

# Transtornos mentais comuns entre os estudantes do curso de medicina: prevalência e fatores associados

*Common mental disorders in medical students: prevalence and associated factors*

Karoline Pedroti Fiorotti<sup>1</sup>, Renzo Roldi Rossoni<sup>1</sup>, Luiz Henrique Borges<sup>2</sup>, Angélica Espinosa Miranda<sup>3</sup>

## RESUMO

**Objetivo:** O objetivo do estudo foi estimar a prevalência de transtornos mentais comuns (TMC) entre os estudantes do curso de medicina da UFES e avaliar possíveis correlações entre TMC e fatores de risco. **Métodos:** Estudo transversal realizado de setembro a novembro de 2007 envolvendo 229 alunos do curso de medicina. O questionário utilizado foi autoaplicável e anônimo. Foram coletados dados socioeconômicos, informações sobre o curso, o processo de ensino-aprendizagem e a rede de apoio social. Para o rastreamento de TMC, utilizou-se o *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20). **Resultados:** A prevalência total de TMC encontrada foi de 37,1% (IC 95%, 30,8%-43,4%), que esteve independentemente associada a não receber o apoio emocional necessário (OR = 7,4, IC 95%, 3,1-17,9) e relatar “dificuldade para tirar dúvidas em sala de aula por timidez” durante a infância ou adolescência (OR = 2,5, IC 95%, 1,0-6,1). **Conclusão:** Os dados demonstram elevada prevalência de TMC nessa população e a importância em subsidiar ações para prevenção e cuidado com a saúde mental dos estudantes, melhorando a qualidade de vida deles.

## Palavras-chave

Transtornos mentais, estudantes de medicina, fatores de risco, prevalência, saúde mental.

## ABSTRACT

**Objective:** The goal of this study was to estimate the prevalence of Common Mental Disorders (CMD) in medical students from Universidade Federal do Espírito Santo and evaluate possible correlation among CMD and risk factors. **Methods:** A cross-sectional study performed from September to November 2007 enrolled 229 medical students. A self-applicable and anonymous questionnaire was used. Information on socioeconomic characteristics, about the course, teaching-learning process and support assistance were collected. CMD was screened by SRQ-20 questionnaire. **Results:** Global prevalence was 37.1% (IC 95%, 30.8%-43.4%) and it was independent correlated to not receiving sufficient emotional support (OR = 7.4, IC 95%, 3.1-17.9) and report “difficulties for asking questions during classes, by shyness” during childhood and adolescence (OR = 2.5, IC 95%, 1.0-6.1). **Conclusion:** These data showed high prevalence of CMD in this population and the importance of planning prevention and assistance strategies regarding mental health focuses on a better quality of life for these students.

## Keywords

Mental disorders, medical students, risk factors, prevalence, mental health.

Recebido em  
5/11/2009  
Aprovado em  
11/2/2010

1 Universidade Federal do Espírito Santo (UFES).  
2 Santa Casa de Misericórdia de Vitória, Escola de Medicina, Departamento de Saúde Coletiva.  
3 Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), Departamento de Medicina Social.

Endereço para correspondência: Karoline Pedroti Fiorotti  
Av. Cesar Hilal, 1150/06, Praia do Suá – 29052-240 – Vitória, ES  
E-mail: karolfiorotti@yahoo.com.br

## INTRODUÇÃO

Os transtornos mentais comuns (TMC), também conhecidos como transtornos psiquiátricos menores, representam os quadros menos graves e mais frequentes de transtorno mental<sup>1</sup>. Os sintomas de TMC incluem esquecimento, dificuldade na concentração e tomada de decisões, insônia, irritabilidade e fadiga, assim como queixas somáticas (cefaleia, falta de apetite, tremores, má digestão, entre outros), mas não incluem transtornos psicóticos, dependência química ou transtornos de personalidade<sup>2</sup>. Ser portador de TMC é uma condição que não implica diagnóstico psiquiátrico formal, porém representa custos enormes em termos de sofrimento psíquico e impacto nos relacionamentos e na qualidade de vida, comprometendo o desempenho nas atividades diárias e constituindo causa importante de afastamento do trabalho, demanda nos serviços de saúde e prejuízos econômicos, sendo potencial substrato para o desenvolvimento de transtornos mais graves<sup>3-6</sup>.

O ingresso do estudante no ambiente universitário consiste em múltiplos processos que envolvem aspectos externos, dos ambientes acadêmico e social, e aspectos internos do indivíduo, como a habilidade de encarar as diversas situações, as reações físicas psicossomáticas e os diferentes estados de humor<sup>7</sup>. Muitos indivíduos irão apresentar o seu primeiro episódio psiquiátrico durante a graduação e, segundo uma revisão, 12% a 18% dos universitários apresentam alguma doença mental diagnosticável<sup>8</sup>. Alguns estudos conduzidos na área da saúde mental têm sido focados em estudantes da área da saúde<sup>7,9</sup>, principalmente do curso de medicina, que expõe os estudantes a fontes de tensão desde o processo de admissão até o final da graduação, com a entrada no mercado de trabalho e em programas de residência médica<sup>10,11</sup>.

