

**Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto
Programa de Pós Graduação em Ciências da Saúde**



Leda Maria Branco

**Graduandos e Residentes de Medicina e
Enfermagem: consumo de álcool, depressão,
ansiedade, estresse e enfrentamento**

São José do Rio Preto

2014

Leda Maria Branco

**Graduandos e Residentes de Medicina e
Enfermagem: consumo de álcool, depressão,
ansiedade, estresse e enfrentamento**

Tese apresentada à Faculdade de
Medicina de São José do Rio
Preto para obtenção do Título de
Doutor no Curso de Pós-
Graduação em Ciências da Saúde,
Eixo Temático: Medicina e
Ciências Correlatas.

**Orientadora: Profa. Dra. Maria Cristina O. S.
Miyazaki**

**São José do Rio Preto
2014**

Branco, Leda Maria

Graduandos e Residentes de Medicina e de Enfermagem: consumo de álcool, depressão, ansiedade, estresse e enfrentamento/ Leda Maria Branco

São José do Rio Preto, 2014

110 p.

Tese (Doutorado) Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP

Eixo Temático: Medicina e Ciências Correlatas

Orientadora: Maria Cristina O S Miyazaki

- 1- Graduandos e residentes; 2- Medicina e enfermagem; 3- álcool, depressão, ansiedade, estresse e enfrentamento.

Leda Maria Branco

**Graduandos e Residentes de Medicina e
Enfermagem: consumo de álcool, depressão,
ansiedade, estresse e enfrentamento**

BANCA EXAMINADORA
TESE PARA OBTENÇÃO DO GRAU DE DOUTOR

**Presidente e Orientador: Profa. Dra. Maria Cristina O. S.
Miyazaki**

2º Examinador: Prof. Dra. Andreia Mara Luiz

3º Examinador: Prof. Dra. Priscila Duarte

4º Examinador: Profa. Dra. Neide Ap. Micelli Domingos

5º Examinador: Prof. Dr. Kazuo Kawano Nagamine

São José do Rio Preto, 13/ 12/ 2014

Sumário

Dedicatória	i
Agradecimento Especial	ii
Agradecimento Especial	iii
Agradecimentos	iv
Epígrafe	v
Lista de Figuras	vi
Lista de Tabelas	viii
Resumo	x
Abstract	xii
1. Introdução	1
1.1. Ansiedade, Depressão e Auto-Estima	7
1.2. Estresse e estressores	11
1.3. Estratégias de enfrentamento	15
1.4. Objetivos	23
2. Casuística e Método	24
2.1. Casuística	24
2.2. Método	24
2.3. Aspectos Éticos	27
3. Resultados	28
3.1. Consumo de álcool pelos estudantes de medicina e enfermagem: quantidade e frequência	29
3.1.1 AUDIT	32
3.2. Depressão	35
3.3. Ansiedade	37
3.4. Sintomas de depressão e ansiedade nos graduandos de medicina enfermagem	38
3.5. Estresse	40
3.6. Sintomas de Estresse nos graduandos com relação ao ano nos cursos de medicina e enfermagem	41
3.7. Estratégias de Enfrentamento	42
3.8. Auto- Estima	44
3.9. Consumo de álcool pelos Residentes de Medicina e Aprimorandos de Enfermagem	46
3.9.1 AUDIT	53
4. Caracterização dos alunos de medicina e enfermagem atendidos no Serviço de Orientação Psico Pedagógica (SOPPA)	56
5. Discussão	60
5.1. Consumo de álcool entre os estudantes: padrão, quantidade e frequência.....	62
5.2. AUDIT	66
5.3. Depressão	73
5.4. Ansiedade	74
5.5. Sintomas de depressão e ansiedade de acordo com série e curso	75
5.6. Estresse	79
5.7. Sintomas de Estresse nos graduandos com relação a ano nos cursos de medicina e enfermagem	80
5.8. Estratégias de Enfrentamento e Auto- Estima	83

5.9. O consumo de álcool pelos Residentes de Medicina e Aprimorandos de Enfermagem avaliados pelo AUDIT	85
5.9.1. Caracterização dos Alunos atendidos no Serviço de Orientação Psico Pedagógica (SOPPA)	88
6. Conclusões	91
7. Referências Bibliográficas	94
8. Apêndices	106
9. Anexos	109

Dedicatória

Aos meus pais, Sinval (*in memoriam*) e Leda;
Aos meus queridos filhos, Manuela e Ricardo;
Que sempre me deram apoio, incentivo e
confiança para realizar meus sonhos.

Á Deus, por sempre me guiar, proteger e ensinar. Sem ele não chegaria onde estou!

Agradecimento Especial

À Prof^ª. Dr^ª. Maria Cristina, orientadora e amiga, minha admiração, gratidão e respeito pela sua contribuição constante ao longo do meu percurso profissional, com sua alta capacidade técnica como professora e pesquisadora, além de um espírito humanístico que a qualificam como um ser humano especial.

Querida amiga, obrigada por estar sempre presente na minha vida com seu apoio e incentivo incansável e por acreditar em mim!

Agradecimento Especial

À Prof^a. Dra. Neide A. Micelli Domingos, amiga sempre pronta a ajudar, o meu profundo agradecimento pela sua disponibilidade, clareza e apoio incondicional na realização deste trabalho. Minha eterna gratidão!

Agradecimentos

Esta não foi uma caminhada breve, mas uma travessia que parecia sem fim, principalmente pelas intercorrências pessoais de toda ordem, que me atropelaram, mas que não fizeram que eu desistisse do meu objetivo.

Nada na vida conquistamos sozinhos. Sempre precisamos de outras pessoas para alcançar os nossos objetivos. Muitas vezes um simples gesto pode mudar a nossa vida e contribuir para o nosso sucesso.

Várias pessoas contribuíram para que este trabalho se concretizasse. A todas elas registro minha gratidão

As minhas amigas queridas, Carla, Christiane, Carmen, Paula, Jaqueline e Léia obrigada pelo incentivo constante nos momentos de angústia e sofrimento durante a realização deste trabalho, que vêm compartilhando comigo, dificuldades e conquistas.

Ao Serviço de Psicologia representado pelos queridos amigos Kelly e Randolpho, obrigada pela compreensão e apoio que muito me ajudaram na realização deste trabalho.

As queridas Nilmara e Adriana pela colaboração e incentivo na coleta dos dados sempre dispostas a ajudar, meu eterno agradecimento pelo apoio.

Ao Prof. Dr. Azoubel e sua esposa Lina pelo incentivo constante, carinho e amizade. Sou imensamente grata por tal apoio e afeto.

Aos estudantes de Medicina e de Enfermagem que participaram deste estudo, pois sem a sua disposição e colaboração, não teríamos conseguido concretizá-lo.

Ao meu amigo e colega Prof. Dr. Nelson Valerio pela sua solicitude e sugestões na execução desta dissertação.

Ao José Roberto (Zé da livraria) pela sua ajuda com os estudantes de medicina na coleta dos protocolos avaliados. Obrigada Zé valeu!!

Ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, pela minha formação na docência e na pesquisa.

À todos aqueles que de forma direta ou indireta colaboraram para a realização desta tese, meu agradecimento.

"Já perdoei erros quase imperdoáveis, tentei substituir pessoas insubstituíveis e esquecer pessoas inesquecíveis. Já fiz coisas por impulso, já me decepcionei com pessoas quando nunca pensei me decepcionar, mas também decepcionei alguém. Já abracei para proteger, já dei risada quando não podia, fiz amigos eternos, amei e fui amado, mas também fui rejeitado, fui amado e não amei. Já gritei e pulei de tanta felicidade, já vivi de amor e quebrei a cara muitas vezes! Já chorei ouvindo música e vendo fotos, já liguei só para ouvir a voz, me apaixonei por um sorriso, já pensei que fosse morrer de tanta saudade, tive medo de perder alguém especial (e acabei perdendo)! Mas vivi! Viva! Não passo pela vida... você também não deveria passar! Bom mesmo é ir à luta com determinação, abraçar a vida e viver com paixão, perder com classe e vencer com ousadia, porque o mundo pertence a quem se atreve e a vida é muito para ser insignificante."

Charles Chaplin.

Lista de Figuras

Figura 1: Fluxograma da inclusão e participação dos estudantes de graduação, residentes e aprimorandos no estudo	24
Figura 2: Quantidade de doses de bebidas alcoólicas ingeridas pelos alunos dos cursos de medicina e enfermagem nos últimos 30 dias	29
Figura 3 : Freqüência de ingestão de bebida alcoólica nos últimos 30 dias pelos alunos dos cursos de medicina e enfermagem.....	30
Figura 4 : Quantidade de doses ingeridas em média nos finais de semana (últimos 30 dias) pelos alunos dos cursos de medicina e enfermagem	31
Figura 5 : quantidade de vezes que relatam Ingestão de mais de 5 doses de álcool em uma única ocasião	31
Figura 6: Uso de álcool pelos estudantes dos cursos de Medicina e Enfermagem, avaliado pelo AUDIT	32
Figura 7. <i>Quantidade</i> de bebida alcoólica em doses (d) ingeridas nos <i>últimos 30 dias</i> pelos residentes de medicina	50
Figura 8. <i>Quantidade</i> de bebida alcoólica em doses (d) ingeridas nos <i>últimos 30 dias</i> pelos aprimorandos de enfermagem	50
Figura 9. <i>Frequência</i> com que residentes de medicina ingeriram bebida alcoólica <i>nos últimos 30 dias</i>	51
Figura 10. <i>Frequência</i> com que aprimorandos de enfermagem ingeriram bebida alcoólica <i>nos últimos 30 dias</i>	51
Figura 11. <i>Quantidade</i> de doses ingeridas em <i>média nos finais de semana</i> (últimos 30 dias) pelos residentes de medicina	52
Figura 12. <i>Quantidade</i> de doses ingeridas em <i>média nos finais de semana</i> (últimos 30 dias) pelos aprimorandos de enfermagem	52
Figura 13. Número de vezes que ingeriram <i>mais que 5 doses em única ocasião</i> - residentes de medicina	53
Figura 14. Número de vezes que ingeriram <i>mais que 5 doses em única ocasião</i> - Aprimorandos de Enfermagem.....	53
Figura 15. Consumo de álcool pelos residentes de medicina avaliados pelo AUDIT	54
Figura 16. Consumo de álcool pelos aprimorandos de enfermagem avaliados pelo AUDIT	54
Figura 17. Classificação dos participantes por especialidade de acordo com	

os dados obtidos com o AUDIT em relação ao risco	55
Figura 18. Duração do atendimento psicológicos dos alunos em meses	58

Lista de Tabelas

Tabela 1. Descrição dos Instrumentos utilizados na coleta de dados.....	26
Tabela 2. Características dos estudantes de medicina e enfermagem da FAMERP que participaram do estudo quanto ao gênero, religião e idade	28
Tabela 3. Estudantes que utilizam álcool como estratégia de enfrentamento de problemas	30
Tabela 4. Consumo de álcool avaliado pelo AUDIT para alunos os cursos de medicina e de enfermagem	33
Tabela 5. Comparação da ingestão de álcool entre alunos do sexo masculino e feminino	33
Tabela 6. Consumo de álcool pelos estudantes de medicina (1 ^a a 6 ^a séries) e de enfermagem (1 ^a a 4 ^a séries) de acordo com o AUDIT.....	34
Tabela 7. Ingestão de álcool por série e comparação entre séries no curso de medicina de acordo com AUDIT	35
Tabela 8. Ingestão de álcool por série e comparação entre séries no curso de enfermagem de acordo com o AUDIT	36
Tabela 9. Sintomas de depressão em relação ao gênero nos alunos de medicina e enfermagem no geral (n=216)	36
Tabela 10. Comparação dos sintomas de depressão avaliados pelo BDI por curso (medicina e enfermagem)	37
Tabela 11. Sintomas de ansiedade de acordo com o curso: medicina e enfermagem	37
Tabela 12. Sintomas de ansiedade entre alunos de medicina e de enfermagem de acordo com o gênero (n=216)	38
Tabela 13. Sintomas de depressão e ansiedade de acordo com série e curso.	40
Tabela 14. Sintomas e fases do estresse entre os alunos de Medicina e Enfermagem	41
Tabela 15. Sintomas e Fases de Estresse nos graduandos (por série) nos cursos de medicina e enfermagem	43
Tabela 16. Media das estratégias de enfrentamento utilizadas pelos alunos, comparados a media da amostra de padronização da escala.....	44
Tabela 17. Media das estratégias de enfrentamento utilizadas pelos alunos com relação ao gênero, comparados a media da amostra de padronização	

da escala	43
Tabela 18. Avaliação da auto- estima entre alunos de medicina e enfermagem.....	45
Tabela 19. Comparação da autoestima entre alunos dos cursos de medicina e de enfermagem	45
Tabela 20. Correlação entre ingestão de álcool com auto- estima/ estresse/ansiedade/ depressão	46
Tabela 21. Sintomas de depressão, ansiedade, auto-estima e estratégias de enfrentamento nos alunos que apresentaram risco 3	47
Tabela 22. Características dos residentes médicos e aprimorandos da FAMERP que participaram da pesquisa sobre consumo de álcool	49
Tabela 23. Ingestão de álcool quando preocupados entre residentes médicos e aprimorandos de enfermagem	56
Tabela 24. Análise das comparações 2 a 2 (X^2) em relação à ingestão de álcool	57
Tabela 25. Encaminhamento do aluno para o atendimento no SOPPA.....	57
Tabela 26. Número de alunos de medicina e de enfermagem por gênero atendidos pelo SOPPA.....	57

RESUMO

A saúde mental de profissionais e de futuros profissionais da saúde é alvo de inúmeros estudos, uma vez que, quando prejudicada, pode afetar não só o bem estar do indivíduo, mas a qualidade da sua prática e o sistema onde atua. Este estudo teve como **objetivos:**

a) identificar, entre graduandos de medicina e enfermagem do complexo FAMERP (Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto) – FUNFARME (Hospital de Base): prevalência de uso álcool; sintomas de depressão, de ansiedade e de estresse; estratégias de enfrentamento utilizadas frente a estressores; avaliar a autoestima dos estudantes. b) Identificar a prevalência do uso do álcool entre residentes médicos e aprimorandos de enfermagem do Hospital de Base de São José do Rio Preto. c) Descrever características dos alunos atendidos no Serviço de Orientação Psicológica e Pedagógica ao Aluno (SOPPA) da FAMERP no período entre 2005 e 2012. **Casuística: Alunos de Graduação** - participaram 216 alunos dos cursos de graduação: 102 de medicina (1º ao 6º ano) e 114 de enfermagem (1º ao 4º ano). **Residentes e Aprimorandos** - 50 médicos residentes e 19 enfermeiros aprimorandos. **Alunos atendidos no SOPPA:** foram avaliados os prontuário dos alunos atendidos no SOPPA no período entre 2005 e 2012 (n=316). **Método:** estudo descritivo transversal, de abordagem quantitativa, realizado no período entre junho de 2009 e dezembro de 2010. **Resultados: Alunos de Graduação:** Houve predomínio do sexo feminino (82,4%) e a média de idade foi 21 anos. O consumo de álcool (*AUDIT/Alcohol Use Disorders Identification Test* e padrão de ingestão, quantidade e frequência de uso de bebidas alcoólicas no último mês) mostrou que nos últimos 30 dias, 69% ingeriram entre uma e oito doses de bebida alcoólica. A maioria (69%) relatou beber de uma vez por mês a três ou quatro vezes por semana. Mais da metade dos estudantes (61%) consumiram de uma a mais de oito doses durante os fins de semana. A maioria encontra-se no Risco 1 (Beber Moderado),

seguida por Risco 2 e 3 (Padrão de Beber de Risco e Alto Risco). A maioria não relatou utilizar álcool como estratégia de enfrentamento. A maioria dos graduandos apresentou sintomas mínimos de depressão, que foram mais frequentes entre as mulheres. A maioria apresentou sintomas de estresse (predomínio: sintomas psicológicos e fase de resistência). A maioria dos alunos dos dois cursos apresentou excelente autoestima.

Residentes e aprimorandos: utilizam o álcool como estratégia de enfrentamento para lidar com o estresse. **Alunos atendidos no SOPPA:** Dos 316 atendimentos realizados nesse período, 146 alunos tiveram alta e 170 alunos desistiram durante o atendimento. A maioria procurou o SOPPA espontaneamente. As principais queixas foram ansiedade, depressão e baixo rendimento acadêmico. **Conclusão: Graduação** - A maioria dos alunos não utiliza álcool como estratégia de enfrentamento de problemas, encontra-se no risco 1 (beber moderado), apresenta sintomas psicológicos de estresse, poucos sintomas de depressão e ansiedade e tem autoestima adequada. **Residentes e aprimorandos** – utilizam álcool como estratégia de enfrentamento para lidar com o estresse. **Alunos atendidos no SOPPA** – as principais queixas são ansiedade, depressão e problemas acadêmicos.

Palavras Chaves: alunos e residentes; consumo de álcool; depressão, ansiedade, estresse e enfrentamento

ABSTRACT

There are many studies about health professionals' mental health, since it may impair not only their wellbeing but also their practice. This study had the following **objectives**: a) to identify among medical and nurse students from FAMERP (Medical School of São José do Rio Preto) and FUNFARME (Hospital de Base): prevalence of alcohol intake; depression, anxiety and stress symptoms; stress coping strategies; to assess self-esteem. b) To identify prevalence of alcohol use by medical and nursing residents from Hospital de Base, São José do Rio Preto. c) To describe characteristics of students seeing at FAMERP's Unity of Psychological and Pedagogical Counseling (SOPPA) from 2005 to 2012. **Participants: Students** – 216 students, 102 medical (1st to 6th year) and 114 nursing (1st to 6th year). **Residents**: 50 medical and 19 nursing residents. **Students from SOPPA**: psychological records (n=316) from 2005 to 2012 were analyzed. **Methods**: cross sectional quantitative study performed from June/2009 to December/2010. **Results: Students** – the majority of students were female (82.4%) with mean age of 21. Alcohol consumption (AUDIT/Alcohol Use Disorders Identification Test, drinking style, quantity and frequency of alcohol drinking during last month) showed that on the last 30 days 69% consumed between one and eight doses of alcohol. More than half (61%) consumed one or more than eight doses per weekend. The majority (69%) reported drinking from once a month to three to four times a week. More than half (61%) consumed from one to more than eight doses during weekends. The majority is on Risk one (Moderate drinking), followed by Risk 2 and 3 (Risk and High Risk). Most students did not report using alcohol as a coping strategy. The majority had minimal symptoms of depression that were more common among females. The majority also presented stress symptoms (predominantly psychological symptoms and resistance phase). Self-esteem was high for both medical and nursing students. **Residents**: use

alcohol as strategy for coping with stress. **Students from SOPPA:** from 316 students receiving psychological care in the period, 146 completed treatment and were discharged, and 170 abandoned treatment. The majority searched treatment spontaneously. Main complains were anxiety, depression and low academic performance. **Conclusion: Graduation students** –the majority of the students doesn't use alcohol as a way of coping with problems; is on Risk 1 for drinking (moderate drinking), present psychological symptoms of stress, few depression and anxiety symptoms and have adequate self-esteem. **Residents** - use alcohol as a strategy to cope with stress. **Students from SOPPA:** main complains were anxiety, depression and academic performance.

Keys Word: students and residents; alcohol consumption; depression, anxiety, stress and coping

1. INTRODUÇÃO

A saúde mental de profissionais de diferentes especialidades é alvo de inúmeros estudos, uma vez que esta, quando prejudicada, pode afetar não só o bem estar do indivíduo, mas a qualidade da sua prática e o sistema onde atua. ⁽¹⁻⁵⁾

Na área da saúde, o trabalho é realizado com base em uma relação de ajuda entre profissional e paciente. Entre estes profissionais, médicos e enfermeiros são provavelmente os mais investigados, tanto do ponto de vista psicológico como sociológico. ^(4,6-11-13)

Durante os cursos de medicina e de enfermagem, experiências vividas no dia a dia, de um treinamento que ocorre dentro do sistema de saúde, podem ter um impacto negativo sobre a saúde mental e bem estar psicológico destes futuros profissionais. ⁽¹⁴⁻²¹⁾

O estresse presente durante a formação do médico e a prática profissional da medicina aparece freqüentemente associado a problemas de saúde mental como depressão, ansiedade, abuso e dependência de substâncias e *burnout*. Embora estes problemas estejam presentes também em outras profissões, principalmente nas denominadas profissões de ajuda, que envolvem contato emocional com outras pessoas, médicos e enfermeiros têm sido apontados como altamente vulneráveis. ^(4,12,13,16, 21-25)

.Apesar de serem treinados para cuidar do outro, em estreito contato com o sistema de saúde, estes profissionais parecem ter muita dificuldade para reconhecer seus próprios sintomas e para procurar ajuda profissional. ^(6,26)

O enfermeiro em risco de *burnout* ou em *burnout* tem dificuldade em desenvolver a capacidade de estabelecer uma relação interpessoal eficaz quer com os seus doentes e família quer com toda a equipa multidisciplinar em que está inserido, o

que traz implicações éticas significativas, dado que a relação que estabelece com o “outro” constitui um processo de fundamental importância na sua atividade diária, sem a qual a prestação efetiva de cuidados de enfermagem perde a sua qualidade, ou simplesmente não se realiza. ⁽²⁷⁾

Para estudantes de medicina e enfermagem, as dificuldades podem começar no vestibular, onde existe grande disparidade na relação candidato/vaga, principalmente para o curso de medicina. Em um importante estágio do seu desenvolvimento, muitos destes adolescentes renunciam a horas de lazer, companhia de amigos e familiares, preparando-se para os exames. Após a aprovação no vestibular, há uma extensa carga teórica a ser absorvida durante o curso, acrescida de um aprendizado prático, dentro do âmbito do sistema de saúde. O medo de cometer erros, cujas conseqüências podem ter impacto significativo sobre a vida de outro ser humano, é freqüente entre estes estudantes. ^(4, 11,19,28)

No decorrer da graduação, dúvidas quanto à escolha profissional não são raras, embora muitos alunos percebam a desistência do curso como um fracasso, temendo também a reação dos familiares. No início e no decorrer da graduação, problemas de adaptação, competitividade, decepção, solidão, dificuldade no relacionamento com colegas e professores, constituem importantes fontes de sofrimento. ^(11,20,25,28-30)

A adaptação à vida universitária é, para a maioria, acrescida da condição de sair de casa pela primeira vez, acarretando perda de cuidados familiares no dia a dia, necessidade de organizar-se, de descobrir nova forma de estudar e de constituir novas amizades. Nessa nova experiência há o convívio com pessoas diferentes, a ameaça do trote, as festas, bebidas e drogas acessíveis, e algumas vezes “impostas”. Os desapontamentos muitas vezes ocorrem no contato com as disciplinas básicas,

percebidas freqüentemente como um adiamento do ingresso real na carreira escolhida. Após esta fase inicial, o ingresso no hospital e as possibilidades de contato com o paciente e com diversos profissionais e docentes, constituem outro momento em que muitos alunos ficam vulneráveis para problemas (ex. ansiedade).⁽³¹⁾

O reconhecimento destas dificuldades levou inúmeras escolas de medicina e enfermagem do Brasil e do mundo a fornecerem serviços de atendimento psicológico aos alunos. Como uma rede de suporte aos graduandos de medicina e enfermagem, este tipo de atendimento é procurado principalmente por razões pessoais e acadêmico-profissional.⁽³²⁻³⁾

O término da graduação e o ingresso na residência ou aprimoramento são outros momentos considerados críticos na vida destes estudantes.^(11,15,28,34-5)

Após o ingresso na residência médica ou no aprimoramento em enfermagem, o estresse pode se intensificar. O período de transição aluno-profissional, as novas responsabilidades, o isolamento social, a fadiga, a privação do sono, a sobrecarga de trabalho, o medo de cometer erros e outros fatores inerentes ao treinamento, muita vezes rígido, estão associados a sintomas somáticos, psicológicos e comportamentais, como estados depressivos com ideação suicida, consumo excessivo de álcool e drogas, raiva crônica e desenvolvimento de um amargo ceticismo e irônico humor negro.^(4,7, 36-7) Alguns fatores de risco para uso de substâncias psicotrópicas entre médicos são normalmente citados na literatura: facilidade aos medicamentos; perda do medo em relação a injeções; história familiar de dependência; problemas emocionais; estresse no trabalho e em casa; busca de emoções fortes; auto-administração no tratamento para dor e para o humor; fadiga crônica; onipotência e padrão de prescrição exagerada; e os de especialidade de alto risco.⁽³⁸⁻⁹⁾

Conforme Millikan (1999),⁽⁴⁰⁾ o foco no problema do uso de substâncias tem vindo a ser cada vez mais considerado, uma vez que tem aumentado a preocupação social a propósito dos profissionais de saúde “*impaired*” (incapacitados, enfraquecidos, debilitados, comprometidos, arruinados). A *American Medical Association* definiu em 1972 o termo “*impaired*” como a incapacidade para a prática da medicina com razoável destreza (habilidade, perícia, proficiência) e segurança para o doente, provocada por uma doença do médico (doença ou doenças incluindo dependência de álcool e/ou de outras drogas). Em 1973, o *Council on Mental Health* referia que, nos Estados Unidos da América e na Europa, de entre os indivíduos que tinham referenciada uma adição a uma qualquer droga, 15% eram médicos e outros 15% eram enfermeiros e farmacêuticos.⁽⁴⁰⁾

O uso abusivo do álcool, como de outras drogas, é um problema complexo determinado por múltiplos fatores, incluindo componentes psicológicos e fisiológicos. O Estresse é considerado o fator que mais contribui para a iniciação e continuação do uso do álcool.⁽⁴¹⁾ Estudos clínicos têm demonstrado a influência das situações agudas de estresse e do estresse crônico no consumo de bebidas alcoólicas e no desenvolvimento do uso do álcool. Ainda para os mesmos autores, as experiências estressantes podem também contribuir para a reinstalação do uso após um período de abstinência. A extensão do modo como o estresse profissional influencia os consumos de álcool depende também do tipo de estresse experienciado. Empregos com alta exigência e pouco controle (do trabalhador sobre a sua própria atividade) implicam geralmente um risco maior de desenvolvimento de distúrbios relacionados com o consumo de álcool quando comparados com ocupações de menor exigência e de maior controle. Além disso, aumento de problemas com o álcool é maior para homens com atividades

profissionais muito exigentes em termos físicos do que para homens cujas atividades têm maior exigência psicológica.

Os médicos trabalham de forma independente, com postura geralmente controladora, e falsa sensação de que “podem cuidar de si mesmos, que sabem o que estão fazendo”. Negando as próprias fraquezas retardam a busca de ajuda e tratamento. Em paralelo, a cultura médica enaltece qualidades como independência, auto-eficácia e competitividade. Providenciar tratamento para os médicos também não é tarefa fácil, dada a dificuldade destes para aceitar o papel de paciente. ⁽³⁸⁾

Com relação a dificuldades vivenciadas por médicos residentes, verifica-se um aumento de publicações na década de 90, com intensificação a partir de 2004.⁽⁴²⁾ Este tema tem repercussão não somente para os profissionais da área, mas para toda a comunidade, considerando que problemas na pessoa do profissional tem um impacto significativo sobre a qualidade do atendimento.

