

Universidade da Beira Interior

Faculdade de Ciências da Saúde



**A Saúde Mental dos Estudantes de
Medicina da Universidade da Beira Interior**

Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Medicina

Alice Rodrigues Roberto

Covilhã, Maio de 2009

Universidade da Beira Interior

Faculdade de Ciências da Saúde



A Saúde Mental dos Estudantes de Medicina da Universidade da Beira Interior

Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Medicina

Alice Rodrigues Roberto

Orientadores: Prof. Doutora Anabela Almeida e Dr. José Valbom

Covilhã, Maio de 2009

PENSAMENTO

“A vida não é um corredor recto e fácil,
no qual possamos caminhar livremente sem limitações;
mas sim um labirinto com passagens,
através das quais temos de procurar o nosso caminho,
perdidos, confusos, e de vez em quando chegando a um beco sem saída.

Mas, se tivermos fé,
Deus abrir-nos-á, sempre, uma porta;
talvez não aquela que nós próprios tenhamos planeado,
mas uma que, na sua essência,
provará ser boa para nós.”

A.J.Cronin

Maio de 2009

Dedico este trabalho a todos aqueles que dele poderão beneficiar

Maio de 2009

AGRADECIMENTOS

O meu obrigado especial:

- À Prof. Doutora Anabela Almeida, de quem tive o privilégio de beneficiar de todo o acompanhamento e saber partilhado desde a primeira hora tornando possível o desenho metodológico e o desenvolvimento desta investigação. Obrigada pela simpatia, disponibilidade e apoio com que sempre me acolheu e orientou;
- Ao Dr. José Valbom, que partilhou a génese e o amadurecimento desta ideia, pela empatia, bom-humor e disponibilidade sempre presentes, por toda a sensatez, apreciação e sugestões feitas ao projecto.
- Ao Dr. Rui e a todo o pessoal do gabinete de informática por me terem dado a conhecer o software que permitiu a aplicação online do questionário e pelo auxílio precioso em momentos de “aflição informática”;
- Ao Dr. Vítor Saínhas, Dra. Natália e Dra. Marta do CAT, por toda a confiança, motivação e interesse que demonstraram nesta investigação e por toda a bibliografia que me facultaram;
- A todos os meus colegas que participaram no estudo, que não só disponibilizaram uma parte do seu tempo, como também demonstraram interesse e me fizeram sentir o relevo desta investigação, partilhando sentimentos e experiências pessoais;
- Aos meus amigos, por tudo e porque sim!
- À minha família, a quem este trabalho subtraiu tempo considerável.
- A mim. Porque quem corre por gosto às vezes cansa-se... mas nunca desiste!

Maio de 2009

RESUMO

O principal objectivo deste estudo foi investigar as relações entre os níveis de saúde mental dos estudantes de medicina da Universidade da Beira Interior, nas suas vertentes positivas e negativas (bem-estar e distress psicológico respectivamente) e factores sócio-demográficos, anos de curso, consumo de substâncias psicoactivas e acompanhamento psicológico por profissional de saúde.

Este estudo transversal consistiu na aplicação online de um questionário anónimo, construído para o efeito, que esteve disponível entre Fevereiro e Março de 2009, constituído por quatro secções: a) Dados sócio-demográficos b) Inventário de Saúde Mental de Ribeiro (MHI) c) Consumo de substâncias psicoactivas no último mês e d) Apoio psicológico. Os resultados foram analisados no programa estatístico SPSS versão 17 para Windows e consideraram-se os resultados significativos para $p < 0,05$.

No total, 272 (49,3%) estudantes responderam ao inquérito, 215 do sexo feminino. O ciclo básico de formação apresentou níveis significativamente inferiores na escala de bem-estar psicológico. O sexo feminino, o 3º ano de formação e o consumo de tranquilizantes/sedativos no último mês revelaram uma influência negativa, estatisticamente significativa, em ambas as vertentes de saúde mental avaliadas.

Não houve relação estatística entre os níveis de saúde mental e o consumo de outras substâncias psicoactivas.