Os fatores de estresse, presentes na graduação médica, incluem competição no processo de seleção, sobrecarga de conhecimentos, dificuldade na administração do tempo entre um grande número de atividades e pouco tempo para atividades de lazer, individualismo, responsabilidade e expectativas sociais do papel do médico. Outros fatores incluem o contato com a morte e inúmeros processos patológicos, o exame físico em um paciente, o medo de adquirir doenças, o medo de cometer erros e sentimentos de impotência diante de certas doenças<sup>10,11</sup>. Tudo isso pode levar os estudantes a acionarem mecanismos de defesa psicológicos tais como dissociação ou isolamento afetivo<sup>9</sup>.

Estudos da literatura científica demonstram alta prevalência de desordens psíquicas nessa população, um estudo africano demonstrou que 64,5% dos estudantes de medicina do primeiro período apresentavam algum grau de depressão, com 11% demonstrando altíssimos níveis de estresse<sup>12</sup>. Em um estudo conduzido em nove escolas médicas nos Estados Unidos, 46% dos estudantes apresentavam pelo menos um dos sintomas investigados – estresse, fadiga, ansiedade,

depressão, cefaleia e distúrbios alimentares<sup>13</sup>. No Brasil, um estudo conduzido na Universidade Federal de Santa Maria usando *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20) mostrou que a prevalência de TMC entre os estudantes do primeiro ao décimo semestre do curso de medicina foi de 31,7%<sup>11</sup>.

Um estudo longitudinal publicado em 1997 demonstrou um aumento progressivo nos escores de depressão dos estudantes durante a escola médica, o que sugere que o sofrimento mental para essa população é crônico e persistente<sup>14</sup>. Dados sobre TMC são importantes para subsidiar ações para prevenção e cuidado com a saúde mental dessa população, melhorando a qualidade de vida dela e, conseqüentemente, auxiliando em sua formação profissional. Além disso, seriam importantes para colaborar com reflexões sobre o modelo curricular vigente nas escolas médicas.

O objetivo deste estudo foi identificar a prevalência de TMC entre estudantes do curso de medicina da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) e determinar a correlação entre TMC e possíveis fatores preditivos.

## MÉTODOS

### População de estudo

Foi realizado um estudo transversal com 240 alunos do primeiro ao sexto ano do curso de medicina da UFES, entre setembro e novembro de 2007, selecionados por meio da lista de matrícula fornecida pelo colegiado de curso.

### Seleção da amostra e coleta de dados

O curso de medicina da UFES possui 480 alunos regularmente matriculados, sendo 40 alunos em cada período acadêmico. Foram selecionados os primeiros 20 alunos de numeração ímpar, do 1º ao 11º período, em cada lista oficial de matrícula fornecida pelo colegiado de curso, totalizando 220 alunos. Quando o aluno selecionado não estava matriculado na turma informada pelo colegiado, o critério utilizado foi selecionar o aluno inscrito imediatamente acima na lista de matrícula. Quando a quantidade de alunos de numeração ímpar, matriculados num período, não alcançava o desejado, eram selecionados os primeiros alunos de numeração par, até completar a quantidade desejada. Quanto aos alunos do 12º período, que estavam cursando o internato optativo, por causa da dificuldade de encontrá-los nas dependências da universidade, optouse por não utilizar critérios de amostragem, e, sim, abordar os alunos que eventualmente fossem encontrados ao longo da coleta de dados, objetivando, assim como nos outros períodos, o número ideal de 20 questionários entregues. A meta final, portanto, era de 240 alunos, sendo 20 alunos em cada período, do primeiro ao sexto ano do curso de medicina da UFES.

O tamanho da amostra foi calculado para estimar a taxa de prevalência de TMC em estudantes de medicina da UFES,

com um intervalo de confiança de 95%. Tomou-se como base para cálculo uma taxa média de prevalência de 35%<sup>16,17</sup>, com variação de 5%, o que gerou um número de 202 alunos. Considerando uma possível perda de aproximadamente 20%, o tamanho de amostra final necessário foi de 240 estudantes.

### Instrumento de coleta

Os questionários utilizados na pesquisa foram autoaplicáveis e anônimos. O primeiro questionário foi baseado nas informações coletadas nos estudos brasileiros anteriores e continha dados socioeconômicos (período, idade, sexo, cor, estado civil, procedência, religião, renda, escolaridade dos pais, instituições de ensino fundamental e médio), informações sobre o curso (motivo de escolha, satisfação, desejo de abandonar o curso, desempenho, reprovação, perspectivas, carga horária, atividades extracurriculares, sobrecarga, horas livres e atividades exercidas, falta às aulas), sobre o processo de ensino-aprendizagem (vestibulares prestados, relação professor-aluno, estratégias de ensino no curso, fontes de estudo, fontes de tensão), sobre a rede de apoio (relacionamento dos pais, confidente, grupo de amigos, rejeição, apoio emocional), história de tratamento medicamentoso ou psicoterapêutico e situações especiais durante a infância e/ou adolescência (doença, reprovação, timidez, medos, dificuldade para dormir, dificuldade para fazer amigos, desconforto físico, problema com autoridades, problemas de relacionamento com os pais, mau comportamento na escola, desinteresse por relacionamentos afetivos, dificuldade para conciliar estudos com lazer).