O consumo de bebidas alcoólicas está se tornando um hábito cada vez mais comum entre jovens universitários, sendo o alcoolismo considerado um grave problema de saúde pública no Brasil. Antes o que era somente permitido aos homens agora é estendido às mulheres, muitas vezes estimulado, facilitado e legitimado pela sociedade contemporânea, principalmente em redutos onde o consumo de álcool é feito de maneira recreacional (festas e outras atividades sociais) ou usado como justificativa por supostamente apaziguar as responsabilidades impostas, como acontece no meio acadêmico.⁽⁴³⁾

Diversos estudos apontam o uso preocupante de álcool e drogas entre universitários, mostrando a necessidade de compreender os diferentes fatores

envolvidos nesta resposta, que pode ser vista como uma tentativa, embora negativa, para enfrentar ao estresse. ^(23-6,44-8)

Os conflitos presentes durante a formação podem deixar marcas na identidade pessoal, produzir sintomas e adoecimento. Estudos comparando médicos e estudantes de medicina com outros profissionais indicam uma peculiaridade dos primeiros quanto à morbimortalidade, com alta prevalência de doenças relacionadas ao álcool, tabaco, suicídio e dependência de substâncias. ^(4,20,28) Entre estudantes de medicina e de enfermagem, há elevada prevalência de transtornos mentais comuns. Experiências emocionalmente tensas, como contato com pacientes graves e competitividade, são importantes estressores, especialmente para aqueles estudantes que apresentam rede de apoio deficitária. ^(13,14,18,30-33,49,50-2)

Sabe-se também que, em relação à população geral, a classe médica possui maior taxa de suicídio, de transtornos de humor e de ansiedade, além de dependência química. ⁽⁵³⁾ Numa pesquisa realizada com 83 clínicos, 60,2% deles acreditam que médicos são mais suscetíveis ao uso abusivo de psicotrópicos, sendo que 67,5% deles conhecem algum colega com o problema. A mesma pesquisa revelou ainda que uma das causas dessa dependência é a dedicação quase exclusiva ao trabalho, restringindo o tempo de convívio social fora do hospital, demonstrada pelo fato de 11,3% dos médicos entrevistados nunca terem lazer. ⁽⁵³⁾

As razões da preocupação com os profissionais que fazem uso abusivo de substâncias incluem os efeitos negativos na saúde física e psicológica, a ameaça à capacidade e efetividade de trabalho, particularmente nas situações que exigem um perfeito funcionamento cognitivo e capacidades motoras finas, e a deterioração do papel

dos profissionais quando no exercício de atividades de docência e enquanto “modelos” para estilos de vida saudáveis.

Recentemente parece ter havido um aumento na incidência de problemas de saúde mental entre estudantes universitários em geral. Além disso, parcela significativa dos que apresentam sintomas de ansiedade ou depressão não procuram ajuda, mesmo reconhecendo esta necessidade.⁽²⁹⁾ A forma de atendimento resolutivo a esses universitários são os grupos de prevenção, que melhoram a identificação de sintomas e o tratamento pelo conhecimento adquirido.⁽⁵⁰⁾

1.1 Ansiedade, Depressão e Auto-Estima

A ansiedade vem se configurando como um dos grandes problemas atuais e acarreta significativo prejuízo na qualidade de vida ⁽⁵⁴⁾. Ansiedade é definida como um sentimento de apreensão desagradável, vago, acompanhado de sensações físicas como taquicardia, sudorese, tremores, tensão muscular, aumento das secreções, da motilidade intestinal e cefaléia. Enquanto o medo é a resposta a uma ameaça conhecida e definida, a ansiedade é uma resposta a uma ameaça desconhecida, vaga ⁽⁵⁵⁾.

Ansiedade é um sinal de alerta para perigo, que sinaliza a necessidade de medidas para enfrentar ameaças. Atualmente, o perigo é visto menos como uma ameaça à integridade física e mais como perda de status, de conforto, de poder econômico, de afetos, amizades, de privilégios, vantagens, de possibilidade de concretizar interesses e de vaidade. Em estados de desequilíbrio emocional, o simples contato com o novo, como situações inesperadas e desconhecidas, é suficiente para disparar estados ansiosos.⁽⁵⁵⁾ A ansiedade é uma reação natural e necessária para a auto-preservação, que geralmente não precisa ser tratada por ser natural e auto-limitada. Os estados de ansiedade

anormais, caracterizados pela intensidade e frequência da ansiedade, constituem transtornos da ansiedade (ex. transtorno de pânico; fobias específicas; transtorno de ansiedade generalizada) e requerem tratamento específico.⁽⁵⁶⁾

Um estudo realizado com estudantes de medicina associou o curso ao desenvolvimento de quadros ansiosos. Maiores taxas de sintomas de ansiedade foram encontradas no início do curso (período de adaptação), no quarto ano (antecede o internato), e no sexto ano (provas de residência).^(52,11)

A hipótese de que a gravidade de eventos de vida estressores predizem sintomas de ansiedade ou transtornos de ansiedade têm sido alvo de estudos recentes. Nestes, a identificação de uma relação causal entre os eventos estressores e o surgimento de sintomas de ansiedade e depressão reforça esta associação.⁽⁴³⁾

O termo depressão, compreendido como transtorno do humor, vai além dos sentimentos comuns de depressão (tristeza) experimentados ao longo da vida pelas pessoas. Inclui uma série de sintomas como tristeza ou perda generalizada de interesse ou prazer, pessimismo, baixa auto-estima e ideação suicida. Quando um quadro depressivo ocorre, uma série de evidências indica alterações químicas no cérebro, principalmente relacionadas aos neurotransmissores (serotonina, noradrenalina e, em menor proporção, dopamina). O estresse pode precipitar a depressão em pessoas com predisposição, provavelmente genética, para o problema. A prevalência da depressão é estimada em 19%, o que significa que aproximadamente, uma em cada cinco pessoas no mundo, apresenta o problema em algum momento da vida⁽⁵⁷⁻⁸⁾. Devido à alta frequência, consequências sociais, interpessoais e o intenso sofrimento, há também a preocupação com o risco de suicídio quando um diagnóstico de depressão é realizado.

A Depressão é reconhecida como um problema de saúde pública e a natureza do exercício profissional na área de saúde é um fator que concorre para o desenvolvimento de distúrbios emocionais.

Durante o curso de graduação e no desempenho da profissão de enfermeiro, são requeridos alto nível de habilidades cognitivas, disposição e atitudes proativas. Neste profissional, o estado depressivo poderá interferir no seu desempenho, tornando necessário acompanhamento profissional. Estudo com acadêmicos de enfermagem verificaram que a depressão, entre alunos de enfermagem, está dentro do esperado para a população geral. Entretanto, esses graduandos merecem significativa atenção, pois vivenciam situações conflituosas no dia-a-dia que podem desencadear sintomas depressivos. ^(31,51)

Estudo sobre depressão entre estudantes de medicina indicou prevalência e gravidade dos sintomas depressivos relativamente mais elevados, porém não estatisticamente significativos, do que estudantes dos outros cursos. No entanto, a permanência desses sintomas durante todo o curso, bem como sua gravidade, no decorrer dos anos pode levar estes alunos a uma vulnerabilidade aumentada para transtornos mentais ⁽¹³⁾. Porém outros estudos que compararam a prevalência de sintomas depressivos em estudantes de medicina com a população geral encontraram resultados superiores á media entre os futuros médicos. ^(49,50)

Estudos sugerem que o curso de medicina, da maneira como está estruturado atualmente, acarreta altos índices de estresse e aumenta a vulnerabilidade para transtornos emocionais. ^(4,12-3,18,20,49) Entretanto, algumas características individuais, como a auto-estima, podem aumentar ou diminuir esta vulnerabilidade.

Auto-estima inclui a avaliação subjetiva que uma pessoa faz de si mesma, como sendo intrinsecamente positiva ou negativa em algum grau. A auto-estima envolve crenças (ex. eu sou competente/incompetente), emoções (ex. triunfo, desespero, orgulho) e comportamentos (ex. assertividade/temeridade, confiança/cautela). Auto-estima elevada está associada com assertividade, independência, criatividade e flexibilidade. ⁽⁵⁸⁾

Auto-imagem e auto-estima estão intimamente relacionadas e são construtos resultantes da interação entre a auto-percepção e a percepção dos demais ⁽³¹⁾. Os níveis de auto-estima influenciam a valorização e a confiança pessoal e estão, portanto, associados diretamente a êxito e fracasso acadêmico, profissional e no relacionamento interpessoal, incidindo nas esferas psicoemocionais do indivíduo e em cada uma das dimensões de interação que o cerca. ^(31,59)

A auto-estima tem sido classificada em positiva e negativa. Quando tem auto-estima positiva, o indivíduo apresenta alto grau de satisfação interna, valorizando sua existência. Quando negativa, sente-se inferior em suas capacidades e habilidades em comparação aos demais, apresenta comportamentos conformistas e pouco espírito de luta, como é o caso daqueles que são acometidos por transtorno depressivo. Portanto, a estabilidade e elevados níveis de auto-estima podem ser fatores decisivos para a saúde mental. ⁽³¹⁾

Estudo com acadêmicos de enfermagem identificou níveis médios de auto-estima, embora níveis mais altos fossem esperados em função das expectativas profissionais promissoras⁽³⁰⁾. Para estudantes de medicina, baixa auto-estima, combinada com outros fatores, pode aumentar a vulnerabilidade para quadros depressivos ⁽¹³⁾

1.2 Estresse e estressores

Estresse é definido como uma reação psicofisiológica complexa, experimentada quando o organismo deve enfrentar um evento que ameaça a sua homeostase interna ⁽³⁴⁾. Straub⁽³⁵⁾ (2005) define estresse como “um processo pelo qual alguém percebe e responde a eventos que são julgados como desafiadores ou ameaçadores”.

Na presença de um estressor, o organismo busca controlar a situação. Este controle, entretanto, vai depender do tipo, duração e intensidade do estressor, bem como das estratégias de enfrentamento utilizadas pela pessoa. ⁽³⁴⁾

Segundo o modelo quadrifásico de Lipp, ⁽³⁴⁾ o processo de estresse inclui: a) **fase de alerta**: fase inicial de estresse, com grande dispêndio de energia para enfrentar a situação estressora. Se não for excessivo, entretanto, o estresse pode aumentar a motivação e conseqüentemente a produtividade; b) **fase de resistência**: ainda ocorrem alterações hormonais e há grande utilização de energia na busca da homeostase, podendo ocorrer sensação de desgaste e dificuldades com a memória. Se o organismo conseguir resistir ao estressor, o processo é interrompido sem maiores conseqüências; c) **fase de quase-exaustão**: as defesas do organismo começam a enfraquecer e torna-se difícil recuperar a homeostase. Momentos de desconforto, cansaço e ansiedade, podem se alternar com momentos de bem-estar e tranqüilidade. Nesta fase, há uma alta vulnerabilidade para o aparecimento de algumas doenças; d) **fase de exaustão**: a resistência do organismo está totalmente comprometida, podendo ocorrer exaustão física, psicológica e até a morte. Nesta fase existe maior vulnerabilidade para doenças. É importante ressaltar, entretanto, que o estresse não é o agente patogênico: a queda de imunidade, associada à vulnerabilidade individual, propicia o aparecimento e desenvolvimento das doenças. ⁽³⁴⁾

Como é o indivíduo que avalia se um estímulo é ou não um estressor, as fontes de estresse podem ser momentâneas ou crônicas. Importantes fontes de estresse incluem eventos importantes de vida (ex. mudar de emprego, ter filhos); problemas cotidianos (perder o ônibus); estresse ambiental (ruídos, desastres naturais); estresse relacionado ao trabalho (sobrecarga de trabalho e de papéis, esgotamento); e fatores socioculturais (pobreza, gênero).⁽³⁵⁾

O estudante universitário pertence a um grupo vulnerável, constantemente exposto a situações de estresse. Reações de ajustamento a situações estressantes, por exemplo, são comuns no ingresso na vida acadêmica. A reação positiva ou negativa a essas situações se dará mediante estratégias para enfrentar essas questões, que se somam às mudanças ambientais e da própria formação acadêmica.⁽⁴⁹⁾

Estudos realizados com estudantes de medicina, médicos e enfermeiros apontam como situações geradoras de estresses a discrepância entre a realidade e as expectativas individuais em relação ao sistema de funcionamento e ao currículo acadêmico, competitividade existente entre os colegas, medo de cometer erros, fadiga, cansaço, falta de orientação, estar constantemente sob pressão, plantões noturnos, falta de tempo para lazer, para estar com a família, com amigos e para necessidades pessoais, devido ao ritmo e sobrecarga de trabalho. Além disso, são importantes estressores falta de infra-estrutura adequada para atendimento de pacientes, comunicar ao paciente e/ou familiares situações graves ou de morte.^(4,12,15,19,20,36-7) Por isso em termos de saúde mental e devido às preocupações inerentes a profissão, médicos e enfermeiros tem risco aumentado para vários distúrbios de comportamento, crises e tentativas de suicídio associados a transtornos psiquiátricos.⁽⁴⁹⁾

A resposta ao estresse é resultado da interação entre as características pessoais e demandas do meio. Assim, diferentes situações estressoras ocorrem ao longo dos anos e as respostas variam entre os indivíduos na sua forma de apresentação, podendo ocorrer manifestações psicopatológicas diversas, como sintomas inespecíficos de depressão ou ansiedade. ⁽⁴³⁾

Estudo realizado no Reino Unido indicou que a proporção de médicos e outros profissionais da saúde que apresentam níveis de estresse acima do limiar aceitável é de 28%, contra 18% na população geral. Essa alta proporção tem também alto custo, como elevados índices de absenteísmo e processos contra profissionais e instituições de saúde, além do fato de médicos infelizes, tensos, cansados e ansiosos não oferecerem um atendimento de qualidade, com maior probabilidade de cometer mais erros que aqueles profissionais cuja sensação de bem estar é alta. ⁽⁷⁾

Porém, tão importante quanto o ambiente, é como o indivíduo reage a ele. Assim, em estudos mais recentes também foram analisados fatores individuais, como formas de pensar, estilo de enfrentamento e relacionamento do residente médico com a família, com os colegas de profissão e com os pacientes. ⁽⁷⁾

Errar é um dos maiores estressores na vida do médico. Embora o erro deva ser visto como uma oportunidade de aprendizado, principalmente durante a residência, é altamente temido em função da publicidade que o rodeia atualmente, marcando de forma importante o médico recém-formado. ⁽¹⁶⁾ Além do erro médico, outros fatores são importantes fontes de estresse para esse profissional: a redução da renda, que leva a um maior número de empregos e a uma maior jornada de trabalho; o controle exercido por convênios e instituições; a redução do status profissional e as altas expectativas dos

pacientes, com destaque para o aumento do número de processos e o enfoque que a eles é dado pela mídia. ⁽⁷⁾

Assim, surgiu na literatura um novo conceito: a Síndrome do Estresse do Médico Residente, definida como distúrbio cognitivo episódico, com sentimento crônico de raiva, desenvolvimento de cinismo, discórdia conjugal e familiar, além de episódios de depressão maior, ideação suicida e abuso de substâncias.⁽⁶⁰⁾ Shanafelt et al.⁽⁶¹⁾ identificaram 76% dos residentes com a síndrome, em uma pesquisa que englobou os três anos de residência. Fahrenkopf et al.⁽⁶²⁾ constataram porcentagem semelhante: 74% dos residentes de um hospital pediátrico dos EUA.

Os fatores etiológicos relacionados à Síndrome do Estresse do Médico Residente são as condições de trabalho que esses jovens na transição aluno-profissional enfrentam: privação de sono e carga de trabalho excessiva, alta responsabilidade profissional, mudanças frequentes das condições de trabalho e competitividade. ⁽⁴⁾

As respostas ao estresse podem ser múltiplas e variadas (fisiológicas, psicológicas ou de comportamento) e podem dar lugar a consequências tanto individuais, como alterações da saúde física e do bem-estar psicológico do trabalhador, como ao nível organizacional, com aumento do absentismo laboral e da rotação dos postos de trabalho, bem como diminuição da qualidade dos serviços prestados e diminuição da produtividade. ⁽⁶³⁾

1.3 Estratégias de enfrentamento

Tão importante quanto à identificação dos estressores, são as estratégias de enfrentamento utilizadas pelo indivíduo para reduzir o impacto do estresse sobre o organismo.

O termo enfrentamento ou *coping* é descrito na literatura como a utilização de recursos internos ou externos para enfrentar o estresse ⁽⁶⁴⁾.

As estratégias de enfrentamento têm como função minimizar os efeitos do estresse sobre o funcionamento físico e emocional do indivíduo. Em algumas situações não é possível eliminar o estressor, porém as estratégias auxiliam a reduzir os danos ou a aceitar a situação. Qualquer resposta, positiva ou negativa, para enfrentar um estressor, pode ser entendida como estratégia de enfrentamento ^(35,65).

Existem várias formas de classificar as estratégias de enfrentamento, mas a desenvolvida por Lazarus (1984),⁽⁶⁴⁾ parece melhor descrever a amplitude de respostas relacionadas ao estresse: enfrentamento focalizado na emoção e enfrentamento focalizado no problema.

As estratégias de enfrentamento focalizadas na emoção visam regular a resposta emocional provocada pelo evento estressante. Incluem distanciamento (afastar-se psicologicamente do problema), comportamento de fuga-evitação (afastar-se física ou psicologicamente do estressor) e reavaliação positiva (reinterpretar a situação). No enfrentamento focalizado no problema, o indivíduo lida diretamente com o evento estressor a fim de reduzir a ameaça. Essas estratégias não são excludentes, e o que determina a utilização de uma ou outra depende de vários fatores, como tipo de problema a ser enfrentado e características pessoais ^(35,65). Além destas, outras formas de

enfrentamento têm sido apontadas pela literatura, como suporte religioso e suporte social. ⁽⁶⁵⁾

A análise da situação a ser enfrentada é descrita como um processo cognitivo que avalia tanto as circunstâncias como ameaçadoras e desafiadoras (avaliação primária), como os recursos disponíveis para enfrentá-las (avaliação secundária). ⁽⁶⁶⁾

Os critérios de eficiência do enfrentamento devem ser avaliados multidimensionalmente. Uma estratégia é considerada adequada se o indivíduo consegue dominar ou diminuir o impacto da situação sobre seu bem-estar físico e psicológico. Nesse caso, as estratégias de enfrentamento são fatores importantes na mediação entre o sujeito e sua saúde ou doença. ⁽⁶⁶⁾

A forma como uma situação será enfrentada depende de uma avaliação individual da mesma. Esta avaliação pode estar relacionada a dano (ou perdas), ameaça (possibilidade de dano) ou desafio (perspectiva de reforço sob condições difíceis). As respostas de enfrentamento, por sua vez, podem ser de ação direta ou solução do problema, reduzindo assim o estresse sobre o organismo e regulando a emoção a ele associada. Como alguns problemas não podem ser solucionados por meio de uma ação direta, estratégias cognitivas podem ser então utilizadas. Isto não significa, entretanto, que “...ações e pensamentos são mutuamente exclusivos, ao contrário, processos cognitivos estão presentes em ações diretas particulares e estas, sem dúvida, também presentes durante as avaliações das pessoas”. ⁽⁶⁷⁾

Se o enfrentamento for adequado, o estresse poderá ser reduzido e adequado ao momento; do contrário, pode se intensificar em função da interpretação que a pessoa faz da situação. Um fator considerado importante para alguns autores é o poder de controle

que o indivíduo tem sobre o seu comportamento, isto é, o próprio indivíduo é capaz de modificar as situações por meio de suas ações. A escolha do tipo de estratégia dependerá de certa forma desta capacidade. O indivíduo que acredita ter um controle maior sobre os eventos, avaliando o estressor como passível de mudança ou superação, utilizará enfrentamento focalizado no problema. Por outro lado, os que acreditam ser incapazes de lidar com os estressores, acreditando que existem poucas possibilidades de mudança, utilizarão provavelmente estratégias focalizadas na emoção.⁽⁶⁶⁾ Nenhuma estratégia de enfrentamento é melhor ou pior que outra, mas julgada como adaptativa ou não em cada contexto ⁽⁶⁶⁾.

Um estudo com estudantes de medicina apontou a utilização das seguintes estratégias para lidar com o estresse: valorização dos relacionamentos interpessoais e de fenômenos de cotidiano; equilíbrio entre estudo e lazer; organização do tempo; cuidados com a saúde, alimentação e o sono; prática de atividades físicas; religiosidade; trabalhar a própria personalidade para lidar com situações adversas e procura por assistência psicológica ⁽³⁶⁾.

Oliveira (2006),⁽⁶⁸⁾ realizou um estudo com o objetivo de conhecer as percepções de alunos de graduação em enfermagem quanto a sua qualidade de vida. Identificou como situações consideradas promotoras de qualidade de vida: experiências extracurriculares, relação professor-aluno e relacionamento entre os alunos. Foram considerados aspectos prejudiciais à qualidade de vida: falta de acolhimento dos professores e enfermeiros de campo, falta de integração com a equipe e com alunos de outros cursos do campus e carga horária excessiva para o aluno trabalhador.

Profissionais da saúde, pelas características próprias destas profissões, são considerados altamente vulneráveis ao estresse. A profissão médica situa-se no topo da

lista de profissões estressantes, em igualdade com policiais, operadores de tráfego aéreo, investidores da bolsa de valores e professores. Essa elevada carga de estresse gera danos à saúde física e mental desses profissionais e suas famílias: médicos adoecem mais que outros profissionais de status equivalente, divorciam-se mais que a população geral e também se suicidam mais freqüentemente. Em todo o mundo, a taxa de suicídio na população médica é superior à da população geral. ^(4,12,18,20,36-7,69) O acúmulo de frustrações, adicionado aos estressores diários, tornam os médicos vítimas freqüentes de doenças cardíacas. A incidência de doença mental (depressão e ansiedade graves) atinge 23 a 47% dos médicos ativos, níveis pelo menos duas vezes superiores a profissionais de status semelhante, como engenheiros e advogados. Entre 12 e 14% destes profissionais fazem uso de substâncias (facilitado pelo acesso fácil a substâncias psicoativas), muitas vezes em associação ao consumo de bebidas alcoólicas. A vida familiar é comprometida pelas longas horas de ausência do lar, em múltiplas jornadas de trabalho. ^(13,15,18,20,26,33,36,39,49,50,52,68-9)

Vários estudos discutem a vulnerabilidade à dependência de substâncias por parte de médicos e enfermeiros. Estes profissionais tem acesso direto a substâncias no trabalho, com maior possibilidade de auto-administração, pelo livre acesso. Por conhecerem os efeitos do álcool e de outras drogas, muitos desenvolvem a crença de que são capazes de controlar os problemas advindos do seu uso indevido. ^(46-7,70) Estudos mostram que os médicos têm consciência dos problemas associados ao uso abusivo de substâncias, dentre elas o álcool, mas ainda acham difícil pedir ajuda.

Em pesquisa realizada com 83 médicos clínicos, 88% acreditam que é difícil procurar ajuda quando se tem problemas com uso de substância e o principal motivo da dificuldade é o medo de sofrer discriminação (38,6%), seguido de medo de represália

(28,9%) e da dificuldade de admitir o problema (20,5%).⁽⁵³⁾ Estudo realizado com 198 médicos atendidos em um ambulatório de São Paulo, identificou que 36,8% deles usavam álcool ou outras drogas; 34,3% somente faziam uso de álcool. A mesma pesquisa revelou que o álcool ocupava o primeiro lugar no uso de substâncias por médicos, seguido de cocaína, benzodiazepínico, maconha, opiáceos, anfetaminas e solventes. Os usuários de álcool, cocaína e opiáceos eram dependentes, na maioria dos casos. Com relação às especialidades médicas desses 198 médicos, a maioria era de clínicos (25,2%), seguido de anesthesiologistas e cirurgiões (12,6%, cada um), pediatras (8,1%) e ginecologistas/obstetras (6,5%). As principais comorbidades encontradas entre os participantes do estudo foram depressão, transtorno afetivo bipolar e transtorno de personalidade. Além disso, 30,8% dos médicos estiveram desempregados por algum período do ano em que o trabalho foi realizado.⁽³⁸⁾

Pesquisas internacionais indicam que médicos que trabalham em contexto hospitalar consomem mais bebida, principalmente as mulheres. Médicas consomem mais bebida alcoólica do que mulheres que atuam em diferentes profissões e a quantidade ingerida é diretamente proporcional as dificuldades encontradas no trabalho.⁽⁷⁾

Ao contrário do que ocorre na população geral, problemas relacionados com o consumo de álcool entre médicos crescem com a idade. Isso pode ter relação com o início de uso de drogas ilícitas antes da faculdade de medicina, o que leva a uma proporção semelhante de mulheres e homens usuários.⁽⁷¹⁾ Contudo, apesar da prevalência de uso abusivo de substâncias, dentre elas o álcool, ser alta e da grande dificuldade de pedir ajuda, quando médicos procuram tratamento, apresentam prognóstico melhor que o da população geral, a maioria se recupera e volta ao trabalho.

No Brasil existem muitos estudos sobre o tema entre estudantes de medicina, mas não se sabe muito sobre os médicos. ^(38,53)

Pesquisa realizada com 198 médicos atendidos em um ambulatório de São Paulo, 36,8% deles usavam álcool ou outras drogas; 34,3% somente faziam uso de álcool. A mesma pesquisa revelou que o álcool ocupava o primeiro lugar no uso de substâncias por médicos, seguido de cocaína, benzodiazepínico, maconha, opiáceos, anfetaminas e solventes.

Essa realidade não é encontrada somente no Brasil. Em pesquisa realizada com 196 residentes, no Hospital General de la Ciudad de México, 65% dos residentes ingeriam álcool em alguma medida, sendo 41,2% bebedores freqüentes, 37,6% bebedores moderados e 12,9% bebedores leves. A maioria dos que ingeriam álcool eram homens (74,5%) e estavam na faixa etária entre 24 e 29 anos (61%). ⁽⁷²⁾

Se as consequências negativas do consumo abusivo de bebidas alcoólicas são evidentes em qualquer indivíduo, nos enfermeiros afetam a qualidade de seu serviço prestado. A incapacitação do enfermeiro para a prática profissional pode ser total; mas causa de maior risco ainda é quando o profissional não assume a sua incapacitação, tentando escondê-la e continuando a exercer a sua profissão. Dunn (2005) ⁽⁷³⁾ refere a estimativa de que 10% dos enfermeiros têm problemas relacionados com o uso de álcool e/ou outras drogas, e que 6% a 8% têm problemas que colidem seriamente com a sua habilidade para a prática da enfermagem.

Segundo Hughes, Howard e Henry (2002), ⁽⁷⁴⁾ o abuso de álcool por parte de qualquer enfermeiro é razão para preocupação, se bem que estudos tenham vindo a provar que há

sub-grupos de enfermeiros que apresentam maior risco de abuso de substâncias, nomeadamente os que exercem as suas funções em Serviços de Cuidados Intensivos, de Urgência, de Bloco Operatório, de Psiquiatria e de Oncologia. Como parece claro, a grande preocupação face ao uso abusivo de álcool pelos enfermeiros assenta na “incapacitação” para a profissão que dele resulta.

Muitos enfermeiros consideram-se, erradamente, imunes às consequências negativas do uso de drogas e álcool e pensam que têm a capacidade de se auto-controlar a qualquer momento. ⁽⁷³⁾ Os sinais e sintomas presentes num enfermeiro “incapacitado” são aos níveis da *performance* e da atitude face ao trabalho (chegadas atrasadas, alterações nos padrões de cuidados praticados, dificuldades em ajuizar sobre as situações, desorganização, desculpas não razoáveis para o fraco desempenho, ao nível físico (dificuldades no discurso, ansiedade, cansaço crónico, diarreia, falta de capacidade de atenção e concentração, hálito alcoólico, rubor facial, olhos lacrimejantes, queixas frequentes de mal-estar, etc.) e ao nível comportamental alterações de humor, desconfiança, uso exagerado de pastilhas ou outros “camufladores” do hálito, depressão, reação exagerada e desproporcionada às críticas. A saúde mental do académico de medicina e enfermagem, bem como de todos os outros profissionais da área de saúde, merece uma atenção particular dos responsáveis pela sua formação, pois pode repercutir no bem-estar desses profissionais e da população por eles assistida. ⁽⁵⁰⁾

O ingresso na graduação se dá cada vez mais cedo, com alguns destes jovens em plena adolescência. As universidades, portanto, devem adotar uma política de prevenção que englobe suas necessidades, levando em conta a realidade a partir de pesquisas

científicas que considerem o perfil do grupo, seus costumes, fatores de estresse e estratégias de enfrentamento.