Constatou-se que, dos estudantes com níveis de saúde mental abaixo da média, 8,6% é seguido por profissionais de saúde e 10% realiza terapêutica farmacológica a longo prazo para sintomas relacionados com a saúde mental.

Maio de 2009

Cerca de 10% dos estudantes já realizou terapêutica farmacológica sem prescrição médica para sintomas relacionados com a saúde mental e estes apresentam níveis significativamente inferiores de saúde mental. A ideação suicida no último mês foi reportada por 10% dos estudantes.

Este estudo aponta para a necessidade de se compreender as causas e as consequências dos piores níveis de saúde mental no ciclo básico de formação, predominantemente no 1º e 3º ano, assim como nos estudantes do sexo feminino.

É necessário promover estratégias que promovam o bem-estar psicológico durante a formação médica, ensinem os estudantes a entender e a lidar com sintomas de distress e ajudá-los a reconhecer quando necessitam de ajuda, disponibilizando-a.

Palavras-chave: saúde mental, estudantes de medicina, substâncias psicoactivas, apoio psicológico, MHI, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade da Beira Interior.

Maio de 2009

ABSTRACT

The objective of the present study was to investigate the relations between levels of mental health of medical students of the Universidade da Beira Interior, from a positive and negative point of view (psychological well-being and psychological distress) with sociodemographic factors, year of course, psychoactive drugs use and psychological support from an health professional.

The cross-sectional and anonymous study consisted in an online application questionnaire, available between February and March of the year 2009, constituted of four sections: a) Socio-demographic data b) Mental Health Inventory (MHI) c) psychoactive drugs use in last month and d) psychological support. The results were analyzed on the statistical program SPSS version 17 for Windows and the significant results for $p < 0,05$ had been considered.

A total of 272 (49.3%) students answered the questionnaire, of which 215 were female. The basic cycle had significant low differences in psychological well-being. The females, the third-year of course and the sedative/tranquilizers use in the last month had large independent and significant negative effects on psychological well-being and psychological distress. There was no significant relation between mental health status and other psychoactive drug use.

This study shows that 8.6% of the students with levels of mental health below the mean are followed by health professionals and 10% do pharmaceutical treatment. About 10% of all students already had self-medicated for symptoms related with mental health and these had significantly low scores in global Mental Health Inventory.

Suicidal thoughts in the last month were reported by 10% of the students.

Maio de 2009

This research shows that symptoms of distress appear to be particular important in female students and in the 1st and 3rd years and it is necessary to understand the causes and the consequences of this situation.

Targeted interventions that promote psychological well-being during the medical formation, teaching students to recognize and deal with symptoms of distress and help them to understand when they need aid may be an effective way of dealing with this problem.

Word-key: mental health, psychoactive drugs, psychological support, MHI, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade da Beira Interior.

Índice

PENSAMENTO.....	I
DEDICATÓRIA	II
AGRADECIMENTOS.....	III
RESUMO.....	IV
ABSTRACT	VI
Índice de Gráficos.....	X
Índice de Tabelas	XI
Índice de Ilustrações.....	XI
Abreviaturas	XII
Introdução e Enquadramento.....	1
Metodologia	5
1. Tipo de Estudo.....	5
2. População em Estudo	5
3. Questionário	6
4. Método de recolha de dados	7
5. Variáveis	8
6. Tratamento estatístico dos dados.....	9
Resultados.....	10
I Secção: Análise Descritiva	10

1.1 Dados sócio-demográficos.....	10
1.2 Consumo de Substâncias no último mês.....	14
1.3 Apoio Psicológico	17
1.4 Subescalas, Dimensões e Resultado Global do Inventário de Saúde Mental.	18
II Secção: Inferências Estatísticas.....	19
2.1 Dados Sócio-demográficos	19
2.2 Substâncias Psicoactivas.....	22
2.3 Apoio Psicológico	25
III Secção: Ideação Suicida	27
Discussão dos Resultados.....	29
Discussão da Metodologia e limitações	41
Sugestões para trabalhos futuros	43
Reflexão final.....	44
Referências	45
Bibliografia.....	50
Anexos	51
Anexo I: Questionário.....	51
Anexo 2: Subescalas do MHI com a média, desvios-padrão e limites por item	52

