2023.
- FISHER, S.; HOOD, B. The stress of the transition to university: A longitudinal study of psychological disturbance, absent-mindedness and vulnerability to homesickness. *British journal of psychology (London, England: 1953)*, v. 78, n. 4, p. 425–441, 1987.

GOODLET, K. J. et al. Impact of the COVID-19 Pandemic on the Emotional Intelligence of Student Pharmacist Leaders. *Am J Pharm Educ*, v. 86, n. 1, p. 8519, 2021.

HUSKY, M. M.; KOVESS-MASFETY, V.; SWENDSEN, J. D. Stress and anxiety among university students in France during Covid-19 mandatory confinement. *Comprehensive psychiatry*, v. 102, n. 152191, p. 152191, 2020.

LEE, J.; JEONG, H. J.; KIM, S. Stress, anxiety, and depression among undergraduate students during the COVID-19 pandemic and their use of mental health services. *Innovative higher education*, v. 46, n. 5, p. 519–538, 2021.

LOUZADO, J. A. et al. Gender differences in the quality of life of formal workers. *International journal of environmental research and public health*, v. 18, n. 11, p. 5951, 2021.

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

MACHADO, M. M. T. et al. COVID-19 and mental health of pregnant women in Ceará, Brazil. *Revista de saúde pública*, v. 55, p. 37, 2021.

Manual Diagnóstico e Estatístico de transtornos mentais: DSM-5. 2014.

MARGETIĆ, B. et al. Spirituality, personality, and emotional distress during COVID-19 pandemic in Croatia. *Journal of religion and health*, v. 61, n. 1, p. 644–656, 2022.

MARTINS, B. G. et al. Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse: propriedades psicométricas e prevalência das afetividades. *Jornal brasileiro de psiquiatria*, v. 68, n. 1, p. 32–41, 2019.

MCLEAN, C. P. et al. Gender differences in anxiety disorders: Prevalence, course of illness, comorbidity and burden of illness. *Journal of psychiatric research*, v. 45, n. 8, p. 1027–1035, 2011.

MELLO, R. C. C.; REIS, L. B.; RAMOS, F. P. Estresse em profissionais de enfermagem: importância da variável clima organizacional. *Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia*, v. 11, n. 2, 2018.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, Universidade Federal de Uberlândia, Institucional, 2016.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, Universidade Federal de Uberlândia, Institucional, 2017.

MOUTINHO, I. L. D. et al. Depression, stress and anxiety in medical students: A cross-sectional comparison between students from different semesters. *Revista da Associação Medica Brasileira (1992)*, v. 63, n. 1, p. 21–28, 2017.

NÓBREGA, M. DO P. S. DE S. et al. COVID-19 and the mental health of nursing professionals in Brazil: Associations between social and clinical contexts and psychopathological symptoms. *International journal of environmental research and public health*, v. 19, n. 17, p. 10766, 2022.

OZAMIZ-ETXEBARRIA, N. et al. Niveles de estrés, ansiedad y depresión en la primera fase del brote del COVID-19 en una muestra recogida en el norte de España. *Cadernos de saúde pública*, v. 36, n. 4, p. e00054020, 2020.

PACHECO, E. C. et al. Fatores associados ao estresse ocupacional entre cirurgiões-dentistas do setor privado no primeiro ano da pandemia de COVID-19. *Ciencia & saude coletiva*, v. 28, n. 10, p. 2915–2930, 2023.

PAIXÃO, G. M. DA et al. Occupational participation, stress, anxiety and depression in workers and students from Brazilian universities during the COVID-19 pandemic. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, v. 30, p. e2952, 2022.

PAULA, W. DE et al. Prevalence of anxiety, depression, and suicidal ideation symptoms among university students: a systematic review. *Brazilian Journal of Health Review*, v. 3, n. 4, p. 8739–8756, 2020.

PEDROZA SILVA, N. et al. COVID-19 alterando a cognição, a ansiedade e o sono de estudantes do ensino médio técnico de uma instituição federal de ensino no rio de janeiro. *RECIMA21 - Revista Científica Multidisciplinar - ISSN 2675-6218*, v. 3, n. 11, p. e3112227, 2022.