Para o rastreamento de TMC, utilizou-se um segundo questionário, o *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20), instrumento desenvolvido para rastrear distúrbios psiquiátricos em centros de atenção primária à saúde<sup>15</sup>, validado no Brasil<sup>16</sup> e recomendado pela Organização Mundial da Saúde<sup>17</sup>. Esse instrumento é composto por 20 perguntas com respostas "sim" ou "não", sendo 4 perguntas sobre sintomas físicos e 16 sobre distúrbios psicoemocionais. Os sintomas avaliados são referentes aos últimos 30 dias, e a cada resposta "sim" é atribuído um ponto, resultando em uma pontuação final que varia de 0 a 20 pontos. Os alunos foram distribuídos em dois grupos, de acordo com a pontuação no SRQ-20, pois o ponto de corte é diferente. Homens com pontuação menor ou igual a cinco e mulheres com pontuação menor ou igual a sete foram classificados como "não suspeitos". Homens com pontuação maior ou igual a seis e mulheres com pontuação maior ou igual a oito foram classificados como "suspeitos"<sup>15</sup>.

Os alunos foram contatados em sala de aula, na universidade, onde leram e assinaram o termo de consentimento e receberam os questionários para serem respondidos. Eles foram orientados a depositar o questionário em uma urna colocada em local de fácil acesso no diretório acadêmico do curso. O aluno selecionado que não foi encontrado ou que não devolveu o questionário foi considerado como "perda".

### Análise de dados

Para a análise dos dados, foi utilizado o programa SPSS Inc 10.0. Foi criada uma variável TMC a partir do escore total de cada indivíduo no SRQ-20, no qual os sujeitos foram classificados como "suspeitos" de TMC ou não, de acordo com os pontos de corte, já especificados anteriormente.

Inicialmente, foi realizada uma análise descritiva da população estudada segundo as variáveis em estudo (presença de TMC, variáveis sociodemográficas, referentes ao curso, ao processo de ensino-aprendizagem e à rede de apoio social). Para análise dos dados, as variáveis categóricas foram representadas pelas suas frequências absolutas. Ao considerar a variável de desfecho (presença ou ausência de TMC) e as possíveis exposições (presença ou ausência de cada fator preditivo), a análise bivariada trabalhou com uma resposta do tipo dicotômica com comparação de dois grupos. O teste estatístico utilizado foi o qui-quadrado, exceto quando frequências menores do que cinco foram encontradas. Nessa situação, foi utilizado o teste exato de Fisher. A determinação das medidas de efeito foi feita por meio da razão das chances (*odds ratio*). As análises multivariadas foram conduzidas por meio de regressão logística. Foram incluídas no modelo final de regressão variáveis que foram estatisticamente significativas ( $p < 0,05$ ) e/ou que se mostraram significativas em outros estudos, como sexo.

### Aspectos éticos

O presente trabalho foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Espírito Santo e aprovado em setembro de 2007. Todos os alunos foram informados sobre os objetivos da pesquisa e sobre o anonimato do questionário, assinando um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido quando optaram pela participação.

## RESULTADOS

Dentre os 240 questionários entregues, obteve-se retorno de 229 questionários (95,4% da amostra selecionada), representados por 78 (34,1%) alunos do curso básico (do 1º ao 4º período), 77 (33,6%) do curso clínico (do 5º ao 8º período) e 74 (32,3%) do internato (do 9º ao 12º período). As perdas foram homogêneas entre as turmas, perfazendo no máximo 10% de perda da amostra em cada período.

Em relação à saúde mental, 85 estudantes [37,1% (IC 95%, 30,8%-43,4%)] obtiveram pontuação que os classifica como casos "suspeitos" de TMC. O estudo apontou maior prevalência de TMC entre os alunos do curso básico (43,6%) e do clínico (40,3%), sendo menor no internato (27%) ( $p = 0,025$ ). Estratificando os resultados, notou-se que as maiores prevalências foram encontradas no segundo (52,6%) e no quarto (53,8%) anos do curso de medicina da UFES; e a me-

nor prevalência foi encontrada no último ano, com apenas 16,2% ( $p = 0,008$ ).