Índice de Gráficos

Gráfico 1. Adesão global ao questionário.....	10
Gráfico 2. Adesão por anos	10
Gráfico 3 Adesão ao questionário por anos e por sexo.....	11
Gráfico 4. Distribuição etária da Amostra.....	11
Gráfico 5. Distrito de origem dos estudantes	12
Gráfico 6. Com quem vivem os estudantes durante o período lectivo.....	12
Gráfico 7. Estado Civil dos Pais.....	13
Gráfico 8. Situação social dos pais	13
Gráfico 9. Consumo de bebidas alcoólicas no último mês	14
Gráfico 10. Consumo de bebidas alcoólicas no último mês por sexo.....	14
Gráfico 11. Consumo de substâncias tranquilizantes ou sedativas no último mês.....	16
Gráfico 12. Consumo de Tranquilizantes/Sedativos no último mês por sexo	16
Gráfico 13. Alguma vez consultou um profissional de saúde por sintomas relacionados com a saúde mental?.....	17
Gráfico 14. Actualmente tem apoio regular por profissional de saúde para sintomas relacionados com a saúde mental?.....	17
Gráfico 15. Terapêutica farmacológica a longo prazo.....	17
Gráfico 16. No último mês, alguma vez pensou em acabar com a vida?	29

Índice de Tabelas

Tabela 1. Sub-escalas, dimensões e resultado global do MHI	18
Tabela 2. Resultados MHI por sexo	19
Tabela 3. Resultados MHI por ano de curso	20
Tabela 4. Comparação entre o 3º ano e restantes	21
Tabela 5. Resultados MHI por ciclo de formação	22
Tabela 6. Resultados MHI e consumo de substâncias tranquilizantes ou sedativas ...	24
Tabela 7. Apoio actual e MHI	25
Tabela 8. Terapêutica a longo prazo e MHI	26
Tabela 9. Terapêutica farmacológica sem prescrição médica	27

Índice de Ilustrações

Ilustração 1. Média do MHI por ano de curso e sexo	20
Ilustração 2. Média do MHI por ano de curso	21
Ilustração 3. Média do MHI e consumo de álcool no último mês	22
Ilustração 4. Média do MHI e consumo álcool juntamente com medicamentos	23
Ilustração 5. Média do MHI e consumo de cannabis	23
Ilustração 6. Média do MHI e consumo de tranquilizantes/sedativos	24
Ilustração 7. Alunos actualmente acompanhados por Profissional de Saúde	25
Ilustração 8. Alunos a fazer terapêutica a longo prazo para sintomas relacionados com a saúde mental	26
Ilustração 9. Média do MHI e ideação suicida	28
Ilustração 10. MHI e ideação suicida por sexo	28

Maio de 2009

Abreviaturas

FCS – Faculdade de Ciências da Saúde

MHI – “Mental Health Inventory”

OMS – Organização Mundial de Saúde

UBI – Universidade da Beira Interior

Maio de 2009

Introdução e Enquadramento

Let us emancipate the student, and give him time and opportunity for the cultivation of his mind, so that in his pupil age he shall not be a puppet in the hands of others, but rather a self-relying and reflecting being.

(Sir William Osler)

A Medicina é uma área fascinante, uma carreira desejada e idealizada por muitos jovens.

Em Portugal, o curso de Medicina exige uma nota de ingresso muito elevada, motivo que exige sacrifícios pessoais e emocionais que, muitas vezes, se perpetuam durante os anos de formação e da própria carreira médica. (1) Para além disso, o grau de idealização pode gerar altas expectativas que, quando não correspondidas, tendem a produzir decepções e frustrações significativas, com repercussões importantes na saúde dos estudantes. (2)

Apesar das faculdades de medicina providenciarem o conhecimento e as habilidades necessárias à prática médica, elas são reconhecidas como ambientes stressantes que, com frequência, exercem um efeito negativo no desempenho académico, (3) saúde física (1) e bem-estar psicológico dos estudantes, que frequentemente apresentam altos níveis de ansiedade e depressão. (1, 2, 4-8)