A preocupação com a formação dos profissionais da saúde vem sendo alvo de estudos em diversos países. Estes estudos apontam que os cursos de medicina, da forma como estão estruturados, podem constituir importante fator desencadeante de distúrbios emocionais. Na busca de amenizar o estresse do aluno durante a formação, reformas curriculares e novas técnicas pedagógicas têm sido freqüentes. Além disso, serviços de atendimento psicológico, psiquiátrico e pedagógico, visando o bem-estar e a promoção de saúde mental, são importantes na identificação precoce, diagnóstico, e tratamento destes alunos.

Partindo dessas considerações e do trabalho realizado pela autora no Serviço de Atendimento Psicológico e Pedagógico de uma Faculdade de Medicina e de Enfermagem, deu-se a necessidade de melhor compreender os diferentes fatores envolvidos nas respostas e nas adaptações ao estresse inerente a estes cursos. Os dados fornecerão subsídios para ações preventivas nessa população, e com base nestas considerações foram traçados os objetivos desse estudo.

1.4 OBJETIVOS

a) Identificar entre graduandos de medicina e enfermagem do complexo Faculdade de Medicina e Hospital de Base de São José do Rio Preto (FAMERP/FUNFARME):

- 1) prevalência de uso álcool;
- 2) sintomas de depressão, ansiedade e estresse;
- 3) estratégias de enfrentamento utilizadas frente a estressores.
- 4) Avaliar a auto-estima dos estudantes.

b) Identificar a prevalência do uso do álcool entre os residentes de medicina e aprimorandos de enfermagem do Hospital de Base de São José do Rio Preto

c) Descrever características dos alunos atendidos no Serviço de Orientação Psicológica e Pedagógica ao Aluno (SOPPA) da FAMERP no período entre 2005 e 2012.

2. CASUÍSTICA E MÉTODO

2.1. Casuística

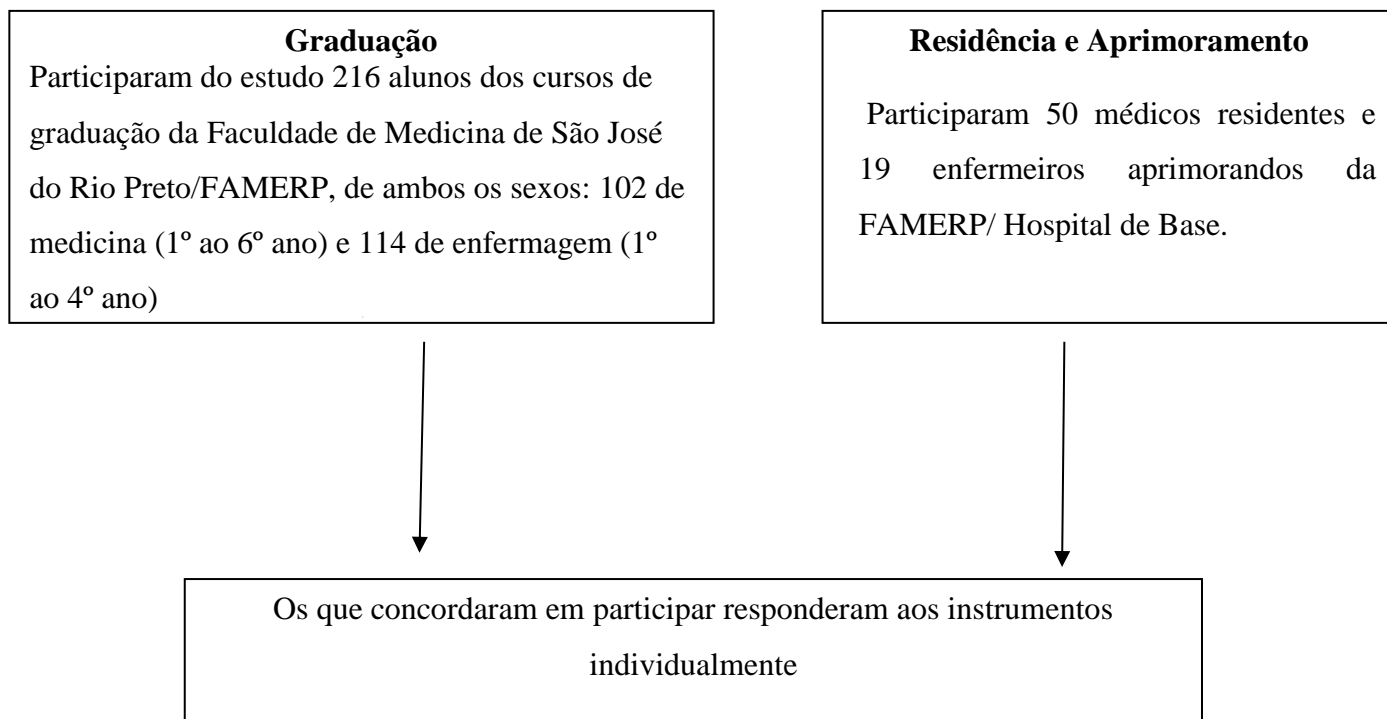


Figura 1. Fluxograma da inclusão e participação dos estudantes de graduação, residentes e aprimorandos no estudo.

2.2. Método

Trata-se de um estudo descritivo transversal, de abordagem quantitativa, realizado no período entre junho de 2009 e dezembro de 2010.

Estudantes de graduação: Os estudantes de graduação foram abordados antes, durante ou após o horário de aula, em classe, e convidados a participar do estudo.

Foram critérios de inclusão: estar regularmente matriculado no semestre letivo correspondente ao período de coleta dos dados, estar presente nas aulas dos períodos selecionados e concordar em participar do estudo.

Quando houve permissão do professor, os participantes responderam aos questionários individualmente, na própria sala de aulas. Quando isso não foi possível, os

alunos foram esclarecidos sobre a pesquisa, receberam o protocolo em um envelope e uma data para recolhimento do material foi marcada. Foram realizadas pelo menos quatro visitas a cada turma para recolher os questionários, com o objetivo de obter a maior participação possível.

Residentes e aprimorandos: os residentes e aprimorandos foram abordados no seu cenário de prática (hospital ou ambulatório) e convidados a participar do estudo.

Foram critérios de inclusão: estar inserido em programa de residência ou aprimoramento e concordar em participar do estudo.

Cada residente ou aprimorando foi abordado individualmente, recebeu esclarecimentos sobre a pesquisa e um envelope contendo o protocolo do estudo. Uma data para o recolhimento do material foi marcada. Foram realizadas quatro visitas para recolher o questionário.

Alunos atendidos no SOPPA: consulta aos prontuários dos alunos atendidos no SOPPA no período entre 2005 e 2012 (n=316). De cada prontuário foram extraídos dados relativos a aluno: sexo, idade, série, curso; demanda: ano e razões da procura; atendimentos: números de sessões, alta ou desistência.

Instrumentos utilizados para obter dados junto aos alunos, residentes e aprimorandos

Tabela 1. Descrição dos Instrumentos utilizados na coleta de dados

Instrumentos utilizados	descrição	Alunos	Residentes/ Aprimorandos
Ficha de Identificação	contendo perguntas sobre série e curso, idade, religião e Levantamento de uso de álcool , com questões sobre frequência e quantidade de ingestão de bebidas alcoólicas. ⁽⁷⁵⁾ (Anexo 1)	X	X
Versão Brasileira do AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test)	Versão Brasileira do AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) : - instrumento de triagem do uso de álcool e problemas associados. Composto por 10 questões que avaliam nível de consumo de bebidas, sinais e sintomas da dependência e as conseqüências relacionadas ao consumo identifica pessoas com consumo de risco, uso nocivo e dependência do álcool. Escores de 0-40 ⁽⁷⁶⁾ (Anexo2)	X	X
Inventário de Controle de Stress (ISSL)	baseado no modelo quadrifásico de estresse de Lipp, contém 52 itens que permitem identificar presença de sintomas (físicos ou psicológicos) e fase de estresse (alerta, resistência, quase-exaustão e exaustão). ⁽⁷⁷⁾	X	X
Escala Modos de Enfrentamento de Problemas (EMEP)	Escala Modos de Enfrentamento de Problemas (EMEP) : identifica estratégias de enfrentamento utilizadas pela pessoa, quando vivencia uma situação de estresse. É composta de 45 questões, divididas em quatro fatores: 1) Enfrentamento Focalizado no Problema (18 itens); 2) Enfrentamento Focalizado na Emoção (15 itens); 3) Busca de Práticas Religiosas/Pensamento Fantasiado (7 itens); 4) Busca de Suporte Social (5 itens). ⁽⁶⁵⁾ (Anexo 3)	X	-
Escala de Auto-estima de Rosenberg	composta de 10 itens designados a avaliar globalmente a atitude (positiva ou negativa) acerca de si mesmo. As opções de resposta são: concordo totalmente; concordo; discordo; discordo totalmente. Escore 0-30 ⁽⁷⁸⁾ (Anexo 4)	X	-
Inventário de Depressão de Beck (BDI)	escala de auto-relato, composta por 21 grupos de afirmações com quatro alternativas em grau crescente de gravidade que descrevem atitudes e sintomas, que se referem a: tristeza, pessimismo, sentimento de fracasso, insatisfação, culpa, punição, auto-aversão, auto-acusações, idéias suicidas, choro, irritabilidade, retraimento social, indecisão, mudança na auto-imagem, dificuldade de trabalhar, insônia, fadigabilidade, perda de apetite, perda de peso, preocupações somáticas e perda da libido. Escore de 0-63 ⁽⁷⁹⁾	X	-
Inventário de Ansiedade de Beck (BAI)	escala de auto-relato que visa medir presença e intensidade de sintomas de ansiedade. É constituída por 21 itens na forma de afirmações descritivas de sintomas de ansiedade, avaliadas numa escala de quatro pontos referentes à gravidade crescente de cada sintoma. Escore 0-63 ⁽⁷⁹⁾	X	-

X = responderam ao instrumento

- = não responderam ao instrumento

Os residentes e aprimorandos somente responderam a Ficha de Identificação e Levantamento de uso de álcool e Versão Brasileira do AUDIT, devido á opção da pesquisadora em investigar somente a ingestão de álcool nesse grupo.

Os dados obtidos foram tabulados no SPSS - *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS Inc., Chicago, IL, USA), versão 17.0 para Windows, agrupados em tabelas e analisados de acordo com os objetivos da pesquisa.

Foram utilizados os testes Mann Whitney, One Simple Test e Kruskal Wallis na análise estatística e o nível de significância adotado foi $p \leq 0,05$.

Alunos atendidos no SOPPA: os dados foram obtidos a partir dos prontuários arquivados no próprio serviço, tabulados e analisados.

2.3 Aspectos Éticos

Projeto submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FAMERP de acordo com o parecer nº 307/2007 (Apêndice 1)

Após terem sido esclarecidos sobre a pesquisa, aqueles que concordaram em participar assinaram um Termo de Consentimento Livre e Pós-Esclarecido, elaborado em conformidade com os princípios da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde CNS do Ministério da Saúde.

3. RESULTADOS

Serão inicialmente apresentados os resultados dos alunos de graduação do curso de medicina e enfermagem, e posteriormente dos residentes e aprimorandos, sendo que esses últimos foram investigados somente em relação à ingestão de álcool. Finalmente serão apresentados os dados que caracterizam os alunos atendidos no SOPPA (Serviço de Orientação Psicológica e Pedagógica ao Aluno) entre 2005 e 2012.

Alunos de graduação

As características dos participantes (gênero, religião e idade) estão apresentadas na Tabela 2. Houve predomínio do sexo feminino (82,4%), tanto para o curso de medicina (67%) como para o de enfermagem (95,6%) e da religião católica (58,3%). A média de idade foi de 21 anos.

Tabela 2. Características dos estudantes de medicina e enfermagem da FAMERP que participaram do estudo quanto ao gênero, religião e idade

Gênero						
	Enfermagem		Medicina		Total	
	(n=114)		(n=102)		(n=216)	
	n	%	n	%	n	%
Feminino	109	95,6	69	67	178	82,4
Masculino	5	4,4	33	32	38	17,6
Religião						
	Católicos		Espíritas		Evangélicos	
	Sem religião					
	126	58,3%	34	15,7%	28	12,9%
					28	12,9%
Idade						
	Min	Max	Media		DP	
	17	34	21,2		2,29	

3.1. Consumo de álcool pelos estudantes de medicina e enfermagem: quantidade e frequência

O consumo de álcool foi avaliado pelo padrão de ingestão, quantidade e frequência de uso de bebidas alcoólicas no último mês a partir das respostas dos alunos, utilizando a seguinte equivalência a cada dose (um coquetel = batida; garrafa ice; lata de cerveja- 335ml; taça de vinho -150ml; dose de pinga/ whisky à 40%-36 ml), e ao AUDIT (*Alcohol Use Disorders Identification Test*), instrumento usado mundialmente em pesquisas para identificar o padrão de uso de álcool.

A Figura 2 apresenta o consumo de álcool relatado pelos estudantes. Nos últimos 30 dias, 69% (n=148) ingeriram quantidade de bebida alcoólica que variou entre uma e mais que oito doses e 31% (n=68) não ingeriram nenhuma dose.

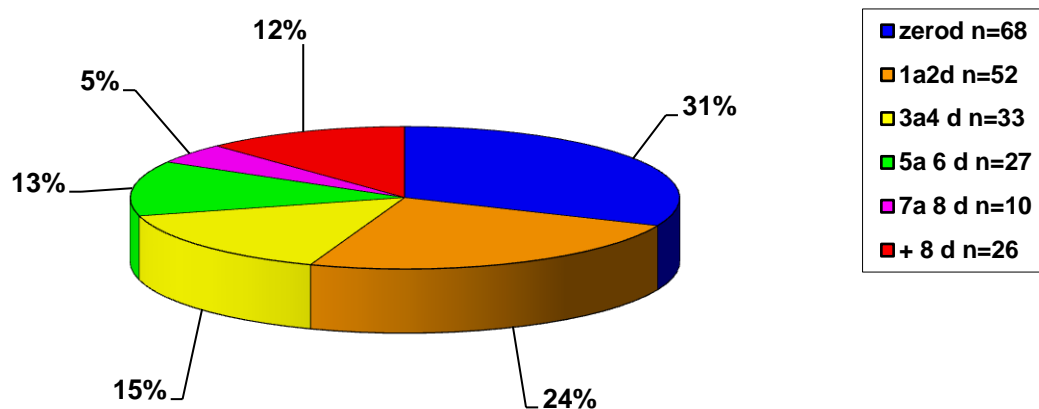


Figura 2. Quantidade de doses de bebidas alcoólicas ingeridas pelos alunos dos cursos de medicina e enfermagem nos últimos 30 dias (n=216)

Questionados sobre frequência de ingestão de álcool, a maioria (69% n=148) relatou beber de uma vez por mês a três ou quatro vezes por semana. Um dos alunos respondeu que bebeu uma vez por dia e os demais 31% (n=67) que não beberam nenhuma vez (fig 3).

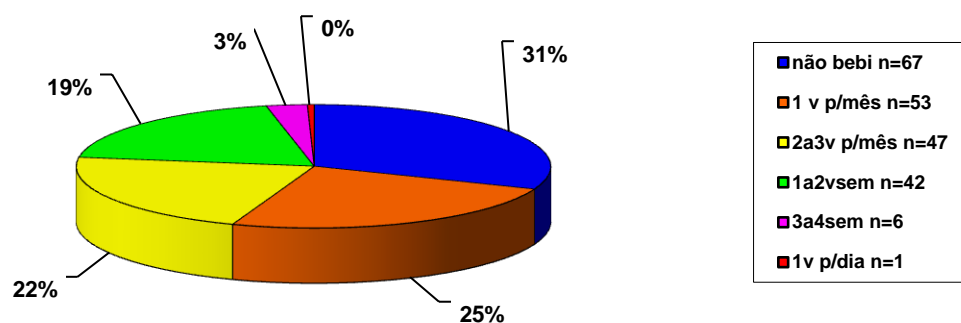


Figura 3. Frequência de ingestão de bebida alcoólica nos últimos 30 dias pelos alunos dos cursos de medicina e enfermagem (n=216)

A maioria dos graduandos de ambos os sexos não relatou utilizar álcool como estratégia de enfrentamento. Entretanto, foram identificados 12 alunos (13%) que utilizam álcool como estratégia de enfrentamento de problemas (Tabela 3).

Tabela 3. Estudantes que utilizam álcool como estratégia de enfrentamento de problemas

	Sim		Não	
	F	%	F	%
Homens (n=38)	3	7,9%	35	92,1%
Mulheres (n=178)	9	5,1%	169	94,9%
Total (n=216)	12		204	

O consumo de bebidas alcoólicas pelos graduandos de medicina e enfermagem nos finais de semana, nos últimos 30 dias, mais da metade dos estudantes 61% (n= 131) consumiram de uma a mais de oito doses durante os fins de semana.

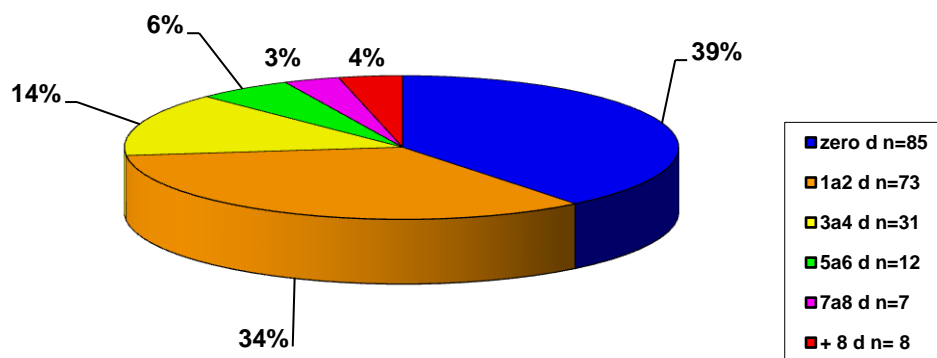


Figura 4. Quantidade de doses ingeridas em média nos finais de semana (últimos 30 dias) pelos alunos dos cursos de medicina e enfermagem (n= 216)

Quando perguntado aos graduandos de ambos os cursos a quantidade de vezes que ingeriram cinco doses ou mais em uma única ocasião, a maioria 70% (n=151) não ingeriu “nenhuma vez”. Entretanto, 67 estudantes responderam afirmativamente a esta questão, sendo que um deles relatou que isso ocorreu em 10 ocasiões (Figura 5).

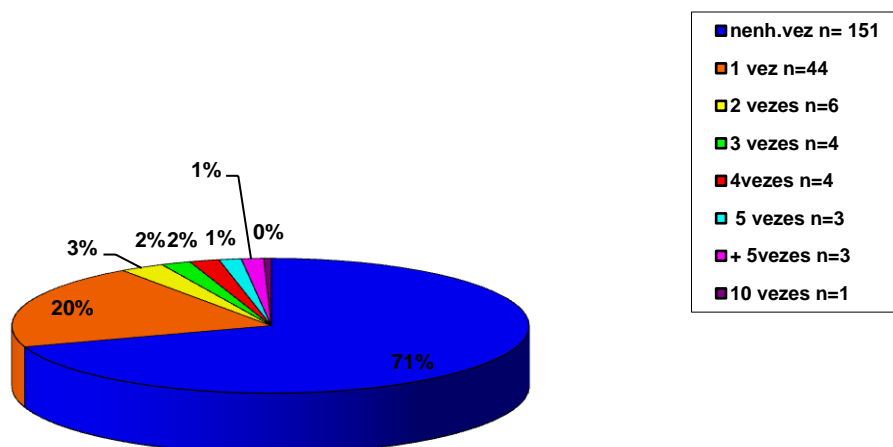


Figura 5. Quantidade de vezes que relatam Ingestão de mais de 5 doses de álcool em uma única ocasião

AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test)

Instrumento usado mundialmente em pesquisas para identificar o padrão de uso de álcool, que utiliza as quantidades de doses baseado em:

Cerveja = 1 copo (chopp -350ml) e 1 lata = 1 dose, 1 garrafa = 2 doses;

Vinho = 1 copo comum grande (250ml)= 2 doses, 1 garrafa = 8 doses;

Cachaça, vodca, uísque ou conhaque = 1 martelinho(60ml) = 2 doses, 1 martelo (100ml) = 3 doses, 1 garrafa = mais de 20 doses;

Uísque, rum, licor= 1 dose de dosador (45-50ml) =1 dose.

Os dados obtidos com o AUDIT permitiram classificar os estudantes, de acordo com o consumo de álcool, em risco 1 (beber moderado), 2 (risco), 3 (alto risco) e 4 (possível dependência do álcool). Mais da metade dos estudantes 62% (n=135) encontram-se no risco1. (Figura 6).

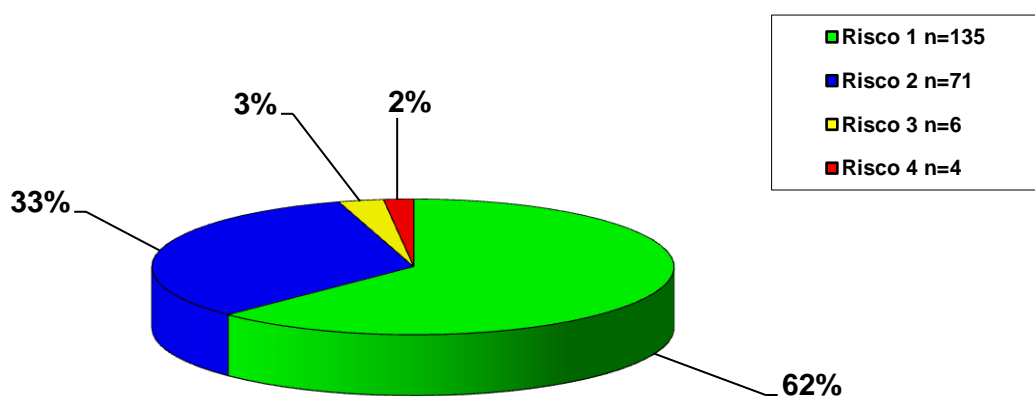


Figura 6. Uso do álcool pelos estudantes dos cursos de medicina e enfermagem, avaliados pelo AUDIT

Os alunos foram agrupados de acordo com o curso que frequentam, nos diferentes padrões de risco para o comportamento de beber. Nos dois cursos a maioria dos alunos concentram-se no risco 1 (n=135). (Tabela 4).

Tabela 4. Consumo de álcool avaliado pelo AUDIT para alunos os cursos de medicina e de enfermagem.

<i>Curso</i>	<i>Risco 1</i>		<i>Risco 2</i>		<i>Risco 3</i>		<i>Risco 4</i>	
	<i>Beber moderado</i>		<i>Beber de risco</i>		<i>Alto risco</i>		<i>Possível dependência</i>	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Medicina n=102	59	58%	38	37%	4	4%	1	1%
Enfermagem n=114	76	66%	33	29%	2	2%	3	3%
Total (n=216)	135		71		6		4	

A análise estatística indicou a significante ingestão de álcool entre os sexos no AUDIT, sendo que as mulheres bebem mais que os homens ($p=0,0057$).

Tabela 5. Comparação da ingestão de álcool entre alunos do sexo masculino e feminino.

Risco	masculino	feminino
1 (moderado)	26	151
2 (beber de risco)	31	66
3 (alto risco)	2	6
4 (possível dependência)	0	4
TOTAL	58	227
$p = 0,0057$		

No curso de medicina da 1^o a 4^o série a maioria dos alunos se encontra no Risco 1 (beber moderado), porém na 5^o e 6^o estão em Risco 2 (beber de risco). O mesmo aconteceu com o curso de enfermagem: da 1^a a 3^a série a maioria encontra-se no Risco 1 e na 4^a série no Risco 2. (Tabela 6)

Tabela 6. Consumo de álcool pelos estudantes de medicina (1ª a 6ª séries) e de enfermagem (1ª a 4ª séries) de acordo com o AUDIT.

Risco em relação ao comportamento de ingestão de álcool										
Medicina										
Série	Moderado (R1)		Beber Risco (R2)		Alto risco (R3)		Poss. depend (R4)		n= 102	
	N	%	N	%	N	%	N	%		
1ª	12	52	8	35	2	9	1	4	n=23	
2ª	22	74	7	23	1	3	0	0	n=30	
3ª	7	58	5	42	0	0	0	0	n=12	
4ª	11	65	6	35	0	0	0	0	n=17	
5ª	6	43	7	50	1	7	0	0	n=14	
6ª	1	17	5	83	0	0	0	0	n=06	
T	59		38		4		1			
Enfermagem										
Série	Moderado (R1)		Beber Risco(R2)		Alto-risco (R3)		Poss. depend.(R4)		n= 114	
	n	%	n	%	n	%	n	%		
1ª	37	71	13	25	1	2	1	2	n=52	
2ª	18	66	8	30	0	0	1	4	n=27	
3ª	15	75	5	25	0	0	0	0	n=20	
4ª	6	40	7	46	1	7	1	7	n=15	
T	62		21		2		3			

A análise estatística da diferença na ingestão de álcool nos cursos de Medicina e Enfermagem por série não apresentou diferença significativa (tabela 7).

Tabela 7. Ingestão de álcool por série e comparação entre séries no curso de medicina e enfermagem de acordo com o AUDIT.

Medicina						
	1.SERIE	2. SERIE	3. SERIE	4. SERIE	5. SERIE	6. SERIE
1 (moderado)	12	22	7	11	6	1
2 (beber de risco)	8	7	5	6	7	5
3 (alto risco)	2	1	0	0	1	0
4 (poss. depend)	1	0	0	0	0	0
TOTAL	23	30	12	17	14	6
P =0,3779						
Enfermagem						
	1.SERIE	2. SERIE	3. SERIE	4. SERIE		
1 (moderado)	37	18	15	6		
2 (beber de risco)	13	8	5	7		
3(alto risco)	1	0	0	1		
4(poss. depend)	1	1	0	1		
TOTAL	52	27	20	15		
P =0,1770						

3.2 Depressão

Os resultados de sintomas de depressão dos alunos de graduação de medicina e de enfermagem, avaliados a partir do BDI, estão apresentados na Tabela 8.

Tabela 8. Sintomas de depressão em relação ao gênero nos alunos de medicina e enfermagem no geral (n=216)

	Mínimos		Leves		Moderados		Graves	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Medicina n=102	74	72	16	16	11	11	01	1
♂	28	85	02	6	03	9	00	0
♀	46	66,5	14	20	08	11,5	01	1,5
Enfermagem n=114	n	%	n	%	n	%	n	%
	89	78	19	16,5	06	5,5	00	0
♂	05	100	00	0	00	0	00	0
♀	84	77,2	19	17,2	06	5,5	00	0

Não houve diferença significativa nos sintomas de depressão entre os cursos de medicina e enfermagem (Tabela 9).

Tabela 9. Comparação dos sintomas de depressão avaliados pelo BDI por curso (medicina e enfermagem)

score	MED	ENF
0 -11 (mínimo)	74	89
12-19 (leve)	16	19
20-35 (moderado)	11	6
36-63 (grave)	1	0
TOTAL	102	114
P = 0,5996		

3.3 Ansiedade

Os resultados da avaliação de sintomas de ansiedade indicam que estão presentes nos graduandos de medicina e de enfermagem, variando de sintomas leves a graves, não apresentando diferença estatisticamente significativa entre os cursos (tab.10).

