

**Marco Túlio de Aquino**

**Prevalência de transtornos mentais  
entre estudantes de medicina da  
Universidade Federal de Minas Gerais**

Dissertação apresentada ao Colegiado do Curso de Pós-graduação em Ciências da Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal Minas Gerais, como requisito para obtenção do grau de Mestre em Ciências da Saúde.

Área de concentração: Saúde da Criança e do Adolescente

Orientador: Prof. Dr. Roberto Assis Ferreira

Coorientador: Prof. Dr. Marco Antônio Duarte

Belo Horizonte  
Faculdade de Medicina da UFMG  
2012

## UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

### Reitor

Prof. Clélio Campolina Diniz

### Vice-Reitora

Profa. Rocksane de Carvalho Norton

### Pró-Reitor de Pós-Graduação

Prof. Ricardo Santiago Gomez

### Pró-Reitor de Pesquisa

Prof. Renato de Lima dos Santos

### Diretor da Faculdade de Medicina

Prof. Francisco José Penna

### Vice-Diretor da Faculdade de Medicina

Prof. Tarcizo Afonso Nunes

### Coordenador do Centro de Pós-Graduação

Prof. Manoel Otávio da Costa Rocha

### Subcoordenadora do Centro de Pós-Graduação

Profa. Teresa Cristina de Abreu Ferrari

### Chefe do Departamento de Pediatria

Profa. Benigna Maria de Oliveira

### Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde – Saúde da Criança e do Adolescente

Profa. Ana Cristina Simões e Silva

### Subcoordenador do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde – Saúde da Criança e do Adolescente

Prof. Eduardo Araújo Oliveira

### Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde – Saúde da Criança e do Adolescente

Ana Cristina Simões e Silva –Titular

Benigna Maria de Oliveira - Suplente

Cássio da Cunha Ibiapina –Titular

Cristina Gonçalves Alvim - Suplente

Eduardo Araújo de Oliveira -Titular

Eleonora M. Lima - Suplente

Francisco José Penna -Titular

Alexandre Rodrigues Ferreira - Suplente

Jorge Andrade Pinto -Titular

Vitor Haase - Suplente

Ivani Novato Silva –Titular

Juliana Gurgel - Suplente

Marcos José Burle de Aguiar –Titular

Lúcia Maria Horta de Figueiredo Goulart - Suplente

Maria Cândida Ferrarez Bouzada Viana –Titular

Cláudia Regina Lindgren - Suplente

Michelle Ralil da Costa (Disc. Titular)

Marcela Guimarães Cortes (Disc. Suplente)

## **Dedicatória**

---

**À minha mãe que foi professora, por ter inculcado em mim todos os valores fundamentais, a visão humanista, o altruísmo, a determinação, e principalmente pelo seu amor, carinho, apoio incondicional e presença de sempre.**

**Ao meu pai, que mesmo ausente influenciou o meu olhar e interesse pela medicina.**

**Ao meu irmão por lembrar-me o significado da família.**

**À Luiza, que esteve comigo nesta caminhada.**

## **Agradecimentos**

---

**Ao amigo e Prof. Roberto Assis Ferreira, exemplo para mim e para várias gerações de médicos, que soube orientar-me com a singularidade e a clareza dos grandes mestres.**

**Ao Prof. Marco Antônio Duarte, por trazer a interpretação dos números para alguém que está acostumado a subjetivar.**

**Ao saudoso Prof. Odilon de Palma Lima, que abriu as portas para o meu retorno à Faculdade de Medicina através do seu convite.**

**À Emely Salazar, trabalhadora incansável pela saúde do estudante de medicina e companheira desde os primeiros passos do NApEM.**

**À Patrícia Amorim que, gentilmente, cedeu o instrumento utilizado neste trabalho e esteve sempre disponível para discussões sobre a sua aplicação e interpretação.**

**À Ana Araújo, pela atenção e dedicação na revisão deste trabalho.**

**À Faculdade de Medicina da UFMG, que antes de me acolher como aluno, acolheu o meu pai, e mudou de forma definitiva a minha maneira de pensar e enfrentar os desafios da vida.**

**Aos amigos do NApEM e a todos aqueles que estiveram juntos nesta caminhada.**

**Aos médicos que inspiram “ser” médico.**

**Aos estudantes de medicina, motivo e inspiração para a realização deste trabalho.**

**Aos alunos da Faculdade de Medicina da UFMG, que abriram um espaço no seu tempo já escasso para contribuir de forma autêntica e verdadeira com informações fundamentais para a conclusão deste estudo.**

---

***De distinto médico patricio contam que, achando-se moribundo, gostava que os companheiros o abanassem. E a um deles, que se oferecera trazer-lhe moderníssimo ventilador elétrico, capaz de renovar-lhe continuamente o ar do aposento, respondeu, admirável no esoterismo profissional e sublime na intuição de curador: - “Obrigado, o que me alivia e conforta, não é o melhor arejamento do quarto, mas sim a solícita solidariedade dos meus amigos...”***

***Discurso de Guimarães Rosa, Orador da Turma de Formandos de Medicina apud Goulart, EMA. O viés médico na literatura de Guimarães Rosa, 2011, p.12.***

---

# Comissão Examinadora

---

## Membros titulares

- Orientador: Prof. Roberto Assis Ferreira – Presidente da banca  
Professor emérito-doutor do Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da UFMG
- Coorientador: Prof. Marco Antônio Duarte  
Professor adjunto-doutor do Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da UFMG
- Prof. João Gabriel Marques da Fonseca  
Professor adjunto-doutor do Departamento de Clínica Médica da Faculdade de Medicina da UFMG
- Prof<sup>a</sup>. Maria Mônica Freitas Ribeiro  
Professora adjunta-doutora do Departamento de Clínica Médica da Faculdade de Medicina da UFMG

## Membro suplente

- Prof<sup>a</sup>. Cristina Gonçalves Alvim  
Professora adjunta-doutora do Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da UFMG

## RESUMO

**PREVALÊNCIA DE TRANSTORNOS MENTAIS ENTRE ESTUDANTES DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS** **Introdução:** Estudos identificam várias fontes de estresse nas atividades envolvidas no curso médico como potenciais fatores de risco para o desenvolvimento de doenças mentais. O curso de medicina propicia uma série de estressores que são percebidos de forma individual, subjetiva e temporal, dependendo do patrimônio cultural, emocional e sócio-econômico, que determina a resiliência e escolhas dos alunos. Embora todos os estudantes de Medicina estejam expostos às mesmas situações ansiogênicas, alguns parecem lidar com tais situações de forma mais saudável, enquanto outros exibem sinais de dificuldades emocionais. Os fatores etiológicos mais importantes das doenças psiquiátricas entre estudantes de medicina e médicos são: o histórico psiquiátrico da família, a experiência de vida e a personalidade, quando comparados com os “danos ocupacionais dos médicos”. Os efeitos destes últimos são experienciados indiretamente na perda de redes sociais de apoio ou na precipitação de “um complexo de sintomas” em indivíduos susceptíveis ou vulneráveis. Os níveis de perturbações emocionais em estudantes de medicina e médicos jovens parecem estar aumentando e em nosso meio ainda são poucas as publicações e relatórios de implementação de medidas preventivas ou programas de intervenção durante o treinamento e prática médica. Os dados encontrados na literatura sugerem elevada frequência de transtornos mentais entre estudantes de Medicina e apontam para um crescimento da morbidade psicológica, durante o curso médico (Guthrie et al.<sup>4</sup>, 1995; Carson et al.<sup>5</sup>, 2000), associado à exposição dos estudantes a várias fontes de estresse nas atividades envolvidas na formação médica, que se constituiriam em potenciais fatores de risco para o desenvolvimento de transtornos mentais. **Objetivo:** Investigar a prevalência de transtornos mentais entre estudantes de Medicina, realizando estudo em amostra desta população. **Desenho do estudo:** Observacional descritivo. **Material e métodos:** Cento e seis estudantes de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, escolhidos aleatoriamente, foram submetidos a entrevistas estruturadas com aplicação do *Mini International Neuropsychiatric Interview, versão plus* (MINI-plus) para o diagnóstico de transtornos mentais. **Resultados:** Oitenta e nove alunos (83,96%) apresentaram pelo menos um diagnóstico no momento da entrevista. Foram identificados transtornos relacionados ao abuso ou dependência de álcool ou outras substâncias psicoativas (47,14%), transtornos de ansiedade (43,38%), transtorno do humor (33,01%) e outros diagnósticos (27,33%). Dezoito alunos (16,98%) haviam apresentado episódio depressivo no passado e 46,22% apresentaram diagnóstico de abuso ou dependência de substância psicoativa ao longo da vida. **Conclusões:** O estudo demonstrou uma alta frequência de transtornos mentais na amostra estudada em comparação aos inventários do *International Consortium in Psychiatric Epidemiology* (ICPE). Estes resultados são válidos apenas para a população estudada e não podem ser generalizados.

**Palavras-chaves:** 1. Transtornos mentais; 2. Estudantes universitários; 3. Medicina; 4. MINI; 5. Estudantes de medicina; 6. Educação médica.

## SUMMARY

PREVALENCE OF MENTAL DISORDERS AMONG STUDENTS OF MEDICINE OF THE UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS **Introduction:** Studies have identified several sources of stress in the activities involved in the medical school as potential risk factors for the developing of mental illness. The medical school provides a number of stressors that are perceived in an individual, subjective and time related way, depending on the cultural heritage, emotional and socio-economic status, which determines the resilience and choices of students. Although all medical students are exposed to the same anxiogenic situations, some seem to deal with such situations in a healthier way, while others show signs of emotional difficulties. The most important etiological factors of psychiatric disorders among medical students and doctors are the family psychiatric history, life experience and personality, when compared with the "occupational hazards of being a doctor." Their effects are experiment indirectly in the loss of social support wheels or the beginning of a "symptom complex" in susceptible or vulnerable individuals. The levels of emotional distress in medical students and young doctors seem to be increasing in our country and there are few publications and reports of implementation of preventive or intervention programs during training and medical practice. The data in the literature suggest a high frequency of mental disorders among medical students and point to a growth of psychological morbidity during medical school (Guthrie et al <sup>4.</sup>, 1995, Carson et al.<sup>5.</sup>, 2000), associated with exposure of students to various sources of stress in the activities involved in medical training, which would provide potential risk factors for developing mental disorders. **Objective:** To investigate the prevalence of mental disorders among medical students, conducting a study in this population sample. **Study Design:** Observational descriptive. **Material and Methods:** One hundred and six students of Medicine, of Universidade Federal de Minas Gerais, randomly selected, submitted structured interviews with application of the Mini International Neuropsychiatric Interview, version plus (MINI - plus) for the diagnosis of mental disorders. **Results:** Eighty-nine students (83.96%) had at least one diagnosis at the time of interview. Disorders related to abuse or dependence on alcohol or other psychoactive substances (47.14%), anxiety disorders (43.38%), mood disorders (33.01%) and others (27.33%) were identified. Eighteen students (16.98%) had had depressive episodes in the past and 46.22% were diagnosed with abuse or dependence of psychoactive drugs lifelong. **Conclusions:** The study showed a high frequency of mental disorders in our sample in comparison to inventories of the International Consortium in Psychiatric Epidemiology (ICPE). These results are valid only for the population studied and can not be generalized.

**Keywords:** 1. Mental disorders, 2. College students, 3. Medicine. 4. MINI; 5. Medical students; 6. Medical education.

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

CEGRAD – Centro de Graduação da Faculdade de Medicina da UFMG

CID 10 - Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento

CIDI – *Composite International Diagnostic Interview*

DALY– *Disability adjusted life of years*

DSM - Manual de Diagnostico e Estatística de Distúrbios Mentais

EDM – Episódio depressivo maior

ECA - *Epidemiologic Catchment Área*

FAMUSP – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

GRAPAL - Grupo de Assistência Psicológica ao Aluno da FAMUSP

ICPE - International Consortium in Psychiatric Epidemiology

MINI - *Mini International Neuropsychiatric Interview*

NAPEM – Núcleo de apoio psicopedagógico aos estudantes da Faculdade de Medicina da UFMG

OMS – Organização Mundial de Saúde

QMPA - Questionário de Morbidade Psiquiátrica em Adultos

QV - Qualidade de Vida

SCID – *Structured clinical interview for DSM-IV*

SCID-P - *Structured clinical interview for DSM-III-R with psychotic screen*

TAG – Transtorno de ansiedade generalizada

TBP – Transtorno bipolar

TM - Transtorno Mental

TOC – Transtorno obsessivo compulsivo

UFMG – Universidade Federal de Minas Gerais

WHO - *World Health Organization*

WHOQOL - *World Health Organization Quality of Life*

**LISTA DE ILUSTRAÇÕES E TABELAS**

---

<b><u>QUADROS</u></b>	
Quadro I	70
Quadro II	75
Quadro III	87
<b><u>FIGURAS</u></b>	
Figuras 1	95
Figuras 2	96
Figuras 3	98
<b><u>TABELAS</u></b>	
Tabela 1	78
Tabela 2	92
Tabela 3	93
Tabela 4	94
Tabela 5	96
Tabela 6	97

---

# SUMÁRIO

---

<b>I- INTRODUÇÃO GERAL</b>	14
<b>II - REVISÃO DA LITERATURA</b>	21
II.1. Estresse do Estudante de Medicina	33
II.2. Burnout	39
II.3. Qualidade de Vida	43
II.4. Transtornos Depressivos e de Ansiedade	46
II.5. Uso de Álcool e Substâncias Psicoativas	50
II.6. Suicídio	54
II.7. Epidemiologia dos Transtornos Mentais	67
<b>III – OBJETIVOS</b>	79
III.1. Objetivo Geral	80
III.2. Objetivo Específico	80
<b>IV - MÉTODO</b>	81
IV.1. Desenho do Estudo	82
IV.2. Método	82
IV.3. Descrição dos sujeitos da pesquisa e técnica de amostragem	82
IV.4. Critérios de Inclusão e de Exclusão	83
IV.5. Procedimentos	83

IV.6. Coleta de dados	84
IV.7. Análise estatística	88
<b>V - RESULTADOS</b>	90
<b>VI - DISCUSSÃO</b>	100
<b>VII - CONCLUSÃO, CONSIDERAÇÕES FINAIS E SUGESTÕES</b>	117
VII.1. Conclusão	118
VII.2. Considerações finais e sugestões	118
<b>VII I- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	121
<b>IX - ANEXOS</b>	135



# INTRODUÇÃO GERAL

---

## **I - INTRODUÇÃO**

A partir de vivências pessoais como discente da Faculdade de Medicina da UFMG e, posteriormente, como psiquiatra membro da equipe técnica do NAPEM (Núcleo de apoio psicopedagógico aos estudantes da Faculdade de Medicina da UFMG), passei a considerar fundamental a avaliação da saúde mental e da qualidade de vida do estudante de medicina.

Como psiquiatra do NAPEM, tive a oportunidade de conviver com os alunos em atendimentos clínicos em que se discutiam aspectos sintomáticos, dificuldades pessoais e questões ligadas à formação médica. Surgiu, assim, um convívio frutífero que permitiu a compreensão das angústias e dos conflitos daqueles alunos.

O estudante de medicina, ao ingressar na Faculdade, acaba mudando de forma bastante radical o seu estilo de vida, com perdas na sua vida pessoal, nas suas relações sociais e no seu lazer, com o intuito de adaptar-se ao novo contexto de ensino-aprendizagem da vida universitária.

No curso de medicina, enfrenta uma carga horária por vezes excessiva, competição entre os colegas, contato com a doença, morte, questões e dificuldades socioeconômicas das populações mais carentes.

O longo e estressante processo de educação médica é, em si, tido como um difícil modo de obter desenvolvimento e maturação. O próprio esforço de educar um indivíduo em vários campos por tantos anos, frequentemente, torna impossível a maturação deste indivíduo, que é um dos seus objetivos (Meleiro<sup>57</sup> 2001).