Foi encontrada maior prevalência de TMC entre as mulheres (40%), indivíduos de crença espírita (66,7%), que não possuem renda própria (43%), com renda familiar de até R\$ 1.500,00 (41,7%), que não estão satisfeitos com a escolha profissional (100%), que pensam em abandonar o curso (50%) e que consideram seu desempenho acadêmico insuficiente (66,7%). Observou-se também maior prevalência de TMC entre aqueles alunos que relatam dificuldade para fazer amigos (53,6%), sentimento de rejeição por amigos ou outros da mesma faixa etária (62,5%), não recebimento do apoio emocional necessário (64%), história de tratamento psiquiátrico medicamentoso (54,3%) e história de tratamento psicoterapêutico (47,9%).

A tabela 1 apresenta dados sobre os aspectos sociais e econômicos. Ter entre 20 e 23 anos [OR = 2,5 (IC 95%, 1,23-5,25)], ser espírita [OR = 1,9 (IC 95%, 1,22-2,94)] e não possuir renda própria [OR = 1,6 (IC 95%, 1,04-2,30)] foram fatores que mostraram associação com TMC na análise bivariada.

**Tabela 1.** Dados sociodemográficos e associação com casos suspeitos de transtornos mentais comuns entre estudantes de medicina da UFES, 2007 (N = 229)

Variáveis	N total	%	% TMC	p	OR <sub>p</sub> (IC 95%)
<b>Idade</b>				0,032	
Até 19 anos	36	15,7	33,3		1,7 (0,65-4,30)
20 a 23 anos	141	61,6	43,3		<b>2,5 (1,23-5,25)</b>
24 anos ou mais	52	22,7	23,1		1
<b>Sexo</b>				0,365	
Feminino	114	49,8	40,0		1,2 (0,83-1,64)
Masculino	115	50,2	34,2		1
<b>Religião</b>				0,035	
Espírita	12	5,2	66,7		<b>1,9 (1,22-2,94)</b>
Outras/Não tem	216	94,3	35,2		1
<b>Renda própria</b>				0,023	
Não possui renda própria	142	62	43,0		<b>1,6 (1,04-2,30)</b>
Sim, possui alguma renda própria	83	36,2	27,7		1
<b>Renda familiar</b>				0,905	
Até R\$ 1.500,00	12	5,2	41,7		1,5 (0,44-4,88)
Entre R\$ 1.500,00 e R\$ 10.000,00	175	76,4	37,7		1,6 (0,91-2,79)
Acima de R\$ 10.000,00	40	17,5	35,0		1
<b>Escolaridade do pai</b>				0,082	
Até 2º grau	91	39,7	44,0		1,4 (0,97-1,88)
Ensino superior ou mais	138	60,3	32,6		1
<b>Escolaridade da mãe</b>				0,073	
Até 2º grau	75	32,8	45,3		1,4 (0,98-1,91)
Ensino superior ou mais	153	66,8	33,1		1

OR<sub>p</sub> (IC 95%): odds ratio bruto (intervalo de confiança de 95%). Foram aplicados os testes de qui-quadrado ou Fisher quando apropriado.

Na tabela 2 estão descritas as informações sobre o curso e o processo de ensino-aprendizagem. Não estar satisfeito com a escolha profissional [OR = 2,8 (IC 95%, 2,36-3,37)], excesso de carga horária como fonte de tensão [OR = 1,7 (IC 95%, 1,04-2,76)], não praticar atividades de lazer na frequência desejada [OR = 2,4 (IC 95%, 1,13-5,04)] e sobrecarga de atividades por diversos motivos, como a busca de novos aprendizados e experiências [OR = 1,6 (IC 95%, 1,5-2,24)], a cobrança pessoal [OR = 1,5 (IC 95%, 1,10-2,14)] e a pressão dos professores ou profissionais da área [OR = 1,8 (IC 95%, 1,24-2,46)] foram as variáveis importantes para a apresentação de TMC.

**Tabela 2.** Dados relacionados ao curso e associação com casos suspeitos de transtornos mentais comuns entre os estudantes de medicina da UFES, 2007 (N = 229)