Tabela 10. Sintomas de ansiedade de acordo com o curso: medicina e enfermagem

score	MED	ENF
0 -10 (mínimo)	69	73
11-19 (leve)	22	31
20-30 (moderado)	8	8
31-63 (grave)	3	2
TOTAL	102	114
p=0,7583		

Quando o gênero, a ansiedade está presente nos dois sexos no curso de medicina e no de enfermagem somente no sexo feminino. Houve um predomínio de sintomas de ansiedade no sexo feminino nos dois cursos, porém não apresentando diferença estatisticamente significativa entre os sexos (tabela 11).

Tabela 11. Sintomas de ansiedade entre alunos de medicina e de enfermagem de acordo com o gênero (n=216)

	Mínimos		Leves		Moderados		Graves	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Medicina n=102	69	67,5	22	21,5	08	8	03	3
♂	25	76	07	21	01	3	00	0
♀	44	63,5	15	21,6	07	10	03	3
p= 0,3404								
Enfermagem N=114	n	%	n	%	n	%	n	%
	73	64	31	27	08	7	02	2
♂	5	100	00	0	00	0	00	0
♀	68	62,5	31	28,6	08	7	02	1,8
p= 0,4014								

3.4 Sintomas de depressão e ansiedade nos graduandos de medicina e enfermagem por série

Os sintomas de depressão e ansiedade estão presentes durante todo o curso de medicina e enfermagem, e variaram de leve a grave em ambos os cursos (Tabela 12).

Tabela 12. Sintomas de depressão e ansiedade de acordo com série e curso

DEPRESSÃO								
	Mínimos		Leves		Moderados		Graves	
	n	%	n	%	n	%	n	%
1º ano								
medicina n=23	18	78	03	13	02	9	00	0
enfermagem n=52	42	81	07	13	03	6	00	0
2º ano								
medicina n=30	22	73	06	20	02	7	00	0
enfermagem n=27	17	63	09	33	01	4	00	0
3º ano								
medicina n= 12	09	75	01	8	01	8	01	8
Enfermagem n=20	18	90	00	0	02	10	00	0
4º ano								
Medicina n=17	09	53	03	18	05	29	00	0
Enfermagem n= 15	12	80	03	20	00	0	00	0
5º ano								
Medicina n= 14	11	78,5	02	14	01	7	00	0
6º ano								
Medicina= n=06	05	83	01	17	00	0	00	0

Contin. Tabela 12. Sintomas de depressão e ansiedade de acordo com série e curso

	ANSIEDADE							
	Mínimos		Leves		Moderados		Graves	
	n	%	n	%	n	%	n	%
1º ano								
medicina n=23	14	61	05	22	03	13	01	4
enfermagem n=52	27	55,5	16	31	05	9,5	02	4
2º ano								
medicina n=30	20	66,5	06	20	03	10	01	3
enfermagem n=27	17	63	08	30	02	7	00	0
3º ano								
medicina n= 12	10	83	01	8	00	0	01	8
Enfermagem n= 20	16	80	04	20	00	0	00	0
4º ano								
medicina n=17	10	59	05	29	00	0	02	12
enfermagem n=15	11	73	03	20	00	0	01	7
5º ano								
medicina n=14	10	71	04	28	00	0	00	0
6º ano								
medicina n=06	05	83	01	17	00	0	00	0

3.5 Estresse

O Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL) foi utilizado para avaliar sintomas de estresse entre os alunos. Na amostra estudada (n=216), a metade (50%) apresentou sintomas de estresse: 37% com predomínio de sintomas psicológicos e 81% na fase de resistência (Tabela 13).

Tabela 13. Sintomas e fases do estresse entre os alunos de Medicina e Enfermagem

Sintomas de estresse nos graduandos de Medicina e Enfermagem (n=216)								
	s/estresse		sint. psicol.		sint. físicos		Ambos sint.	
Total	n=108		n= 79		n= 23		n=6	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Medicina	54	53	35	34	10	10	03	3
Enfermagem	54	47	44	39	13	11	03	3
P= 0,8608								
Fases do Estresse nos graduandos de Medicina e Enfermagem								
	alerta		resistência		quase- exaustão		Exaustão	
Total	n=5		n= 89		n= 10		n=6	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Medicina	03	3	41	40	03	3	03	3
Enfermagem	02	2	48	42	07	6	03	3
P= 0,7858								

A ocorrência de estresse nos acadêmicos de Medicina foi maior no sexo feminino (55%) do que no masculino (36,4%).

3.6 Sintomas de Estresse nos graduandos com relação ao ano nos cursos de medicina e enfermagem

Nos quatro primeiros anos do curso de medicina, a presença de sintomas de estresse manifestou-se em 50 a 53% dos alunos; no curso de enfermagem ocorreu nos dois primeiros anos para 59 e 56% dos alunos. Houve predomínio de sintomas psicológicos nos dois cursos (Tabela 14).

Tabela 14. Sintomas e Fases de Estresse nos graduandos (por série) nos cursos de medicina e enfermagem

Sintomas de Estresse								
med n=102	Estresse		Sint. psicológ.		Sint. físicos		Ambos sint.	
	n	%	n	%	n	%	n	%
1º ano	12	52%	09	39%	02	9%	01	4%
2º ano	16	53%	10	33%	04	13%	00	0%
3º ano	06	50%	04	33%	01	8%	01	8%
4º ano	09	53%	06	35%	02	11%	01	6%
5º ano	05	36%	04	29%	07	7%	00	0%
6º ano	02	33%	02	33%	00	0%	00	0%
P= 0,4062								
Enf. n=114	Estresse		Sint. psicológ.		Sint. físicos		Ambos sint.	
	n	%	n	%	n	%	n	%
1º ano	29	56%	21	40%	06	11%	02	4%
2º ano	16	59%	13	48%	03	11%	00	0%
3º ano	08	40%	04	20%	03	15%	01	5%
4º ano	07	47%	06	40%	01	13%	00	0%
P= 0,8894								
Continuação Tabela 14. Sintomas e Fases de Estresse nos graduandos (por série) nos cursos de medicina e enfermagem								
Fases do estresse								
Alerta			Resistência			Quase-exaustão		Exaustão

Medicina	n	%	n	%	n	%	n	%
1º ano	1	4	11	48	00	0	0	0
2º ano	02	7	11	37	01	3	01	3
3º ano	00	0	05	42	01	8	00	0
4º ano	00	0	08	47	01	6	01	6
5º ano	00	0	05	36	00	0	00	0
6º ano	00	0	01	17	00	0	01	17

P= 0.2709

Enfermagem	Alerta		Resistência		Quase-exaustão		Exaustão	
	n	%	n	%	n	%	n	%
1º ano	01	2%	24	46	04	8%	00	0%
2º ano	01	4%	11	40	01	4%	03	11%
3º ano	00	0%	08	40	00	0%	00	0%
4º ano	00	0%	05	33	02	13%	00	0%

P= 0.1093

3.7 Estratégias de enfrentamento

Para lidar com os eventos estressores os alunos de medicina e enfermagem, utilizaram com maior frequência a estratégia de enfrentamento focada no problema (média =3,62). Porém não significativamente maior que a média da amostra de padronização da escala (média =3,52) (tabela 15).

Tabela 15. Média das estratégias de enfrentamento utilizadas pelos alunos, comparados a média da amostra de padronização da escala.

	Média dos alunos	Média padronização	Sig. (<=0,05)
Focada no problema	3,62	3,52	0,058
Focada na emoção	2,55	2,61	0,12
Focada na religião	2,74	3,20	0,39
Focada no suporte social	3,15	3,33	0,60

Na amostra, quando comparadas as estratégias de enfrentamento mais utilizadas por gênero utilizando o teste estatístico one simple test, o sexo masculino utilizou mais a estratégia focada no problema e o feminino a estratégia focada na emoção, ambas apresentando significância estatística quando comparadas á amostra de padronização da escala. A estratégia de enfrentamento utilizada com menor frequência pelos homens foi a focada na religião apresentando nível de significância comparada á amostra de padronização do teste (tabela 16).

Tabela 16. Média das estratégias de enfrentamento utilizadas pelos alunos com relação ao gênero, comparados á média da amostra de padronização da escala

	Padrão	Masculino (n=38)	Sig. (<=0,05)	Femin.(n=178)	Sig(<=0,05)
Focada no problema	3,52	3,62	0,26	3,39	0,01
Focada na emoção	2,61	2,55	0,56	2,69	0,05
Focada na religião	3,20	2,74	0,00	3,11	0,15
Focada no suporte social	3,33	3,15	0,08	3,33	0,89

3.8 Auto-Estima

Nos cursos de medicina e enfermagem, com relação à auto-estima de acordo com a Escala de Rosenberg, o resultado encontrado foi significativo em relação à excelente auto-estima em ambos os sexos (tabela 17).

Tabela 17. Avaliação da auto- estima entre alunos de medicina e enfermagem

	Excelente		Boa		Baixa		Péssima	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Medicina	47	46	30	29,4	23	22,6	02	2
♂	20	60	08	24	04	12	1	3
♀	27	39	22	32	19	27,5	1	1,4
Enfermagem	51	44,7	58	51	04	3,5	1	0,9
♂	02	40	03	60	-	-	-	-
♀	49	45	55	50,5	04	3,7	01	0,9

Na comparação da auto-estima dos alunos nos cursos de medicina e enfermagem, ambos apresentaram maior concentração em excelente e boa auto-estima, porém no curso de medicina um número maior de alunos apresentou baixa e péssima auto-estima (n=25) (Tabela 18).

Tabela 18. Comparação da autoestima entre alunos dos cursos de medicina e de enfermagem

score	MED	ENF
1 (excelente)	47	51
2 (boa)	30	58
3 (baixa)	23	4
4 (péssima)	2	1
TOTAL	102	114
P valor < 0,0001 (Correção de Williams)		

Foram realizadas várias análises de correlação (correlação de Spearman) com ingestão de álcool, sendo todas consideradas bem fracas (valor p ou $-r = 0,00$ a $0,19$). Na correlação entre sintomas de depressão e ingestão de álcool, apesar de fraca, o valor de P foi significativo. Assim podemos afirmar que quanto maior o escore de depressão, maior o consumo de álcool (Tabela 19).

Tabela 19. Correlação entre ingestão de álcool com auto-estima/estresse/ansiedade/depressão

	<i>r</i>	p
Correlação auto-estima com ingestão de álcool	0,04193	0,5400
Correlação estresse por curso com ingestão de álcool	0,08066	0,2378
Correlação sintomas ansiedade com ingestão de álcool	0,06053	0,3760
Correlação sintomas depressão com ingestão de álcool	0,1336	0,0498

Entre os graduandos de medicina e enfermagem que se encontram no risco 3 e 4 do AUDIT ($n=10$), a maioria apresentou sintomas de depressão e ansiedade entre mínimo e leve; com relação auto-estima, a metade ($n=5$) apresentou boa auto-estima; a

maioria dos alunos utilizaram como estratégia de enfrentamento a estratégia centrada na emoção. Destacando, um aluno que apresentou risco 4, encontra-se com sintomas de depressão moderada e sintomas de ansiedade grave, apresentando baixa auto-estima, utilizando como enfrentamento as estratégias focada na emoção e religião (Tabela 20).

Tabela 20. Sintomas de depressão, ansiedade, auto-estima e estratégias de enfrentamento nos alunos que apresentaram risco 3 (alto risco n=6; 2,8%) e risco 4 (possível dependência n=4; 1,9%)

AUDIT	BDI	BAI	A-Est.	F. Prob.	F.Emoção	F. Relig	Sup.Soc
				3,52	2,61	3,20	3,33
3	13	19	3	3,61	3,67	3,86	4
3	3	4	1	3,47	1,8	2,86	1,4
3	17	16	3	3,12	3,2	3	3,4
3	5	12	1	3,83	3,47	2,14	4,4
3	10	14	2	3,56	3,2	3,71	4,2
3	13	19	2	3,56	2,27	3,14	3
4	20	21	2	3,24	4	2	3
4	29	35	4	2,61	4,33	4,71	2,4
4	19	7	2	3,56	2,73	3,71	3,2
4	8	7	2	2,67	2,47	2,14	3

3.9. Consumo de álcool pelos Residentes de Medicina e Aprimorandos de Enfermagem

Foram convidados a participar do estudo 52 médicos residentes do Hospital de Base da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, no período entre agosto e

dezembro de 2010. Dois residentes se recusaram a responder, alegando receio de represálias se o seu comportamento de consumo de álcool fosse conhecido, mesmo tendo recebido informações sobre a confidencialidade da pesquisa. Quanto aos aprimorandos de enfermagem, de 23 enfermeiros 19 participaram do estudo, três não devolveram os questionários em tempo hábil e outro interrompeu o aprimoramento e também não entregou o questionário (tabela 21).

Tabela 21. Características dos residentes médicos e aprimorandos de enfermagem da FAMERP, gênero e especialidades.

Medicina				
Especialidade	Gênero		Idade	
	Feminino	Masculino	Média	DP
Clínica médica	7	3	26,9	2,33
Pediatria	10	0	27,6	1,42
Ginecologia e Obstetrícia	5	5	28,6	3,27
Cirurgia	6	4	26,8	1,22
Anestesiologia	2	3	28,8	2,94
Psiquiatria	1	4	28,4	1,51
Total	31	19	27,7	2,27

Contin. Tabela 21. Características dos residentes médicos e aprimorandos de enfermagem da FAMERP que participaram da pesquisa sobre consumo de álcool.

Enfermagem			
Gênero			
Feminino		Masculino	
n	%	n	%
18	94,7%	1	5,3%
Idade			
Mínima		Máxima	
21		31	

Quanto à ingestão de álcool pelos residentes médicos e aprimorandos de enfermagem, associada à preocupação, de acordo com especialidade e gênero, a maioria 92% (n=46), não bebe quando estão preocupados (tabela 22).

Tabela 22. Ingestão de álcool quando preocupados entre residentes médicos e aprimorandos de enfermagem, de acordo com especialidade e gênero e preocupação.

Residentes Médicos				
Especialidade	Gênero	n	%	Ingestão de álcool quando preocupados
Clínica médica	F	07	70	0
	M	03	30	0
Pediatria	F	10	100	0
	M	00	0	0
Ginecologia e Obstetrícia	F	05	50	0
	M	05	50	0
Cirurgia	F	06	60	2
	M	04	40	2
Anestesiologia	F	02	40	0
	M	03	60	0
Psiquiatria	F	01	20	0
	M	04	80	0
Total				4
Aprimorandos de Enfermagem				
Gênero	n	%	Ingestão de álcool quando preocupados	
F	18	100%	0	
M	01	10%	1	
Total	19	100%	1	

A quantidade de doses ingeridas nos últimos 30 dias pelos residentes variou entre um e mais de oito doses (figura 7).

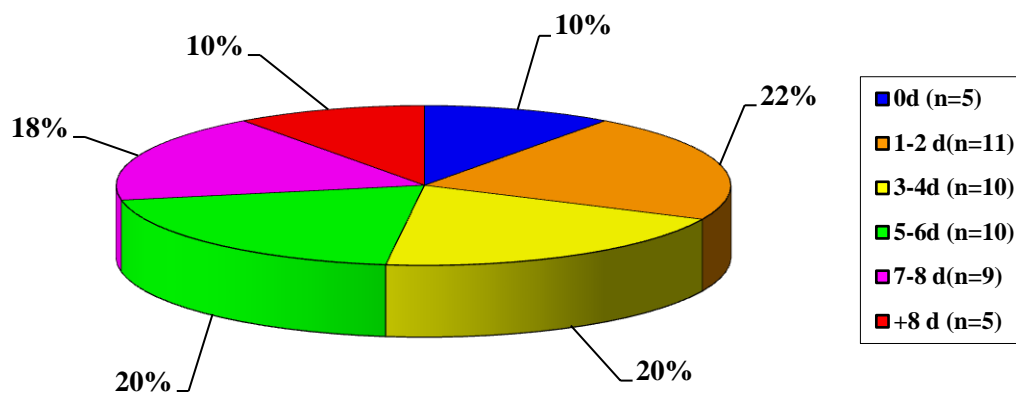


Figura 7. Quantidade de bebida alcoólica em doses ingeridas nos últimos 30 dias pelos residentes de medicina (n=50)

A quantidade de doses ingeridas nos últimos 30 dias pelos aprimorandos de enfermagem variou entre 1 a mais de 8 doses (figura 8).

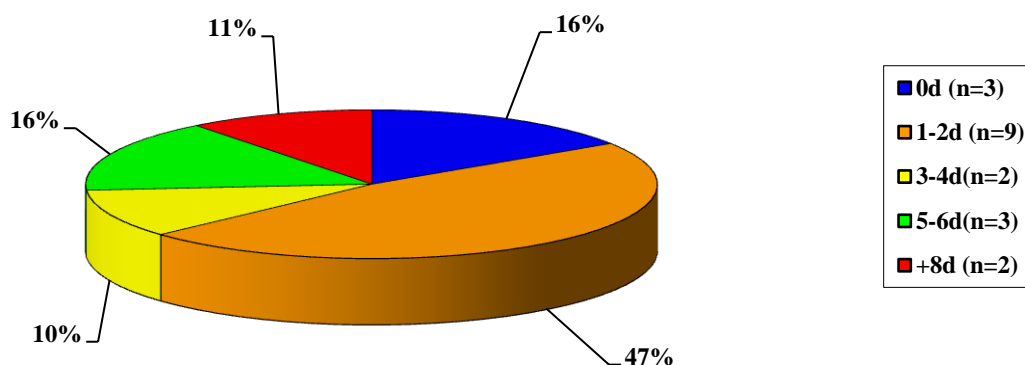


Figura 8. Quantidade de bebida alcoólica em doses ingeridas nos últimos 30 dias pelos aprimorandos de enfermagem (n=19)

A frequência com que residentes de medicina ingeriram bebida alcoólica nos últimos 30 dias ocorreu de 1 vez/mês a 3-4 vezes/semanas (figura 9).

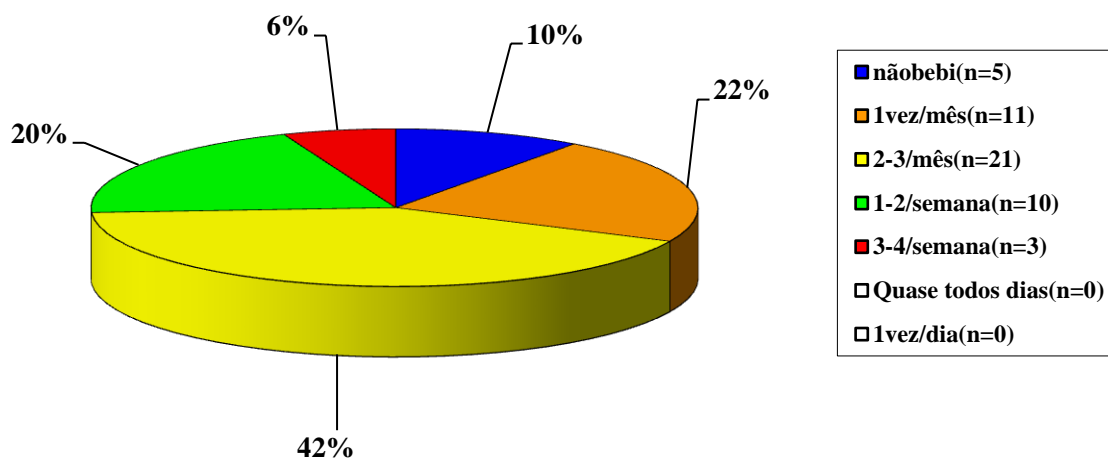


Figura 9. Frequência com que residentes de medicina ingeriram bebida alcoólica nos últimos 30 dias (n=50)

A frequência com que aprimorandos de enfermagem ingeriram bebida alcoólica nos últimos 30 dias, ocorreu de 1 vez a 3-4vezes/semana (figura 10)

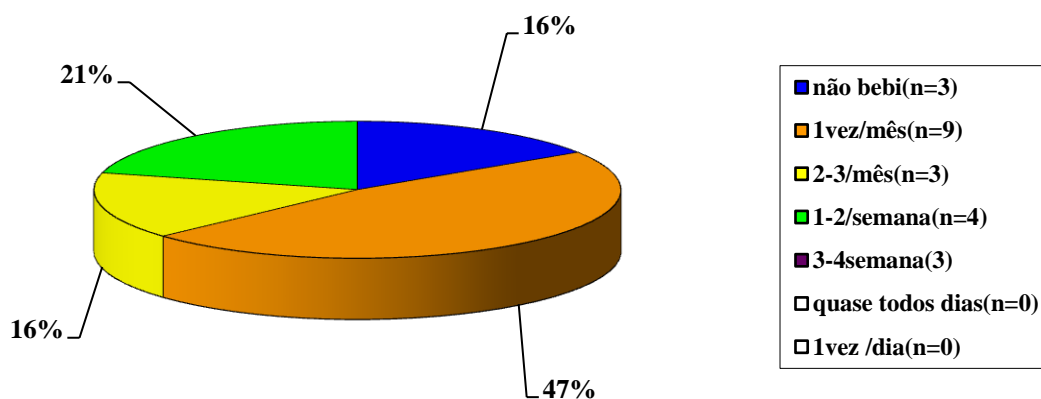


Figura 10. Frequência com que aprimorandos de enfermagem ingeriram bebida alcoólica nos últimos 30 dias (n=19)

A quantidade de doses ingeridas em média nos finais de semana (últimos 30 dias) pelos residentes de medicina, variou entre 1 dose a mais de oito doses (figura 11)

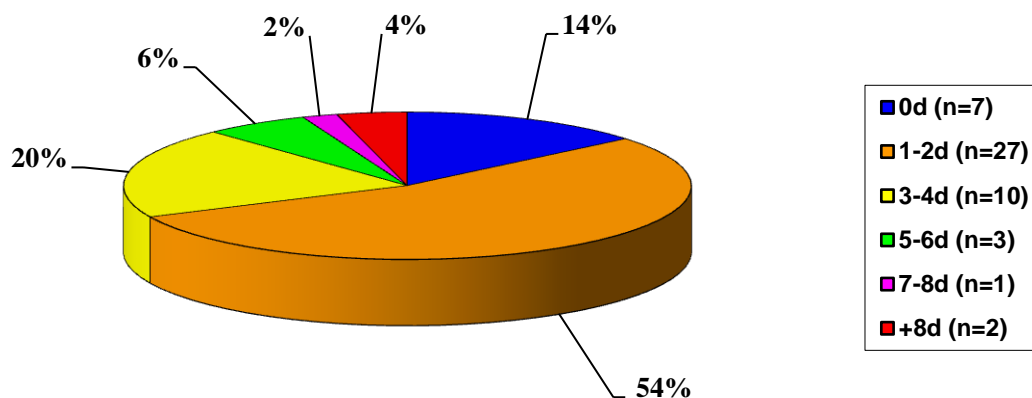


Figura 11. Quantidade de doses ingeridas em média nos finais de semana (últimos 30 dias) pelos residentes de medicina (n=50)

A quantidade de doses ingeridas em média nos finais de semana (últimos 30 dias) pelos aprimorandos, variou entre 1dose a 7-8 doses (figura 12).

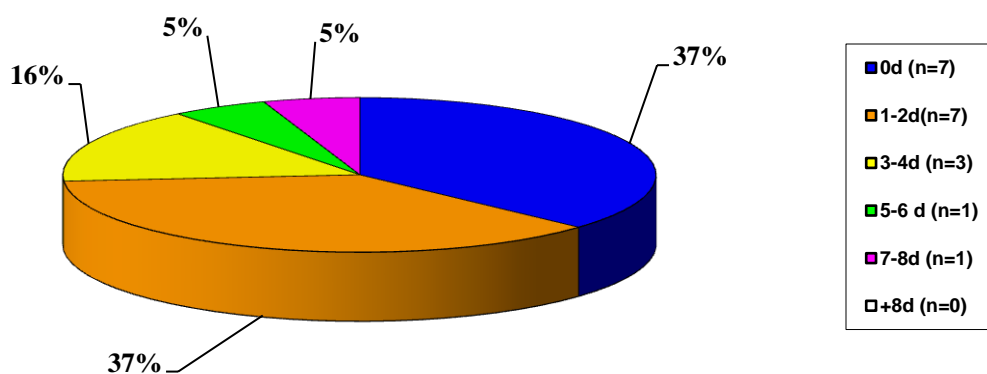


Figura 12. Quantidade de doses ingeridas em média nos finais de semana (últimos 30 dias) pelos aprimorandos de enfermagem (n=19)

O número de vezes que os residentes de medicina ingeriram mais de 5 doses em única ocasião(nos últimos 30 dias) ocorreu de 1 a 5 vezes ou mais (Fig 13)

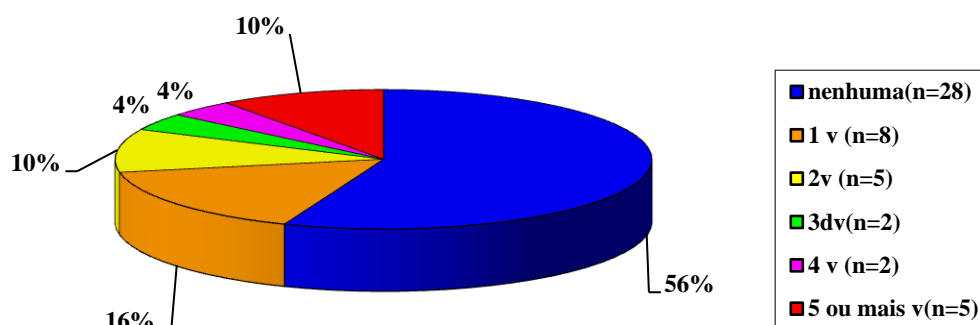


Figura 13. Número de vezes que ingeriram *mais que 5* doses em única ocasião- residentes de Medicina

Entre os aprimorandos de enfermagem o número de vezes que ingeriram mais que cinco doses em única ocasião nos últimos 30 dias, ocorreu de 1a 2 vezes ou mais, e apenas um cinco vezes ou mais (fig 14)

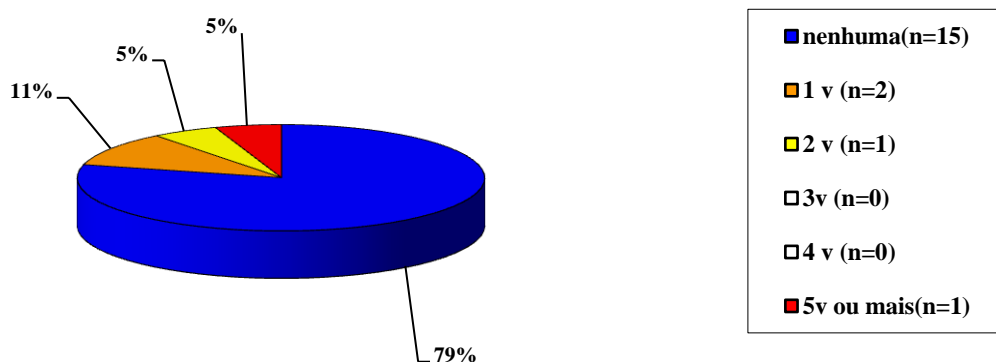


Figura 14. Número de vezes que ingeriram *mais que 5* doses em única ocasião- Aprimorandos de Enfermagem

3.9.1 AUDIT (*Alcohol Use Disorders Identification Test*)

O consumo de álcool foi avaliado pelo AUDIT entre os 50 residentes médicos e os 19 aprimorandos de enfermagem participantes da pesquisa. Houve predomínio do

Risco 1 (beber moderado) entre os residentes e aprimorandos, porém nos residentes alguns encontram-se no Risco 2(beber de risco), Risco 3 (alto risco) e Risco 4 (possível dependência) (Figuras 15 e 16).