O curso de medicina propicia uma série de estressores que são percebidos de forma individual, subjetiva e temporal, dependendo do patrimônio cultural, emocional e socioeconômico, que determina a resiliência e as escolhas dos alunos.

O treinamento em serviço que o aluno de medicina recebe vem de médicos, professores, preceptores ou residentes que são tidos como referências futuras, isto é, configuram modelos para os alunos, mas nem sempre correspondem a bons modelos de saúde física e mental. O estudante aprende a tratar dos pacientes e negligencia o cuidar de si por duas razões: na sua formação, a definição e a aplicação do conceito de qualidade de vida são obscuras e destituídas de importância; além disso, o estudante aprende a identificar-se como sujeito diverso dos pacientes, e o que recomenda para estes não parece ser aplicável a si próprio (Fieldler PT<sup>144</sup> 2008). O estudante universitário, com todo o seu ímpeto juvenil, suas fantasias onipotentes, sua inexperiência, sua expectativa diante do mundo adulto que começa a se descortinar, está longe da estabilidade emocional que a vida, o conhecimento e o passar dos anos pode oferecer à maioria das pessoas. Embora todos os estudantes de Medicina estejam expostos às mesmas situações ansiogênicas, alguns parecem lidar com tais situações de forma mais saudável, enquanto outros exibem sinais de dificuldades emocionais (Cavestro JM<sup>2</sup> 2004). Os níveis de perturbações emocionais em estudantes de medicina e médicos jovens parecem estar aumentando e em nosso meio ainda são poucas as publicações e relatórios de implementação de medidas preventivas ou programas de intervenção durante o treinamento e prática médica.

A saúde mental dos estudantes de Medicina tem sido objeto de freqüentes investigações em centros universitários nacionais e internacionais (Lin<sup>145</sup> 1995). Estudos apontam para um crescimento da morbidade psicológica durante o curso

médico (Guthrie et al<sup>4</sup> 1995; Carson et al<sup>5</sup> 2000), associado à exposição dos estudantes a várias fontes de estresse nas atividades envolvidas na formação médica, que se constituiriam em potenciais fatores de risco para o desenvolvimento de transtornos mentais (Fernandez & Rodrigues<sup>6</sup> 1993; Cataldo Neto et al<sup>7</sup> 1998).

Os fatores etiológicos mais importantes das doenças psiquiátricas entre estudantes de medicina e médicos são: o histórico psiquiátrico da família, a experiência de vida e a personalidade, quando comparados com os “danos ocupacionais dos médicos”. Os efeitos destes últimos são experienciados indiretamente na perda de rodas sociais de apoio ou na precipitação de “um complexo de sintomas depressivos” em indivíduos susceptíveis ou vulneráveis. Em artigo de revisão, Waring<sup>146</sup> (1974) encontrou dados indicativos de que a morbidade psiquiátrica na família, as experiências de vida e a personalidade eram fatores etiológicos mais importantes para os distúrbios psiquiátricos em médicos que os fatores ocupacionais.

Estudos apontam a existência de fatores estressores, comumente relatados por estudantes de Medicina de todas as partes do mundo, tais como mudanças na forma de aprendizado passiva para ativa, o volume de informações e matérias a serem estudadas, a diminuição do tempo dedicado ao lazer, a progressiva assimilação de estilo e do papel do médico, a competitividade, o contato com a morte e as doenças, o medo de falhar, as dificuldades econômicas, a escolha de uma especialização, as dificuldades para ingressar em um curso de residência médica, o mercado de trabalho na profissão (Lloyd 1993; Foorman 1986; Millan & Barbedo 1988) *apud* Cavestro JM<sup>2</sup> 2004. De acordo com Kohl (1951) *apud* Cavestro JM<sup>2</sup> 2004, a limitação de tempo imposta por extensos currículos impede o desenvolvimento do

interesse do aluno por outros temas que não a Medicina, podendo, dessa forma, bloquear sua imaginação e sua criatividade.

Após ter passado por um desgastante exame de seleção (vestibular), o primeiranista de Medicina entra numa fase de euforia, que permanece durante boa parte do primeiro ano. Nesse momento, o estudante sente-se valorizado socialmente e orgulha-se do seu desempenho. A onipotência toma conta dele, que passa a ver como natural a sua saída da faculdade sem o menor esforço, havendo uma negação das dificuldades que surgirão com o avanço do curso Millan et al<sup>16</sup>(1991).

Millan, De Marco, Sousa et al<sup>12</sup> (1998) descreveram as vicissitudes do estudante de Medicina, que poderiam também se encaixar em estudantes de outras profissões.

É um contrassenso que os estudantes de medicina aprendam e trabalhem nas faculdades consideradas as melhores do País, com as melhores equipes médicas, e que, no entanto, essas equipes hospitalares em geral não se sensibilizem, negligenciando a saúde do estudante de Medicina, principalmente com referências pejorativas à doença mental. Os esforços das faculdades de Medicina nas últimas décadas para dar assistência psicológica ao aluno ainda ressoam pouco, devendo ser mais valorizados pelos próprios alunos e professores. Há uma resistência por parte dos próprios alunos em aceitar que precisam de ajuda psicológica e em procurá-la. Muitas vezes, os professores desvalorizam, por comentários pejorativos, a importância emocional dos pacientes; com isso, os alunos se fecham a qualquer abordagem nessa área (Meleiro AMAS<sup>57</sup> 2001).

A saúde significa mais que apenas a ausência de sintomas desagradáveis. A Organização Mundial de Saúde<sup>124</sup> a define como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade”.

A OMS<sup>124</sup> define ainda que “para todas as pessoas, a saúde mental, a saúde física e a social constituem fios de vida estreitamente entrelaçados e profundamente interdependentes. À medida que cresce a compreensão desse relacionamento, torna-se cada vez mais evidente que a saúde mental é indispensável para o bem-estar geral dos indivíduos, sociedades e países.”

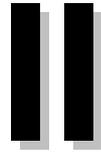
O impacto do adoecer no estudante de medicina e no jovem médico tem merecido pouca atenção. O médico, com um referencial diferente da maioria das pessoas, isto é, por ter (ou pensar ter) conhecimentos sobre fisiologia, patologia, etiologia, terapêutica e prognóstico, enfrenta o processo do adoecer em si mesmo de maneira diversa daquela da população em geral, sendo assim um paciente especial.

O início súbito de uma doença gera sentimentos de insegurança e ansiedade. Para o médico, nesse momento, é perdido, também, o papel da pessoa que cura, passando a ter que entrar em contato com sua “ferida”.

Geralmente, o médico dedicado trata de seus pacientes valorosamente, mas ignora sua própria dor, desconforto e exaustão. Opta por automedicar-se com remédios para doenças autodiagnosticadas. Quando admite sua doença e vai procurar um profissional, fica geralmente envergonhado como se tivesse falhado. O mito e a crença de que médicos são imunes a doenças está por toda parte (Meleiro AMAS<sup>57</sup> 2001).

Serviços universitários de atenção a estudantes de medicina têm revelado significativa demanda de atendimento. Estudar as características desse grupo é necessário com a finalidade de tornar possível um planejamento mais coerente desse tipo de assistência, atualmente considerada de vital importância no acompanhamento dos alunos ao longo do curso médico.

Este trabalho visa avaliar a prevalência de transtornos mentais entre estudantes de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, em estudo preliminar, testando a viabilidade de pesquisa epidemiológica sobre a prevalência de transtornos mentais e as repercussões pessoais, clínicas e acadêmicas destes transtornos na qualidade de vida desta população. Sua justificativa sustenta-se na importância de se conhecer melhor essa população específica e nos poucos estudos de morbidade psiquiátrica em nosso meio com utilização de instrumentos diagnósticos padronizados.



## **REVISÃO DA LITERATURA**

---

## **II – REVISÃO DA LITERATURA**

O interesse pelos aspectos psicológicos do estudante de medicina e do médico é muito antigo. Hipócrates (460-377 a.C.) já chamava a atenção para o risco de o médico tornar-se onipotente: “o sábio é aquele que procura aprender; quem acredita que a tudo conhece é ignorante”.

O pai da medicina, em “A Lei”, também discorreu acerca dos atributos necessários para aquele que tinha o desejo de ser médico:

Aquele que deseja adquirir um bom conhecimento de medicina deve ter as seguintes características: aptidão natural, cultura, disposição para estudar, instrução desde cedo, perseverança, amor ao trabalho e tempo disponível. Antes de mais nada, é preciso talento natural, pois quando a natureza se opõe, tudo é em vão. Quando porém ela indica o caminho e a direção do que é melhor, o aprendizado da arte se faz de maneira prazerosa. O estudante deve tentar, por seu lado, assimilar esse aprendizado através da reflexão, tornando-se logo de início um aluno em um local apropriado à instrução, de modo que os conhecimentos que estão se enraizando produzam frutos apropriados e abundantes<sup>1</sup>.

O surpreendente é que, após tanto tempo, suas observações podem ser aplicadas perfeitamente à medicina contemporânea. Entretanto, foi apenas no século XX que os aspectos psicológicos do médico passaram a ser estudados de forma sistemática. Na década de 1950, foram realizadas diversas conferências na Europa com o objetivo de discutir aspectos relativos à saúde mental do estudante de medicina e suas dificuldades psicológicas. Desde então, centenas de trabalhos foram

publicados acerca do tema, utilizados como estímulo para a criação de serviços de assistência psicológica ao estudante de medicina em diferentes países, necessidade que já havia sido apontada por Stewart Paton, da Universidade de Princeton, nos EUA, em 1910 (Millan LR, Arruda PCV<sup>1</sup> 2008).

Nessa época já existia a preocupação de estudiosos em identificar possíveis fatores presentes na comunidade estudantil que pudessem estar facilitando o surgimento de transtornos psiquiátricos entre alunos, possibilitando assim a adoção de medidas preventivas. Campbell (apud Cavestro<sup>2</sup> 2004) em 1919 publicou nos EUA um artigo intitulado “A responsabilidade das universidades na promoção da higiene mental”, que sugeria que um centro universitário deveria oferecer aos estudantes a oportunidade de se depararem com suas dificuldades e necessidades pessoais, colocando seu desenvolvimento intelectual em consonância com um amadurecimento saudável e uma clara compreensão de alguns aspectos inerentes à própria vida.

Morrison & Diehl 1924 (apud Cavestro<sup>2</sup> 2004), da Universidade de Minesota, estudaram 2.295 alunos através de questionários e concluíram que aproximadamente 6% dos alunos tinham problemas que justificavam um aconselhamento, e que uma história de transtorno mental no passado foi observada em 11% das alunas e em 17% dos alunos.

Durante a década de 50, conforme Lucas 1976 (apud Cavestro<sup>2</sup> 2004), devido ao alto índice de suicídio entre alunos de graduação de Oxford, Inglaterra, passou-se a dar mais atenção aos problemas concernentes a esse tipo de população. Foi criada a *British Student Health Association*, por psiquiatras e outros médicos dedicados à questão do ensino superior, que posteriormente constataram índices

preocupantes de suicídios em outras universidades britânicas.

Em editorial da Revista da Associação Médica Canadense intitulado “Student Mental Health” (1970), foi ressaltada a importância do tema, lembrando que os estudantes universitários formam uma pequena elite, comparados à população geral, porém, representam uma importante facção da sociedade, aos quais se deverá uma boa parcela do progresso da humanidade (Cavestro<sup>2</sup> 2004).

No Brasil, o pioneiro foi o professor Gaudino Loreto, da Universidade Federal de Pernambuco, que passou a dar assistência psiquiátrica aos estudantes de medicina a partir de 1957, chegando a publicar trabalhos e escrever uma tese sobre a sua experiência<sup>164</sup>. A partir de então, diversos centros nacionais tentaram criar serviços com a mesma finalidade, mas não conseguiram dar continuidade ao seu trabalho devido à escassez de recursos, às interferências da política universitária e à indefinição de um *setting* adequado para o atendimento dos alunos (Millan & Arruda<sup>1</sup> 2008).

Na literatura internacional, são frequentes trabalhos sobre suicídio e consumo de substâncias entre estudantes de Medicina. Muitos outros estudos descreveram a ocorrência de transtornos mentais entre populações de estudantes assistidas pelos serviços universitários. Entretanto, são mais raros os trabalhos que avaliaram morbidade utilizando instrumentos padronizados para triagem ou diagnóstico de transtornos mentais em amostras aleatórias representativas desta população (Azi LA<sup>3</sup> 2002).

Estudos apontam para um crescimento da morbidade psicológica durante o curso médico (Guthrie et al.<sup>4</sup> 1995; Carson et al.<sup>5</sup> 2000), associado à exposição dos estudantes a várias fontes de estresse nas atividades envolvidas na formação

médica, que se constituíam em potenciais fatores de risco para o desenvolvimento de transtornos mentais (Fernandez & Rodrigues<sup>6</sup> 1993; Cataldo Neto et al.<sup>7</sup> 1998).

A revisão dos trabalhos publicados sobre o tema, realizada após busca através do *Medline* e *Lilacs*, identificou trabalhos brasileiros e internacionais que sugeriram elevada frequência de transtornos mentais entre estudantes de Medicina (Clark & Zeldow<sup>8</sup>, 1988; Millan et al.<sup>9</sup> 1995; Croen et al.<sup>10</sup> 1997; Mesquita et al.<sup>11</sup> 1997; Millan et al.<sup>12</sup> 1998) .

Estudos revelam que a população de estudantes de medicina, em muitos casos, adoece mais quando comparada com a população em geral (Millan et al.<sup>12</sup> 1998; Rezende et al.<sup>86</sup> 2008; Cavestro & Rocha<sup>163</sup> 2006).

Os referidos autores conjecturam que, por serem “pessoas mais exigentes”, os alunos de medicina estariam mais propensos a sofrer as pressões impostas ante qualquer falha, apareceriam sentimentos de desvalia e impotência que muitas vezes são responsáveis por ideias de abandono do curso, depressão e suicídio.

Vários estudos em diferentes partes do mundo têm mostrado situações estressantes na vida do médico que comprometem sua qualidade de vida<sup>18</sup>. Pesquisa recente divulgada pelo Conselho Federal de Medicina<sup>19</sup> revelou que mais da metade dos médicos no Brasil apresenta distúrbios psiquiátricos, como ansiedade e depressão, além de estafa. Também apontou que 5% dos médicos se sentem sem esperança, infelizes e com pensamentos suicidas. Alguns estudos apontam a presença de fatores estressantes já na formação médica e suas consequências para a saúde dos estudantes<sup>15,20</sup>. Enns *et al.*<sup>21</sup> enfatizam que fatores estressantes – como pressão para aprender, grande quantidade de novas informações, falta de tempo para atividades sociais, contato com doenças graves e com a morte no cuidado clínico

dos pacientes podem contribuir para o aparecimento de sintomas depressivos nos estudantes. Costa & Pereira<sup>22</sup> discorrem sobre os diversos tipos de abuso (verbal, institucional, por risco médico desnecessário, físico e sexual) vivenciados pelos estudantes de Medicina, que podem agravar seu estresse. Como decorrência do estresse, estudos têm demonstrado alta prevalência de suicídio, depressão, uso de drogas, distúrbios conjugais e disfunções profissionais em médicos e estudantes de Medicina que podem prejudicar o cuidado do paciente<sup>23,24</sup>.

Benevides-Pereira<sup>25</sup> (2002) descreve pesquisa em que os estudantes de Medicina apresentam limitações em manter uma vida social adequada já no primeiro ano de curso (por exemplo, escassos amigos, falta de oportunidade de lazer) e apresentam sintomas psicossomáticos (por exemplo, depressão, ansiedade), problemas que são duplicados no terceiro ano. Em sua revisão, ela constata que esses estudantes, no transcurso de sua carreira acadêmica, aumentam o uso de substâncias psicotrópicas, especialmente de tranquilizantes, bem como ressalta a elevada incidência de suicídio, com índice superior ao da população geral.