Variáveis	N	%	% TMC	p	OR <sub>p</sub> (IC 95%)
<b>Satisfação com a escolha profissional</b>				0,001	
Não	7	3,1	100,0		<b>2,8 (2,36-3,37)</b>
Sim	220	96,1	35,5		1
<b>Já pensou em abandonar o curso</b>				0,544	
Sim, ainda penso	16	7,0	50,0		1,8 (0,63-5,07)
Sim, mas não penso mais	81	35,4	37,0		1,1 (0,59-1,87)
Não, nunca	131	57,2	35,9		1
<b>Desempenho acadêmico</b>				0,344	
Insuficiente	6	2,6	66,7		4,0 (0,54-29,81)
Regular	55	24,0	41,8		1,4 (0,43-4,77)
Bom	151	65,9	34,4		1,1 (0,34-3,24)
Excelente	15	6,6	33,3		1
<b>Contribuição de carga horária de atividades como fonte de tensão no curso</b>				0,022	
Contribui muito	171	74,7	41,5		<b>1,7 (1,04-2,76)</b>
Contribui pouco	57	24,9	24,6		1
<b>Atividades extracurriculares</b>					
Não praticar esporte	195	85,2	40,0	0,031	<b>1,9 (0,98-3,84)</b>
Não estar envolvido com música	201	87,8	39,8	0,024	<b>2,2 (0,99-5,02)</b>
<b>Motivo da sobrecarga de atividades</b>					
<b>Carga horária curricular</b>					
Muito extensa	142	62,0	42,3	0,046	<b>1,5 (0,99-2,13)</b>
Normal	87	38,0	29,1		1
<b>Busca de novos aprendizados e experiências</b>					
Sim	94	41,0	47,9	0,006	<b>1,6 (1,15-2,24)</b>
Não	135	59,0	29,9		1
<b>Cobrança pessoal</b>					
Sim	117	51,1	43,6	0,043	<b>1,4 (1,01-2,02)</b>
Não	112	48,9	30,6		1
<b>Pressão social da profissão</b>					
Sim	62	27,1	50,0	0,015	<b>1,5 (1,10-2,14)</b>
Não	167	72,9	32,5		1
<b>Pressão dos professores ou profissionais da área</b>					
Sim	36	15,7	58,3	0,004	<b>1,8 (1,24-2,46)</b>
Não	193	84,3	33,3		1
<b>Praticar atividades de lazer na frequência desejada</b>					
Sim	36	15,7	17,1	0,007	1
Não	193	84,3	40,9		<b>2,4 (1,13-5,04)</b>

OR<sub>p</sub> (IC 95%): odds ratio bruto (intervalo de confiança de 95%). Foram aplicados os testes de qui-quadrado ou Fisher quando apropriado.

O relato de ter dificuldade para fazer amigos ( $p = 0,003$ ), sentimento de rejeição por amigos ( $p = 0,029$ ), não receber apoio emocional necessário ( $p = 0,001$ ), história de tratamento psiquiátrico medicamentoso ( $p = 0,020$ ) e história de tratamento psicoterapêutico ( $p = 0,020$ ) foram fatores associados com TMC na análise bivariada. As situações especiais identificadas na infância ou adolescência que possam ser causa de sofrimento psicológico preexistente também foram importantes, dentre elas as que mais se destacaram foram os relatos de dificuldade para conciliar os estudos com o lazer ( $p = 0,001$ ) e o desconforto físico no período de provas ou apresentação de seminários ( $p = 0,001$ ) (Tabela 3).

**Tabela 3.** Aspectos psicossociais e associação com casos suspeitos de transtornos mentais comuns entre os estudantes de medicina da UFES, 2007 (N = 229)

Variáveis	N	%	% TMC	p	OR <sub>a</sub> (IC 95%)
<b>Dificuldade para fazer amigos</b>				0,003	
Sim	56	24,5	53,6		1,7 (1,23-2,37)
Não	172	75,1	31,4		1
<b>Sentimento de rejeição por amigos ou outros da mesma faixa etária</b>				0,029	
Sim	16	7,0	62,5		1,8 (1,17-2,70)
Não	213	93	35,2		1
<b>Recebimento do apoio emocional necessário</b>				0,001	
Não	75	32,8	64,0		2,7 (1,92-3,70)
Sim	154	67,2	24,0		1
<b>História de tratamento psiquiátrico medicamentoso</b>				0,020	
Sim	35	15,3	54,3		1,6 (1,12-2,32)
Não	193	84,3	33,7		1
<b>História de tratamento psicoterapêutico</b>				0,020	
Sim	73	31,9	47,9		1,5 (1,08-2,08)
Não	156	68,1	32,1		1
<b>Situações identificadas durante a infância ou a adolescência</b>					
Dificuldade para fazer amigos	53	23,1	54,7	0,002	1,7 (1,24-2,38)
Dificuldade para tirar dúvidas em sala de aula, por timidez	82	35,8	48,8	0,006	1,6 (1,15-2,22)
Presença de medos que prejudicaram o rendimento escolar ou o relacionamento com os colegas	34	14,8	58,8	0,005	1,8 (1,25-2,49)
Dificuldades frequentes para dormir	36	15,7	55,6	0,013	1,7 (1,16-2,35)
Desconforto físico (náuseas, diarreia, suor excessivo, falta de apetite etc.) relacionado às provas ou à apresentação de seminários, trabalhos	79	34,5	51,9	0,001	1,8 (1,28-2,45)
Dificuldade de relacionamento com os pais com repercussão no seu dia a dia	21	9,2	57,1	0,046	1,6 (1,08-2,46)
Dificuldade para conciliar os estudos com lazer ou outras atividades	72	31,4	54,2	0,001	1,9 (1,34-2,55)
Identificar pelo menos uma dessas situações	176	76,9	43,2	0,001	2,5 (1,37-4,72)

OR<sub>a</sub> (IC 95%): odds ratio bruto (intervalo de confiança de 95%). Foram aplicados os testes de qui-quadrado ou Fisher quando apropriado.