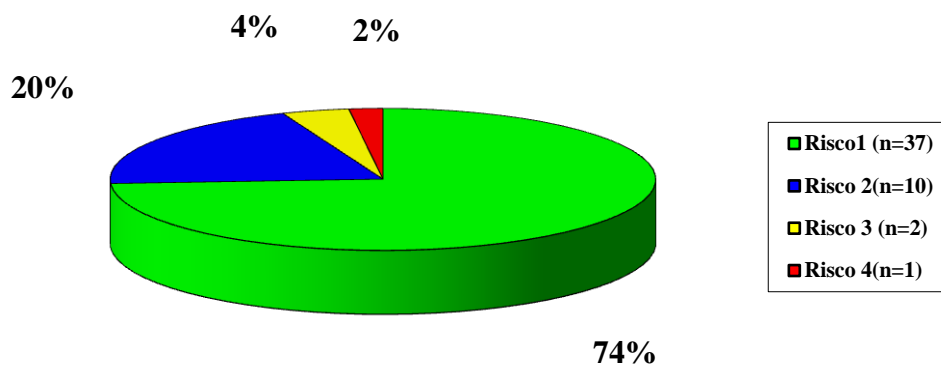


Figura 15. Consumo de álcool pelos residentes de medicina avaliados pelo AUDIT (n=50)

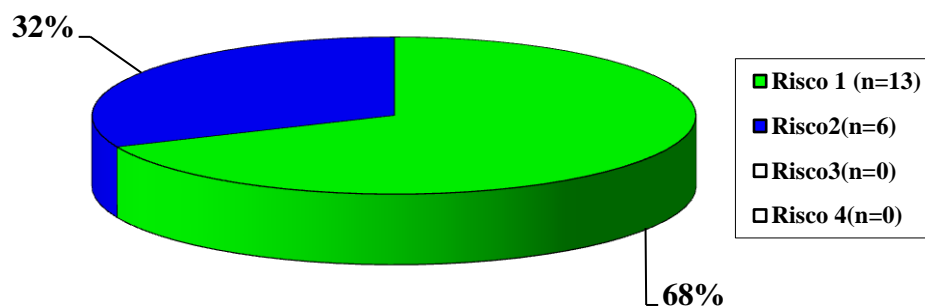
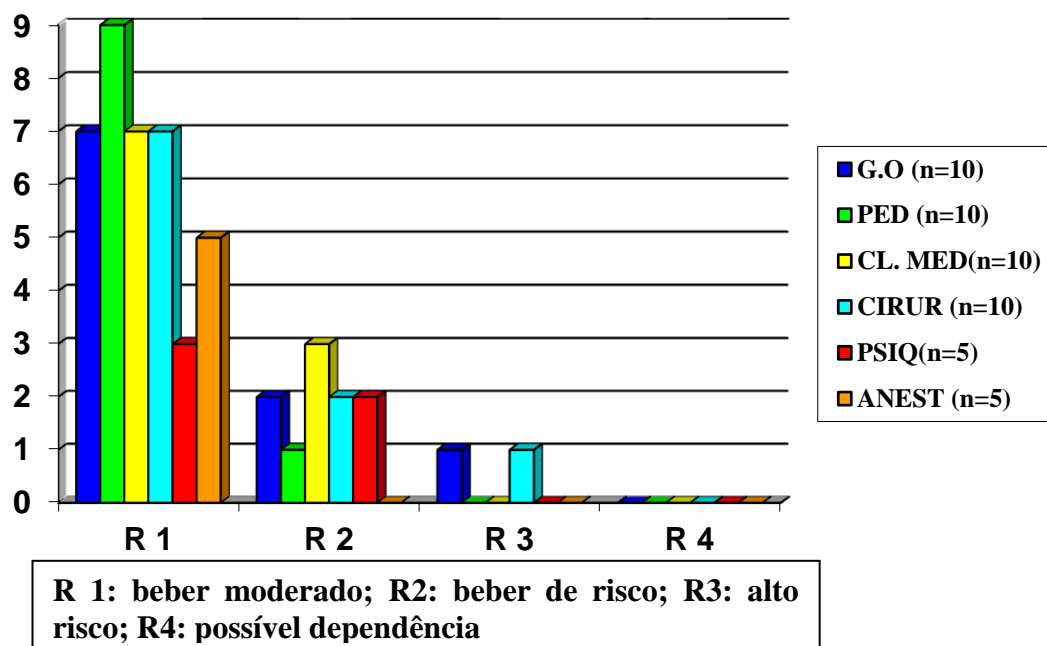


Figura 16. Consumo de álcool pelos aprimorandos de enfermagem avaliados pelo AUDIT (n=19)

Dentre os 50 residentes médicos participantes da pesquisa, 10 eram da clínica médica, 10 da cirurgia geral, 10 da pediatria, 10 da ginecologia/ obstetrícia, 5 de psiquiatria, e 5 anesthesiologia, sendo que a maioria encontra-se no Risco 1 (fig 17)

Figura 17. Classificação dos participantes por especialidade de acordo com os dados obtidos com o AUDIT em relação ao risco



A análise dos escores obtidos no AUDIT com o teste Mann-Whitney indicou diferença significativa ($p=0,0053$) entre homens e mulheres no consumo de álcool, com os homens ingerindo mais álcool que as mulheres.

Uma comparação por especialidades foi feita com o teste Kruskal-Wallis. Os resultados indicaram que não houve diferença significativa ($p=0,2972$). Também não houve diferença significativa no consumo de álcool entre residentes que relataram ter uma religião ($n=43$).

Foi realizada análise da diferença da ingestão de álcool comparando-se os cursos, e existe diferença estatisticamente significativa na quantidade de ingestão de álcool entre os grupos comparados na tabela 23, cujos valores de p estão em vermelho.

Tabela 23. Análise das comparações 2 a 2 (X²) em relação à ingestão de álcool

Comparações	P valor
Med x Enf	0,0015
Med x Res	< 0,0001
Med x Aprim	0,0683
Enf x Res	0,0072
Enf x Aprim	0,4206
Res x Aprim	0,2745

4. Caracterização dos alunos de medicina e enfermagem atendidos no Serviço de Orientação Psico Pedagógica (SOPPA)

Dos 316 atendimentos realizados durante os anos 2005 a 2012, 146 alunos tiveram alta e 170 desistiram durante o atendimento (ex.: após um mês de atendimento) ou só compareceram a primeira vez. Um número considerável compareceu apenas uma vez ao atendimento (n=66), 45 compareceram duas vezes e 12 alunos compareceram três vezes.

A forma como o aluno chegou ao atendimento variou entre procura do próprio aluno e outros encaminhamentos (Tabela 24).

Tabela 24. Encaminhamento do aluno para o atendimento no SOPPA

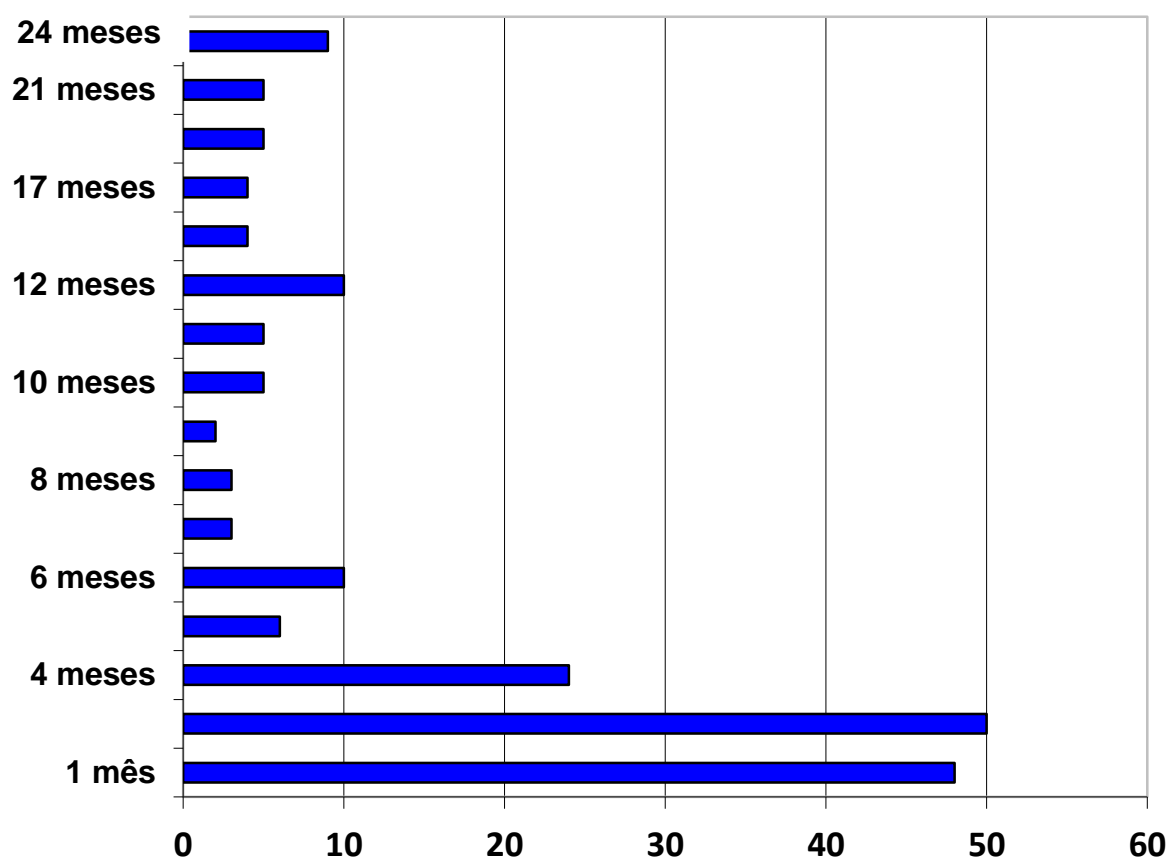
Encaminhamento	n	%
Próprio aluno procurou atendimento	140	44,30
Colega indicou	93	29,44
Professor	61	19,30
CASA / Diretoria de Alunos	14	4,43
Psiquiatra	08	2,53
Total	316	100,00

A distribuição dos alunos por curso e gênero está apresentada na Tabela 25.

Tabela 25. Número de alunos de medicina e de enfermagem por gênero atendidos no SOPPA

	Enfermagem		Medicina		Total	
	n	%	n	%	n	%
Feminino	154	96,6	86	55,48	240	75,94
Masculino	7	4,34	69	44,51	76	24,05
Total	161	100	155	100	316	100

A duração do atendimento psicológico no SOPPA variou entre um e 24 meses (Figura18).

Figura 18. Duração do atendimento psicológicos dos alunos em meses

As principais queixas apresentadas pelos alunos na procura pelo atendimento foram agrupadas e estão apresentadas no Quadro 1.

Quadro 1. Principais queixas dos alunos na procura pelo atendimento

Principais queixas dos alunos	Número de alunos
Ansiedade	150
Dificuldade de organização do tempo e método de estudar	120
Depressão	85
Dificuldade de concentração	80
Dificuldade para adaptar-se ao ambiente da faculdade	50
Dificuldade de relacionamento com colegas	50
Dificuldade para adapta-se a cidade	40
Dificuldade relacionamento com namorado	35
Transtorno do Sono	35
Dificuldade relacionamento com familiares	28
Transtorno Alimentar	25
Dificuldade com professor	20
Déficit de habilidade Social	20
Questionamento em relação à escolha profissional	15
Sexualidade	10
Transtorno Obsessivo Compulsivo	4
Uso de substancias ilícitas(drogas)	2

5. Discussão

Embora a Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP) no ano de 2009 tivesse 383 alunos de medicina e 239 de enfermagem, participaram do estudo 26,6% (n=102) do primeiro curso e 47,7% (n=114) do segundo. A não adesão dos alunos a pesquisa se deve principalmente pelo esquecimento em trazer os questionários respondidos apesar da pesquisadora por várias vezes ir à sala de aula para recolhê-los. Nos últimos anos dos dois cursos a dificuldade foi encontrar os alunos para devolução dos questionários, pois estes ficavam em atividades no hospital.

Entre os alunos de graduação que participaram do estudo houve predomínio do sexo feminino, tanto para o curso de medicina como para o de enfermagem, dado semelhante ao obtido em outros estudos. ^(31,32,45,51,70) Mais da metade dos alunos atendidos são católicos e a média de idade é de 21 anos. Estes dados são confirmados em outros estudos que apontam o ingresso de estudantes jovens, em sua maioria entre 17 a 21 anos, em cursos em tempo integral, que não possibilitam conciliar trabalho e estudo. ⁽⁸⁰⁾

Embora no curso de medicina sempre tenha havido predomínio de homens, segundo o Cremesp, em 2006 ocorreu uma mudança histórica no retrato da inscrição de novos médicos. Pela primeira vez no Estado, as mulheres se tornaram maioria: 51,75% dos que se iniciaram na carreira eram médicas e 48,25% eram médicos. ⁽⁸¹⁾

De 2000 a 2009, a proporção de profissionais do sexo feminino no universo de médicos registrados no Brasil subiu 4 pontos percentuais – de 35,5% para 39%, o que indica uma tendência de feminilização da profissão. Essa tendência fica mais evidente quando se comparam os ritmos de crescimento no universo de cada gênero: o número de médicas aumentou 39,8% no período e o de médicos 20,1%, uma tendência que parece irreversível entre os novos profissionais. ⁽⁸¹⁾

O ingresso das mulheres em profissões consideradas masculinas, na medicina em particular, se deve a convergência de vários fatores: intensa transformação cultural a partir dos anos 1960/70; movimentos sociais e políticos levaram as mulheres para as universidades públicas em busca de um projeto de vida profissional e não apenas doméstico; racionalização e transformações pelas quais passa a medicina; processo de especialização e assalariamento em detrimento da antiga autonomia profissional.⁽⁸²⁾

Além de uma tendência à feminilização, a categoria médica caminha para uma “juvenilização”. Numericamente, há cada vez mais médicos jovens no mercado. Essa tendência aparece tanto no ano de inscrição no CREMESP, como no tempo de exercício profissional.⁽⁸¹⁾ Como reflexo dessa presença cada vez maior das mulheres nas turmas de formatura e conseqüente inscrição no CREMESP, a faixa de profissionais mais jovens, até 24 anos, já tem predomínio feminino, com 50,58% contra 49,32%.

No curso de graduação de enfermagem sempre houve um predomínio de mulheres, que permanece atualmente. Entretanto, a enfermagem já não é mais uma profissão exclusivamente feminina, pois tem se observado número crescente de alunos do sexo masculino procurando pela profissão. Uma pesquisa com egressos no período entre 1999-2003 da escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, os resultados apontaram que dos 377 alunos, 94,42% (n=356) eram do sexo feminino, sendo apenas 5,57% (21) do sexo masculino.⁽⁸⁰⁾

Na Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP), por exemplo, no ano de 2011, estavam matriculados no curso de enfermagem oito homens (um no primeiro ano, dois no segundo, quatro no terceiro e um no quarto), confirmando o que ocorre em outras faculdades de enfermagem.

Segundo o estudo Trajetória da Mulher na Educação Brasileira, realizado de 1996 a 2003 pelo Inep (Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais) em parceria com o MEC (Ministério da Educação) e Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, e lançado como livro em março de 2011, as mulheres são maioria a partir do Ensino Médio, dominam a graduação e detêm o maior número de bolsas de mestrado e doutorado no país. A participação das mulheres na Educação Superior também é crescente no corpo docente das universidades, nos níveis mais elevados de titulação. Enquanto o número de docentes homens cresceu 67,9% de 1996 a 2003, o número de docentes mulheres aumentou em 102,2%.⁽⁸³⁾ A religião católica é predominante entre os graduandos pesquisados (58,3%), sendo essa característica da população brasileira que é majoritariamente cristã (89%), sendo sua maior parte católica (70%). O censo demográfico realizado em 2000 pelo IBGE, apontou a seguinte composição religiosa no Brasil: 73,8% dos brasileiros (cerca de 125 milhões) declaram-se católicos; 15,4% (cerca de 26,2 milhões) declaram-se evangélicos (evangélicos tradicionais; 7,4% (cerca de 12,5 milhões) declaram-se sem religião, podendo ser agnósticos, ateus ou deístas; 1,3% (cerca de 2,3 milhões) declaram-se espíritas.⁽⁸⁴⁾

5.1. Consumo de álcool entre os estudantes: padrão, quantidade e frequência

Os resultados indicaram que a maioria dos graduandos de ambos os sexos dos cursos de medicina e enfermagem, quando questionados se utilizam algum tipo de bebida para ajudar a lidar com problemas, responderam que não. Entretanto, foram identificados 12 alunos, sendo três homens e nove mulheres, que utilizam álcool como estratégia de enfrentamento de problemas. Sabe-se que um dos fatores que influenciam o comportamento de beber são problemas emocionais (tensão, nervosismo, conflitos familiares, dificuldades de relacionamento e outros), pois o álcool tem efeito imediato de tranqüilizante ou causador de euforia e bem-estar, minimizando temporariamente os

problemas. Entretanto, esse comportamento acaba agravando-os em vez de resolvê-los.

(71)

Os dados de ingestão de bebidas alcoólicas pelos estudantes com relação a “padrão, quantidade e frequência” nos últimos 30 dias apontaram que a maioria ingeriu quantidade que variou entre uma a mais que oito doses. Com relação a “quantidade de doses ingeridas nos finais de semana” a maioria respondeu ter ingerido entre uma a mais que oito doses durante o final de semana. Quanto a “frequência de ingestão nos últimos 30 dias” a maioria relatou beber de uma vez por mês a três ou quatro vezes por semana. Quando questionados sobre a “frequência de ingestão de bebida alcoólica igual ou superior a cinco doses em uma única ocasião” a maioria respondeu que “não ingeriu nenhuma vez”. Entretanto, 65 graduandos responderam afirmativamente a esta questão, sendo que um graduando relatou que isso ocorreu em 10 ocasiões. Os dados encontrados estão de acordo com a literatura que aponta o abuso de álcool por jovens universitários. ^(71,84)

O hábito de beber está se iniciando cada vez mais precocemente. Pesquisas realizadas com adolescentes do ensino médio de escolas estaduais e particulares, usando o AUDIT, indicam que o consumo de álcool é elevado em estudantes de ambos os sexos. ⁽⁸⁵⁻⁸⁷⁾

De acordo com o V Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do ensino fundamental e médio da rede pública de ensino nas 27 capitais brasileiras em 2004, realizado pela Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD) e o Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID), 65,2% dos estudantes relataram uso de álcool, 44,3% nos últimos 30 dias; 11,7% uso frequente, ou seja seis ou mais vezes no mês; e 6,75 uso pesado, isto é, 20 ou mais vezes no último mês. Quanto ao padrão de consumo, a literatura revela que quando adolescentes bebem, tendem a fazê-lo de forma pesada,

apresentando episódios de abuso agudo, ou seja, consumo de cinco ou mais doses em uma única ocasião, comportamento que aumenta o risco de uma série de problemas sociais e de saúde, incluindo doenças sexualmente transmissíveis, gravidez indesejada, infarto, acidentes de trânsito, problemas de comportamento, violência e ferimentos não intencionais. ⁽⁷¹⁾

No ano de 2010 foi realizado o VI Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio da Rede Pública e Privada de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras, uma iniciativa da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), em parceria com o Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas da Universidade Federal de São Paulo (CEBRID/UNIFESP). A pesquisa mostrou queda de 49,5 % no uso de drogas ilícitas entre estudantes da rede pública do País, na comparação com a última pesquisa, realizada em 2004. ⁽⁸⁸⁾

Na comparação entre as pesquisas de 2004 e 2010 também houve redução expressiva dos relatos de consumo de bebidas alcoólicas e tabaco pelos alunos da rede pública. O consumo de álcool, por exemplo, diminuiu 35,1%, enquanto o de tabaco, 37,6%. Foi observada redução da proporção de estudantes que relataram uso no ano de qualquer das demais drogas. ⁽⁸⁸⁾

O relatório do I Levantamento Nacional sobre Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira, realizado em 143 cidades em todo o Brasil no ano de 2007, realizou 3007 entrevistas, 2346 com adultos de faixa etária superior a 18 anos e 661 entrevistas com adolescentes de 14 a 17 anos apresentou os seguintes resultados: quanto à frequência do consumo de bebidas alcoólicas no país, 52% dos brasileiros acima de 18 anos bebem (pelo menos uma vez ao ano), sendo homens (65%) e mulheres (41%); entre os adultos que bebem, 60% dos homens e 33% das mulheres consumiram cinco

doses ou mais na vez em que mais beberam no último ano, 11% bebem todos os dias, 28% consomem bebida alcoólica de uma a quatro vezes por semana.⁽⁸⁸⁾

O levantamento apontou que o tipo de bebida mais consumida é a cerveja ou chope, (61%), em seguida o vinho (25%) e por último destilados (12%). Quanto ao tipo de bebidas por gênero, cervejas e bebidas “ice” não apresentaram diferenças no consumo entre os gêneros. O vinho é mais bebido pelas mulheres e os destilados mais bebidos pelos homens.⁽⁸⁸⁾

Os jovens de 18 a 24 anos são os que mais bebem. Quanto à intensidade do consumo de bebidas alcoólicas no país, 9% dos brasileiros com mais de 18 anos bebem pesado frequentemente (bebem uma vez ou mais por semana e consomem cinco doses por ocasião, uma vez na semana ou mais). Destes, 14% são homens e 3% mulheres. Dos brasileiros com mais de 18 anos, 15% bebem frequentemente (uma vez ou mais por semana e podem ou não consumir 5 doses por ocasião pelo menos uma vez na semana e não mais do que uma vez por ano). Destes, 22% são homens e 9% mulheres.⁽⁷¹⁾

Quanto aos tipos de problemas relacionados ao beber, 52% do total da amostra dos que bebem apresentam problemas; 38% problemas físicos decorrentes do uso do álcool; 18% problemas familiares; e 23% da população de 18 a 24 anos relataram problemas com violência.⁽⁷¹⁾

Um estudo da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, em Parceria com a Universidade de São Paulo- USP, realizado com 17.573 universitários de faculdades públicas e privadas, para avaliar o uso de álcool, tabaco e outras drogas em 27 capitais brasileiras. Os resultados indicaram padrão de consumo de álcool denominado *binge drinking* (beber episódico pesado) em 25% dos universitários, que relataram pelo menos uma ocasião de *binge drinking nos 30 dias anteriores* à entrevista; 36% dos universitários relataram pelo menos uma ocasião de *binge drinking* nos últimos

12 meses. Os homens relataram beber mais frequentemente em *binge* que as mulheres nos últimos 12 meses e nos últimos 30 dias (1,5 homens para cada mulher).⁽⁸⁹⁾

A Organização Mundial da Saúde (OMS) divulgou em maio de 2014 o [Relatório Global sobre Álcool e Saúde](#), que traz informações sobre o consumo de álcool no mundo e avalia os avanços realizados nas políticas do álcool desde a publicação das [Estratégias Globais para Redução do Uso Nocivo do Álcool](#), em 2010.

O álcool é consumido praticamente em todo o mundo, estima-se que indivíduos com idade de 15 anos ou mais consumiram em torno de 6,2 litros de álcool puro em 2010 (equivalente a cerca de 13,5g por dia).

No Brasil, o consumo total estimado é equivalente a 8,7L por pessoa, quantidade superior à média mundial. Estima-se que homens consumam 13,6L por ano, e as mulheres, 4,2L por ano. Quando são considerados apenas os indivíduos que consomem álcool, esta média sobe para 15,1L de álcool puro por pessoa (sendo mulheres: 8,9L e homens: 19,6L).⁽⁸⁸⁾

Embora o Brasil apresente um consumo elevado de álcool, verifica-se diminuição no consumo per capita de álcool puro no Brasil (legal e ilegal) entre 2005 (9,8L) e 2010 (8,7L).⁽⁸⁸⁾

5.2. AUDIT

O consumo de álcool tem imenso peso como causa de doença e morte em todo o mundo, relacionando-se ao mesmo tempo com diversas consequências sociais negativas. Constitui-se como importante causa de morbimortalidade para as nações mais pobres, como terceiro maior fator de risco para problemas de saúde na maioria das nações mais ricas e como principal fator relacionado com doença e morte na maioria dos países cujas economias se encontram em grau intermediário de desenvolvimento.⁽²⁷⁾

O uso nocivo do álcool parece estar relacionado a 3,3 milhões de mortes a cada ano. Desta forma, quase 6% de todas as mortes em todo o mundo são atribuídas total ou parcialmente ao álcool.

No Brasil, o álcool esteve associado a 63% e 60% dos índices de cirrose hepática e a 18% e 5% dos acidentes de trânsito entre homens e mulheres em 2012. Em relação aos [transtornos relacionados ao uso do álcool](#), estima-se que 5,6% (mulheres 3% e homens 8%) dos brasileiros preenchem critérios para abuso ou dependência.

As consequências do uso de álcool também contribuem negativamente para a sociedade, de forma direta e indireta, aumentando os custos em hospitais e outros dispositivos do sistema de saúde, sistema judiciário, previdenciário, perda de produtividade do trabalho, absenteísmo, desemprego, entre outros. As faixas etárias mais jovens (20-49 anos) são as principais afetadas em relação a mortes associadas ao uso do álcool, traduzindo como uma maior perda de pessoas economicamente ativas. ⁽⁸⁹⁾

Dos 216 graduandos de medicina e enfermagem que participaram deste estudo, a avaliação dos dados obtidos com o AUDIT indicou que a maioria dos participantes encontram-se no Risco 1 (n= 135) (Beber Moderado), seguida pelo Risco 2 e 3 (Padrão de Beber de Risco e Alto Risco). Resultado semelhante foi encontrado em outros estudos realizados com estudantes universitários, tanto nos cursos de medicina como nos de enfermagem. ^(23,-4,26,45,48,70,89,90)

Quando separamos a amostra por cursos, dos 102 graduandos de medicina que responderam o AUDIT, a maioria se encontra no Risco 1 (n=59) (Beber Moderado), seguida do Risco 2 e 3 (Padrão de Beber de Risco e Alto Risco). Os resultados apontam que a maioria dos estudantes pode ser classificada na categoria de Baixo Risco (duas doses para o homem e uma dose para a mulher). Entretanto, 43 alunos estão em risco de apresentar, em um futuro próximo, problemas de saúde, sofrer ou causar

ferimentos, violência, problemas legais, baixo desempenho acadêmico e prejuízo na saúde física e emocional. ⁽⁷¹⁾ Esse resultado é compatível com a literatura, que identifica que o uso do álcool e tabaco ocorre de forma rotineira entre estudantes de medicina, com consumo esporádico de substâncias psicoativas. O consumo do álcool, de maior prevalência, é elevado e regular nesse meio, sendo a diversão apontada como a razão mais importante para o seu uso. Outras razões citadas para o consumo de álcool incluem sensação de bem-estar e alívio do estresse associado à vida acadêmica. (23,24,26,45,46,70,90-92)

Estudo realizado com estudantes de medicina do Rio Grande do Sul, que avaliou a prevalência de estresse nesses alunos, encontrou o uso regular de álcool em 43,6% dos alunos com ou sem estresse. ⁽⁹³⁾

O I Levantamento do uso de álcool, tabaco e outras drogas entre universitários das 27 capitais brasileiras, indicou que 19% dos universitários fazem uso abusivo de álcool (Risco Moderado). Este é maior entre os homens e na faixa etária entre 18 a 24 anos. Além disso, 3% dos universitários fazem uso de risco para desenvolvimento de dependência (Risco Alto), que é maior entre os homens e para a faixa etária de 25 a 34 anos. Quando comparados o segmento dos universitários à população geral de faixa etária entre 12 e 65 anos, o uso de álcool foi maior entre os universitários (19% entre universitários e 3% entre a população geral). A dependência (Risco Alto) foi encontrada com maior prevalência para a população geral 9% e 3% entre os universitários. ⁽⁸⁹⁾

Levantamento realizado com 1953 alunos de um Centro Universitário na mesma cidade do estudo atual com o objetivo de obter dados sobre o consumo de álcool e drogas, indicaram prevalência do sexo feminino (52%), maioria solteira, sendo o álcool a substância mais utilizada (69%), ficando os analgésicos (sem prescrição médica) em

segundo lugar e o tabaco em terceiro lugar. As demais drogas aparecem em menor porcentagem, mas também são consumidas.⁽⁹⁴⁾ Esses dados estão compatíveis com os encontrados no estudo atual, que apontam o uso do álcool o mais utilizado pelos universitários.