A preocupação com o bem-estar passou a despertar o interesse de diversas categorias ocupacionais. Entre elas, a dos médicos vem recebendo atenção em diversos países (por exemplo, Canadá, Espanha, Estados Unidos, Nova Zelândia). Há aproximadamente duas décadas tiveram lugar os primeiros debates e as pesquisas sobre o desconforto psicológico (*distress*) desses profissionais, incluindo depressão e ansiedade, mas também o uso e abuso de substâncias psicotrópicas (Shanafelt, Sloan e Habermann<sup>26</sup> 2003). Provavelmente, a *Canadian Medical Association* realizou até então a maior pesquisa nacional cujo foco principal era a situação precária dos médicos; foram consideradas as respostas de 3.520 profissionais que atuam no Canadá, tendo sido desenhado um perfil nada

satisfatório: 62% opinam que têm uma carga de trabalho muito pesada; 55% relatam que sua família e vida pessoal sofrem porque escolheram a Medicina como profissão; e 65%, apesar de insatisfeitos, vêem oportunidades limitadas de mudar de profissão (Sullivan e Buske<sup>27</sup> 1998).

O desgaste profissional do médico também se reflete na sua vida pessoal, provavelmente em maior medida do que ocorre em outros ofícios, como o de advogado (Levine & Bryant<sup>28</sup> 2000). Estudo de Maxwell<sup>29</sup> (2001) indicou que o trabalho do médico afeta suas relações interpessoais devido à falta de tempo, aos estressores acadêmicos, à sobrecarga de trabalho, fadiga e privação de sono. A vulnerabilidade a crises pessoais leva-o a sentimentos de solidão, depressão, ansiedade, insônia, problemas com álcool ou drogas psicotrópicas, assim como outras manifestações físicas. Por certo, os fatores psicossociais e a saúde física mantêm forte relação entre si; as doenças, a incapacidade e mesmo a morte podem ser desencadeadas pelo tabagismo, dieta, uso de bebidas alcoólicas e drogas psicotrópicas. A profissão médica parece mesmo implicar um conjunto “natural” de estressores, com os quais se começa a conviver já como acadêmico (Carlotto, Nakamura & Câmara<sup>30</sup> 2006; Dutra<sup>31</sup> 2005; Miranda & Queiroz<sup>32</sup> 1991; Pimentel, Andrade e Barbosa<sup>33</sup> 2004).

Ros<sup>34</sup> (2001), contando com uma amostra de 82 médicos do Hospital Geral Universitário de Alicante, Espanha, levantou até 50 possíveis fontes de estresse no contexto hospitalar, tendo sido as oito seguintes as mais estressantes (as pontuações poderiam variar de = *Nada estressante* a = *Extremamente estressante*): as complicações graves do estado do doente [ $M$  (Média) = 7,9], as complicações durante a prescrição do medicamento [ $M = 7,4$ ], o excesso de trabalho existente nas urgências [ $M = 7,2$ ], ter que tomar decisões sem critérios claros de atuação [ $M =$

7,1], os plantões de fim de semana [ $M = 7,0$ ], ter que atender a um familiar ou um amigo [ $M = 6,9$ ], que a falta de coordenação na assistência intra e extra-hospitalar repercute no paciente [ $M = 6,5$ ] e os dias de plantão [ $M = 6,5$ ]. Nesta mesma direção, Smrdel<sup>35</sup> (2003) observou que entre os médicos da Eslovênia existe um sentimento de culpa atribuído a sua responsabilidade pelo tratamento e cura do paciente; quando esta não é bem sucedida, a experiência resultante é de estresse laboral.

Embora o profissional da área da saúde, especificamente o médico, seja o responsável pelas atividades de promoção à saúde de forma ampla e integral, incluindo não apenas o aspecto físico do indivíduo, mas também o psicológico e sua inserção no ambiente em que vive, sabe-se que estes profissionais nem sempre aplicam esses conceitos em benefício próprio (Ramos-Dias, JC et al<sup>36</sup>, 2010), conforme resultados de estudos que abordam o consumo de álcool e o tabagismo no meio médico<sup>37,38</sup>.

Em estudo realizado por Figueroa JN e Cols<sup>18</sup> (2010), observou-se um decréscimo significativo do domínio psicológico entre os alunos em conclusão do curso médico, quando comparados aos estudantes do início do curso. A hipótese de que seis anos do curso médico possam alterar a qualidade de vida dos estudantes tem sido fundamentada em avaliações de declínio dos domínios psicológicos do estado de saúde. Goldin et al.<sup>39</sup> (2007) observaram diminuição na qualidade de vida e no sono, além de aumento da depressão em estudantes de Medicina durante o internato em cirurgia. Raj et al.<sup>40</sup> (2000) também detectaram uma significativa deterioração nos domínios da vitalidade, saúde física e psíquica ao estudarem prospectivamente a qualidade de vida relacionada à saúde num grupo de estudantes do último ano do curso médico durante dez meses. Recentemente, Hassed et al.<sup>41</sup> (2009), utilizando

o questionário Whoqol-bref num estudo de coorte por um ano com estudantes de Medicina, também detectaram piora no domínio psicológico, mas não no domínio físico. Guthrie et al.<sup>42</sup> (1998) observaram que o bem-estar psicológico de um grupo de estudantes no final do curso médico dependia do estado de saúde mental do aluno no primeiro ano do curso. Tile et al.<sup>43</sup> (1995), reportaram que os médicos residentes do primeiro ano apresentam significativamente melhores escores de saúde mental, assim como melhor percepção geral de saúde e função social do que os residentes do segundo e terceiro anos.

Em estudo qualitativo com 130 médicos, avaliando as práticas que estes utilizavam para promover seu bem-estar, incluíram a valorização dos relacionamentos interpessoais (passar mais tempo com a família e os amigos), ter atividades religiosas ou espirituais e cuidar de si mesmo, além de achar um sentido no trabalho, estabelecer limites e adotar uma visão filosófica positiva, tal como ser positivo ou concentrar-se no sucesso<sup>45</sup>. Vários pesquisadores têm tentado identificar o que faz com que alguns estudantes de Medicina lidem de uma forma mais ou menos traumática com as situações estressantes do seu dia-a-dia<sup>21,46,47</sup>. Wolf<sup>48</sup> (1994) enfatiza a importância de se identificar os estudantes com maior risco de desajustamentos psicológicos durante seu treinamento. Miller e Surtees<sup>47</sup> (1991), estudando a evolução de sintomas de ansiedade e depressão entre estudantes de Medicina do primeiro ano em seus primeiros seis meses na universidade, concluíram que um pequeno subgrupo continuamente sintomático continha estudantes mais lentos para fazer amizades, com suporte inapropriado dos familiares, com tendência para brigar, com namorados(as) firmes e/ou personalidades “vulneráveis”. Por outro lado, o subgrupo que esteve bem por todo o período tinha experimentado uma infância com muitos cuidados, raramente tinha namorados(as), mostrou pequena

tendência para brigas e tinha personalidade “adaptativa”. Stewart et al<sup>46</sup> (1997), em estudo com 140 estudantes de Medicina, observaram que os que apresentaram menor sucesso no desempenho acadêmico possuíam elevados níveis de sintomas e de ideias depressivas. Estudantes com traços de ansiedade tinham maior susceptibilidade ao estresse, enquanto o oposto se dava com os mais otimistas e/ou com estilos ativos de lidar com o estresse (confronto com as situações, esforço para alterá-las). Como ressalta Jung<sup>51</sup>: “somente se o médico souber lidar com ele mesmo e com seus próprios problemas ele será capaz de ensinar o paciente a fazer o mesmo”. O perfeccionismo tem sido apontado como um traço da personalidade frequente em estudantes de Medicina e tem forte relação com estresse psicológico<sup>15</sup>. Em estudo realizado com a população em geral, Blatt<sup>50</sup> demonstrou forte associação entre perfeccionismo e aumento de riscos de depressão, ansiedade, sintomas obsessivo-compulsivos e suicídio. Uma proposta que tem sido utilizada por diversas faculdades de Medicina é o programa de tutoria. Bellodi et al<sup>52</sup> mencionam que “o desenrolar de todo o processo de formação, especialmente em relação às escolhas a realizar, pode ser muito facilitado se for oferecido ao aluno contato com modelos identificatórios adequados e estimulantes para as suas diferentes necessidades”. Para esses autores, o objetivo da atividade tutorial é o suporte pessoal durante o desenvolvimento profissional. O programa de tutoria também cria oportunidades de identificar problemas durante a formação e seus possíveis encaminhamentos visando a soluções (Zonta R et al<sup>44</sup> 2006).

Nos Estados Unidos, pesquisadores, após constatarem a presença de transtornos mentais significativos entre acadêmicos de medicina, criaram o termo “*physician impairment*”, que poderia ser definido como “incapacidade de praticar a Medicina com razoável aptidão e segurança para os pacientes”. É ressaltada a importância de

um centro universitário oferecer serviços adequados de atenção à saúde do estudante (Fogel e Bishop<sup>53</sup> 1983; Dickstein<sup>54</sup> 1990; Pasnau e Stoessel<sup>55</sup> 1994).

Autores como Rosenman e Friedman<sup>56</sup> propõem algumas características de personalidade que estariam mais presentes entre estudantes de medicina e médicos:

#### CARACTERÍSTICAS DE COMPORTAMENTO NO TIPO “A” DE PERSONALIDADE:

1. Tendência para procurar atingir metas não bem definidas ou muito altas;
2. Acentuada impulsão para competir;
3. Desejo contínuo de ser reconhecido e de progredir;
4. Envolvimento em múltiplas funções;
5. Impossibilidade prática (falta de tempo) para terminar alguns empreendimentos;
6. Preocupação física e mental;
7. Incapacidade de relaxamento satisfatório, mesmo em épocas de folga;
8. Insatisfação crônica com as realizações;
9. Grau de ambição está sempre acima do que obtém;
10. Movimentos rápidos do corpo;
11. Tensão facial;
12. Entonação emotiva e explosiva na conversação normal;
13. Mãos e dentes quase sempre apertados.

Estudando-se a personalidade de estudantes de Medicina, encontram-se traços obsessivos, como tendência a empenhar-se na busca de domínio, de controle, de perfeição, de segurança e de auto-repressão, tendência a por as questões intelectuais acima das emoções, a segurança acima do prazer, a disponibilidade

para os outros acima das próprias necessidades (ao menos conscientemente) e a razão acima das fantasias; Essas características não são exclusivas dos médicos, mas sim das pessoas com padrão “A” de comportamento, frequentes entre alunos de Medicina, médicos e outros profissionais. No trabalho de Meleiro<sup>57</sup>, mais de 40% dos entrevistados confirmaram essas características, ficando registrado o questionamento quanto ao percentual se este não seria maior, pois muitas pessoas têm dificuldade de admitir para si mesmas, e mais ainda para uma estranha (a entrevistadora), que se preocupam com detalhes ou se dedicam exclusivamente ao trabalho.

É necessário dar maior ênfase, na educação médica, principalmente no que se refere à importância das habilidades não cognitivas do médico, da sua maturidade e de sua competência social (Meleiro<sup>57</sup> 2001).

O termo adolescente etimologicamente vem do latim *adolescere*, que significa crescer, brotar, fazer-se grande. É nessa fase, da metade para o final da adolescência, que o jovem se depara com a escolha profissional. O amadurecimento vai-se dando por meio desses conflitos vivenciados pelo adolescente que está prestes a entrar na vida adulta e que, espera-se, vá adquirindo maturidade.

Há um consenso entre pesquisadores do desenvolvimento humano de que as mudanças no desenvolvimento são adaptativas, sistemáticas e organizadas, e refletem variáveis internas e externas ao indivíduo que tem que se adaptar a um mundo em que as mudanças são constantes (Papalia & Olds<sup>166</sup> 2000).

A adolescência é um período de vida que merece atenção, pois essa transição entre a infância e a idade adulta pode resultar ou não em problemas futuros para o desenvolvimento de um determinado indivíduo.

O estudante universitário encontra-se na transição da adolescência e a fase adulta. Para a maioria, sua adolescência é mais prolongada do que a de um jovem que ingressa diretamente no mercado de trabalho, sem se demorar por alguns anos em um curso superior, adquirindo assim a sua independência financeira e a possibilidade de formar uma relação estável e de procriar, que seriam características da fase adulta de uma pessoa com um desenvolvimento pessoal satisfatório.

Assim, muitos estudantes universitários permanecem na linha divisória da adolescência e da idade adulta. Apesar de amadurecidos física e sexualmente, apresentam, diante das dúvidas, dos obstáculos e dos conflitos que a vida oferece, reações emocionais típicas de um adolescente ou de um adulto jovem (Lidz<sup>165</sup> 1983; Papalia<sup>166</sup> 2000).

## **II.1. ESTRESSE DO ESTUDANTE DE MEDICINA**

Atualmente, o estresse é concebido como um processo, e não uma reação única, no qual o organismo reage com componentes físicos e/ou psicológicos, causados pelas alterações psicofisiológicas que ocorrem quando a pessoa se confronta com uma situação que, de um modo ou de outro, a irrita, amedronta, excita ou confunde, ou até que a faça imensamente feliz. (Lipp<sup>60</sup> 2001) Em outras palavras, estresse é um estado de tensão que causa uma ruptura na homeostase do organismo. No processo de avaliação dos estímulos estressores, há uma atividade mental que, em parte, é racional e, em parte, emocional, não necessariamente consciente. Esse conceito, porém, é passível de críticas (Filgueiras & Hippert<sup>61</sup> 1999; Lipp<sup>62</sup> 2001).

O estresse sempre esteve presente no ser humano ao longo de sua existência. Novas hipóteses surgem também no campo da medicina psicossomática, a partir dos trabalhos pioneiros de Hans Selye<sup>63</sup>.

Ribeiro (1999) *apud* Guimarães<sup>59</sup> considera que, diante do mesmo agente estressor, o sujeito pode responder de diferentes maneiras. A diferença está na característica de cada indivíduo. A susceptibilidade individual faz com que uma pessoa seja mais susceptível do que outra ao mesmo fator estressor.

Entende-se por agente estressor ou fator estressor as fontes de estresse originado de fatores externos (Selye<sup>63</sup> 1956).

O estresse pode afetar qualquer pessoa; com maior intensidade, aquelas cujas atividades profissionais ou escolares envolvem funções de interrelação (Krakowski<sup>64</sup> 1984).

Alguns autores apontam o curso médico como um agente estressor (Werner & Korsh 1976; Adler, Werner & Korsh 1980; Borenstein & Cok 1982; Notman, Salt & Nadelson 1984; Nader & Barros 1991; Mosley et al. 1994; Wright 1996; Dineen et al. 1997; Supe 1998; Cataldo Neto et al. 1998; Shapiro & Schwarts 2000; Aktekin et al. 2001; Guimarães 2005 *apud* Guimarães<sup>66</sup> 2007; Baldassin 2003; Dineen et al. 1997; Michie & Sandhu 1994; Millan 2003; Nogueira-Martins 1994; Nogueira-Martins & Jorge 1998; Silva & Rodrigues 2004; Toews et al. 1997 *apud* Guimarães<sup>59</sup> 2006).

O fator mais importante, segundo Firth<sup>65</sup> (1986), é o fato de o curso de medicina ser longo, mantendo-se portanto como um agente estressor permanente durante toda a graduação. Em sua pesquisa, em três universidades britânicas, constatou que os níveis de estresse eram elevados e, diferentemente de trabalhos americanos, não encontrou diferenças entre gêneros.

Nogueira-Martins<sup>67</sup> (1996) mostrou que havia uma alta prevalência de suicídios, depressão, uso de drogas, distúrbios conjugais e disfunções profissionais em médicos e estudantes de medicina. O autor apontou ainda que, após vencer o desafio do vestibular, o estudante de medicina depara-se com as dificuldades inerentes ao curso médico e às mais diferentes situações que o levavam ao estresse.