O modelo final de regressão, apresentado na tabela 4, demonstrou associação entre TMC e “não receber o apoio emocional necessário” [OR = 7,4 (IC 95%, 3,1-17,9)] e relatar “dificuldade para tirar dúvidas em sala de aula, por timidez”, durante a infância ou adolescência [OR = 2,5 (IC 95%, 1,0-6,1)].

**Tabela 4.** Fatores associados aos casos suspeitos de transtornos mentais comuns entre os estudantes de medicina da UFES, 2007, no modelo final de regressão logística

Variável	OR <sub>a</sub> (IC 95%)	p <sub>a</sub>
Não receber o apoio emocional necessário	7,4 (3,06-17,90)	< 0,001
Dificuldade para tirar dúvidas em sala de aula, por timidez	2,5 (1,00-6,10)	0,049
Motivo da sobrecarga de atividades		
Cobrança pessoal	0,4 (0,15-1,01)	0,051
Pressão social da profissão	2,5 (0,98-6,31)	0,055
Contribuição de carga horária de atividades como fonte de tensão no curso	2,8 (0,99-7,66)	0,052

Variáveis no modelo: idade, sexo, religião, renda própria, satisfação com a escolha profissional, carga horária curricular, atividades extracurriculares, motivos de sobrecarga, atividades de lazer na frequência desejada, dificuldade para fazer amigos, sentimento de rejeição, apoio emocional, tratamento medicamentoso, tratamento psicoterapêutico, situações especiais na infância e adolescência.  
OR<sub>a</sub> (IC 95%): odds ratio ajustado (intervalo de confiança de 95%). A porcentagem geral dos dados utilizados na análise foi de 87,5; teste de Hosmer e Lomeshow 0,630.

## DISCUSSÃO

Embora as taxas de prevalência de TMC identificadas entre os estudantes de medicina sejam extremamente variáveis, a prevalência encontrada neste estudo (37,1%) foi comparável a de outros estudos brasileiros, permanecendo dentro do intervalo de valores já apresentados. A prevalência foi superior àquelas encontradas na Universidade Federal de Santa Maria (31,7%), na Universidade Federal do Rio Grande do Sul (22,19%) e na Universidade Federal da Bahia (29,6%)<sup>3,9,18</sup>, mas inferior às encontradas na Universidade Federal de Pernambuco (42,6%) e na Universidade Estadual Paulista em Botucatu (44,7%)<sup>9,19</sup>.

Há relatos na literatura de associação entre sexo feminino e casos suspeitos de TMC na população geral<sup>6</sup>, porém sexo não foi uma variável estatisticamente significativa neste estudo, como também ocorreu em outros estudos entre estudantes de medicina<sup>3,9,19</sup>. Não houve associação entre condições sociodemográficas dos estudantes de medicina e TMC. A explicação possível é que, por tratar-se de um grupo muito homogêneo em suas características sociodemográficas e econômicas, as pequenas diferenças encontradas perderam sua importância diante de outras categorias mais discrepantes no grupo<sup>19</sup>.

Este estudo apontou maior prevalência de TMC entre os alunos do curso básico. Após o entusiasmo inicial da conquista de uma vaga no curso mais disputado no vestibular e a entrada na universidade, os alunos se deparam com uma fase de frustração, causada pela mudança de hábitos do cotidiano, dificuldade na administração do tempo entre uma excessiva carga de estudos e pouco tempo para atividades de lazer<sup>20</sup>. Nos resultados estratificados por ano do curso, as maiores frequências foram encontradas no segundo e no quarto anos,

que são momentos de transição para os estágios seguintes do curso. Não há consenso na literatura sobre o momento do curso no qual o risco de desenvolver transtornos mentais é maior, pois esse dado sofre influência das características de cada escola médica, das disciplinas, dos professores e dos alunos envolvidos, o que torna complexa a comparação com outros estudos<sup>3,14,19</sup>. No último ano, mesmo com a proximidade do fim da graduação, das provas de residência e da inserção no mercado de trabalho, encontrou-se a menor frequência de casos suspeitos de TMC de todo o curso.

Estudos transversais têm como limitação a impossibilidade de atribuir causalidade ou consequência às associações encontradas, já que analisam desfecho e exposição simultaneamente. Entretanto, apontam as direções nas quais os fatores preditivos se associam com o desfecho estudado. Para minimizar as dificuldades na identificação da sequência temporal dos eventos, questões referentes a situações sugestivas de sofrimento mental preexistente, como as questões sobre situações específicas durante a infância e a adolescência, foram incluídas no questionário. Procurou-se minimizar o viés de informação com o anonimato das respostas, preenchimento dos questionários em casa e a utilização de instrumentos autoaplicáveis, apenas com respostas objetivas. Quanto a erros na classificação do TMC, buscou-se um instrumento já validado anteriormente no Brasil<sup>16</sup>, escolhendo um ponto de corte baseado em estudos anteriores com estudantes de medicina<sup>9,19</sup>. É importante ressaltar, porém, que a avaliação pode ter sido influenciada pelo momento vivido por cada estudante na ocasião, já que o questionário deveria ser respondido baseado nos últimos 30 dias. Da mesma forma, os casos suspeitos de TMC podem não ter sido detectados nos estudantes já em acompanhamento psiquiátrico ou psicológico. Por fim, deve-se considerar que o SRQ-20 simplesmente rastreia casos suspeitos de TMC, sendo o padrão-ouro para diagnóstico a entrevista com o psiquiatra<sup>21</sup>.