No curso de enfermagem, dos 114 alunos que compõem a amostra, a maioria se encontra no risco 1 (n=76) (beber moderado), seguida pelo risco 2 e 3 (padrão de beber de risco e alto risco). Os resultados obtidos nesse estudo são semelhantes a outros e confirmam que o número de mulheres que consome bebidas alcoólicas têm aumentado significativamente. Na enfermagem, uma amostra predominantemente feminina, há riscos futuros para a saúde, o equilíbrio pessoal e profissional. Com o álcool atingindo maiores concentrações no corpo das mulheres devido à alta quantidade de gordura corporal, o risco de danos é maior, mesmo quando o consumo é em pequena quantidade. (24,47,48,89,90)

Pesquisa realizada nos cursos de medicina, enfermagem e biologia da PUC/SP, identificou o álcool como a substância mais consumida nos últimos trinta dias pelos estudantes das três áreas. Os cursos de Medicina e Enfermagem apresentaram semelhança na frequência da utilização das substâncias: em primeiro lugar o álcool, depois a anfetamina e o tabaco. É possível que semelhança de consumo esteja associada às similaridades acadêmicas dos cursos e responsabilidades decorrentes do cuidar de pessoas, com suas emoções e sofrimentos.⁽⁷⁰⁾

Embora o consumo de bebidas alcoólicas seja preocupante para vários estudantes que participaram desta pesquisa, este consumo é ainda mais inquietante para as mulheres, que estão bebendo cada vez mais.⁽⁴⁸⁾ Entre os fatores associados são citados aspectos sociais como a presença cada vez maior das mulheres no mercado de

trabalho, e a idade precoce do início do consumo de bebidas alcoólicas (entre 12-18anos), influenciadas pelos pais ou incentivadas pelos amigos.^(48,85,95)

Casos de alcoolismo entre adolescentes do sexo feminino, principalmente universitárias, estão ficando tão numerosos quanto entre os rapazes. As mulheres estão adotando diversos hábitos masculinos, como beber em excesso em bares e festas, no caso das universitárias, o ambiente na faculdade é favorável ao consumo de álcool. Estas geralmente saem em grupos para festas e bares e o consumo de bebidas é livre, sem a pressão social da família. Além disso, o sentimento de descontração e a sociabilidade propiciam esse consumo.^(48,85)

Em 2008, pesquisa do Ministério da Saúde, feita com mais de 54 mil pessoas em capitais, mostra que as mulheres estão bebendo cada vez mais o percentual de pessoas do sexo feminino que beberam exageradamente foi de 10,5%, enquanto que, nos anos anteriores, os indicadores foram menores, sendo de 9,3%, em 2007, e de 8,1%, em 2006. Para o estudo, foi considerado abusivo o consumo de mais de quatro doses de álcool para as mulheres e mais de cinco para homens, em mesma ocasião, evento ou festa, nos últimos 30 dias.⁽⁹⁶⁾

Os efeitos do álcool entre homens e mulheres, entretanto, não são iguais. Devido a diferenças químicas em seus organismos, diferenças na distribuição de gordura no corpo feminino e menor quantidade de água, a mulher acaba se embriagando mais rapidamente que o homem, mesmo ingerindo a mesma quantidade de bebida.⁽⁹⁵⁾

Estudo realizado com mulheres que viveram gravidez precoce buscou relacionar esta gravidez com uso de álcool. Metade das mulheres entrevistadas relatou a influência do consumo de bebidas alcoólicas sobre a relação sexual que gerou a gravidez.⁽⁹⁷⁾ Em outro estudo, as mulheres relataram que o álcool despertava a outra pessoa que queriam

ser, e por essa razão mantinham o consumo, sendo que o padrão ocorria em níveis cada vez mais elevados. ⁽⁹⁸⁾

Assim, é importante alertar para os riscos do consumo de álcool no organismo das mulheres (ex.: problemas de fígado e pâncreas, alterações vasculares e cardíacas), que poderão afetar a qualidade de vida no futuro, bem como interferir nas relações pessoais e profissionais. ⁽⁹⁵⁾

Quando separamos os estudantes de medicina e enfermagem por série, verificamos que o consumo de álcool está presente durante todo o curso de graduação. Esse dado está de acordo com a literatura, que aponta o álcool como a droga mais consumida pelos estudantes, constante em todas as séries da graduação. ^(46-8,88-9) Embora não tenha havido diferença significativa no consumo entre séries, no curso de enfermagem é possível observar um consumo maior de beber moderado no primeiro ano. É possível que isso se deva a fatores ligados à adaptação a um novo estilo de vida, bem como às festas do início do curso. ^(43,48)

O número de participantes que consomem álcool durante cursos de graduação na área da saúde indica que, apesar destes entrarem em contato com as informações sobre os riscos, mecanismos de ação e desenvolvimento de dependência durante sua formação, estas não são “incorporadas” e os estudantes permanecem sob influência de fatores como a propaganda e aceitação sócio-cultural. ⁽⁹¹⁾

Pesquisa com estudantes de medicina de Salvador (1º ao 6º ano) para analisar o consumo de substâncias psicoativas, apontou o uso de álcool desde o primeiro ano. Este resultado é compatível com os dados do presente estudo, sugerindo que a maioria dos estudantes provavelmente já ingressa na faculdade tendo utilizado o álcool pelo menos uma vez na vida. ⁽⁴⁶⁾

Foi realizada pesquisa com estudantes de medicina da Universidade de São Paulo para analisar o consumo de álcool, tabaco e outras drogas, e a influencia do gênero e do ano letivo sobre o uso dentro de um período de cinco anos. Concluiu que o consumo de álcool ocorre ininterruptamente do início ao final do curso, mantendo-se constante independente do gênero. ⁽⁹⁰⁾

No curso de enfermagem, o consumo de álcool também ocorreu durante todo o curso. A realização de “chopadas” parece ter se incorporado à cultura universitária, colaborando para o incentivo do uso abusivo de álcool. O número elevado de alunos que fazem uso de álcool nos cursos de medicina e enfermagem é considerado uma questão séria, uma vez que essa substância é vista como socialmente lícita, sendo, portanto, um comportamento aceito e incentivado pela sociedade e correlacionado às atividades de lazer. O aumento no consumo de álcool é um sinal de alerta para a dependência e suas consequências. ⁽⁸⁵⁾

Os resultados encontrados neste estudo estão de acordo com outras pesquisas com acadêmicos do primeiro ao quarto ano de enfermagem. Há alta prevalência de “Beber de Risco” e, na turma do último ano, a maioria faz uso ou já experimentou bebida alcoólica, o que permitiu concluir que a situação de estresse com a conclusão do curso e ansiedade por entrar no mercado de trabalho são fatores principais para esse aumento de consumo. ^(48,89,90)

Avaliação em 191 graduandos de enfermagem, com a maioria mulheres (95,8%), usando o AUDIT, com o objetivo de verificar o consumo médio de álcool, constatou que a maioria (74,9%) relatou abstinência e 25,1% uso de bebidas alcoólicas, que variam de consumo de baixo-risco até a embriaguez. Entre esses estudantes que consomem bebidas alcoólicas, 77% eram do primeiro ano e 23% do quarto ano. ⁽⁴⁵⁾

Os resultados mostraram, de maneira geral, que o consumo de álcool entre os alunos de medicina e enfermagem, ocorre entre os alunos do final da graduação, apesar do número limitado da amostra no final dos cursos. Resultados semelhantes foram achados em outros estudos com estudantes da área de saúde, salientando que condutas saudáveis, favoráveis à promoção de saúde, deveriam ser mais prevalentes ao final de um curso na área de saúde.^(99,100)

Estes dados alertam para possíveis prejuízos na saúde física e emocional desses estudantes, no rendimento acadêmico e posteriormente na vida profissional. Ressaltando que os graduandos da área da saúde merecem uma atenção especial, por diversos fatores e situações potencialmente estressoras, como sofrimento humano e morte, podendo contribuir para a uma maior vulnerabilidade do uso de álcool e drogas, o que é preocupante já que serão modelos de saúde à comunidade, e como futuros profissionais visem a importância do desenvolvimento de ações profiláticas no campo social e de saúde pública.^(26,46,70,91,100,101)

5. 3. Depressão

Quanto a sintomas de depressão nos graduandos dos cursos de medicina e enfermagem, a análise estatística mostrou diferença significativa associada ao gênero. Esse dado é compatível com a literatura, que aponta maior vulnerabilidade para depressão entre as mulheres.⁽⁵⁰⁾

No curso de medicina, a maioria dos graduandos apresentou sintomas mínimos, e o restante, sintomas de leve a grave. Outros estudos realizados com acadêmicos de medicina também encontraram sintomas de depressão de leve a grave com maior prevalência para as mulheres em relação aos homens.^(13, 49,50)

No estudo de Amaral et al.⁽⁵⁰⁾, com 287 acadêmicos de medicina avaliados com o BDI, 73% não apresentaram sintomas de depressão, 27% apresentaram sintomas

depressivos, sendo 20% sintomas leves, 6 % sintomas moderados e 1 % graves, com predomínio do sexo feminino. Esses percentuais assemelham-se aos dados desta pesquisa, embora nosso percentual apresente-se mais elevado nos sintomas moderados, alertando para ações preventivas e para a necessidade de oferecer apoio psicológico a esses alunos.

Uma pesquisa com 400 estudantes de medicina obteve uma prevalência de sintomas depressivos em 79%, sendo que 29% apresentavam sintomas leves, 31% moderados e 19,25% graves. Os autores ressaltam uma proporção de sintomas depressivos superiores à encontrada na literatura e apontam a necessidade de apoio institucional e ampliação de acesso aos programas existentes. ⁽⁴⁹⁾

Estudo com graduandos de enfermagem, avaliados com o Inventário Beck de Depressão (BDI) com resultados semelhantes ao encontrado nessa pesquisa, apontam a necessidade de implementação de programas de suporte psicológico aos alunos, prevenindo possíveis distúrbios e danos ao desempenho profissional. ⁽⁵¹⁾

Uma pesquisa com 140 estudantes de medicina obteve resultados próximos ao obtidos nesse estudo. Concluiu que 27,85% dos alunos apresentaram sintomas de depressão leve a moderada, 10,71% de depressão moderada a grave e 2,14% de depressão grave. ⁽¹³⁾

A análise da correlação dos sintomas da depressão com a ingestão de álcool, apesar de ser fraca mostrou que quanto maior os escores de depressão maior o consumo de álcool. Esse é um dado relevante e aponta para a necessidade de programas de suporte psicológico para esses alunos.

5.4. Ansiedade

De acordo com os resultados obtidos neste estudo, a maioria dos participantes apresentam sintomas mínimos de ansiedade. Entretanto, a ansiedade está presente em

grande número de graduandos dos dois cursos, com sintomas que variam de leve a grave. Os resultados obtidos com relação ao gênero nos graduandos de medicina demonstram que as mulheres apresentam mais sintomas de ansiedade que os homens, dado este compatível com a literatura. ⁽⁵²⁾

Pesquisa para avaliar traços de ansiedade em estudantes de medicina do primeiro ao sexto ano encontrou traços de ansiedade em todos os alunos que participaram do estudo. A ansiedade variava entre leve e alta, com maior concentração de alunos com ansiedade média, sendo que ansiedade alta estava mais presente nas mulheres. ⁽⁵²⁾

5.5. Sintomas de depressão e ansiedade de acordo com série e curso

Fazendo-se uma análise dos percentuais dos resultados obtidos por série entre os cursos de medicina e enfermagem, os sintomas de depressão e ansiedade estão presentes durante todo o curso.

No primeiro ano dos dois cursos encontramos percentuais muito próximos, a maioria dos alunos apresentaram sintomas mínimos de depressão e ansiedade. No segundo ano ocorreu um aumento expressivo de sintomas de depressão nos dois cursos, os sintomas leves de ansiedade foram mantidos, porém ocorreram sintomas graves no curso de medicina. Os resultados obtidos nos dois primeiros anos são compatíveis com os descritos na literatura, e se devem provavelmente, à euforia e expectativas com o início do curso. Posteriormente, os alunos se deparam com mudanças acentuadas de hábitos no cotidiano, decepções com o curso causado por desempenho insatisfatório em algumas disciplinas, sendo que essas variáveis podem ser as causadoras dos sintomas depressivos e ansiosos nos dois primeiros anos dos cursos. ^(13,49,50)

No curso de medicina o segundo ano é descrito como eminentemente teórico, tedioso, sem o envolvimento clínico tão esperado. ⁽⁵²⁾ Na enfermagem o segundo ano se caracteriza pelo primeiro contato com o paciente em estágio prático no hospital

podendo desencadear sentimentos ambivalentes. Esse é um período que o aluno deve receber maior atenção, orientação e apoio às dificuldades emocionais para que possa enfrentar dificuldades que possam surgir dessa experiência no estágio hospitalar. ⁽⁵¹⁾

No terceiro ano, houve um aumento dos sintomas de depressão, em grave no curso de medicina e moderados no curso de enfermagem. Quanto à ansiedade, no curso de medicina, houve a ocorrência de sintomas graves de ansiedade. Resultado semelhante, também encontrado em outros estudos, se deve provavelmente pelo aluno estar tendo seu primeiro contato com o paciente, causando insegurança e medo de falhar. ^(49,50)

No curso de enfermagem o terceiro ano é uma fase melhor. Após passarem pelas dificuldades no ano anterior, ocorre uma adaptação que possibilita que sigam sua vida acadêmica com menos sofrimento. ⁽⁵¹⁾

Os resultados encontrados neste estudo com relação ao terceiro ano de graduação nos cursos de medicina e enfermagem estão de acordo com a literatura, apontando que em ambos os cursos, o momento do contato com o paciente causa no aluno a tendência ao aumento da ansiedade, pelas exigências que este período lhe impõe, de que assuma uma postura profissional e integre o que foi aprendido na teoria com a prática. ^(13,18,49,50-51)

No quarto ano de medicina os alunos apresentaram sintomas moderados de depressão e sintomas de ansiedade leves e graves. Esse aumento também foi encontrado em outros estudos e podem ser explicados por fatores como o contato com o paciente grave, o sofrimento e a morte, o que provavelmente contribui para o aumento na ocorrência de sintomas emocionais e fadiga nos graduandos. Também ocorre mudança social importante que pode influenciar positivamente ou não a interação dos alunos. Eles são divididos em pequenos grupos, com os quais realizarão o estágio durante o

internado, divisão algumas vezes apontada como extremamente desgastante, podendo acarretar problemas aos alunos. ^(13,18,49,50)

Na enfermagem, no quarto ano aparecem novamente os sintomas de depressão e os sintomas de ansiedade se mantêm. Este resultado também foi encontrado em outro estudo e provocado possivelmente, pela proximidade do final do curso, que faz com que se sintam inseguros e despreparados profissionalmente para atuarem sozinhos. ⁽⁵¹⁾

No quinto e sexto ano do curso de medicina os alunos apresentaram sintomas de leves a moderados, de depressão e ansiedade, não apresentando sintomas graves. Isto pode ser explicado pela adaptação do estudante ao meio, pois o quinto ano de medicina consiste na entrada do aluno no internato, sendo um período de adaptação ao treino clínico, e a responsabilidade da identidade médica propriamente dita. No sexto ano, segundo a literatura, surge novamente angústia motivada pela expectativa de se formar e entrar no mercado de trabalho, a dúvida na escolha da especialidade e preocupação por uma vaga altamente competida de residência. ^(18,49,50)

Outros estudos demonstram o aumento dos sintomas de depressão e ansiedade nesse período. Neste estudo, houve um aumento de sintomas leves de depressão do quinto para o sexto ano e uma diminuição nos sintomas de ansiedade leve. Esse resultado se deve provavelmente pelo número reduzido da amostra no sexto ano no estudo.

Na pesquisa atual o maior percentual de sintomas de depressão leve no curso de medicina foi encontrado no segundo, quarto e sexto anos e sintomas de leve a grave no quarto, seguido pelo segundo e terceiro anos, resultados encontrados em outros estudos que apontaram o primeiro, quarto e sexto ano com maior percentual de sintomas depressivos. Quanto a sintomas de ansiedade leve, foram encontrados consecutivamente no quarto, quinto e primeiro anos; sintomas de ansiedade de leve a grave foram

encontrados no primeiro, quarto e segundo ano. No estudo realizado por Miyazaki em 1997 ⁽¹¹⁾, com 118 alunos do curso de medicina do primeiro ao sexto ano, da mesma faculdade de medicina do estudo atual, obteve-se como resultados, presença significativa de sintomas de depressão no início do ano, e escores médios de ansiedade acima dos obtidos por populações normais; resultados semelhantes foram encontrados no atual estudo.

No curso de enfermagem, o maior percentual de sintomas de depressão leve foi obtido no segundo, terceiro e quarto e primeiro anos, sintomas de depressão leve a grave encontraram-se no segundo, primeiro e quarto; quanto a sintomas de ansiedade leve maior percentual estava presente no segundo, primeiro e terceiro e quarto ano; sintomas de ansiedade leve-grave, presente no primeiro, segundo e quarto ano.

Estudo investigando a prevalência de sintomas depressivos em alunos de medicina, com relação ao ano e curso, encontrou maior frequência de sintomas entre os alunos do terceiro e quarto ano ⁽⁵⁰⁾, resultado que se assemelha ao encontrado nesse estudo.

Os dados deste estudo estão de acordo com pesquisa que avaliou traços de ansiedade em 481 alunos de medicina do ABC, e obteve resultados com 20,1% ansiedade alta e 79,9% ansiedade média. O maior porcentual de ansiedade alta foi encontrado no sexto ano e o menor no terceiro ano, concluindo que o curso médico parece estar associado ao desenvolvimento de quadros de ansiedade nos seus alunos e a ocorrência de maiores taxas foi encontrada no início do curso, e posteriormente no quarto e sexto ano. ⁽⁵²⁾

Nesse estudo, para identificação de sintomas de ansiedade não foi usado nenhum dos inventários usados nas pesquisas citadas, independente do instrumento usado que podemos observar, é que a ansiedade está presente em todos os anos dos cursos de

medicina e enfermagem, independente de sua intensidade como nos resultados encontrados nas outras pesquisas.

Os dados encontrados na pesquisa quanto à frequência de sintomas depressivos nos alunos de medicina e enfermagem demonstram a epidemiologia dos quadros depressivos durante todo o curso e a severidade conforme os anos sugerem que não se limita a anos específicos, mas presente durante todo o curso, o que nos leva a inferir que os cursos como estão estruturados podem tornar seus alunos mais vulneráveis ao aparecimento de sintomas depressivos.

5.6. Estresse

A maioria dos graduandos de medicina e enfermagem apresentou sintomas de estresse, com predomínio de sintomas psicológicos e na fase de resistência. Os estudantes tentam adaptar-se ao estressor, nesse caso o curso de graduação, na tentativa de reequilíbrio. Essa tentativa pode acarretar sensação de desgaste na medida em que o organismo tenta restabelecer a homeostase. Quando o equilíbrio é restabelecido, o aluno se recupera e sai do processo de estresse. Caso contrário, o organismo se torna vulnerável a doenças, como é o caso de alunos que se encontram nas fases de quase exaustão e exaustão, e requer cuidados. Os resultados encontrados nesta pesquisa com relação a sintomas de estresse, sexo, e prevalência de sintomas e fase que se encontram são compatíveis com a literatura. Outros estudos com graduandos de medicina apresentaram resultados semelhantes, mostrando que o curso de graduação e condições a ele associadas (ex.: saída de casa, aumento das responsabilidades, interação com colegas, exigências acadêmicas) são estressantes. ^(102,103)

O estudo identificou alta frequência de estresse nos graduandos dos dois cursos, com predomínio para o sexo feminino. Esses resultados são compatíveis com os encontrados em outros estudos com estudantes de medicina de diferentes instituições,

que constataram maior suscetibilidade das mulheres ao estresse e predomínio de sintomas psicológicos. ^(12,44,93,102,103)

Pesquisa realizada com estudantes de medicina da Universidade Federal do Amazonas identificou presença de estresse em 60,7% dos estudantes. Também altos níveis de ansiedade, percepção de eventos associados à formação como desafiadores e alto nível de exigência. Concluiu também que as mulheres, mais que os homens, associam o início do consumo de álcool ou problemas com ele relacionados a eventos estressantes. ⁽¹⁰⁴⁾

5.7. Sintomas de Estresse nos graduandos com relação a ano nos cursos de medicina e enfermagem

Os resultados obtidos mostraram a presença de estresse durante todo o curso de medicina e enfermagem, sendo que no primeiro e segundo anos dos dois cursos houve maior frequência de estresse. Diversas razões podem ter colaborado para esse achado, como a necessidade de adaptação às novas exigências e obrigações do curso, residir longe da família, à necessidade de melhor organização das tarefas diárias, o convívio com outros colegas e a alta competitividade.

Nesse período, no curso de medicina, os alunos estudam as disciplinas básicas e, entre elas, destaca-se a anatomia, que envolve o contato com a morte e pode causar excessiva ansiedade. No terceiro ano iniciam-se as disciplinas clínicas e o contato com o paciente, a doença e o sofrimento, outro momento apontado com estressor na formação.

⁽⁹³⁾ Várias pesquisas mostram o estresse presente durante a formação nos dois cursos, indicando que os resultados encontrados neste estudo estão de acordo com a literatura.

^(12,93,100,102,103)

Estudo sobre as atitudes dos alunos frente a algumas fontes de tensão no curso de medicina identificou como estressores o processo de ensino-aprendizagem, a prática

pedagógica dos docentes, as avaliações, a organização do trabalho assistencial, a seleção para a residência médica e aspectos éticos das práticas assistenciais. ^(9,104)

Como se verificou nesse estudo, e em outros, os resultados confirmam o curso de medicina como potencialmente estressor, podendo exercer efeito negativo sobre o desempenho acadêmico, saúde mental e bem estar psicológico aos alunos. Cada pessoa responde de maneira diferente aos estressores, e neste estudo houve alta frequência de alunos na fase de resistência do estresse, tanto no curso de enfermagem como no curso de medicina. Esta fase caracteriza-se pelo cansaço físico, problemas de atenção e memória, insônia, hipersensibilidade e maior suscetibilidade a doenças infecciosas ou de caráter genético, além do comprometimento da produtividade devido aos sintomas que aparecem. ^(93,100,102,103)

No curso de enfermagem os sintomas de estresse se mantiveram presentes durante todo o curso, com percentual maior no primeiro ano, diminuição no segundo e terceiro e um aumento no final. No início do curso a fase de mudanças, esquemas de estudo, a gestão do tempo, organização financeira, o afastamento da família, novos vínculos de amizade, são fatores e situações e de estresses para esses alunos. ^(93,97)

Na enfermagem, a ênfase no cuidar torna a relação enfermeiro-paciente carregada de estímulos emocionais intensos. A dor e o sofrimento do outro, doenças terminais e a morte, pacientes queixosos ou alterados emocionalmente e a intimidade corporal requerem importantes adaptações do aluno durante a formação profissional. ^(103,104)

Estudo sobre prevalência de transtornos mentais entre universitários investigou estudantes de letras, direito, computação e enfermagem. Dentre eles, o curso de enfermagem apresentou a prevalência total mais elevada, com destaque para o estresse psicológico, distúrbios psicossomáticos e desconfiança no desempenho. ⁽³³⁾ Outro

estudo com alunas do curso de enfermagem da USP, divididas de maneira equitativa entre os quatro anos, buscou verificar os fatores de estresse mais comumente vividos durante a formação profissional. Os resultados foram agrupados em quatro categorias: conteúdo teórico, dificuldades pessoais, dificuldades ambientais e relacionamento interpessoal. ⁽¹⁰²⁾

Os resultados deste estudo confirmam dados de literatura, que assinala a fase inicial da assistência clínica, como um período de ameaças e desafios causador de estresse. O período de conclusão do curso também é outro momento de intenso estresse, quando o desafio do mercado de trabalho e a responsabilidade profissional estão presentes. ^(104,105)

No curso de medicina a partir do segundo ano os alunos apresentaram-se na fase de quase-exaustão e exaustão até o final do curso no sexto ano, com aumento do percentual na fase de exaustão no sexto ano, provavelmente relacionado à proximidade da conclusão do curso, os plantões e a prova para ingressar na residência médica. No curso de enfermagem, desde o primeiro ano os alunos apresentam sintomas de quase-exaustão e exaustão, provavelmente relacionados a sobrecarga do conteúdo teórico, a preocupação com o desempenho e a fadiga. Essas duas fases se caracterizam inicialmente pelo aumento da vulnerabilidade a exaustão, depressão e doenças, uma vez que a pessoa não mais consegue adaptar-se ou resistir ao estressor.

Como o estresse pode prejudicar o desempenho, causa intenso sofrimento e aumentar a vulnerabilidade para transtornos mentais e doenças, identificar estressores e auxiliar no manejo adequado do estresse, se tornam importantes para promover o desenvolvimento do aluno.

5.8. Estratégias de Enfrentamento e Auto- Estima

Para lidar com os eventos estressores, os alunos de medicina e enfermagem utilizaram estratégia de enfrentamento encontrada a média da amostra de padronização da escala. Entretanto, quando foram comparadas as estratégias de enfrentamento mais utilizadas por gênero, o sexo masculino utilizou mais a estratégia focada no problema e o feminino mais a focada na emoção. A estratégia de enfrentamento utilizada com menor frequência pelos homens foi a focada na religião, e a menos utilizada pelas mulheres, foi focada no problema.