Toews et al.<sup>68</sup> (1997) analisaram o nível de estresse dos estudantes de quatro escolas médicas do Canadá. Concluíram sugerindo que a preocupação com a saúde mental do estudante de medicina deveria fazer parte do currículo das escolas médicas.

De acordo com Coles<sup>70</sup>, quatro aspectos merecem destaque quando nos reportamos ao estresse na educação médica.

Em primeiro lugar, o autor salienta o currículo como fonte de estresse, uma vez que é constituído por uma sobrecarga de informações que muitas vezes se apresentam pouco relevantes para a prática. De fato, com frequência se constata ligações tênues entre os conhecimentos teóricos dos cursos básicos e as experiências clínicas.

Em segundo lugar, refere o papel dos professores, adiantando que muitos dos professores de medicina nunca receberam formação pedagógica, o que afeta o modo como os estudantes aprendem e as relações de suporte que são construídas.

Em terceiro lugar, o autor constata que o clima da educação médica é frequentemente ameaçador e pouco apoiador, quando, na realidade, deveria ser colaborador. Por último, em quarto lugar, refere que muitas escolas médicas ainda não dispõem de serviços de apoio aos estudantes e professores, de forma a prevenir

efeitos nocivos do estresse ou permitir lidar de modo satisfatório com eles, uma vez desenvolvidos. (Loureiro et al.<sup>69</sup> 2009).

Adams<sup>74</sup> afirma que o currículo médico não é simples, e o estresse experienciado na tentativa de compreender os conteúdos complexos pode ser intenso. De fato, a progressão no curso e na profissão médica exige sacrifícios emocionais e pessoais. Por um lado, as faculdades de Medicina possibilitam a aquisição de competências necessárias ao (bom) exercício do ofício, mas também são o local onde se adquirem os hábitos que tornam estes estudantes e futuros profissionais susceptíveis ao *burnout*<sup>71</sup>. Quanto às fontes de estresse nos estudantes de Medicina, vários estudos têm comprovado que as maiores preocupações dos estudantes estão relacionadas com a área acadêmica, em particular com a sobrecarga de trabalho, exigências e desempenho<sup>71,72</sup>.

Existe ainda consenso generalizado de que, relativamente à análise da pontuação total dos estressores, são as estudantes do sexo feminino que os percebem de forma mais intensa. Também se salientam a falta de tempo e a dedicação exigida, a ansiedade em torno da qualidade e a dificuldade do material a estudar e o sistema de avaliação<sup>73</sup>.

Vários pesquisadores têm tentado identificar o que faz com que alguns estudantes de Medicina lidem de uma forma mais ou menos traumática com as situações estressantes do seu dia-a-dia<sup>21,46,47</sup>. Wolf<sup>48</sup>, enfatiza a importância de identificarem-se os estudantes de maior risco de desajustamentos psicológicos durante seu treinamento.

Aprender a lidar com o estresse é a melhor escolha para o futuro médico, já que a fonte de estresse existirá por toda a vida.

Em estudo sobre sintomas ansiosos e estresse em estudantes da área de saúde realizado na Faculdade de Medicina do ABC, os autores (Pereira et al.<sup>75</sup> 2007) consideram que os alunos do curso de Medicina apresentaram maiores escores de ansiedade e estresse do que alunos de Enfermagem e Farmácia. Foi observado que, quanto maior o estresse vivido pelos estudantes da área da saúde, maiores os escores de ansiedade. Dessa forma, estratégias de “*coping*” (enfrentamento) devem ser desenvolvidas em cada curso a fim de minimizar o efeito do estresse e o risco de desenvolver depressão.

Trabalhos realizados demonstraram que o estresse em estudantes de Medicina é muito comum e está presente em níveis mais elevados do que em outros grupos de estudantes universitários, sugerindo uma associação entre estresse e maior vulnerabilidade ao desenvolvimento de transtornos mentais (Guthrie et al.<sup>4</sup> 1995; Loureiro<sup>13</sup> 1993; Mosley et al.<sup>14</sup> 1994; Supe<sup>15</sup> 1998).

O sofrimento psicológico potencial em estudantes do ensino médico tem sido estudado por vários pesquisadores. Mesmo após a escola de medicina, o médico muitas vezes também se presta a um estilo de vida cronicamente estressante. Estudos que investigam a saúde mental dos médicos têm mostrado que as tensões que começam na escola de medicina tendem a continuar ao longo dos anos de prática da medicina. Riley et al.<sup>77</sup> propôs que o estresse em médicos é um produto da interação entre a exigente natureza do seu trabalho e, muitas vezes, sua personalidade obsessiva, consciente e comprometida. Em face de um trabalho extremamente exigente, a falta de controle e as recompensas insuficientes funcionarão como poderosas fontes de estresse. Riley diz que "se as demandas continuam a subir e os ajustes não forem feitos, então, inevitavelmente, uma

“correção” irá ocorrer, que pode assumir a forma de “*burnout*”, ou deficiência física e/ou mental<sup>77</sup>.

O estresse na formação médica inicial e suas possíveis consequências parecem, por vezes, ser negligenciados no contexto educacional, já que ainda são poucas as faculdades de Medicina que contam com um serviço específico de apoio aos estudantes. É certo que a maioria dos estudantes de Medicina lida com sucesso com as exigências de suas vidas, mas também é um fato que cerca de 30% destes desenvolvem problemas psicológicos<sup>72</sup>. Na opinião de Cataldo Neto e colaboradores<sup>7</sup>, Adams<sup>74</sup> e Bligh<sup>79</sup>, as escolas médicas precisam melhorar o padrão de ensino (mesmo no nível da educação para a saúde) que ministram, adaptando-se e interagindo melhor com o desenvolvimento do seu objeto de ensino: o estudante de Medicina, com suas características psicossociais e o estresse a que é submetido. Conforme Luiz Antônio Nogueira Martins, “O exercício da Medicina apresenta uma elevada toxidade psicológica. Como as radiações e as infecções, os fenômenos psicológicos são irradiados e contagiosos. As angústias inerentes à tarefa médica são poderosas radiações contagiantes.” (Nogueira-Martins 1994 apud Guimarães<sup>59</sup>) Segundo estudo de Guimarães<sup>59</sup>, existe prevalência de estresse nos estudantes do curso de medicina; o primeiro ano apresenta níveis de estresse significativamente menores do que os níveis apresentados pelos outros anos; o quarto ano apresenta níveis de estresse significativamente maiores do que o primeiro ano e, ao mesmo tempo, apresenta níveis de estresse menores do que o segundo, terceiro, quinto e sextos anos; existe uma correlação entre estresse e gênero feminino; a maioria dos estudantes de medicina com estresse encontra-se na fase da resistência; o sintoma psicológico é o tipo predominante de estresse existente no estudante de medicina; a

faixa etária que apresenta maiores níveis de estresse encontra-se entre 21 e 23 anos.

Uma questão muito presente no internato e que merece atenção é a competitividade que se acirra especialmente ao final, pela proximidade com o exame de residência<sup>81</sup>.

## **II.2. BURNOUT**

Os fatores que levam ao estresse e a influência do mesmo na gênese das doenças em geral têm recebido grande ênfase por parte dos pesquisadores. Entretanto, a investigação do trabalho como fator desencadeante do estresse só mais recentemente tem recebido atenção<sup>149</sup>. Dentre os diversos modelos de estudo de estresse ocupacional, optou-se pelo modelo do “*burnout*”, conforme desenvolvido por Maslach<sup>148</sup> (1976). A síndrome atinge principalmente profissionais que atuam na área de saúde, tais como enfermeiros, fisioterapeutas, médicos e assistentes sociais, caracterizando-se por uma reação de estresse crônico (Reinhold<sup>149</sup> 1996). A síndrome do “*burnout*” talvez possa oferecer uma explicação para as dificuldades percebidas na relação entre profissional de saúde e paciente, dificuldades estas que, ao mesmo tempo em que não contribuem para a recuperação dos doentes, podem levar ao sentimento de grande insatisfação com o trabalho muitas vezes referido pelos profissionais. Na síndrome do “*burnout*”, é descrita a dificuldade do profissional em lidar com as emoções de seus pacientes, sendo levado a tratá-los de forma impessoal e desumanizada (Maslach<sup>148</sup> 1976). Nesse caso, o profissional de saúde pode utilizar-se de estratégias negativas para enfrentar a situação, distanciando-se

de seus pacientes e passando a encará-los como algo totalmente destituído de qualidades humanas. O “*burnout*” parece acometer pessoas altamente motivadas e dedicadas, observando-se nos profissionais acometidos uma queda na performance que influi na qualidade dos serviços prestados. A síndrome correlaciona-se com insônia, aumento do uso de álcool e drogas, problemas no casamento e na família (Maslach & Schaufeli<sup>150</sup> 1993). A síndrome do “*burnout*” foi inicialmente descrita em 1974 por Freudenberg (França<sup>154</sup> 1987 e Souza & Silva<sup>147</sup> 2002). O termo pode ser traduzido como “aquilo que deixou de funcionar por exaustão de energia”, e foi usado pelo autor para designar uma resposta dos indivíduos ao estresse ocupacional. Schaufeli, Maslach & Marek<sup>151</sup> (1993) conceituam o “*burnout*” como síndrome de exaustão, despersonalização e baixa realização pessoal com o trabalho, que pode ocorrer com indivíduos que trabalham para pessoas, especialmente para as que têm algum tipo de problema. A exaustão refere-se ao sentimento de sobrecarga emocional e de esgotamento e é a dimensão que mais se aproxima de uma variável de estresse. A despersonalização, por outro lado, constitui um novo constructo que não aparece diretamente na literatura sobre o estresse (Cox, Kuk & Leiter<sup>152</sup> 1993). É característico da síndrome um sentimento de desilusão e frustração que ocorre em pessoas que possuíam grandes expectativas em relação às suas carreiras. Esta é resultado, então, de um processo de desilusão onde o trabalhador percebe que não consegue retirar de seu trabalho um sentido, um significado existencial (Pines<sup>153</sup> 1993). Segundo França<sup>154</sup> (1987), os profissionais atingidos pela síndrome são pessoas que mergulham fundo em seu trabalho, não sabem dizer não, se ocupam com várias coisas ao mesmo tempo e têm compulsão para o trabalho, retirando dele grande parte de sua satisfação pessoal. Paradoxalmente, essas características são as mais valorizadas pelos

departamentos de seleção de pessoal. Dentre os critérios diagnósticos do *"burnout"* destacam-se um estado geral de fadiga, acompanhado de perda da autoestima resultante de um sentimento de incompetência profissional e insatisfação com o trabalho (Maslach & Schaufeli<sup>150</sup> 1993). Os mesmos autores apontam como principal indicador uma diminuição significativa da performance no trabalho.

Quanto aos mais jovens, as oportunidades oferecidas pelo mercado de trabalho apontam para jornadas longas, extenuantes física e mentalmente e sem vínculo formal. O lazer é considerado importante mediador do estresse, podendo promover a satisfação das necessidades psicológicas individuais, favorecer o bem estar físico e mental e gerar crescimento pessoal (Catalbianco<sup>155</sup> 1995). Nesse sentido, a conscientização dos trabalhadores sobre a necessidade de se dedicarem, sempre que possível, a atividades de lazer poderia contribuir para menores níveis de estresse e maior satisfação com o trabalho.

De modo geral, observou-se que o *"burnout"* é mais acentuado nos primeiros anos de profissão, já que os profissionais tendem a sentir-se mais inseguros em relação a seus conhecimentos, são mais afetados pelas reações de seus pacientes e, muitas vezes, nutrem falsas expectativas sobre suas carreiras.

Em relação aos profissionais de saúde, a discussão dos diferentes aspectos do *"burnout"* (causas, consequências e meios para a prevenção) deveria permear os cursos de graduação, permitindo aos profissionais maior compreensão, identificação e prevenção do problema. Empenhados na arte de prevenir e curar doenças, esses profissionais nem sempre têm a noção de seu próprio adoecer no trabalho<sup>149</sup>.

Millan apud Guimarães<sup>66</sup> afirma que, por mais que tenha lido sobre o tema "Síndrome de *Burnout*", não está convencido que se trata de uma nova entidade

nosológica, posto que não há nenhum conceito da síndrome que não seja encontrado na depressão.

O mesmo autor afirma que, desde a sua criação na década de 70 por Maslach, o conceito de "*burnout*", apesar de algumas críticas iniciais, foi rapidamente aceito e tem sido tema de inúmeros artigos científicos, livros e apresentações em congressos de psicologia, psiquiatria e educação médica. Tornou-se, assim, um conceito praticamente inquestionável. Conforme o autor avalia, ao examinarmos atentamente suas três dimensões básicas, observa-se que todos os sintomas descritos, sem exceção, estão presentes na depressão. Por exemplo, na dimensão da exaustão emocional o indivíduo sente-se esgotado e com a sensação de que não será possível recuperar sua energia, torna-se irritável e amargo, pouco generoso, sente-se menos capacitado a cuidar dos outros e torna-se pessimista; na despersonalização, há um distanciamento emocional e uma indiferença diante do sofrimento alheio, com uma perda da capacidade de empatia, o que faz com que o paciente seja tratado como um objeto. O autor considera que há, aqui, uma distorção do clássico conceito de despersonalização utilizado há décadas pela psiquiatria, sendo utilizado de forma incorreta por aqueles que criaram o conceito de "*burnout*". Na dimensão do comprometimento da realização pessoal, o indivíduo sente-se impotente, frustrado, infeliz e com baixa autoestima.

O autor afirma ainda que o fato de o trabalho ser o fator desencadeante não justifica a criação de um novo conceito. Caso contrário, a cada fator desencadeante descoberto, um novo diagnóstico seria criado, o que tornaria a classificação psiquiátrica um verdadeiro caos. Afirma que o estudo desses problemas tem sido fundamental para a melhora da qualidade desses profissionais, o que, sem dúvida, trará benefícios a seus pacientes, entretanto considera que não há sentido algum

criar uma nova categoria diagnóstica para um quadro clínico que Hipócrates já conhecia há 2.450 anos, apenas pelo fato de ser desencadeado pela atividade profissional. Questiona, por fim, que vantagem ou prejuízo esses conceitos trariam para a clínica psiquiátrica e para os pacientes.

### **II.3. QUALIDADE DE VIDA**

A avaliação da saúde, nos últimos anos, vem-se preocupando em estabelecer parâmetros mais amplos do que a simples ausência de doenças, com crescente interesse no desenvolvimento de medidas que retratem a qualidade de vida das pessoas. A Organização Mundial da Saúde (OMS)<sup>124</sup> define qualidade de vida (QV) como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. Essa definição inclui seis domínios principais: saúde física, estado psicológico, níveis de independência, relacionamento social, características ambientais e padrão espiritual.

O estudante de medicina ingressa no curso com alto grau de indefinição com relação às reais características da faculdade. Encontra um ambiente exigente e competitivo, marcado pelo grande volume e pela alta complexidade das informações e por diversos fatores que podem levá-lo ao estresse. Entre eles, destacam-se a impossibilidade de dominar todo o conhecimento de que necessita, o processo de avaliação excessivamente centrado nos aspectos cognitivos, as dificuldades de

manter uma vida pessoal satisfatória e a falta de preparo para o enfrentamento de situações existenciais humanas, como a perda e a morte<sup>66</sup>.

Segundo Nogueira-Martins<sup>162</sup> (2005), há uma insalubridade psicológica inerente ao trabalho médico, a qual está presente desde a graduação e surge do contato com a dor, com o sofrimento, com a intimidade corporal e emocional, com pacientes terminais, com pacientes difíceis e com limitações do conhecimento médico e do sistema assistencial.

Essa conjunção de fatores, provavelmente, se reflete sobre a saúde, inclusive afetando a QV, e está implicada em maiores riscos para o uso de drogas, para a depressão, para o suicídio e para as disfunções conjugais e profissionais entre estudantes de medicina (Gloger, Puent & Arias 1997; Levitt 1996; Silver & Rosenberg 1984 apud Guimarães<sup>66</sup> 2007).