É importante também relatar a dificuldade no processo de seleção para os alunos dos dois últimos anos do curso, pois eles não estão mais em sala de aula. Entretanto, como estavam sendo selecionados 50% dos alunos de cada período, não se acredita que esse fato tenha invalidado os resultados. Estudos longitudinais sobre morbidade psiquiátrica seriam mais adequados para estimar a ocorrência de transtornos mentais durante a vida acadêmica e a influência do currículo médico nesse contexto, pois poderiam contribuir para a identificação de fatores de risco potenciais no desenvolvimento de TMC nessa população<sup>9</sup>.

Diversos são os fatores preditivos para TMC relatados na literatura, como exemplo, sentir-se sobrecarregado, presença de situações especiais durante a infância e adolescência que indiquem sofrimento mental preexistente, alterações no padrão de sono, avaliação ruim sobre desempenho escolar, dificuldade para fazer amigos, pensar em abandonar o curso e não receber o apoio emocional de que necessita foram

identificados na literatura como alguns dos fatores de maior risco para a ocorrência de TMC<sup>3,9,19,22,23</sup>. O presente trabalho também demonstrou que “não receber o apoio emocional necessário” foi um fator de risco para os casos suspeitos de TMC, assim como relatar “dificuldade para tirar dúvidas em sala de aula, por timidez” durante a infância ou adolescência, dado que não foi identificado em outros estudos, embora tenha sido questionado<sup>9</sup>.

As variáveis associadas aos casos suspeitos de TMC no modelo final de regressão pertencem ao bloco de aspectos psicossociais dos estudantes, enquanto as características socioeconômicas e acadêmicas não se mostraram significativas no desenvolvimento de TMC. Essa observação foi corroborada por vários estudos, entre estudantes de medicina e médicos, que demonstraram que a maior vulnerabilidade desses aos transtornos mentais estava fortemente associada à adaptação na vida anterior à escola médica<sup>22,24</sup>.

Muitas das características envolvidas na escolha pela carreira médica predis põem os estudantes a desordens emocionais e doença mental. Em uma revisão sobre a propensão dos estudantes e médicos para distúrbios emocionais e psiquiátricos, o autor destacou o papel das experiências de vida na escolha da carreira e na determinação da vulnerabilidade às solicitações da profissão<sup>22</sup>. Para uma porcentagem dos estudantes, um dos motivos da opção profissional foi uma tentativa de restaurar experiências emocionais da infância, ligadas a situações de impotência e/ou de abandono emocional. Seria, portanto, uma resposta adaptativa a uma história de fragilidade e de baixa autoestima anterior à escola médica<sup>24</sup>.

As instituições de ensino superior devem refletir criticamente sobre esse contexto do ensino médico, conhecer as características de seus alunos e os momentos considerados críticos ao longo do curso, com a finalidade de articular estratégias para auxiliar o estudante a enfrentar as dificuldades do cotidiano<sup>19</sup>. A tarefa primordial é fornecer ao aluno um espaço para reflexão sobre seus sentimentos e emoções, mediante debate aberto e franco sobre as vulnerabilidades, limitações e patologias dos estudantes, com o mesmo empenho e dedicação com que é feito em relação às suscetibilidades e patologias dos pacientes<sup>24</sup>. A importância da saúde mental é reconhecida pela OMS, desde a sua origem, o que se reflete na sua própria definição de saúde, como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social”<sup>16</sup>.

Um ponto importante a ser enfatizado neste estudo é que as turmas entrevistadas foram as últimas a entrar na universidade pelo sistema tradicional de seleção, antes do sistema de cotas, implantado na UFES em 2008, que destinou 40% das vagas aos estudantes oriundos de escola pública. Será importante, diante desse novo sistema, conhecer o perfil socioeconômico dessa população e avaliar se o sistema de inclusão social está alcançando seus objetivos, bem como compreender como esses alunos estão se inserindo na faculdade, avaliar o

seu desempenho acadêmico e a resposta aos estressores do curso e expectativas em relação à graduação e à profissão.