Enfrentamento focado no problema visa o emprego de comportamentos e cognições para modificar ou eliminar o estressor. A estratégia focada na emoção, por sua vez visa regular as reações emocionais ao estressor. O gênero afeta os elementos envolvidos no processo do estresse, desde a percepção do evento como estressor (ou não), até as respostas de enfrentamento e as consequências do estresse para a saúde. Os homens tendem a utilizar mais o enfrentamento focado no problema e as mulheres mais o focado na emoção, embora isso possa se alterar em determinadas circunstâncias. ⁽¹⁰⁶⁾

Estudo sobre estratégias de enfrentamento com alunos de medicina identificou características pessoais, apontadas pelos estudantes como fatores protetores: administrar o tempo de forma a conciliar o estudo com as outras dimensões da vida; trabalhar em cima da sua própria personalidade buscando sentir-se feliz e ter ânimo, evitando sentir-se pressionado com as situações desfavoráveis; relacionamentos interpessoais com parentes, amigos, namorados e colegas; resgate de hábitos saudáveis como prática de atividades físicas, de cuidados com a saúde, de lazer; a religiosidade. Alguns mencionaram a procura pela assistência psicológica para ajudar a lidar com as situações de estresse, e outros ao não conseguir lidar com o estresse a que estão submetidos, relataram consequências negativas sobre a saúde. ⁽³⁶⁾

Uma pesquisa para identificar a ocorrência de estresse e as estratégias de enfrentamento utilizadas para lidar com o estresse em mestrandos em Ciências da Saúde observou predominância de sintomas físicos, sendo do sexo feminino a maior frequência de estresse. Quanto às estratégias de enfrentamento utilizadas, a focada no problema foi a mais utilizada pelos participantes que não tiveram estresse, principalmente pelos homens. ⁽¹⁰⁷⁾

Estudo com acadêmicos de enfermagem descreveu fatores de risco no ambiente de trabalho que aumentam o consumo de álcool e outras drogas e apontou a importância dos fatores protetores. Fatores protetores identificados pelos alunos incluíram busca por alguma forma de entretenimento (ex. passear, viajar, ver tv, namorar, cuidar de plantas), atividade física, descanso e apoio familiar. ⁽⁹⁰⁾

Estudantes de medicina relataram como estratégias de enfrentamento para lidar com o estresse ter senso de humor, hobbies e bom vínculo afetivo com a família, para apoio/suporte social e emocional. ⁽³¹⁾

O resultado encontrado com relação à autoestima nos graduandos dos dois cursos foi significativo para excelente autoestima. Com relação à autoestima e gênero feminino nos dois cursos, obteve-se resultado significativo para boa autoestima. Esses resultados mostram que apesar dos graduandos vivenciarem fontes de estresses na formação acadêmica, conseguem manter uma autoestima positiva, indicando que existe uma satisfação interna que valoriza a existência, fator importante para a saúde mental. ⁽¹⁰²⁾

Os resultados sobre a autoestima são compatíveis com a literatura. Estudo com alunos de medicina e enfermagem mostrou importante associação positiva entre autoestima e resolução de conflitos, capacidade para dominar o ambiente e ter boas relações interpessoais. Os autores ressaltam que os resultados encontrados reforçam que

autoestima e relacionamento interpessoal caminham juntos: o bom relacionamento consigo mesmo (autoestima) é fundamental para o bom relacionamento com as pessoas. ^(59,103) Outra pesquisa identificou ainda relação entre autoestima e desempenho acadêmico. ⁽¹⁰⁸⁾

Estudo realizado com mestrandos visou analisar a relação entre os principais indícios de estresse, estressores e enfrentamento. Identificou que a elaboração da dissertação, considerada uma tarefa estressante, era menos estressante que as atividades profissionais dos enfermeiros, que utilizavam estratégias como fuga e busca de suporte para lidar com a prática assistencial. ⁽¹⁰⁹⁾

5.9. O consumo de álcool pelos Residentes de Medicina e Aprimorandos de Enfermagem avaliados pelo AUDIT

Residentes médicos e aprimorandos de enfermagem, quando questionados sobre ingestão de álcool quando preocupados ou tensos afirmaram que não ingerem bebida alcoólica. Entretanto, dados obtidos indicam que o álcool é uma das estratégias de enfrentamento utilizadas por eles para lidar com o estresse. A literatura sobre o tema é compatível com os dados aqui obtidos. Pesquisa realizada no estado de São Paulo concluiu que 81% dos residentes afirmaram ingerir bebida alcoólica. Em um hospital do México, 65% dos residentes entrevistados consumiam bebidas, com um perfil semelhante ao encontrado entre os residentes pesquisados neste estudo. ⁽⁷²⁾

Menor prevalência de consumo de álcool entre residentes foi também revelada em outros estudos. Pesquisa realizada na capital paulista mostrou prevalência de 34,3% de consumo de álcool e outro estudo indicou que 5,2% dos residentes ingerem bebidas alcoólicas para lidar com o estresse. ⁽³⁸⁾

Com relação ao gênero, entre os residentes de medicina houve diferença significativa entre homens e mulheres: os homens relataram usar mais bebida alcoólica como forma de enfrentamento. Não há consenso com relação a isso: no trabalho já citado, realizado na Cidade do México, 74,5% dos residentes que declararam ingerir álcool são homens. ⁽⁷²⁾ No entanto, há trabalhos que mostram um equilíbrio entre homens e mulheres em relação ao consumo de álcool.

Quando separados por especialidade, residentes da ginecologia/obstetrícia e da cirurgia geral apresentaram as pontuações mais altas no AUDIT. Em uma revisão da literatura, foi identificado que residentes da cirurgia geral e da pediatria apresentam leve abuso de álcool e outras substâncias; ginecologia/obstetrícia e clínica apresentam intermediário abuso e psiquiatria apresenta elevado abuso. ⁽⁷⁰⁾ O maior consumo de álcool de algumas especialidades pode estar associado a características do programa e não da especialidade.

Em relação ao uso do AUDIT na avaliação de profissionais da saúde, foi realizado um inquérito na Alemanha, com 1917 médicos, residentes ou não. Dentre eles, 70,7% apresentavam risco de dependência e 19,8% apresentavam alto risco de dependência. ⁽¹¹⁰⁾ Diferente dos resultados obtidos em nosso estudo, que mostrou 20% dos residentes com risco de dependência e 4% com alto risco de dependência, o que pode estar associado à cultura alemã.

A literatura aponta para um aumento nesse tipo de estratégia negativa de enfrentamento por parte dos residentes, frente aos estressores inerentes aos programas de especialização. Autores sugerem ações que vão desde o atendimento de residentes que necessitam ajuda para lidar com o problema, ⁽⁷⁰⁾ até diminuição de carga horária, como forma de melhorar a qualidade de vida destes. ^(110,111) Vários hospitais americanos adotaram a redução da carga horária da residência. O impacto dessa medida na vida dos

residentes e na qualidade da formação dos mesmos, entretanto, ainda precisa ser melhor avaliado.

Whang e colaboradores ⁽¹¹⁰⁾ mostraram que a redução da carga horária em programa de cirurgia, teve impacto negativo no treinamento dos residentes e na qualidade de atendimento dos pacientes. Três anos depois, um novo trabalho sobre redução da carga horária em uma residência de cirurgia, demonstrou melhora significativa na qualidade de vida dos residentes, sem diferença na qualidade da assistência aos pacientes. ⁽¹¹¹⁾

Em 2008, estudo que abordou a residência de cirurgia geral de um hospital americano, afirmou que os professores achavam a diminuição da carga horária benéfica para a formação e para qualidade de atendimento oferecida pelos residentes, porém estes discordaram. No entanto, ambos concordaram que a redução de horas melhorou a qualidade de vida dos residentes. ⁽¹¹²⁾ Esses dados podem ser usados como subsídio para uma redução da carga horária do programa de cirurgia geral, já que todos apontaram para uma melhora da qualidade de vida dos residentes, com a ressalva de prejudicar o mínimo possível o aprendizado.

Essa medida também seria uma opção para o programa de ginecologia/obstetrícia, a especialidade que obteve a maior pontuação no AUDIT, já que um estudo realizado com residentes de ginecologia/obstetrícia americanos demonstrou melhora na qualidade de vida após a redução da carga horária de trabalho.

Para a resolução do impacto negativo que essa redução de horas traria no aprendizado, foi aventada a hipótese de aumentar o tempo de formação dos residentes. Uma pesquisa entrevistou 143 residentes a respeito dessa opção: 70% responderam ao inquérito e a maioria discorda do aumento do tempo de formação em troca da carga horária reduzida e da melhora da qualidade de vida. ⁽¹¹³⁾

5.9.1 Caracterização dos Alunos atendidos no Serviço de Orientação Psico Pedagógica (SOPPA)

O Serviço de Orientação Psico Pedagógica ao Aluno da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP), como é hoje estruturado, teve início com o atendimento psicológico de alguns alunos junto ao Serviço de Psicologia do Hospital de Base. Esse atendimento é fornecido a alunos da Faculdade de Medicina e Enfermagem, conta com membros do Serviço de Psicologia, mas é ligado à Diretoria de Alunos da FAMERP. Serviços como esse, dirigidos ao bem estar do aluno, é hoje realidade em muitas escolas no Brasil e no exterior. ⁽¹¹⁴⁻¹¹⁶⁾

Conhecer a população que utiliza um serviço é fundamental para que as necessidades de seus usuários sejam realmente atendidas. Assim, este estudo discute características de alunos atendidos durante um período de oito anos (2005 a 2012) pelo SOPPA e suas dificuldades.

A maioria dos atendimentos realizados no período foi para aluna do sexo feminino, com faixa etária compatível com o nível educacional (universitário). Houve um equilíbrio entre os atendimentos para alunos dos dois cursos da instituição (medicina e enfermagem) e predominância de mulheres na busca pelo atendimento. A procura pelo SOPPA é maior nos primeiros anos do curso, decrescendo ao longo dos anos, especialmente no internato. Esses dados estão de acordo com a literatura que aponta predomínio de mulheres, faixa etária e a procura maior nos primeiros anos. ^(11,113)

Dos 316 atendimentos realizados nesse período, mais da metade desistiu durante o atendimento ou não retornou após a primeira consulta, mostrando que a adesão por parte dos alunos ainda não é efetiva.

Os alunos chegaram ao SOPPA por meio de colegas, professores, diretoria de alunos, Centro de Apoio Social ao Aluno (CASA), e encaminhamentos pelo psiquiatra. A maioria, entretanto, procurou espontaneamente o serviço. Isto pode significar que este é necessário e pode, no mínimo, servir como fonte de suporte social para o corpo discente da escola. As dificuldades que motivaram a procura de atendimento são compatíveis com as dificuldades identificadas na literatura. ^(11,115)

As queixas relatadas pelos alunos como motivos para procurarem o serviço incluíram: ansiedade, dificuldade para estudar, dificuldades de relacionamento familiar, colegas, namorado, baixo rendimento acadêmico, baixa auto-estima, depressão, dificuldades com professor, dificuldade de organização de tempo e método de estudar, déficit de habilidade social, transtorno de sono, transtorno obsessivo-compulsivo, c, sexualidade, uso de drogas ilícitas. Houve o predomínio nas queixas de sintomas ansiosos, depressivos e de rendimento acadêmico, acentuando a ocorrência de reações de ajustamento frente às fontes de estresse presentes nos cursos de medicina e enfermagem e as mudanças naturais deste momento do desenvolvimento, dados semelhantes foram encontrados na literatura. ^(11,115,116)

Importante destacar a semelhança da realidade do atendimento ao aluno de Medicina e Enfermagem da FAMERP em relação a outros serviços de suporte psicológico a este tipo de alunos no Brasil. Também como em outras faculdades, predominam alunos com queixas que se referem, na maioria das vezes a sintomas depressivos e ansiosos (geralmente mistos), decorrentes de reações de ajustamento frente às mudanças e desafios da vida acadêmica. ⁽³¹⁾

Os sintomas ansiosos estão provavelmente relacionados à competitividade vivenciada na formação (melhor currículo, atividades extracurriculares, ligas, iniciação científica, bolsas de pesquisa), que é intensa, criando um clima de rivalidade e

consequentemente solidão. Também no rendimento acadêmico, a dificuldade do aluno em saber como estudar, o que estudar nas disciplinas é outra fonte de ansiedade. ^(31,32)

Nos sintomas depressivos destacam-se, como principais situações, as vivenciadas como perda. Estas incluem a saída de casa, a queda no desempenho acadêmico, falta de tempo livre e diminuição da qualidade de vida, que intensificam sentimentos de desvalia e baixa autoestima. Esses dados indicam que o atendimento clínico individual é um suporte importante para os alunos, mas que um trabalho preventivo seria mais produtivo, pois teria maior abrangência, principalmente para os últimos anos, e menor custo para a instituição.

Uma dificuldade a ser resolvida é a questão do horário de trabalho dos profissionais envolvidos no atendimento a esses alunos, que impede que alguns sejam atendidos na instituição e necessitem ser encaminhados a outros serviços.

Mais estudos devem ser realizados, com outros delineamentos, para permitir conclusões seguras. Porém o que nos incentiva é o interesse dos alunos na procura pelo atendimento, o reconhecimento da diretoria de alunos e da instituição, como um aliado na formação pessoal e profissional desses alunos.

6. CONCLUSÕES

O presente estudo identificou entre os graduandos de medicina e enfermagem:

- A maioria dos graduandos de ambos os sexos relata não utilizar álcool como estratégia de enfrentamento de problemas.
- Porém à maioria dos entrevistados utiliza o álcool como forma de lidar com o estresse.
- No AUDIT, 62,5% dos participantes encontram-se no risco 1 (beber moderado), 36% nos riscos 2 e 3 (padrão de beber de risco e alto risco), e 2% no risco 4 (possível dependência de álcool).
- Quanto á depressão, 28% dos graduandos de medicina e 22% de enfermagem apresentam sintomas depressivos.
- A ansiedade encontra-se presente nos graduandos dos dois cursos, com sintomas que variam de leve a grave. A maioria, entretanto, não apresentou sintomas de ansiedade.
- Aproximadamente metade dos participantes apresenta sintomas de estresse, com predomínio de sintomas psicológicos e na fase de resistência.
- Os homens utilizaram mais enfrentamento focado no problema e as mulheres focadas na emoção.
- A autoestima dos estudantes de medicina e de enfermagem concentrou-se, principalmente, na faixa excelente.
- Álcool é uma das estratégias de enfrentamento utilizadas por residentes médicos e aprimorandos de enfermagem para lidar com o estresse. Houve casos de risco ou possível dependência do álcool, tornando necessárias medidas preventivas e de intervenção.

- A maioria dos atendimentos realizados no SOPPA no período, foi para aluna do sexo feminino, com faixa etária compatível com o nível educacional (universitário).
- Houve um equilíbrio entre os atendimentos para alunos dos dois cursos da instituição (medicina e enfermagem) e predominância de mulheres na busca pelo atendimento.
- A procura pelo SOPPA é maior nos primeiros anos do curso, decrescendo ao longo dos anos, especialmente no internato.
- A maioria dos alunos procurou espontaneamente o SOPPA. Os demais foram encaminhados por colegas, professores, diretoria de alunos, CASA e psiquiatra.
- As queixas relatadas pelos alunos como motivos para procurarem o SOPPA incluem: ansiedade, dificuldade para estudar, dificuldades de relacionamento familiar, colegas, namorado, baixo rendimento acadêmico, baixa auto-estima, depressão, dificuldades com professor, dificuldade de organização de tempo e método de estudar, déficit de habilidade social, transtorno de sono, transtorno obsessivo-compulsivo, transtorno alimentar, sexualidade, uso de drogas ilícitas.
- Houve o predomínio nas queixas de sintomas ansiosos, depressivos e de rendimento acadêmico, acentuando a ocorrência de reações de ajustamento frente às fontes de estresse presentes nos cursos de medicina e enfermagem e as mudanças naturais deste momento do desenvolvimento,

O presente estudo teve como limitação o tamanho reduzido da amostra, o que pode ter dificultado a exploração mais fidedigna da realidade, pois em todas as séries

dos cursos não tivemos a cooperação total dos alunos na coleta dos dados. Mesmo assim, apontou importantes problemas e necessidades dos alunos, residentes e aprimorandos.

Futuras pesquisas são necessárias para uma melhor compreensão sobre uso de álcool e estresse, bem sobre os efeitos de programas preventivos.

Os resultados encontrados na pesquisa estão de acordo com a literatura, que descreve vários momentos potencialmente estressantes para o aluno de medicina e enfermagem no decorrer da sua formação. Período longo e em tempo integral dos cursos, a grande quantidade de informações que precisam adquirir e, a qualidade da relação professor-aluno, a falta de tempo para atividades sociais, contato com doenças graves e com a morte no contato com os pacientes, são estressores que se mantêm por todo o curso, podendo exercer efeito negativo no desempenho acadêmico, e tornando o aluno vulnerável ao desenvolvimento de distúrbios de comportamento e emocionais, necessitando de ações preventivas a essa população e acentuando a necessidade de proporcionar aos alunos atendimento psicológico, psiquiátrico e pedagógico.

Os resultados obtidos sugerem que os graduandos/ residentes/aprimorandos de medicina e enfermagem necessitam de maior suporte no início de sua formação e atuação.

Porém, as opções vistas na literatura, até o momento, para a resolução dessa questão são associadas a queda da qualidade do aprendizado e a resistência por parte de professores e residentes.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Nagamine, KK. Mulheres em programa regular de atividade física; ansiedade, fadiga, burnout e qualidade de vida [Tese] São José do Rio Preto, Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, 2007.
- 2- Ala-Mursula L. Employee worktime control and health [dissertação] Oulu, Universidade de Oulu, 2006.
- 3- Eriksen W; Bruusgaard D; Knardhal S. Work factors as predictors of sickness absence: a three month prospective study of nurses' absences. *Occupational and Environmental Medicine* 2003; 4 (60): 1351-0711.
- 4- Nogueira-Martins LM. Saúde mental dos profissionais de saúde. *Rev Bras Med Trab* 2003; 1 (1):56-68.
- 5- Firth-Cozens J. Interventions to improve physicians' well-being and patient care. *Social Science & Medicine* 2001; 52(2):215-222.
- 6- Siebert DC, Siebert CF. Help seeking among helping professionals: a role identity perspective. *American Journal of Orthopsychiatry* 2007; 77(1):49-55.
- 7- Firth-Cozens, J. Cultures for improving patient safety through learning: the role of teamwork. *Quality in Healthcare* 2005; 10(SupplII):ii26-ii31.
- 8- Guido A A. Stress e coping entre enfermeiros de centro cirúrgico e recuperação anestésica. [Tese] São Paulo: USP; 2003.
- 9- Ellis N. Quality of working life for nurses. Commonwealth Department of Health and Ageing; Canberra, Australia; 2002.
- 10- Pucci F F. Profissionais de saúde: análise de algumas variáveis que influem no trabalho na UTI. [Dissertação] Campinas: PUCAMP; 1999.
- 11- Miyazaki MCOS. Psicologia na formação médica: subsídios para prevenção e trabalho clínico com universitários. [Tese]. São Paulo: IPUSP; 1997.

- 12- Souza FGM, Menezes MGC. Estresse nos estudantes de medicina da universidade federal do Ceará. *Rev Bras Educação Medica* 2005; 29 (2): 91-96.
- 13- Moro A, Valle JB, Lima LP. Sintomas depressivos nos estudantes de medicina da universidade da região de Joinville (SC). *Rev Bras Educação Medica* 2005; 29 (2): 97-102.
- 14- Facundes VLD, Ludermir AB. Transtornos mentais comuns em estudantes da área de saúde. *Rev Bras Psiquiatr* 2005; 27(3):194-200.
- 15- Furtado ES, Falcone EMO, Clark C. Avaliação do estresse e das habilidades sociais na experiência acadêmica de estudantes de medicina de uma universidade do Rio de Janeiro. *Inteiração* 2003; 792): 43-51.
- 16- Firth-Cozens J. Doctors, their wellbeing and their stress. *BMJ* 2003; 326:670-671.
- 17- Miyazaki MCOS; Silvares E.F.M. Psicologia da saúde em hospital escola: extensão de serviços à comunidade acadêmica. In: Marinho LM; Caballo VE (Org) *Psicologia Clínica e da Saúde*. Londrina: UEL; 2001.p. 335-359.
- 18- Lima MCP, Domingues MS, Cerqueira ATAR. Prevalência e fatores de risco para transtornos mentais comuns entre estudantes de medicina. *Rev Saúde Pública* 2006; 40(6): 1035-41.
- 19- Anabuki MH. Situações geradoras de estresse: a percepção das enfermeiras de um hospital de ensino [dissertação] São Paulo: Univ. São Paulo; 2001.
- 20- Ramos-Cerqueira ATA; Lima MCP. A formação da identidade do médico: implicações para o ensino de graduação em medicina. *Interface- Comunic, Saúde, Educ* 2002; 6 (11): 107-116.
- 21- Massuda A, Cunha FM, Petta H. Residência médica: contribuições dos médicos residentes ao debate [editorial]. *Rev Assoc Med Bras* 2007; 53 (2): 96-7.

- 22- Martins L A N. Residência médica: um estudo prospectivo sobre dificuldades na tarefa assistencial e fontes de estresse [Tese] São Paulo: UNIFESP; 1994.
- 23- Silva LVER, Malbergier A, Stempluk VA, Andrade AG. Fatores associados ao consumo de álcool e drogas entre estudantes universitários. Rev Saúde pública 2006; 40 (2): 280- 8.
- 24- Peuker AC, Fogaça J, Bizarro L. Expectativas e beber problemático entre universitários. Psicologia: Teoria e Pesquisa 2006; 22 (2):193-200.
- 25- Fiorini JE; Alves AL, Ferreira LR et al. Uso de drogas lícitas e ilícitas no meio universitário de Alfenas. Ver. Hosp.Clin 2003; 58 (4): 199-206.
- 26- Kerr –Corrêa F, Andrade AG, Bassit AZ, Boccuto NMVF. Uso de álcool e drogas por estudantes de medicina da Unesp. Rev Bras Psiquiatr 1999; 21 (2): 95-100.
- 27- Santos, JM. Stresse Profissional: Consumo de Bebidas Alcoólicas em enfermeiros.[Tese] Porto: Universidade Fernando Pessoa; 2010, acesso Disponível em <http://hdl.handle.net/10284/1520>
- 28- Hawton K; Malmberg A; Simkin S. Suicide in doctors. A psychological autopsy study. Journal of Psychosomatic Research 2004; 57(1):1-4.
- 29- Eisenberg D, Golberstein E, Gollust E. Help-Seeking and Access to Mental Health Care in a University Student Population. Medical Care 2007; 45 (7): 594-601.
- 30- Mizrahi T. Managing medical mistakes: ideology, insularity and accountability among internists in training. Soc Sci Med 1984; 19:135-146.
- 31- Furegato ARF, Silva EC, Campos MC, Cassiano RPT. Depressão e auto-estima entre acadêmicos de enfermagem. Rev Psiq Clin 2006; 33(5):239-244.
- 32- Furegato ARF, Nievas AF, Silva EC, Costa Jr ML. Pontos de vista e conhecimentos dos sinais indicativos de depressão entre acadêmicos de enfermagem. Rev Esc Enferm USP 2005; 39(4): 401-8.

- 33- Cerchiari EAN, Caetano D, Faccenda O. Prevalência de transtornos mentais menores em estudantes universitários. *Estudos de Psicologia* 2005; 10 (3): 413-420.
- 34- Lipp MEN. O modelo quadrifásico do stress. In: Lipp MEN. *Mecanismos neurofisiológicos do Stress: teoria e aplicações clínicas*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2003a. p.17-21.
- 35- Straub, R.O. *Psicologia da Saúde*. Porto Alegre: Artmed, 2002
- 36- Zonta R, Robles ACC, Grosseman S. Estratégias de enfrentamento do estresse desenvolvidas por estudantes de medicina da universidade de Santa Catarina. *Rev Bras Educação Médica* 2006; 30 (3):147-153.
- 37- Farina HAD. *Sofrimento psíquico: um estudo entre médicos e enfermeiros em um hospital de Manaus [dissertação]* Rio de Janeiro. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2004.
- 38- Alves HNP, Surjan JC, Nogueira-Martins LA, Marques ACPR, Ramos SP, Laranjeiras RR. *Revista da Associação Médica Brasileira* 2005; 51(3): 139-43.
- 39- Pinto DR, Almeida TEP, Miyazaki MCOS. A saúde e o estresse ocupacional em médicos. *Arquivos de Ciências da Saúde(FAMERP)* 2010, v 17,p. 201-205.
- 40- Millikan L E. Alcoholism among health professionals: prevalence and special problems. *Clinics in Dermatology* 1999; 17: 361 – 363.
- 41- Brady KT, Sonne SC. The role of stress in Alcohol Use, Alcoholism Treatment, and Relapse. *Alcohol Researche & Health*, 1999; 23 (4): 263 – 271.
- 42- Lourenção LC, Moscardini AC, Soler ZASG. Saúde e qualidade de vida dos médicos residentes. *Revista da Associação Médica Brasileira* 2010; 56(1): 81-91.
- 43- Margis R, Picon P, Cosner AF, Silveira RO. Relação entre estressores, estresse e ansiedade. *R Psiquiatr RS* 2003; 25 Suppl 1: 65-74.

- 44- Loureiro EMF. Estudo da relação entre o stress e os estilos de vida dos estudantes de medicina. *Rev Bras Educação Médica* 2008; 32(2):273. Disponível on line em: <https://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/6407>
- 45- Matute RC, Pillon SC. Uso de bebidas alcoólicas em estudantes de enfermagem em Honduras. *Rev Latino-am Enfermagem* 2008 maio-junho;16(especial).
- 46- Lemos KM, Neves NMBC, Kuwano AY, Tedesqui G, Bittencourt AGV, Neves FBCS, Guimarães AN, Rebello A, Bacellar F, Lima MM. Uso de substâncias psicoativas entre estudantes de medicina de Salvador (BA). *Rev. Psiq. Clin.* 2007; 34(3):118-124.
- 47- Miranda FA, Azevedo DM, Santos RCA, Macedo IP, Medeiros TGB. Predisposição ao uso e abuso de álcool entre estudantes de graduação em enfermagem da UFRN. *Esc. Anna Nery Rev Enferm* 2007 dez; 11(4): 663-9.
- 48-Balan TG, Campos JG. Padrão de consumo de bebidas alcoólicas entre graduandas de enfermagem de uma Universidade Estadual Paulista. *Revista Eletrônica Saúde Mental Alcool e drogas(SMAD)* 2006, v 2 (2):1-11.
- 49- Rezende CHA, Abrão CB, Coelho EP, Passos LBS. Prevalência de sintomas depressivos entre estudantes de medicina da Universidade Federal de Uberlândia. *Rev Bras Educação Médica* 2008; 32(3): 315-323.
- 50- Amaral GF, Gomide LMP, Batista MP, Piccolo PP, Teles TBG, Oliveira PM, Pereira AD. Sintomas depressivos em acadêmicos de medicina da Universidade Federal de Goiás: um estudo de prevalência. *Rev Psiquiatr RS* 2008; 30(2):124-130.
- 51- Garro IMB, Camillo SO, Nóbrega MPSS. Depressão em graduandos de enfermagem. *Acta Paul Enferm* 2006; 19(2): 162-7.
- 52- Baldassin S, Martins LC, Andrade AG. Traços de ansiedade entre estudantes de medicina. *Arq Med ABC* 2006; 31(1): 27-31.

- 53- Fidalgo TM, Silveira DX. Uso indevido de drogas entre médicos: problema ainda negligenciado. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* 2008; 57(4): 267-69.
- 54- Ballone GJ. Ansiedade [homepage na Internet] São Paulo: PsiquWeb [atualizado em 2005 janeiro 29; acesso 24/06/07]. Disponível em <http://www.psiqweb.med.br>
- 55- Lewis M; Haviland JM. *Handbook of emotions*. New York: Guilford, 1993.
- 56- American Psychiatric Association. *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais DSM-IV TR*. 4º ed.rev. Porto Alegre: Artmed; 2002.
- 57- Ballone, G J. Depressão e Ansiedade [homepage na Internet] São Paulo: PsiquWeb [atualizado em 2005 janeiro 31; acesso 24/06/07]. Disponível em <http://www.psiqweb.med.br>
- 58- Pervin L A; John O P. *Personalidade: teoria e pesquisa*. 8ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2004.
- 59- Palacio LMA. Autoestima y relaciones interpersonales en jóvenes estudiantes de primer semestre de la División Salud de la Universidad del Norte, Barraquilla (Colômbia). *Salud Uninorte Barraquilla(Col)* 2007; 23(1): 32-42.
- 60 - Prins JT. Burnout in medical residents: a review. *Med Educ*. 2007;41:788-800.
- 61- Shanafelt TD, Bradley KA, Wipf JE, Back AL. Burnout and self-reported patient care in an internal medicine residency program. *Ann Intern Med*. 2002;136:358-67.
- 62-Fahrenkopf AM, Sectish TC, Barger LK, Sharek PJ, Lewin D, Chiang VW, et al. Rates of medication errors among depressed and burnt out residents: prospective cohort study. *BMJ*. 2008;336(7642):488-91.
- 63- Más, R., Escribá. V. e Cárdenas, M. Estresores laborales percibidos por el personal de enfermería hospitalario: um estudio cualitativo. *Archivos de Prevención de Riesgos Laborales*, 1999; 2 (4): 159 – 167.