Vários estudos, em diferentes partes do mundo, têm mostrado situações estressantes na vida do médico que comprometem sua qualidade de vida<sup>42,159</sup>. Em estudo realizado por João Guilherme Bezerra Alves et al<sup>18</sup> (2010), foi observado um decréscimo significativo do domínio psicológico entre os alunos em conclusão do curso médico, quando comparados aos estudantes do início do curso. A hipótese de que seis anos do curso médico possam alterar a qualidade de vida dos estudantes tem sido fundamentada em avaliações de declínio dos domínios psicológicos do estado de saúde.

Goldin et al.<sup>39</sup> observaram diminuição na qualidade de vida e no sono, além de aumento da depressão em estudantes de Medicina durante o internato em cirurgia.

Raj et al.<sup>40</sup> também detectaram uma significativa deterioração nos domínios da vitalidade, saúde física e psíquica ao estudarem prospectivamente a qualidade de

vida relacionada à saúde num grupo de estudantes do último ano do curso médico durante dez meses.

Guthrie et al.<sup>42</sup> observaram que o bem-estar psicológico de um grupo de estudantes no final do curso médico dependia do estado de saúde mental do aluno no primeiro ano do curso. As precárias condições de trabalho, com jornadas extenuantes, multiplicidade de atividades, desgaste profissional e redução dos salários, vêm sendo apontados pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) como as principais causas de adoecimento do médico<sup>19,159</sup>.

Dados da literatura apontam um aumento da prevalência de exaustão entre os estudantes ao longo do curso de medicina<sup>160</sup>, sugerindo também alta prevalência de estresse e ansiedade nesse grupo, com alterações psicológicas maiores que na população geral<sup>160,161</sup>. Trata-se de uma população jovem, relacionada à área da saúde, na qual sempre deveria ser reforçada a consciência da prática de hábitos de vida saudáveis e suas consequências positivas sobre o organismo e a QV, o que deverá refletir-se em seu trabalho futuro como médicos e, principalmente, no aconselhamento de seus pacientes.

Os trabalhos parecem indicar que, antes da diplomação, o médico sofre prejuízos no domínio psicológico durante a graduação. Isso traz importantes implicações para a saúde futura do médico, uma vez que a mente exerce uma profunda influência sobre a saúde e a qualidade de vida das pessoas. Portanto, esse tema deve ser prioritário para os educadores da área de saúde e as autoridades sanitárias.

Estudo sobre qualidade de vida realizado no curso de medicina da PUC de Sorocaba (Ramos-Dias et al.<sup>36</sup> 2010) demonstrou que não existe diferença importante nos parâmetros avaliados quanto à qualidade de vida entre alunos do primeiro e sexto anos, embora o sextanista conviva com maior pressão, pela

proximidade do término do curso, grande carga horária e estresse de plantões. Entretanto, um terço desses alunos foi classificado dentro do grupo como aqueles com pior qualidade de vida. Os autores consideram interessante que essa detecção seja feita mais precocemente, a fim de permitir o acompanhamento desses alunos ao longo do curso. Isso pode ser particularmente importante durante os primeiros anos da vida acadêmica, como uma tentativa de reverter esse quadro para que esse aluno chegue com melhor qualidade de vida ao final da graduação. Está demonstrado que um suporte psicológico e educacional é efetivo em auxiliar o aluno a melhorar seus hábitos de vida, com a prática de hábitos saudáveis por meio da autoconsciência, autoestima e melhor conhecimento da sua situação<sup>19</sup>. Os autores sugerem que esses indivíduos devem receber maior atenção, para prevenir o risco de aparecimento dos transtornos mentais descritos na literatura entre estudantes de medicina.

#### **II.4. TRANSTORNOS DEPRESSIVOS E DE ANSIEDADE**

Estudo sobre justificativa de trancamento de matrícula realizado no curso da Faculdade de Medicina da UFMG (Faria RMD et al.<sup>78</sup> 2005) revelou que a depressão foi a justificativa apresentada para o trancamento em 94,4% dos casos do 5º período.

Em estudo longitudinal sobre depressão realizado na escola de medicina da Universidade de Massachusetts com uma amostra de alunos que entraram na Faculdade entre os anos de 1987 e 1989 (Rosal MC et al.<sup>82</sup>), os dados preliminares sugeriram que ao entrar na escola médica o estado emocional dos alunos se assemelha ao da população em geral. No entanto, o aumento nos escores de

depressão e sua persistência ao longo do tempo sugerem que o estresse emocional durante a faculdade de medicina é mais crônico e persistente do que episódico. Além disso, as mulheres tiveram aumentos mais significativos nos escores de depressão do que os homens.

Salmons (1983) apud Cavestro JM<sup>2</sup> 2004 estudou retrospectivamente os problemas psiquiátricos apresentados pelos estudantes de Berminghm, durante o período de 1950 a 1974. Nesses 25 anos, 51 alunos e 18 alunas faltaram às aulas devido a problemas psiquiátricos, o que corresponde a uma morbidade de 2,4%. O diagnóstico mais comum, de acordo com a nomenclatura da época, foi neurose, seguido de psicose maníaco depressiva, distúrbios de personalidade e esquizofrenia.

Lloyd e Gartarell (1984), em revisão de literatura, mostraram que as reações ansiosas, a depressão, a neurose obsessivo-compulsiva e a hipocondria são os quadros clínicos vistos com maior frequência entre estudantes de Medicina (apud Milan LR et al.<sup>87</sup> 1999).

Pasnau e Steessel<sup>55</sup> (1994) estudaram 105 estudantes de Medicina da Universidade da Califórnia, que foram atendidos pelo Serviço de Assistência aos Estudantes, no período de 1990 a 1992. O Serviço foi procurado por 29,5% dos estudantes matriculados, havendo, proporcionalmente, predomínio de alunas. O diagnóstico mais freqüente foi depressão (60%), seguido por quadros ansiosos e distúrbios da personalidade (25%). O distúrbio de ajustamento com sintomas ansiosos e o estresse pós-traumático predominaram entre os quadros ansiosos. Os autores apontam que a literatura destaca que alguns fatores relacionam-se a esses quadros: o treinamento médico é demorado, competitivo, rígido e intensivo. Apesar disso,

apenas 38,9% das escolas médicas norte-americanas possuem programas ou algum profissional para assistir psicologicamente os seus alunos.

Estudo conduzido na Departamento de Psiquiatria da “*Washington University School of Medicine*” (Zoccolillo M et al.<sup>84</sup> 1986) demonstrou que a história familiar de depressão foi significativamente mais comum entre aqueles estudantes que se tornaram deprimidos do que entre aqueles estudantes que não apresentaram episódio depressivo . Oitenta e oito por cento (88%) dos alunos que apresentaram episódio depressivo durante os primeiros dois anos de curso tiveram pelo menos um episódio depressivo antes da escola médica, história familiar positiva de depressão, ou ambos. Não havia nenhum padrão temporal distinguível para o aparecimento de depressão durante a faculdade de medicina. No segundo ano, os alunos tinham provas em intervalos regulares e não houve aumento evidente na depressão em relação aos períodos de provas. Dos alunos identificados como deprimidos, 40% tinham procurado tratamento, 43% não procuraram tratamento, e 17% adiaram a procura do tratamento por um mês ou mais. Uma limitação do trabalho, estabelecida pelos autores na interpretação dos dados, foi o método de amostragem. A participação foi voluntária e um quinto dos membros da classe não aceitou participar. Os autores questionam se foi atraído um número desproporcional de alunos preocupados com a sua saúde mental.

Estudo transversal, descritivo, realizado com amostra representativa de alunos regularmente matriculados na Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás (Amaral et al.<sup>85</sup> 2008) revelou que, da população entrevistada, 26,8% apresentaram sintomas depressivos de acordo com escores do Inventário de Depressão de Beck estabelecidos para esse estudo. A prevalência de sintomas depressivos moderados e graves entre os entrevistados foi de 6,9%, enquanto

19,9% apresentaram sintomas leves. Em relação ao sexo, encontrou-se 33,5% de mulheres e 19% de homens com sintomas depressivos. Em relação ao ano em curso, houve maior prevalência entre os alunos do terceiro e do quarto ano. Tristeza, anedonia, baixa autoestima, perfeccionismo, irritabilidade, desinteresse por pessoas, redução da capacidade de trabalho e cansaço excessivo foram os itens do Inventário de Depressão de Beck mais pontuados. A conclusão dos autores foi que a prevalência de sintomas depressivos encontrada no estudo é superior à média encontrada na população em geral, havendo indicativo de que a escola médica possa ser um fator predisponente para tais sintomas.

Com o objetivo de conhecer a prevalência de sintomas depressivos entre os estudantes de medicina da Universidade Federal de Uberlândia, Rezende et al.<sup>86</sup> (2008) rastrearam sintomas depressivos por meio do Inventário de Beck, aplicado a 81% dos estudantes matriculados no primeiro semestre de 2004. Dentre os 400 acadêmicos avaliados, houve predomínio de jovens, do sexo feminino, solteiros, procedentes de Uberlândia e que moram com os pais. A prevalência de sintomas depressivos foi de 79%, sendo 29% com grau leve; 31%, moderado e 19,25%, grave. Os resultados indicam uma proporção de sintomas depressivos superior à encontrada na literatura referente a estudantes de medicina. As excessivas cargas horárias e a ansiedade progressiva com a finalização do curso merecem maior atenção no processo de mudança curricular.

Estudo transversal realizado na Dubai Medical College<sup>83</sup> (2009) demonstrou que 28,6% dos estudantes de medicina apresentaram depressão e 28,7% apresentaram ansiedade. De pessoal médico, 7,8% apresentaram depressão e 2,2% apresentaram ansiedade. Os alunos do segundo ano de medicina apresentaram o maior percentual de depressão e ansiedade. Houve uma correlação significativa entre

depressão e ansiedade entre os estudantes de medicina. O "choro" foi o sintoma depressivo mais comum, e "medo do pior acontecer" foi a manifestação de ansiedade mais comum em estudantes de medicina.

## **II.5. USO DE ÁLCOOL E DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS**

Pesquisas recentes estimaram elevado consumo de substâncias psicoativas entre estudantes de medicina, apesar do seu dedutível conhecimento sobre os efeitos das substâncias psicoativas.

Baldwin e colaboradores (1991) apud Milan LR et al.<sup>87</sup>, investigando o uso de drogas por 2.046 estudantes de medicina de 23 escolas médicas norte-americanas, revelou que o uso de álcool apareceu com grande destaque (87.5%), sendo a droga mais utilizada nos últimos 30 dias, seguido de longe pelo cigarro e pela maconha (ambos 10%); cocaína (2,8%) e tranquilizantes (2,3%). Em menor grau, foram utilizados opioides (excluindo-se a heroína), com 1,1%, psicodélicos (excluindo-se o LSD), com 0,6%, anfetamina (0,3%) e barbitúricos (0,2%). Apenas 0,2% dos alunos apresentavam dependência no momento do estudo, excluindo-se o tabaco, sendo que 1,6% acreditavam necessitar de ajuda psicológica.

A maior parte dos alunos (90%) começou a usar drogas antes do ingresso na escola médica, com exceção dos tranquilizantes. As razões mais alegadas para o uso foram relaxar, sentir-se bem, ter bons momentos, estar desperto e aumentar a performance escolar.

Andrade e colaboradores<sup>89,90,91</sup> estudaram a prevalência de uso de drogas na vida, nos últimos 12 meses e nos últimos 30 dias, entre alunos da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Os autores concluíram que, com exceção do álcool,

os alunos de medicina usam menos tabaco, maconha, solventes, inalantes e cocaína do que outros universitários brasileiros. Demonstraram que há maior consumo de álcool, maconha, tranquilizantes e inalantes no último ano do curso, o que poderia ser interpretado como consequência do crescente grau de dificuldade do curso de medicina.

Estudo longitudinal avaliou os estudantes de uma classe da "Northeastern Medical School", EUA, em dois momentos distintos, o primeiro e o terceiro anos do curso - n=176 e 170, respectivamente (Croen et al.<sup>10</sup> 1997). A maioria referiu haver feito uso de álcool pelo menos uma vez no ano anterior (91,8% e 95%). A *Cannabis* foi a substância ilícita mais usada, observando-se decréscimo em seu consumo (29,4% e 21,7%) e aumento do consumo de benzodiazepínico, 2,4% no primeiro ano para 5,8% no terceiro. A maior percentagem de alunos relatou diminuição e não aumento do uso de substâncias psicoativas após o ingresso na faculdade.

Um estudo realizado em sete escolas de Medicina da Inglaterra (n=785) (Webb et al.<sup>95</sup> 1998) revelou que apenas 15% dos alunos não consumiam álcool. Mais da metade dos homens e 39% das mulheres fizeram uso de *Cannabis*; 10% dos alunos o fizeram de forma regular, taxa significativamente inferior à encontrada no estudo de Croen et al.<sup>10</sup> (1997), realizado nos EUA. Quanto ao uso de outras substâncias, em algum momento da vida, registraram-se: anfetaminas (8%), LSD (7%), *ecstasy* (4%), amil/butil nitrato (10%) e chá de cogumelos (7%). Apenas 1% referiu uso regular de alguma destas últimas.

Os trabalhos mais significativos realizados no Brasil utilizaram grandes amostras com metodologia adequada sobre uso de substâncias psicoativas por estudantes de Medicina (n= 1.069, 796 e 3.725), particularmente os de Magalhães et al. (1991) apud Mesquita et al.<sup>11</sup> (1997), Mesquita et al.<sup>91</sup> (1995) e Andrade<sup>89</sup> (1995),

mostraram a prevalência do uso de álcool ao longo da vida de 82% a 89%; tabaco, 39%; *Cannabis*, 19% a 24%; solventes, 23% a 31%; tranqüilizantes, 11%; anfetaminas, 5% a 8%; cocaína, 4% a 10%. A prevalência de uso de substâncias tendeu a aumentar, ao longo dos seis anos de curso de medicina, para a maioria das substâncias, principalmente tranqüilizantes. A comparação entre os estudantes universitários em geral e os estudantes de medicina mostrou que os últimos apresentaram maior prevalência de uso de álcool (89% vs. 82%) e menor de uso de cocaína (5% vs. 10%) ao longo da vida. Comparação entre estudos brasileiros e norte-americanos (Mesquita et al.<sup>11</sup> 1997) mostrou maior prevalência do uso de álcool, tabaco, *Cannabis*, anfetaminas e cocaína, ao longo da vida, entre estudantes de medicina norte-americanos. Os estudantes do Brasil apresentaram maior prevalência de uso de tabaco, tranqüilizantes e anfetaminas, quando foram avaliados os últimos 12 meses; e tranqüilizantes e anfetaminas, quando considerados os últimos 30 dias.

Estudo realizado em duas escolas médicas de Salvador (Lemos, K.M. et al.<sup>88</sup> 2007), com o objetivo de analisar o padrão local do consumo dessas substâncias entre graduandos de medicina, aplicou questionário semi estruturado no qual foi avaliada a frequência de uso das substâncias psicoativas entre os estudantes, assim como as principais razões apontadas para o consumo. Foram analisados 404 questionários, obtidos entre alunos dos seis anos de curso das duas maiores escolas médicas de Salvador. O estudo revelou que as drogas mais utilizadas no critério "uso na vida" foram álcool (92,8%) e lança-perfume (46,2%). O uso de álcool apresentou-se constante nos seis anos de curso. Entretanto, o uso de tabaco, lança-perfume e tranqüilizantes aumentou significativamente para os alunos dos últimos anos ( $p < 0,05$ ). Há um maior consumo de drogas pelo gênero masculino. Diversão foi

apontada como razão mais importante para o uso dessas substâncias (58,7% das respostas válidas). Concluiu-se que o consumo de substâncias psicoativas entre estudantes de Medicina de Salvador é considerado alto, em concordância com o que se constatou em outros trabalhos científicos.