RIBEIRO, L. DA S. et al. Efeitos da pandemia de COVID-19 na saúde mental de uma comunidade acadêmica. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 34, p. eAPE03423, 2021.

ROSSI AV, et al. Avaliação da saúde mental dos estudantes de medicina do Espírito Santo durante o distanciamento social imposto pela COVID-19. *Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde*, Vitória, 2021, v. 23, n. 2, p. 21-28, jun-abr. Doi: 10.47456/rbps.v23i2.35027.

SANTOMAURO, D. F. et al. Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. *Lancet*, v. 398, n. 10312, p. 1700–1712, 2021.

SILVA ANDRADE, B. et al. Long-COVID and post-COVID health complications: An up-to-date review on clinical conditions and their possible molecular mechanisms. *Viruses*, v. 13, n. 4, p. 700, 2021.

SILVA-COSTA, A.; GRIEP, R. H.; ROTENBERG, L. Percepção de risco de adoecimento por COVID-19 e depressão, ansiedade e estresse entre trabalhadores de unidades de saúde. *Cadernos de saude publica*, v. 38, n. 3, p. e00198321, 2022.

STEFFEN JUNIOR V, et al. Viver UFU 2024: Saiba sobre a Assistência Estudantil, 2024, Equipe Gestão e Pró-reitoria de Assistência Estudantil – PROAE UFU.

TEE, M. L. et al. Psychological impact of COVID-19 pandemic in the Philippines. *Journal of affective disorders*, v. 277, p. 379–391, 2020.

THIYAGARAJAN, A.; JAMES, T. G.; MARZO, R. R. Psychometric properties of the 21-item Depression, Anxiety, and Stress Scale (DASS-21) among Malaysians during COVID-19: a methodological study. *Humanities & social sciences communications*, v. 9, n. 1, 2022.

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

WANG, C. et al. Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 Coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in China. *International journal of environmental research and public health*, v. 17, n. 5, p. 1729, 2020.

WORD HEALTH ORGANIZATION. World mental health report: transforming mental health for all. Geneva. 2022. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

WU, Z.; MCGOOGAN, J. M. Characteristics of and important lessons from the Coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak in China: Summary of a report of 72 314 cases from the Chinese center for disease control and prevention. JAMA: the journal of the American Medical Association, v. 323, n. 13, p. 1239, 2020.

YANG, C.; CHEN, A.; CHEN, Y. College students' stress and health in the COVID-19 pandemic: The role of academic workload, separation from school, and fears of contagion. PloS one, v. 16, n. 2, p. e0246676, 2021.

## ANEXO A – ESCALA DASS-21

## AVALIAÇÃO DA ANSIEDADE, ESTRESSE E DEPRESSÃO

**Instruções**

Por favor, leia cuidadosamente cada uma das afirmações abaixo e assinale 0, 1, 2 ou 3 para indicar o quanto cada afirmação se aplicou a si *durante a última semana*, conforme a indicação a seguir:

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

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

**ANEXO B – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO****Questionário Sociodemográfico para identificação de fatores predisponentes para Estresse, Ansiedade e Depressão**

1. Idade: \_\_\_\_\_
2. Raça Autorreferida  
 Amarela  Branca  Parda  Negra
3. Ano de Pós-Graduação  
 Primeiro ano  Demais anos
4. União Estável  
 Sim  Não
5. Família no Campus  
 Sim  Não
6. Filhos  
 Sim  Não
7. Trabalho  
 Sim  Não
8. Atividades Remotas  
 Sim  Não
9. Atividades Presenciais  
 Sim  Não
10. Grandes Áreas de Atuação  
 Saúde e Meio Ambiente  Exatas  Humanas
11. Bolsa Acadêmica  
 Sim  Não
12. Campus fora de Uberlândia  
 Sim  Não
13. Cotista  
 Sim  Não
14. Auxílio Estudantil  
 Sim  Não
15. Comorbidade  
 Sim  Não
16. Prática Religiosa  
 Sim  Não