- 64- Lazarus RS; Folkman S. Stress, appraisal and coping. New York: Springer Publishing Company; 1984.
- 65- Seidl Eliane M F; Tróccoli, Bartholomeu T; Zannon CMLC (2001). Análise fatorial de uma medida de estratégias de enfrentamento. *Psicologia: Teoria e Pesquisa* 2001;17: 225-234.
- 66- Cerqueira, ATAR. O conceito e metodologia de coping. Existe consenso e necessidade? In: Kerbaury,RR (org). sobre o comportamento e cognição. Conceitos, pesquisa e aplicação: a ênfase no ensino, na pesquisa e no questionamento clínico. Santo André: Arbytes, 2000. p. 279-89.
- 67- Gimenez MGG. A teoria do enfrentamento e suas implicações para sucesso e insucesso em psiconcologia. In: Gimenez MGG (org.). A mulher e o câncer. Campinas: Psy II; 1997.p. 111-47.
- 68- Oliveira RA, Ciampone MHT. A universidade como espaço promotor de qualidade de vida: vivências e expressões dos alunos de enfermagem. *Texto& Contexto Enfermagem* 2006; 15(2): 254-261.
- 69- Cavalcanti RB; Gayo MAF. Pela vida do próximo e contra a própria vida. Portal Médico [homepage na Internet] 2007 maio [acesso em 20/06/07] [aproximadamente 3 p.]. Disponível em: [http:// www.portalmedico.org.br](http://www.portalmedico.org.br)
- 70- Martinho AF, Tonin CL, Nunes LM, Novo NF,Hubner CK. Uso de álcool e drogas por acadêmicos dos cursos de enfermagem, biologia e medicina da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. *Rev Fac. Ciênc. Méd. Sorocaba* 2009; 11(1): 11-15
- 71- Sousa EC, Almeida JRS. Álcool e Adolescentes: fatores de risco e consequências dessa relação. Publicado em 01/09/2008 em www.webartigos.com
- 72- Martinez-Lanz P, Medina-Mora ME, Rivera E. Adicciones, depresión y estrés em médicos residentes. *Revista Salud Mental* 2004; 27(6):17-27.

- 73- Dunn D. Substance abuse among nurses – defining the issue. Association of periOperative Registered Nurses Journal; 2005: 82 (4): 572 – 602.
- 74- Hughes T, Howard M J, Henry D. (2002). Nurses’ use of alcohol and other drugs: findings from a national probability sample. Substance Use & Misuse; 2002:11 (37), 1243 – 1440.
- 75- Martins RA, Nogueira da Cruz LA, Teixeira PS, Manzato AJ. Padrão de consumo de álcool entre estudantes do ensino médio de uma cidade do interior do estado de São Paulo. Rev Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog (SMAD), 2008,v4:1
- 76- Méndez, B.E. Uma versão brasileira do AUDIT - Alcohol Use Disorders Identification Test [Dissertação] Pelotas, Universidade Federal de Pelotas, 1999.
- 77- Lipp, MEN. Inventário de sintomas de stress para adultos. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.
- 78 - Dini GM, Quaresma MR, Ferreira LM. Adaptação cultural e validação da versão brasileira da escala de auto-estima de Rosenberg. Rev Soc Bras Cir Plást 1997; 19(1): 41-52, jan-abr.2004 tab.
- 79- Cunha JA. Manual da versão em português das Escalas Beck: BDI, BAI, BHS e BSI. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2001.
- 80- Wetterich, ND, Melo MRAC. Perfil Sociodemográfico do aluno de graduação de enfermagem. Rev Latino-am Enfermagem, 2007,15(3)
- 81- Conselho Regional de Medicina (Cremesp). Mulheres são maioria no conselho de Medicina. Acesso em www.cremesp.org.br 03/08/2010
- 82- Federação Nacional dos Médicos (FENAM). Mulheres na história da medicina: homenagem aos 100 anos do dia internacional das mulheres acesso em 03/08/2010 <http://fenam2.org.br>

83- Universitária de cada canto do mundo. Brasil autonomia e inclusão no mercado de trabalho, acesso em 03/08/2010 <http://www.universia.com.br>

84- IBGE. Censo demográfico 2000

85- Marçal CLA, Assis F, Lopes GT. O uso de bebidas alcoólicas pelos estudantes de enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rev Eletrônica Saúde Mental Álcool Drogas (SMAD),2005, v1:2(3)

86- Teixeira OS, Stefanini MCB, Martins RA. Depressão e o uso de álcool em adolescentes [anais] 2006 agosto. acesso em 12outubro de 2009. Disponível em <http://www.assis.unesp.br/encontrosdepsicologia/anaisdoXIXencontro>

87- Secretária Nacional de Políticas sobre Drogas. acesso em 27/06/2012. Disponível em: <http://www.2.camara.gov.br.atividadelegislativa>

88- Centro de Informações sobre Saúde e Álcool (CISA). Relatório Global sobre Saúde e Álcool- 2014. acesso em 22/08/2014. Disponível em <http://cisa.org.br/artigo/4429/relatorio-global-sobre-alcool-saude-2014.php>.

89-Rodrigues AP,Oliveira AS, Zaleski EGF, Arantes SL. Avaliação do nível de propensão para o desenvolvimento do alcoolismo entre estudantes do curso de graduação em enfermagem da Universidade Católica Dom Bosco. Rev Eletrônica Saúde Mental e Drogas (SMAD) 2007; 3(1):4.

90-Oliveira EB, Furegato ARF. O trabalho do acadêmico de enfermagem como fator de risco para o consumo de álcool e outras drogas. Rev Latino-am Enfermagem 2008, maio-junho; 16 (especial).

91- Mesquita EM, Nunes AJ, Cohen C. Avaliação das atitudes dos estudantes de medicina frente ao abuso de drogas por colegas do meio acadêmico. Revista de Psiquiatria Clínica 2008; 35(1): 8-12.

- 92-Wagner GA, Andrade AG. Uso do álcool, tabaco e outra drogas entre estudantes universitários brasileiros. Rev. Psiq. Clin, 2008; supl1:48-54.
- 93- Bassols AM, Sordi AO, Eizirik CL, Seeger GM, Rodrigues GS, Reche M. A prevalência de estresse em uma amostra de estudantes do curso de medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Rev HCPA 2008; 28(3):153-7.
- 94- Domingos NM, Domingos, JCV. Levantamento sobre o uso de álcool e drogas em universitários. Rev. bras. ter. cogn. [online]. 2005; 1(1):75-82.
- 95- Padrão de consumo de bebidas alcoólicas entre graduandos de enfermagem da Universidade Estadual Paulista. www.obid.senad.gov.br/ acesso em janeiro 2010.
- 96- Cresce o consumo abusivo de álcool entre os brasileiros. OMS. acesso em 07/04/2009 disponível www.portaldasaude.com.br
- 97- Alvarez ML. Gravidez precoce de estudantes de enfermagem e o consumo de álcool. Rev. Latino-Am Enfermagem 2008; 16 (nºespecial).
- 98- Ramirez LC. Surje em mi outra mujer: significados del consumo de alcohol em mujeres mexicanas. Esc Anna Nery Rev. Enfermagem 2008; 12(4):693-98.
- 99- Franca C, Colares V. Estudo comparativo de condutas de saúde entre universitários no inicio e no final do curso. Rev. Saúde Pública 2008; 42 (3):420-7.
- 100- Silva FB, Mascia AR, Luccchese AC, De Marco MA, Martins MCFN, Martins LAN. Atitudes frente a fontes de tensão do Curso médico: um estudo exploratório com alunos do segundo e sexto ano. Rev Bras Educação Médica 2009; 33(2): 230-39.
- 101- Rodriguez VMH, Scherer ZAP. Motivaciones del estudiante universitario para el consumo de drogas legales. Rev Latino-am Enfermagem 2008 maio-junho; 16(especial).
- 102 -Aguiar SM, Vieira APGF, Vieira KMFV, Aguiar SM, Nóbrega JO. Prevalência de sintomas de estresse nos estudantes de medicina. J Brás Psiquiatri 2009; 58(1):34-8.

- 103- Guimarães KBS. Incidência de estresse e formação médica. *Revista de Psicologia da Unesp* 2006; 5(1):41-57.
- 104- Katsurayama M, Becker MA D'Avila, Gomes NM, Santos MC, Makimoto FH, Santana LLO. Fatores de risco e proteção em estudantes de medicina da Universidade Federal do Amazonas. *Psicol. Am. Lat.* [online]. jun. 2009, no.16 [acesso em 11 Novembro 2009]. Disponível em: <http://pepsic.bvspsi.org.br/scielo.php>
- 105- Costa ALS. Estresse em estudantes de enfermagem: construção dos fatores determinantes. *Rev. Min.enferm REME* 2007 out-dez;11(4):414-19.
- 106- Matud MP. Gender differences in stress and coping styles. *Pers Individ Dif* 2004; 37:1401-1415
- 107-Santos AF, Junior AA. Estresse e estratégias de enfrentamento em mestrandos de ciência da saúde. *Psicologia: Reflexão e Critica* 2007; 20(1): 104-113.
- 108-Aguilar EM, Viniegra LV, Garcia JLV, Espinosa FL, Castañón I J,González LJ. Autoestima y rendimiento académico em estudantes de medicina. *Rev. Méd. IMSS* 1997 mayo-jun; 35(3): 221-5.
- 109- Budjoso, YLV, Cohn A. Universidade como coping para lidar com o trabalho na assistência do mestrando enfermeiro. *Rev. Saúde Publica* 2008 abril; 42(2).
- 110- Rosta J. Hazardous alcohol use among hospital doctors in Germany. *Alcohol &Alcoholism* 2008; 43(2);198-203.
- 111- Whang EE, Mello MM, Ashley SW and Zinner MJ. Implementing Resident Work Hour Limitations Lessons from the New York State Experience. *Ann Surg.* 2003 April; 237(4): 449–455.
- 112- Hutter MM, Kellogg KC, Ferguson CM, Abbott WM and Warshaw AL. The Impact of the 80-Hour Resident Workweek on Surgical Residents and Attending Surgeons. *Ann Surg.* 2006 June; 243(6): 864–875.

113- Vaughn DM, Stout, CL, McCampbell BL, Groves JR, Richardson AI, Thompson WK, Dalton ML, Nakayama DK. Three-year results of mandated work hour restrictions:attending and resident perspectives and effects in a community hospital. Am Surg. 2008;74(6):542-7.

114- [Gopal](#) RK, [Carreira](#) F, [Baker](#) WA, [Glasheen](#) JJ, [Crane](#) LA, [Miyoshi](#) TJ and [Prochazka](#) AV. Internal Medicine Residents Reject “Longer and Gentler” Training J Gen Intern Med. 2007;22(1):102-6.

115-Bellodi PL. Retaguarda emocional para o aluno de Medicina da Santa Casa de São Paulo(REPAM): realizações e reflexões. Revista Brasileira de Educação Médica. 2007, 31(1);5-14

116- Souza EN, Gianni RJ, Neto RSA,Neto JE. Perfil do médico residente atendido no grupo de assistência psicológica ao aluno(GRAPAL) da Faculdade de medicina da Universidade de São Paulo. Rev.Assoc Med Bras 2009,55(6):684-91.

8. APÊNDICE

Apêndice 1

PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA



FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO

Autarquia Estadual - Lei n.º 8899 de 27/09/94
(Reconhecida pelo Decreto Federal n.º 74.179 de 14/06/74)

Parecer n.º 307/2007

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

O Protocolo n.º 4576/2007 sob a responsabilidade de **Leda Ravagnani** com o título "Estresse na formação médica e de enfermagem: sintomas, estressores e estratégias de enfrentamento" está de acordo com a Resolução CNS 196/96 e foi aprovado por esse CEP.

Lembramos ao senhor(a) pesquisador(a) que, no cumprimento da Resolução 251/97, o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) **deverá receber relatórios semestrais sobre o andamento do Estudo**, bem como a qualquer tempo e a critério do pesquisador nos casos de relevância, além do envio dos relatos de eventos adversos, para conhecimento deste Comitê. **Salientamos ainda, a necessidade de relatório completo ao final do Estudo.**

São José do Rio Preto, 13 de agosto de 2007.


Prof. Dr. Antonio Carlos Pires
Coordenador do CEP/FAMERP

Apêndice 2

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E PÓS-ESCLARECIDO

(Obrigatório para Pesquisas Científicas em Seres Humanos - Resolução nº 196/96– CNS)

I - Dados de Identificação do entrevistado:

Nome:
 Documento de Identidade:
 Sexo:Data de Nascimento:/...../.....
 Endereço:
 Bairro: Cidade CEP.:
 Telefone:

II - Dados sobre a Pesquisa Científica

Título do Projeto: Estresse durante a formação do médico e do enfermeiro:sintomas psicológicos, fontes de estresse e estratégias de enfrentamento
 Pesquisador: Leda Maria Branco
 Inscrição no Conselho Regional de Psicologia: 06/13956
 Cargo/função: Professora assistente/Psicóloga
 Instituição: FAMERP/FUNFARME
 Endereço: Avenida Faria Lima, 5416 Bairro: São Pedro CEP: 15090 – 000
 Fone: (17) 3201-5842 Fone: 3227-5331(residencial)

**APROVAÇÃO DO PROTOCOLO DE PESQUISA PELA COMISSÃO DE ÉTICA
 PARA ANÁLISE DE PROJETOS DE PESQUISA EM**
 Parecer nº 307/2007 (protocolo nº 4576/2007)

Declaro que recebi todas as informações sobre esta pesquisa, que tem como objetivo identificar a presença de sintomas psicológicos, fontes de estresse e estratégias de enfrentamento durante a formação do médico e do enfermeiro. Para participar, responderei a questionários sobre níveis de estresse, sintomas de depressão, sintomas de ansiedade, questões relacionadas à auto-estima e principais dificuldades e estratégias de enfrentamento durante a formação acadêmica.Tenho conhecimento que o risco em participar da pesquisa é mínimo e refere-se, provavelmente, à discussão de assuntos que podem causar sofrimento psicológico. Se isso acontecer, sei que receberei orientação ou serei encaminhado para atendimento psicológico.

Sei ainda que, no decorrer da coleta de dados, posso pedir esclarecimentos sobre as questões que serei solicitado a responder, sobre riscos, benefícios ou outros assuntos relacionados à pesquisa. Tenho conhecimento que os dados coletados serão utilizados para apresentação em eventos científicos e publicações em revistas especializadas, sendo a identidade dos participantes preservada.

Fui informado que tenho toda liberdade para recusar-me a participar ou retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto me traga qualquer prejuízo.

Declaro, portanto, que desejo de livre e espontânea vontade, participar do presente estudo.

Assinatura do(a) aluno(a)

Assinatura da pesquisadora

Contato com o pesquisador: Laboratório de Psicologia e Saúde da FAMERP 17-32015840

9. ANEXOS

Anexo 1
Dados de Identificação e Levantamento de uso de bebidas alcoólicas

Curso:

Sexo:

Idade:

Que ano está cursando:

Você tem religião?

Qual?

1- Quando você está preocupado, tenso ou nervoso, você toma algum tipo de bebida alcoólica para ajudá-lo a lidar com o problema?

sim

não

Nas questões de número 2 até 5 cada dose equivale à:

1 coquetel (batida)

1 garrafa de ICE

1 dose de pinga ou whisky à 40% (36 ml)

1 lata de cerveja (355 ml)

1 taça de vinho (150 ml)

Nas questões de números 2 a 4 faça um círculo ou um X na opção correspondente a sua resposta e na questão 5 coloque o números de vezes pedido (caso não tenha bebido coloque zero)

2 – Lembre da ocasião que **mais** bebeu nos últimos 30 dias. Quanto você bebeu?

(0) 0 doses

(3) 5 a 6 doses

(1) 1 a 2 doses

(4) 7 a 8 doses

(2) 3 a 4 doses

(5) Mais que 8 doses

3 – Com que **frequência** você bebeu bebidas alcoólicas nos últimos 30 dias?

(0) Não bebi

(4) 3 a 4 vezes por semana

(1) Aproximadamente uma vez por mês

(5) Quase todos os dias

(2) 2 a 3 vezes por mês

(6) Uma vez por dia ou mais

(3) 1 ou 2 vezes por semana

4 – Nos últimos 30 dias quantas doses você bebeu, em **média**, nos **finais de semana**? [some o que você bebeu nos finais de semana (de 6^a feira a noite ao domingo) e divida por 4]

(0) 0 doses

(3) 5 a 6 doses

(1) 1 a 2 doses

(4) 7 a 8 doses

(2) 3 a 4 doses

(5) Mais que 8 doses

5 – Nos últimos 30 dias quantas vezes você bebeu **5 ou mais doses** em uma única ocasião?

Anexo 2

A Versão Brasileira do AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test)**Circule o número que ficar mais próximo à resposta dada:**

1. Com que freqüência você toma bebidas de álcool?

(0) Nunca	(1) Uma vez por mês ou menos	(2) Duas a quatro vezes por mês	(3) Duas a três vezes por semana	(4) Quatro ou mais vezes por semana
-----------	------------------------------	---------------------------------	----------------------------------	-------------------------------------
2. Nas ocasiões em que bebe, quantas doses, copos ou garrafas você costuma tomar?

(0) 1 ou 2 "doses"	(1) 3 ou 4 "doses"	(2) 5 ou 6 "doses"	(3) 7 a 9 "doses"	(4) 10 ou mais "doses"
--------------------	--------------------	--------------------	-------------------	------------------------
3. Com que freqüência você toma "seis ou mais doses" em uma ocasião?

(0) Nunca	(1) Menos que uma vez ao mês	(2) Uma vez ao mês	(3) Uma vez por semana	(4) Todos os dias ou quase todos
-----------	------------------------------	--------------------	------------------------	----------------------------------
4. Com que freqüência, durante o último ano, você seria capaz de controlar a quantidade de bebida depois de começar?

(0) Nunca	(1) Menos que uma vez ao mês	(2) Uma vez ao mês	(3) Uma vez por semana	(4) Todos os dias ou quase todos
-----------	------------------------------	--------------------	------------------------	----------------------------------
5. Com que freqüência, durante o último ano, você não conseguiu cumprir com algum compromisso por causa da bebida?

(0) Nunca	(1) Menos que uma vez ao mês	(2) Uma vez ao mês	(3) Uma vez por semana	(4) Todos os dias ou quase todos
-----------	------------------------------	--------------------	------------------------	----------------------------------
6. Com que freqüência, durante o último ano, depois de ter bebido você precisou beber pela manhã para se sentir melhor?

(0) Nunca	(1) Menos que uma vez ao mês	(2) Uma vez ao mês	(3) Uma vez por semana	(4) Todos os dias ou quase todos
-----------	------------------------------	--------------------	------------------------	----------------------------------
7. Com que freqüência, durante o último ano, você sentiu culpa ou remorso depois de beber?

(0) Nunca	(1) Menos que uma vez ao mês	(2) Uma vez ao mês	(3) Uma vez por semana	(4) Todos os dias ou quase todos
-----------	------------------------------	--------------------	------------------------	----------------------------------
8. Com que freqüência, durante o último ano, você não conseguiu se lembrar do que aconteceu na noite anterior por causa da bebida?

(0) Nunca	(1) Menos que uma vez ao mês	(2) Uma vez ao mês	(3) Uma vez por semana	(4) Todos os dias ou quase todos
-----------	------------------------------	--------------------	------------------------	----------------------------------
9. Alguma vez na vida o(a) Sr.(a) ou alguma outra pessoa já se machucou, se prejudicou por causa de você ter bebido ?

(0) Não	(2) Sim, mas não no último ano	(4) Sim, durante o último ano
---------	--------------------------------	-------------------------------
10. Alguma vez na vida algum parente, amigo, médico ou outro profissional da saúde já se preocupou com você por causa de bebida ou lhe disse para parar de beber?

(0) Não	(2) Sim, mas não no último ano	(4) Sim, durante o último ano
---------	--------------------------------	-------------------------------

(Preencha as questões 2 e 3, transformando as quantidades em "doses", baseado no quadro abaixo)

CERVEJA: 1 copo (de chope - 350ml), 1 lata - 1 "DOSE" ou 1 garrafa - 2 "DOSES"
VINHO: 1 copo comum grande (250ml) - 2 "DOSES" ou 1garrafa - 8 "DOSES"

CACHAÇA, VODCA, UÍSQUE ou CONHAQUE: 1 "martelinho" (60ml) - 2 "DOSES"
1 "martelo"(100ml) - 3 "DOSES" ou 1 garrafa - mais de 20 "DOSES"
UÍSQUE, RUM, LICOR, etc. : 1 "dose de dosador"(45-50ml) - 1 "DOSE"

Anexo 3
ESTRATÉGIAS MODOS DE ENFRENTAMENTO DE PROBLEMAS

As pessoas reagem de diferentes maneiras a situações difíceis ou estressantes. Para responder a este questionário, pense sobre como você está lidando com a sua enfermidade, neste momento do seu tratamento. Concentre-se nas coisas que você faz, pensa ou sente para enfrentar esta condição, no momento atual.

Veja um exemplo: **Eu estou buscando ajuda profissional para enfrentar o meu problema**

1	2	3	4	5
Eu nunca faço isso	Eu faço isso um pouco	Eu faço isso às vezes	Eu faço isso muito	Eu faço isso sempre

Você deve assinalar a alternativa que corresponde melhor ao que você está fazendo quanto à busca de ajuda profissional para enfrentar o seu problema de saúde. Se você não está buscando ajuda profissional, marque com um X ou um círculo o número 1 (nunca faço isso); se você está buscando sempre esse tipo de ajuda, marque o número 5 (eu faço isso sempre). Se a sua busca de ajuda profissional é diferente dessas duas opções, marque 2, 3 ou 4, conforme ela está ocorrendo.

Não há respostas certas ou erradas. O que importa é como você está lidando com a situação. Pedimos que você responda a todas as questões, não deixando nenhuma em branco.

Obrigado pela sua participação!

1	2	3	4	5
Eu nunca faço isso	Eu faço isso um pouco	Eu faço isso às vezes	Eu faço isso muito	Eu faço isso sempre

1. Eu levo em conta o lado positivo das coisas.	1	2	3	4	5
2. Eu me culpo	1	2	3	4	5
3. Eu me concentro nas coisas boas da minha vida	1	2	3	4	5
4. Eu tento guardar meus sentimentos para mim mesmo	1	2	3	4	5
5. Procuro um culpado para a situação	1	2	3	4	5
6. Espero que um milagre aconteça	1	2	3	4	5
7. Peço conselho a um parente ou a um amigo que eu respeite	1	2	3	4	5
8. Eu rezo/oro	1	2	3	4	5
9. Converso com alguém sobre como estou me sentindo	1	2	3	4	5
10. Eu insisto e luto pelo que eu quero	1	2	3	4	5
11. Eu me recuso a acreditar que isto esteja acontecendo	1	2	3	4	5
12. Eu brigo comigo mesmo; eu fico falando comigo mesmo o que devo fazer	1	2	3	4	5
13. Desconto em outras pessoas	1	2	3	4	5
14. Encontro diferentes soluções para o meu problema	1	2	3	4	5
15. Tento ser uma pessoa mais forte e otimista	1	2	3	4	5
16. Eu tento evitar que os meus sentimentos atrapalhem em outras coisas na minha vida	1	2	3	4	5
17. Eu me concentro em alguma coisa boa que pode vir desta situação	1	2	3	4	5
18. Eu desejaria mudar o modo como eu me sinto	1	2	3	4	5

19. Aceito a simpatia e a compreensão de alguém	1	2	3	4	5
20. Demonstro raiva para as pessoas que causaram o problema	1	2	3	4	5
21. Pratico mais a religião desde que tenho esse problema	1	2	3	4	5
22. Eu percebo que eu mesmo trouxe o problema para mim	1	2	3	4	5
23. Eu me sinto mal por não ter podido evitar o problema	1	2	3	4	5
24. Eu sei o que deve ser feito e estou aumentando meus esforços para ser bem sucedido	1	2	3	4	5
25. Eu acho que as pessoas foram injustas comigo	1	2	3	4	5
26. Eu sonho ou imagino um tempo melhor do que aquele em que estou	1	2	3	4	5
27. Tento esquecer o problema todo	1	2	3	4	5
28. Estou mudando me tornando uma pessoa mais experiente	1	2	3	4	5
29. Eu culpo os outros	1	2	3	4	5
30. Eu fico me lembrando que as coisas poderiam ser piores	1	2	3	4	5
31. Converso com alguém que possa fazer alguma coisa para resolver o meu problema	1	2	3	4	5
32. Eu tento não agir tão precipitadamente ou seguir minha primeira idéia	1	2	3	4	5
33. Mudo alguma coisa para que as coisas acabem dando certo	1	2	3	4	5
34. Procuro me afastar das pessoas em geral	1	2	3	4	5
35. Eu imagino e tenho desejos sobre como as coisas poderiam acontecer	1	2	3	4	5
36. Encaro a situação por etapas, fazendo uma coisa de cada vez	1	2	3	4	5
37. Descubro quem mais é ou foi responsável	1	2	3	4	5
38. Penso em coisas fantásticas ou irreais (como uma vingança perfeita ou achar muito dinheiro) que me fazem sentir melhor	1	2	3	4	5
39. Eu sairei dessa experiência melhor do que entrei nela	1	2	3	4	5

40. Eu digo a mim mesmo o quanto já consegui	1	2	3	4	5
41. Eu desejaria poder mudar o que aconteceu comigo	1	2	3	4	5
42. Eu fiz um plano de ação para resolver o meu problema e o estou cumprindo	1	2	3	4	5
43. Converso com alguém para obter informações sobre a situação	1	2	3	4	5
44. Eu me apego à minha fé para superar esta situação	1	2	3	4	5
45. Eu tento não fechar portas atrás de mim, Tento deixar em aberto várias saídas para o problema	1	2	3	4	5

Anexo 4
Escala de auto-estima (Rosenberg)

Leia cuidadosamente cada questão e assinale a alternativa que melhor corresponde o que você pensa.

- 1) De uma forma geral (apesar de tudo) estou satisfeito (a) comigo mesmo(a).
 - a) concordo plenamente
 - b) concordo
 - c) discordo
 - d) discordo plenamente

- 2) As vezes, eu acho que não sirvo para nada (desqualificado (a) ou inferior em relação aos outros).
 - a) concordo plenamente
 - b) concordo
 - c) discordo
 - d) discordo plenamente

- 3) Eu sinto que eu tenho um tanto (um número) de boas qualidades.
 - a) concordo plenamente
 - b) concordo
 - c) discordo
 - d) discordo plenamente

- 4) Eu sou capaz de fazer coisas tão bem quanto à maioria das outras pessoas (desde que me ensinadas).
 - a) concordo plenamente
 - b) concordo
 - c) discordo
 - d) discordo plenamente

- 5) Não sinto satisfação nas coisas que realizei. Eu sinto que não tenho muito do que me orgulhar.
 - a) concordo plenamente
 - b) concordo
 - c) discordo
 - d) discordo plenamente

- 6) Às vezes eu realmente me sinto inútil (incapaz de fazer as coisas).
 - a) concordo plenamente
 - b) concordo
 - c) discordo
 - d) discordo plenamente

- 7) Eu sinto que sou uma pessoa de valor, pelo menos num plano igual (num mesmo nível) às outras pessoas.
 - a) concordo plenamente
 - b) concordo
 - c) discordo
 - d) discordo plenamente

- 8) Não me dou o devido valor. Gostaria de ter mais respeito por mim mesmo(a).
 - a) concordo plenamente
 - b) concordo
 - c) discordo
 - d) discordo plenamente

- 9) Quase sempre eu estou inclinado (a) a achar que sou um(a) fracassado(a).
 - a) concordo plenamente
 - b) concordo
 - c) discordo
 - d) discordo plenamente

- 10) Eu tenho uma atitude positiva (pensamentos, atos e sentimentos positivos) em relação a mim mesmo(a).
 - a) concordo plenamente
 - b) concordo

- c) discordo
- d) discordo pienamente