Em estudo realizado no Curso de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais (Petroianu A et al.<sup>93</sup> 2000) , foram entrevistados 331 estudantes do primeiro ao sexto ano, avaliando-se o uso de estimulantes, ansiolíticos, álcool, tabaco, maconha, cocaína e outras drogas. Observou-se que 97 (29,3 por cento) já haviam usado ansiolíticos ( $p < 0,001$ ), sendo maior a frequência entre alunos do último ano do curso ( $p < 0,05$ ). A maioria, 224 (67,7 por cento) já haviam usado estimulantes ( $p < 0,001$ ), sendo o café e o pó de guaraná os mais usados. Foram também utilizados o tabaco, 116 (35 por cento); o "lança-perfume", 105 (31,7 por cento); maconha, 47 (14,2 por cento); bebidas alcoólicas 281 (84,9 por cento). É raro o uso de cocaína (menos de 1 por cento) ( $p < 0,001$ ). Nenhum dos entrevistados havia usado heroína, "crack" e "cola", nem houve relato de dependência às drogas ilícitas. Conclui-se que é comum o contato com substâncias psicoativas lícitas. O uso de ansiolíticos elevava-se a partir da metade do curso, enquanto o de estimulantes reduzia-se nesse período. Enquanto as mulheres consomem mais ansiolíticos, os homens usam mais estimulantes.

Outro estudo (Petroianu A et al.<sup>94</sup> 2010), para verificar a prevalência do consumo de álcool, tabaco e entorpecentes por estudantes da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais e determinar fatores relacionados a esse consumo, demonstrou que o contato com bebidas alcoólicas ocorreu em 85,2% e, com tabaco, em 16,3% dos entrevistados. Dentre as drogas entorpecentes, a maconha foi consumida por 16,5%, LSD por 6,9%, ansiolíticos por 12%,

estimulantes por 7,5% e solventes por 16,8% dos estudantes. Foi raro o consumo de cocaína, crack, opioides, xaropes ou anabolizantes. Concluiu-se que a droga mais consumida foi o álcool. Seu uso relacionou-se com o consumo de outras substâncias, sendo que a adesão a drogas ocorreu mais em estudantes solteiros, do sexo masculino, que moram longe da família e não dependem de si para seu sustento ou o de sua família.

As questões metodológicas dos trabalhos que avaliaram o uso de substâncias psicoativas devem ser consideradas para melhor avaliação dos resultados. Frequentemente, os critérios para abuso e dependência são mal definidos e a maioria dos estudos não fez distinção entre o uso recreativo, experimental ou regular de substâncias psicoativas. Muitos estudos demonstraram que a iniciação ao uso de substâncias psicoativas ocorreu durante o curso médico, mas, como são raras as comparações com outros grupos com parâmetros demográficos semelhantes, é difícil estabelecer que experiências particulares aos estudantes de medicina seriam responsáveis pela alta prevalência de consumo de substâncias entre eles (Mesquita et al<sup>11</sup>, 1997).

## **II.6. SUICÍDIO**

O suicídio é um enigma que há décadas vem sendo investigado pelos profissionais da área de saúde. Já em 1910, em um simpósio onde se discutiam os possíveis motivos do suicídio cometido por adolescentes, Freud (1910) apud Millan<sup>87</sup> 1999 dizia que os professores devem sempre se lembrar de que lidam com indivíduos imaturos e que necessitam viver suas fases evolutivas, por mais ingratas que sejam. Destacava, assim, a importância de existir um ambiente acolhedor nas escolas, para auxiliar os jovens a superar as suas angústias.

O interesse pelo estudo da ocorrência do suicídio entre os estudantes de Medicina surgiu a partir da década de sessenta através do estudo de Simon<sup>97</sup> (1968).

Quase 95% dos indivíduos que cometem suicídio apresentam um distúrbio psiquiátrico diagnosticado, sendo em 80% dos casos distúrbios depressivos e o restante, principalmente esquizofrenia e dependência de drogas (Millan et al.<sup>87</sup> 1999).

O mundo está se tornando mais saudável, e a saúde da população deve-se ao trabalho dos médicos e ao avanço tecnológico, embora os médicos em muitos momentos continuem a trabalhar contra os próprios interesses. Simon e Lumry<sup>97</sup> apontam algumas razões para a elevada taxa de suicídios entre os médicos: 1) médicos tendem a negar o estresse de natureza pessoal; 2) médicos tendem a negar o desconforto psicológico; 3) inclinações suicidas são acobertadas (tratamento mais difícil); 4) médicos elaboram, mais frequentemente, esquemas defensivos (fecham-se para qualquer intervenção terapêutica eficaz); 5) negligência da família e dos colegas (ele é médico, sabe se cuidar); os médicos têm o meio do suicídio ao alcance das mãos (métodos mais eficazes para o êxito). Em 1903, o editorial do Journal American Association<sup>98</sup> expôs que os médicos com uma predisposição mórbida, e sem princípios elevados ou inibições morais, optavam pelo suicídio como uma maneira direta e efetiva de eliminar seus problemas. Merecem atenção, aqui, as tendências materialistas que acreditamos existir entre os médicos, pois a morte lhes é familiar, em todas as suas formas, além de terem o meio do suicídio ao alcance das mãos.

O desejo universal de imortalidade faz-nos idealizar um ser onipotente capaz de retardar, deter ou mesmo anular a ameaça de morte. A este ser idealizado Simon chamou de “ser tanatolítico”, e ao conjunto de ações mágicas que lhe são atribuídas,

de “complexo tanatolítico”. Entre as motivações para a escolha da profissão da carreira médica, segundo ele, o “complexo tanatolítico” influi fortemente. O perigo a que se expõe o estudante de medicina e, principalmente, o médico no exercício profissional, é o de fazer uma identificação total entre seu eu e o “ser tanatolítico”, assumindo compromissos onipotentes. Os sentimentos de culpa por fracasso de onipotência (limites de realidade) favorecem o surgimento de quadros depressivos e suicídios, que são evidenciados por dados epidemiológicos, da literatura, de incidência e prevalência, nesse grupo profissional, como mais elevado que a população geral<sup>99-100</sup>. O médico, por ser, na maioria das vezes, ativo, ambicioso, competitivo, compulsivo, entusiasta e individualista, é facilmente frustrado em suas necessidades de realização e reconhecimento<sup>5</sup>. Isso pode ser suficiente para produzir ansiedade, depressão e necessidade de cuidados psiquiátricos. Entretanto, se houver preconceitos com a procura da ajuda psiquiátrica, o médico buscará outras opções, como a somatização, abuso de álcool e drogas e o suicídio<sup>6</sup>. Para Wekstein<sup>101</sup>, os elevados índices de suicídio encontrados nos estudantes de medicina e nos médicos estão relacionados com a perda da onipotência, onisciência e virilidade idealizadas por muitos aspirantes à carreira médica durante o curso e a vida profissional, e a crescente ansiedade pelo temor em falhar. O risco de suicídio é quase sempre reconhecível e previsível. Esforços precisam ser feitos para melhorar o diagnóstico, terapêuticas e prevenção dos gestos ou tentativas de suicídio, muitas vezes, com sucesso, entre os médicos. Sabemos que tentativas e atos suicidas são gritos de ajuda (“*cry for help*” — Stengel<sup>102</sup>), desejos de comunicação que precisam ser respondidos direta e imediatamente. A falta de controle pode, muitas vezes, conduzi-lo para comportamentos impulsivos ou imaturos e, possivelmente, para o suicídio. Como na população geral, encontram-se fatores importantes com relação à

idade, sexo, profissão, estado físico e fatores psicossociais. Numa revisão da literatura disponível sobre suicídio entre médicos, foi verificado que em toda parte do mundo a taxa de suicídio na população médica é superior à da população geral<sup>103</sup>. Entre os médicos que cometeram suicídio, colegas próximos têm referido mudança no comportamento e aumento de indecisão, desorganização e depressão por dois ou quatro meses precedendo o suicídio, como na população geral<sup>100</sup>. Sakinifsky<sup>104</sup>, em Londres, aponta como fatores relevantes o conhecimento farmacológico que o médico possui, tornando qualquer tentativa de suicídio altamente letal, e o uso abusivo de drogas e álcool nessa população, confirmado pelo elevado índice de cirrose entre médicos ingleses e do País de Gales. Ross<sup>99</sup> apresenta dados importantes: suicídio entre médicas é mais frequente que entre médicos; a taxa de suicídio entre as médicas é quatro vezes maior que nas mulheres da população geral com mais de 25 anos, nos Estados Unidos; a incidência de morbidade psiquiátrica, alcoolismo e uso de drogas é alta nos médicos suicidas; a disponibilidade e a oportunidade de acessos a meios de suicídio (drogas, venenos, etc.) são maiores na população médica. A publicação do AMA "*Council on Scientific Affairs*"<sup>105</sup> apresentou algumas hipóteses em relação aos médicos que cometem suicídio:

- 1) manifestam especial vulnerabilidade ou experiências de eventos circunstanciais diferentes (recente perda profissional ou pessoal, problemas financeiros ou de licença) das de outros médicos;
- 2) tendem a trabalhar mais horas que os outros colegas;
- 3) tendem a abusar de álcool e outras drogas;
- 4) são mais insatisfeitos com suas carreiras que outros colegas médicos;
- 5) dão sinais de aviso a outros;

- 6) desordem mental e emocional são mais frequentes;
- 7) dificuldades na infância e problemas familiares são comuns;
- 8) têm hábito de automedicação mais que outros colegas.

Vários estudos mostram que cerca de dois terços dos indivíduos que se suicidam comunicaram suas intenções previamente para a família, amigos ou médicos, o que demonstra a importância de se ter uma comunidade no meio acadêmico — bem como no meio médico — receptiva e com um papel facilitador da busca de ajuda preventiva. Nossa classe deve tornar-se mais sensível à existência desse problema e mais apta a reconhecer “o pedido de ajuda” de um colega e de si mesmo, sem, contudo, deixar de zelar pelos interesses do público (Meleiro<sup>96</sup> 1998).

Dados da literatura, há muitos anos, sugerem que a mortalidade por suicídio entre médicos é maior do que entre não-médicos (Agarie et al. 1983; Juel et al. 1999; Hem et al. 2000; Aasland et al. 2001; Hawton et al. 2001 apud Azi<sup>3</sup> 2002). Em estudo retrospectivo, realizado no período de 1970 a 1978 em oitenta e oito faculdades nos EUA, o coeficiente de mortalidade por suicídio encontrado foi de 18,4/100.000/ano, muito próximo ao da população geral de 16,5/100.000/ano. Ao fazer a distinção por sexo, descobriu-se que o coeficiente de alunos de sexo masculino foi inferior ao da população geral, enquanto que o das alunas foi aproximadamente três vezes maior. A média de idade foi de 23 anos e a distribuição entre os diversos anos escolares se deu ao acaso (Pepitone-Arreola-Rockwell et al.<sup>107</sup> 1981). Os achados encontrados nesse trabalho foram muito discrepantes em relação ao resultado do estudo pioneiro realizado por Simon<sup>108</sup> (1968), em 62 faculdades de Medicina americanas e 3 canadenses, que demonstrou coeficiente de mortalidade por suicídio quatro a cinco vezes maior que os da população geral, e identificou o suicídio como a segunda causa de morte entre estudantes, perdendo

apenas para os acidentes, e observou que a mortalidade por suicídio aumentava mais rápido do que na população geral naqueles anos.

Estudo feito nos EUA (Hays et al.<sup>109</sup> 1996) avaliou as mortes por suicídio em 101 escolas médicas norte-americanas, no período de agosto de 1989 a maio de 1994. O coeficiente de mortalidade por suicídio encontrado foi de 11,7/100.000/ano.

A investigação retrospectiva no Brasil a respeito das causas de morte entre estudantes de Medicina da Universidade de São Paulo (Millan et al.<sup>110</sup> 1990; Rossi et al.<sup>111</sup> 1991), no período de 1965 a 1985, encontrou coeficiente de mortalidade por suicídio de 39/100.000/ano, na faixa etária de 20 a 29 anos, aproximadamente 4 vezes maior que o da população do Município de São Paulo. Como no estudo de Simon (1968), o suicídio foi a segunda causa de morte mais frequente nessa população, depois dos acidentes.

Segundo Millan<sup>1</sup> (2008), uma das razões da criação do GRAPAL foi o problema do suicídio entre os alunos da FMUSP<sup>110</sup> encontrado nesse estudo. Foram encontrados oito casos em um intervalo de 21 anos, e concluiu-se que enquanto na população do Município de São Paulo o coeficiente de suicídios no mesmo período foi em média de 8,8 por 100 mil habitantes a cada ano, o dos alunos da FMUSP foi de 39 por 100 mil a cada ano, ou seja, cinco vezes maior, semelhante aos maiores coeficientes mundiais. Diante disso, os autores afirmam que duas questões surgiram: qual seria a razão para esse cenário? Seria possível a prevenção de novos episódios? Consideram que, sem nenhum exagero, pode-se afirmar que a questão do suicídio ainda é um enigma para a ciência. Busca-se detectar os fatores de risco e antever sua ocorrência, muitas vezes sem sucesso, como mostra o clássico trabalho de Porkony<sup>112</sup>.

Estudo sobre pensamento suicida e tentativa de suicídio entre estudantes de

Medicina da UFMG, com 875 estudantes de Medicina voluntários, revelou que 37% haviam apresentado pensamento suicida previamente e 2,3% tentaram suicídio pelo menos uma vez (Miranda & Queiroz<sup>32</sup> 1991).

Não se podem identificar fatores de risco específicos conhecidos para estudantes de Medicina, associados ao ato suicida. Acredita-se que os serviços de atenção ao estudante de medicina que têm como finalidade oferecer assistência psicológica e psiquiátrica ao aluno podem contribuir para o trabalho preventivo do suicídio, já que se propõem a ajudá-los em situações de conflito. Vários fatores podem estar relacionados com o suicídio. Uma série de questões está por ser pesquisada para melhor caracterização dessa população: ela apresenta maior incidência de transtornos psiquiátricos? Os estudantes apresentam traços de personalidade, como impulsividade, que os tornam mais susceptíveis ao suicídio? Existe “contágio” escolar, relativo ao estresse do curso médico? Quais são as implicações dos sentimentos de impotência frente à morte e às doenças? A pressão social e familiar é maior nesses jovens do que em estudantes de outros cursos? (Millan et al.<sup>110</sup> 1990; Rossi et al.<sup>111</sup> 1991).

Estudo realizado no Estado de São Paulo avaliou amostra de 168 estudantes de Medicina, escolhida por conveniência, e identificou 44% de respostas afirmativas a respeito de ideação suicida em algum momento da vida (Cordás et al.<sup>113</sup> 1988), enquanto que estudo realizado no México com a participação de 1.890 estudantes universitários mostrou que 27% da população feminina e 30% da masculina apresentaram, no momento da avaliação, pelo menos um entre quatro sintomas de ideação suicida: pensavam que não podiam continuar a viver, ou pensavam sobre a morte, ou acreditavam que sua família estaria melhor se estivessem mortos ou pensavam em se matar (González-Fortaleza et al.<sup>114</sup> 1998).