## CONCLUSÃO

Os resultados encontrados demonstram que, nessa população, as queixas psicossociais são as mais associadas aos quadros de TMC e que a alta prevalência encontrada pode estar associada a fatores presentes desde antes da graduação, que podem estar relacionados até mesmo aos motivos que levam esses alunos a escolherem a carreira médica. Essas informações são importantes para subsidiar ações para prevenção e cuidado com a saúde mental dos estudantes de medicina, melhorando a qualidade de vida deles e auxiliando em sua formação profissional.

## CONFLITO DE INTERESSE

Os autores declaram não existir conflito de interesse.

## REFERÊNCIAS

1. Tófoli LFF. Transtornos somatoformes, síndromes funcionais e sintomas físicos sem explicação. In: Lopes AC, organizador. Tratado de clínica médica. São Paulo: Roca; 2006, p. 2507.
2. Goldberg D, Huxley P. Common mental disorders: a bio-social model. London: Tavistock; 1992.
3. Almeida AM, Godinho TM, Bitencourt AG, et al. Common mental disorders among medical students. *J Bras Psiquiatr*. 2007;56(4):245-51.
4. Murray CJ, Lopez AD. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: Global Burden of Disease Study. *Lancet*. 1997;349:1498-504.
5. Bijl RV, Ravelli A, Van Zessen G. Prevalence of psychiatric disorder in the general population: results of The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 1998;33:587-95.
6. Organização Mundial da Saúde (OMS). Relatório mundial da saúde. Saúde mental: nova concepção, nova esperança. Lisboa; 2001.
7. Polydoro SAJ, Primi R, Serpa MNF, Zaroni MMH, Pombal KCP. Desenvolvimento de uma escala de integração ao ensino superior. *Psico-USF*. 2001;6:11-7.
8. Mowbray CT, Megivern D, Mandiberg JM, Strauss S, Stein CH, Collins K, et al. Campus mental health services: recommendations for change. *J Orthopsychiatry*. 2006;76(2):226-37.
9. Facundes VLD, Ludermir AB. Common mental disorders among health care students. *Rev Bras Psiquiatr*. 2005;27:194-200.
10. Firth J. Levels and sources of stress in medical students. *Br Med J*. 1986;292:1177-80.
11. Benvegna LA, Deitos F, Copette FR. Problemas psiquiátricos menores em estudantes de Medicina da Universidade Federal de Santa Maria, RS, Brasil. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul*. 1996;18:229-33.
12. Vaz RF, Mbajjorgu EF, Acuda SW. A preliminary study of stress levels among first year medical students at the University of Zimbabwe. *Cent Afr J Med*. 1998;44:214-9.
13. Roberts LW, Warner TD, Liketsos C, Frank E, Ganzini L, Carter D. Perceptions of academic vulnerability associated with personal illness: a study of 1,027 students at nine medical schools. *Collaborative Research Groups on Medical Student Health*. *Compr Psychiatry*. 2001;42(1):1-15.
14. Rosal MC, Ockene IS, Ockene JK, Barret SV, Ma Y, Hebert JR. A longitudinal study of students depression at one medical school. *Acad Med*. 1997;72:542-6.
15. Harding TW, Arango MV, Baltazar J, Climent CE, Ibrahim HHA, Ladrado-Inacio L, et al. Mental disorders in primary health care: a study of the frequency and diagnosis in four developing countries. *Psychol Med*. 1980;10:231-41.
16. Mari JJ, Williams PA. A validity study of a Psychiatric Screening Questionnaire (SRQ 20) in primary care in city of São Paulo. *Br J Psychiatry*. 1986;148:23-6.
17. World Health Organization. A user's guide to the Self Reporting Questionnaire (SRQ). Geneva: Division of Mental Health; 1994.
18. Loayza HMP, Ponte TS, Carvalho CG, Pedrotti MR, Nunes PV, Souza CM, et al. Association between mental health screening by self-report questionnaire and insomnia in medical students. *Arq Neuropsiquiatr*. 2001;59(2-A):180-5.
19. Lima MC, Domingues MS, Cerqueira AT. Prevalence and risk factors of common mental disorders among medical students. *Rev Saude Publica*. 2006;40:1035-41.
20. Rezende CHA, Abrão CB, Coelho EP, Passos LBS. Prevalência de sintomas depressivos entre estudantes de medicina da Universidade Federal de Uberlândia. *Rev Bras Educ Med*. 2008; 32(3):315-23.
21. Costa AG, Ludermir AB. Transtornos mentais comuns e apoio social: estudo em comunidade rural da Zona da Mata de Pernambuco, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2005;21(1):73-9.
22. Johnson WDK. Predisposition to emotional distress and psychiatric illness amongst doctors: the role of unconscious and experimental factors. *Br J Med Psychol*. 1991;64:317-29.
23. Ludermir AB, Melo-Filho DA. Living conditions and occupational organization associated with common mental disorders. *Rev Saude Publica*. 2002;36:213-21.
24. Millan LR, Arruda PCV. Assistência psicológica ao estudante de medicina: 21 anos de experiência. *Rev Assoc Med Bras*. 2008;54(1):90-4.