Trabalho realizado pelo Ministério da Saúde<sup>115</sup> (2006) revela que o comportamento suicida vem ganhando impulso em termos numéricos e, principalmente, de impacto, como podemos ver pelos dados da Organização Mundial da Saúde (OMS):

- O número de mortes por suicídio, em termos globais, para o ano de 2003 girou em torno de 900 mil pessoas.
- Na faixa etária entre 15 e 35 anos, o suicídio está entre as três maiores causas de morte.
- Nos últimos 45 anos, a mortalidade global por suicídio vem migrando em participação percentual do grupo dos mais idosos para o de indivíduos mais jovens (15 a 45 anos).
- Em indivíduos entre 15 e 44 anos, o suicídio é a sexta causa de incapacitação.
- Para cada suicídio há, em média, cinco ou seis pessoas próximas ao falecido que sofrem consequências emocionais, sociais e econômicas.
- 1,4% do ônus global ocasionado por doenças no ano 2002 foi devido a tentativas de suicídio, e estima-se que chegará a 2,4% em 2020.
- O Brasil encontra-se no grupo de países com taxas baixas de suicídio.
- Essas taxas variaram de 3,9 a 4,5 para cada 100 mil habitantes a cada ano, entre os anos de 1994 e 2004 (Fonte: MS/SVS, 2006).
- No entanto, como se trata de um país populoso, está entre os dez países com maiores números absolutos de suicídio (7.987 em 2004).

Embora o Brasil apresente uma taxa geral considerada baixa pela OMS, os dados identificados na série de 1994 a 2004 apontam que alguns estados brasileiros já apresentam taxas comparáveis às dos países apontados como de frequência média a elevada. Além disso, seguem a mesma tendência de ascensão e apresentam um coeficiente agregado para os sexos masculino e feminino de 3,7:1 (dados de 2004),

semelhante à média para inúmeros países. Embora a mortalidade no sexo masculino seja mais elevada, o aumento proporcional das taxas, no período, foi de 16,4% para os homens e de 24,7% para as mulheres.

Os registros oficiais sobre tentativas de suicídio são mais escassos e menos confiáveis do que os de suicídio. Estima-se que o número de tentativas de suicídio supere o número de suicídios em pelo menos dez vezes.

Alguns fatores de risco para o suicídio:

1 - Transtornos mentais (em participação decrescente nos casos de suicídio)

- transtornos do humor (ex.: depressão);
- transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de substâncias psicoativas (ex.: alcoolismo);
- transtornos de personalidade (principalmente *borderline*, narcisista e antissocial);
- esquizofrenia;
- transtornos de ansiedade;
- comorbidade potencializa riscos (ex.: alcoolismo + depressão).

2 - Sociodemográficos

- sexo masculino;
- faixas etárias entre 15 e 35 anos e acima de 75 anos;
- estratos econômicos extremos;
- residentes em áreas urbanas;
- desempregados (principalmente perda recente do emprego);
- aposentados;
- isolamento social;
- solteiros ou separados;

- migrantes.

### 3 - Psicológicos

- perdas recentes;
- perdas de figuras parentais na infância;
- dinâmica familiar conturbada;
- datas importantes;
- reações de aniversário;
- personalidade com traços significativos de impulsividade, agressividade, humor lábil.

Os autores consideram que os principais fatores de risco para o suicídio são a história de tentativa anterior e a presença de transtorno mental.

Estudos<sup>116</sup> em diferentes regiões do mundo têm demonstrado que, na quase totalidade dos suicídios, os indivíduos estavam padecendo de um transtorno mental. Os autores afirmam que com o diagnóstico e tratamento adequados dos transtornos mentais atuamos na prevenção do comportamento suicida.

Segundo a OMS<sup>117</sup> (2000), a gestão do suicídio entre adolescentes torna-se ainda mais importante na presença de abuso de substâncias, perturbações da personalidade, impulsividade e estresse no relacionamento com colegas ou amigos. Estabelecem-se também algumas situações de risco. Considera-se que os comportamentos suicidas são mais comuns em certas circunstâncias devido a fatores culturais, genéticos, psicossociais e ambientais. Os fatores de risco gerais incluem:

- Estatuto socioeconômico e nível de educação baixos;
- Perda de emprego;
- Estresse social;

- Problemas com o funcionamento da família, relações sociais, e sistemas de apoio;
- Trauma, tal como abuso físico e sexual;
- Perdas pessoais;
- Perturbações mentais tais como depressão, perturbações da personalidade, esquizofrenia, e abuso de álcool e de substâncias;
- Sentimentos de baixa autoestima ou de desesperança;
- Questões de orientação sexual (tais como homossexualidade);
- Comportamentos idiossincráticos (tais como estilo cognitivo e estrutura de personalidade);
- Pouco discernimento, falta de controle da impulsividade e comportamentos autodestrutivos;
- Poucas competências para enfrentar problemas;
- Doença física e dor crônica;
- Exposição ao suicídio de outras pessoas;
- Acesso a meios para conseguir fazer-se mal;
- Acontecimentos destrutivos e violentos (tais como guerra ou desastres catastróficos).

A OMS considera ainda que os conselheiros podem ter um papel vital na prevenção do suicídio da criança e do adolescente. Quando uma criança ou um adolescente se torna suicida, está comunicando dificuldades em resolver problemas, lidar com o estresse e expressar emoções e sentimentos. Em alguns casos, a pressão negativa por parte dos colegas pode estar por detrás do comportamento autodestrutivo. Os comportamentos suicidas entre crianças e adolescentes muitas vezes envolvem motivações complexas, incluindo humor depressivo, problemas emocionais,

comportamentais e sociais, e abuso de substâncias. Outros fatores de suicídio entre os jovens incluem a perda de relações românticas, a incapacidade de lidar com desafios acadêmicos e outras situações estressantes da vida, e questões associadas com poucas competências para resolver problemas, baixa autoestima, e conflitos em torno da identidade sexual. Entre os adolescentes, uma história familiar com doenças psiquiátricas, a par de níveis elevados de disfunção familiar, rejeição pela família, e negligência e abuso na infância aumentam o potencial para o suicídio. Os suicídios consumados de jovens estão associados a taxas mais elevadas de perturbações psiquiátricas na família, menor apoio familiar, ideação ou comportamento suicida anterior, problemas disciplinares ou legais, e armas de fogo prontas a disparar em casa. A ideação suicida e a tentativa de suicídio aparecem mais frequentemente entre crianças e adolescentes que foram vítimas de abuso por parte de colegas e/ou por parte de adultos. Um fator de risco adicional para o suicídio de adolescentes é o suicídio de figuras proeminentes ou de indivíduos que o adolescente conheça pessoalmente. Particularmente entre os jovens, existe também o fenômeno dos suicídios em grupos. Uma tentativa de suicídio ou um suicídio consumado, se forem publicitados, podem levar a comportamentos de autodestruição em grupos de colegas ou em outras comunidades semelhantes que imitem o estilo de vida ou os atributos de personalidade do indivíduo suicida. Existem alguns indícios que justificam a implementação de medidas preventivas quando acontece um suicídio de criança ou adolescente, particularmente em contextos escolares.

Entre os adolescentes de 16 anos e mais velhos, o álcool e o abuso de substâncias aumentam significativamente o risco de suicídio em tempos de sofrimento. Perturbações do humor e da ansiedade, fugir de casa e o sentimento de desespero

também aumentam o risco de tentativas de suicídio. As tentativas de suicídio de adolescentes estão muitas vezes associadas a experiências de vida humilhantes, tais como fracasso na escola ou no trabalho ou conflitos interpessoais com um parceiro romântico. O diagnóstico de perturbação da personalidade está associado com 10 vezes mais suicídios do que entre aqueles que não apresentam diagnóstico, e 80% dos adolescentes que se matam poderiam ter sido diagnosticados com perturbações do comportamento, perturbação de estresse pós-traumático ou sintomas violentos e agressivos.

Millan et al.<sup>1</sup> (2008) afirmam que, na época da criação do GRAPAL da Faculdade de Medicina da USP, acreditava-se que o fato de existir um lugar que pudesse acolher os alunos em seus momentos de crise poderia ser útil, não só para auxiliá-los no desenvolvimento psicológico e acadêmico, mas também para prevenir um eventual suicídio. Foi levantada a hipótese de que quadros depressivos, características de personalidade e o estresse acadêmico poderiam estar relacionados ao problema. Felizmente, após 21 anos, surgiram boas notícias nesse campo: o coeficiente de suicídio dos alunos da FMUSP diminuiu oito vezes, igualando-se ao da população do Município de São Paulo, da mesma faixa etária. Algumas hipóteses poderiam, em parte, explicar esta redução: o tratamento de alunos com depressões graves, muitas vezes com ideação suicida ou que tentaram suicídio; a compreensão da personalidade dos alunos e o auxílio psicoterápico oferecido a eles; as mudanças realizadas no currículo do curso médico com o intuito de reduzir o estresse dos alunos (períodos livres, matérias optativas); a proibição do “trote” e a criação de uma semana de recepção acolhedora para os alunos do primeiro ano; introdução de um programa de “*mentoring*”; e, finalmente, mudanças sociais e políticas ocorridas no Brasil neste período.

## **II.7. EPIDEMIOLOGIA DOS TRANSTORNOS MENTAIS**

As enfermidades mentais possuem características que as tornam um verdadeiro desafio para a Epidemiologia. No campo psiquiátrico está a angustiosa questão de não se poder quantificar e mensurar com exatidão, pois intervêm fatores individuais imponderáveis que não podem ser objeto de determinação quantitativa exata. O caráter multifatorial das doenças mentais, com intervenções muito complexas de fatores genéticos, fisiológicos, psicológicos e ambientais torna difícil a tarefa de identificar a origem do distúrbio. Além das dificuldades citadas acima, existem ainda pessoas que não estão preparadas para responder a indagações sobre sua vida mental e emocional, dificultando assim a coleta de dados para a pesquisa. (Rojas, 1976<sup>122</sup>).

Após a Segunda Guerra Mundial, inquéritos de saúde mental tornaram-se comuns em muitos centros de pesquisa internacionais. Os resultados dos primeiros trabalhos publicados, realizados antes da adoção de instrumentos diagnósticos padronizados, contribuíram para a compreensão da distribuição de doenças nas regiões e situações específicas onde tais estudos foram realizados (WHO International Consortium in Psychiatric Epidemiology<sup>118</sup> 2000).

A OMS (Organização Mundial de Saúde) desenvolveu uma entrevista estruturada de pesquisa diagnóstica, similar ao DIS (*Diagnostic Interview Schedule*), que fornece diagnósticos confiáveis em diferentes línguas. O *Composite International Diagnostic Interview* (CIDI) foi criado e validado, após uma série de estudos multicêntricos internacionais, por um grupo de colaboração internacional, que refinou o DIS, incluindo os critérios da Classificação Internacional das Doenças -

CID-10 (WHO<sup>119</sup> 1992). A primeira versão do CIDI sofreu posterior revisão, com a inclusão dos critérios diagnósticos do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders -DSM-III-R* (APA<sup>120</sup> 1987), amplamente utilizado nos EUA (WHO International Consortium in Psychiatric Epidemiology<sup>118</sup> 2000).

Os resultados do estudo ECA (*Epidemiologic Catchment Area*) nos EUA mostraram que aproximadamente 28% dos adultos norte-americanos apresentaram algum transtorno psiquiátrico ao longo de um ano. Quarenta e quatro por cento (44%) preencheram critérios para algum transtorno ao longo de suas vidas. Transtornos de ansiedade e depressão foram mais comuns entre as mulheres, enquanto os homens apresentavam mais frequentemente transtornos relacionados ao uso de substâncias e transtornos de personalidade antissocial (Norquist & Regier<sup>137</sup> 1996).

Em 2000, foi publicado o primeiro estudo comparativo de resultados de levantamentos prospectivos realizados em sete países, utilizando-se o CIDI. O total de 29.644 entrevistas foi realizado em amostras populacionais que incluíam indivíduos com idade igual ou maior que 18 anos, em países da América do Norte (Canadá e EUA), América Latina (Brasil e México) e Europa (Alemanha, Holanda e Turquia). Foram investigados: transtornos de ansiedade - transtorno de pânico, agorafobia, fobia social, fobia simples, transtorno de ansiedade generalizada - , transtornos do humor - depressão maior, distímia e mania - e transtornos relacionados ao uso de substâncias - abuso e dependência de álcool e drogas (WHO International Consortium in Psychiatric Epidemiology<sup>118</sup> 2000).

Os levantamentos mostraram que a prevalência de transtornos mentais investigados com estes instrumentos ao longo da vida varia amplamente entre os países. Observou-se que mais de um terço da amostra apresentou pelo menos um

transtorno em algum período de suas vidas: Brasil (36,3%), Canadá (37,5%), Alemanha (38,4%), Holanda (40,9%) e USA (48,6%). Transtornos de ansiedade foram os mais prevalentes das três categorias estudadas, no Brasil, Canadá, Holanda e Turquia, enquanto os transtornos relacionados ao uso de substâncias foram mais prevalentes na Alemanha, México e USA (WHO International Consortium in Psychiatric Epidemiology<sup>118</sup> 2000).

Os dados referentes ao Brasil no Inventário do ICPE (WHO International Consortium in Psychiatric Epidemiology, 2000) foram provenientes de estudo realizado com amostra aleatória domiciliar de 1464 adultos residentes no Município de São Paulo (Quadro I).

**QUADRO I. Prevalência de transtornos mentais nos inventários do  
International Consortium in Psychiatric Epidemiology (ICPE).**

	BRASIL	CANADÁ	ALEMANHA	MÉXICO	HOLANDA	TURQUIA	USA
<b>AO LONGO DA VIDA</b>							
Transtornos de ansiedade	17,4(1,0)*	21,3 (0,8)	9,8 (0,8)	5,6 (0,8)	20,1 (0,8)	7,4 (0,5)	25,0 (0,8)
Transtornos de humor	15,5 (1,0)	10,2 (0,8)	17,1 (1,0)	9,2 (1,2)	18,9(0,6)	7,3 (0,5)	19,4 (0,7)
Transtornos associados ao consumo de substância	16,1 (1,2)	19,7 (0,7)	21,5 (1,1)	9,6 (0,7)	18,7(0,7)	0,0 (0,0)	28,2 (0,9)
Qualquer transtorno	36,3 (1,5)	37,5 (1,1)	38,4 (1,2)	20,2 (1,4)	40,9 (1,1)	12,2 (0,7)	48,6 (0,9)
<b>Número de transtornos</b>							
1	21,2 (1,3)	21,2 (1,1)	25,5 (1,0)	14,8(1,2)	23,0(0,7)	7,9 (0,5)	21,3 (0,6)
2	8,8 (0,9)	9,3 (0,3)	8,1 (0,7)	4,0 (0,6)	9,3 (0,4)	3,0 (0,3)	13,1 (0,4)
≥ 3	6,3 (0,7)	7,0 (0,5)	4,8 (0,6)	1,4 (0,3)	8,6 (0,4)	1,3 (0,2)	14,3 (0,6)
<b>Em 12 meses</b>							
Transtornos de ansiedade	10,9 (0,8)	12,4 (0,6)	7,1 (0,7)	4,0 (0,6)	12,7(0,7)	5,8 (0,4)	17,0 (0,6)
Transtornos de humor	7,1 (0,7)	4,9 (0,5)	9,6 (0,8)	4,8 (0,8)	7,7 (0,4)	4,2 (0,4)	10,7 (0,6)
Transtornos associados ao consumo de substância	10,5 (1,0)	7,9 (0,5)	13,2( 0,9)	5,8 (0,6)	8,9 (0,5)	0,0 (0,0)	11,5 (0,5)
Qualquer transtorno	22,4 (1,3)	19,9 (0,8)	24,4 (1,2)	12,6 (1,1)	23,0 (0,9)	8,4 (0,6)	29,1 (0,7)
<b>Número de transtornos</b>							
1	15,3 (1,1)	13,1 (0,6)	17,6 (1,0)	9,8 (1,0)	15,2 (0,7)	5,7 (0,4)	16,7 (0,4)
2	4,3 (0,6)	4,5 (0,4)	4,3 (0,5)	1,9 (0,4)	4,4 (0,3)	1,8 (0,2)	6,6 (0,4)
≥ 3	2,8 (0,4)	2,4 (0,3)	2,5 (0,3)	0,9 (0,2)	3,4 (0,2)	0,8 (0,2)	5,7 (0,3)
<b>Em 30 dias</b>							
Transtornos de ansiedade	8,7 (0,7)	6,2 (0,4)	2,7 (0,4)	2,3 (0,4)	9,8 (0,6)	5,0 (0,4)	10,3 (0,6)
Transtornos de humor	4,9 (0,6)	2,6 (0,4)	3,6 (0,5)	2,3 (0,6)	4,0 (0,3)	3,7 (0,4)	5,1( 0,4)
Transtornos associados ao consumo de substância	8,0 (0,9)	3,8 (0,3)	6,2 (0,6)	2,6 (0,4)	5,8 (0,4)	0,0 (0,0)	5,7 (0,3)
Qualquer transtorno	17,2 (1,1)	10,4 (0,6)	10,9 (0,7)	6,7( 0,7)	16,3 (0,8)	7,4 (0,5)	17,1( 0,7)
<b>Número de transtornos</b>							
1	11,8 (1,0)	7,3 (0,4)	8,8 (0,6)	5,7( 0,6)	11,5 (0,6)	5,1 (0,4)	11,1( 0,4)
2	3,6 (0,6)	1,9 (0,2)	1,5 (0,3)	0,8( 0,3)	2,7 (0,2)	1,7 (0,2)	3,7 (0,3)
≥ 3	1,9 (0,3)	1,1 (0,3)	0,6(0,2)	0,2 (0,1)	2,1 (0,2)	0,7( 0,1)	2,3 (0,2)

\* Erro padrão

Fonte: (WHO Internacional Consortium in Psychiatric Epidemiology, 2000)

Segundo a Classificação Internacional de Transtornos Mentais e de Comportamento (CID-10<sup>119</sup>), os transtornos mentais (TM) classificam-se como doença com manifestação psicológica associada a algum comprometimento funcional resultante de disfunção biológica, social, psicológica, genética, física ou química. Podem ser classificados, ainda, como alterações do modo de pensar e/ou do humor associadas

a uma angústia expressiva, produzindo prejuízos no desempenho global da pessoa no âmbito pessoal, social, ocupacional e familiar. Frequentemente encontrados na comunidade, os TM (Transtornos Mentais) geram alto custo social e econômico; são universais, pois atingem pessoas de todas as idades, causando incapacitações graves e definitivas que elevam a demanda pelos serviços de saúde. Mas o ônus dos TM foi subestimado durante muito tempo, principalmente porque a forma de avaliar seu impacto na saúde valorizava apenas os índices de mortalidade. Os TM assumem valores baixos de mortalidade, mas possuem, todavia, um grande peso de incapacidade de duração longa, acarretando a redução da qualidade de vida dos indivíduos. Os TM só foram reconhecidos como um sério problema de saúde pública a partir de 1996, quando pesquisadores da Universidade de Harvard e da Organização Mundial de Saúde (OMS) publicaram um estudo<sup>123</sup> utilizando como medida a combinação do número de anos vividos com a incapacidade e o número de anos perdidos por morte prematura causada pela doença (que têm como indicadores os DALY – *disability adjusted life of years* –, ou anos de vida perdidos ajustados por incapacidade), obtendo resultados que confirmam esse reconhecimento. Das dez principais causas de incapacitação em todo o mundo, cinco delas estavam associadas aos TM, entre elas a depressão (13%), a ingestão de álcool (7,1%), os distúrbios afetivos bipolares (3,3%), a esquizofrenia (4%) e os distúrbios obsessivo-compulsivos (2,8%). O relatório da OMS e da Organização Pan-Americana de Saúde<sup>124</sup> (OPAS) assinala que os TM correspondem a 12% da carga mundial de doenças e a 1% da mortalidade, quando menos de 1% dos recursos da saúde é investido em ações para a saúde mental. Apesar disso, mais de 40% dos países ainda carecem de políticas em saúde mental e 30% não têm programas nessa esfera. Sabe-se ainda que a maioria dos transtornos é tratável e

evitável, corroborando a premissa de que, quando se investe na prevenção e promoção da saúde mental, pode-se reduzir bastante o número de incapacidades resultantes desses transtornos.

Um estudo realizado pelo Consórcio Internacional de Epidemiologia Psiquiátrica (ICPE) da OMS revelou que, dentre os países da América Latina, o Brasil apresentou a maior prevalência de TM na população adulta de 15-59 anos<sup>125</sup>, com índices elevados para os transtornos da ansiedade, transtornos do humor e os transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas. Dados do Ministério da Saúde apontam que 3% da população geral brasileira sofrem com TM graves e persistentes, 6% apresentam transtornos psiquiátricos graves decorrentes do uso de álcool e outras drogas e 12% necessitam de algum atendimento, seja ele contínuo ou eventual. O índice de utilização dos serviços de saúde ainda é baixo, está em torno de 13%. A maioria das pessoas com algum transtorno mental não busca atendimento psiquiátrico, por razões que estão ligadas, muitas vezes, ao estigma, ao desconhecimento da doença, ao preconceito, à falta de treinamento das equipes para lidar com esses transtornos, à falta de serviços adequados para atendimento psiquiátrico, ao medo, entre outras<sup>126,127</sup>. No Brasil, ainda não se tem um estudo representativo dos índices de prevalência de indivíduos afetados pelos TM, mas uma estimativa da extensão do problema pode ser encontrada em alguns estudos. Os estudos epidemiológicos são de grande importância para determinar essa magnitude, sendo muito úteis e relevantes nas decisões e no planejamento de políticas públicas de saúde mental, na organização dos serviços e no desenvolvimento de programas de prevenção e tratamento<sup>128</sup>.

Importante destacar o estudo de Kohn et al.<sup>129</sup>, que reuniu várias publicações da América Latina e do Caribe, entre 1980 e 2004, apontando para a necessidade de

se conhecer a prevalência dos transtornos mentais, a carga de morbidade, a redução da qualidade de vida que estes geram na população e a lacuna no tratamento, dada pela diferença entre as taxas de prevalência verdadeiras e as taxas de pessoas tratadas nos serviços de saúde, colocando os transtornos psiquiátricos como assunto prioritário para a saúde pública e a necessidade da ampliação dos programas, atualização e formulação de novas políticas de saúde mental. Nesse estudo, as psicoses afetivas e a esquizofrenia foram observadas em 1,4% da população em algum momento da vida, sem diferenças significantes entre os sexos; a depressão mostrou uma prevalência de 8,7% na vida, 4,9% no ano e 4,3% no mês, acompanhada dos transtornos da ansiedade, acometendo principalmente as mulheres; os transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas tiveram uma prevalência de 11,3% no ano para o uso, abuso e dependência do álcool e 0,5% para o abuso de outras drogas, afetando principalmente homens. Entre os estudos brasileiros incluídos na revisão de Kohn et al.<sup>129</sup>, está o de Vorcaro et al.<sup>130</sup>, que determinou a prevalência de depressão numa comunidade pequena (Bambuí/MG), com adultos maiores de 18 anos, apontando altas taxas de prevalência de depressão na vida (15,6%), no ano (10,0%) e no mês (8,2%).

Um importante estudo populacional realizado no Brasil, descrito por Kohn et al.<sup>129</sup> e Mello et al.<sup>131</sup>, foi o de Almeida Filho et al.<sup>132</sup> (Quadro II), um dos pioneiros no país a avaliar a prevalência de TM em 6.476 indivíduos maiores de 15 anos. Foi um estudo multicêntrico realizado em três grandes centros urbanos brasileiros (São Paulo, Porto Alegre e Brasília), e ocorreu em dois estágios: o primeiro estágio foi a aplicação do QMPA (Questionário de Morbidade Psiquiátrica em Adultos) para detectar os casos suspeitos de TM; o segundo consistiu na entrevista psiquiátrica

dos casos positivos para confirmação da presença de morbidade psiquiátrica, utilizando-se o inventário de sintomas do Manual de Diagnóstico e Estatística de Distúrbios Mentais (DSM-III).

Os índices de prevalência de TM para toda a vida foram de 51% em Brasília, 43% em Porto Alegre e 30% em São Paulo. Entre as mulheres, foram encontradas prevalências maiores em Porto Alegre (50%) e Brasília (54%), enquanto em São Paulo a prevalência foi maior nos homens (33%). Os índices de prevalência no ano variaram entre 19% e 34%, sendo maiores em Brasília e Porto Alegre. Com relação às prevalências específicas por diagnósticos, tanto nas estimativas de TM na vida como no ano, o transtorno de ansiedade apareceu em primeiro lugar, seguido dos estados fóbicos e depressivos e o uso/abuso e dependência do álcool. O conjunto de distúrbios delirantes (esquizofrenias, manias e outros quadros psicóticos) atingiu prevalências que variaram entre 1% e 4%. A distribuição da prevalência global de TM de acordo com o gênero revelou que o alcoolismo constituiu o principal problema de saúde mental no grupo masculino, com prevalências em torno de 15% nas três amostras. Nas mulheres, houve predomínio dos transtornos da ansiedade, estados fóbicos, depressões e transtornos somatoformes.

**QUADRO II. Prevalência (%) ao longo da vida ajustada para idade (PLV) e nos últimos 12 meses, potencial necessário para tratar (PNT), de transtornos mentais pelo DSM-III em três áreas metropolitanas do Brasil em 1991.**

	Brasília		São Paulo		Porto Alegre	
	PLV	PNT	PLV	PNT	PLV	PNT
<b>Diagósticos do DSM- III (APA,1980)</b>						
<b>Transtornos ansiosos</b>	17,6	12,1	10,6	6,9	9,6	5,4
<b>Estados fóbicos</b>	16,7	11,6	7,6	5	14,1	7,1
<b>Transtornos somato-dissociativos</b>	8,1	5,8	2,8	1,9	4,8	2,8
<b>Transtorno obsessivo-compulsivo</b>	0,7	0,5			2,1	1,2
<b>Transtornos de ajustamento</b>	2	1,3	0,6	0,4	1,6	1
<b>Estados depressivos</b>	2,8	1,5	1,9	1,3	10,2	6,7
<b>Mania e ciclotimia</b>	0,4	0,3	0,3	0,2	1,1	1
<b>Transtornos psicóticos</b>	0,3	0,2	0,9	0,6	2,4	2
<b>Abuso e dependência de álcool</b>	8	4,7	7,6	4,3	9,2	8,7
<b>Déficit no aprendizado</b>	3	1,9	2,6	1,6	3,4	1,8
<b>Todos os casos</b>	50,5	34,1	31	19	42,5	33,7

O item "Todos os casos" não corresponde à soma das prevalências por diagnóstico por causa da ocorrência de comorbidades.

Fonte: Almeida-Filho et al., 1997.

Já no estudo de Araújo *et al.*<sup>133</sup> com 502 trabalhadoras de enfermagem entre 30 e 49 anos, que avaliou a associação entre o controle sobre o trabalho, demandas psicológicas e a ocorrência de TM (Transtornos mentais), foi encontrada uma prevalência de 33,3%. Houve forte associação entre demanda psicológica do trabalho e os distúrbios psíquicos, principalmente nos grupos em que as trabalhadoras estiveram expostas a fatores como alta demanda de trabalho (56,1%), alta exigência no trabalho (57,5%) e baixo controle no trabalho (62,5%), sendo a alta exigência um importante preditor dos distúrbios psiquiátricos.

Artigo de revisão realizado por Santos e Siqueira<sup>134</sup> (2010) revelou que o panorama geral da ocorrência dos TM (Transtornos mentais) na população adulta, apontou algumas diferenças em relação aos transtornos específicos.

Em relação ao gênero, observou-se que as mulheres são mais acometidas pelos transtornos de ansiedade, de humor e os somatoformes, enquanto nos homens há uma prevalência dos transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas. Tomando-se a idade como referência, indivíduos na faixa etária de 25-54 anos apresentam maiores índices de TM.

Relativamente aos trabalhadores, a rotina de trabalho, a demanda, a exigência, o controle, o processo de trabalho e as condições ambientais foram associados ao aparecimento desses distúrbios. A combinação das altas taxas de prevalência, o início cada vez mais precoce, a redução da qualidade de vida e o comprometimento no desempenho global da pessoa (pessoal, familiar, ocupacional, emocional e social) fazem com que os TM sejam um dos principais contribuintes para a carga de doença total<sup>135</sup>. É notável a grande sobrecarga de incapacidade que os TM causam na qualidade de vida das pessoas. No Brasil e no mundo, com o processo de transição epidemiológica, a carga de doenças relacionadas aos agravos não transmissíveis tem-se elevado rapidamente e sua prevenção tem sido o maior desafio para a saúde pública<sup>136</sup>. No campo dos DALY– *disability adjusted life of years* –, ou anos de vida perdidos ajustados por incapacidade), as doenças neuropsiquiátricas ocupam a primeira posição, e os TM somam 10,8% desse campo para ambos os sexos<sup>136</sup>.

Atrelado a isso, observa-se que em muitos países não há políticas de saúde mental e outros ainda estão em fase de implementação dos serviços de atenção comunitária. Mas ainda há um grande impasse no tratamento, principalmente em

relação ao acesso e à procura pelos serviços de saúde para o tratamento. Existem barreiras culturais, financeiras e estruturais que impedem o acesso e a procura pelo serviço, que estão atreladas a muitos fatores como o estigma ou desconhecimento da doença, a percepção de ineficácia do tratamento, a pouca disponibilidade de serviços, a falta de treinamento das equipes da atenção básica para a identificação dos casos, entre outros.

As autoras apontam ainda que, na grande maioria dos estudos de corte transversal, os resultados são difíceis de interpretar por causa dos problemas metodológicos, como a falta de padronização e rigor na definição e identificação de casos, amostragem pouco estruturada, risco de viés, imprecisão e precariedade na definição e mensuração dos fatores de exposição e de confusão relevantes, além das limitações intrínsecas dos estudos de prevalência, que permitem apenas descrever a ocorrência, a distribuição e as características dos TM numa determinada população, não dando margem para inferir causalidade.

Apesar de ser difícil medir toda a gama de sofrimento e incapacidade que os TM geram, a associação das entrevistas psiquiátricas a instrumentos que possam medir a qualidade de vida ou o impacto dos sintomas dos TM sobre a vida da população deve ser incluída em novas pesquisas. Além disso, novos estudos devem dimensionar a morbidade psiquiátrica no âmbito do acesso aos serviços de saúde e às intervenções terapêuticas, avaliando sua efetividade e os fatores que interferem nesse processo.

Na tabela 1 encontra-se discriminada a relação de estudos transversais incluídos na análise contendo os dados de prevalência de transtornos mentais na população brasileira.

<b>Tabela 1: Relação de Estudos Transversais incluídos na análise</b>					
<b>Artigo</b>	<b>Método de amostragem</b>	<b>Perda amostral</b>	<b>População do estudo</b>	<b>Método de identificação do TM</b>	<b>Prevalência do TM</b>
Almeida-filho et al <sup>132</sup> , 1997	Amostra aleatória estratificada	Inferior a 20%	6476 indivíduos com pelo menos 15 anos	QMPA	Prevalência total: 20% a 35%
Andrade et al <sup>139</sup> , 2002	Amostra aleatória estratificada	Inferior a 20%	1464 indivíduos maiores de 18 anos	CIDI	Prevalência de TM na vida: 45,9% Prevalência de TM no ano: 26,8% Prevalência de TM no mês: 22,2%
Loayza et al <sup>140</sup> , 2001	Amostra aleatória simples	Inferior a 20%	302 estudantes	SRQ-20	Prevalência de TM: 22,9%
Facundes e Ludemir <sup>141</sup> , 2005	Amostra aleatória simples	Inferior a 20%	461 alunos de Graduação da Universidade de Pernambuco	SRQ-20	Prevalência de TM geral: 34,1%
Pinho e Araújo <sup>142</sup> , 2007	Amostragem Sistemática	Inferior a 20%	80 trabalhadores de enfermagem	SRQ-20	Prevalência de TM: 26,3%
<b>Adaptado de Santos EG, Siqueira MM<sup>134</sup> (2010)</b>					