Contudo, no que diz respeito às diferenças entre os sexos e aos momentos da formação em que os sintomas de distress psicológico são experienciados com maior intensidade, os resultados encontrados na literatura são díspares. (1, 2, 4, 9, 10)

Diversos estudos apontam também que as perturbações mentais dos estudantes de medicina podem ser influenciadas por factores externos à formação médica (4, 6) ou mesmo desencadeadas por factores de ordem pessoal, familiar ou social. (4)

Apesar dos níveis elevados de distress psicológico, estudos mostram que apenas 8% a 15% dos estudantes de medicina procuram apoio psicológico durante a sua formação. (11) Este facto é justificado por inúmeras razões: falta de tempo, estigma associado à utilização de serviços de saúde mental, custos e medo das consequências a nível curricular. (12, 13) Dos que procuram, cerca de 22-40% têm uma perturbação do humor, geralmente depressão. (11)

Os problemas de distress psicológico nos estudantes de medicina estão também relacionados com a prevalência e frequência de consumo de drogas psicoactivas (14-17) e apesar do seu maior conhecimento sobre os potenciais malefícios do consumo destas substâncias, os estudantes de medicina evidenciam uma significativa propensão para o consumo de quantidades excessivas de álcool, tranquilizantes e substâncias ilícitas. (11, 18, 19)

Os altos níveis de distress psicológico e o consumo excessivo de substâncias psicoactivas podem gerar um risco acrescido de reacções de burnout, (20) suicídio (11, 19-21) e outras perturbações mentais. Para além disso, prejudicam as capacidades de aprendizagem e o desenvolvimento de habilidades técnicas e, assim, a qualidade do cuidado oferecido aos doentes. (22, 23)

Para além da evidência empírica e dos dados internacionais mais objectivos aqui descritos, as investigações sobre estes fenómenos são fortemente lacunares em Portugal.

Juntamente com esta aparente necessidade, existe a motivação que se prende com as implicações práticas da investigação que se realiza, que poderá indicar a necessidade de tratamento, medidas preventivas e chamadas de atenção para a melhoria dos cuidados médicos, educação para a saúde e sistemas de apoio nas Universidades.

Tendo em conta o que aqui foi exposto, o principal objectivo desta investigação é analisar a saúde mental dos estudantes de medicina da Universidade da Beira Interior, nas suas vertentes positivas e negativas (bem-estar psicológico e distress psicológico respectivamente). Os objectivos específicos deste estudo são:

1. Investigar a relação entre os níveis de saúde mental, nas suas duas vertentes, e factores sócio-demográficos (idade, sexo, estado civil, distrito de origem, estado civil e situação profissional dos pais);
2. Investigar a relação entre os níveis de saúde mental, nas suas duas vertentes, e o ano de curso/ciclo de formação;
3. Investigar a relação entre os níveis de saúde mental, nas suas duas vertentes, e o consumo de substâncias psicoactivas;
4. Investigar a existência de acompanhamento psicológico por parte dos estudantes e relacioná-lo com os níveis de saúde mental.

Considerando os objectivos propostos, estabeleceu-se as seguintes hipóteses de investigação:

Maio de 2009

Hipótese 1: Existe relação entre os níveis de saúde mental e os factores sócio-demográficos;

Hipótese 2: Existe variação nos níveis de saúde mental nos diferentes anos de curso;

Hipótese 3: Existe relação entre os níveis de Saúde Mental e o consumo de substâncias psicoactivas;

Hipótese 4: Os estudantes com níveis mais baixos de saúde mental são actualmente acompanhados por profissional de saúde.

Na sequência dos objectivos e hipóteses anteriormente delineadas, surge o presente estudo de investigação que se encontra organizado em três partes distintas e simultaneamente interligadas. Na primeira, a metodologia, são referidos os participantes que constituíram a amostra, o instrumento utilizado na investigação, o procedimento para o desenvolvimento da mesma e o processo de tratamento da informação. A parte dos resultados está dividida em três subsecções. Na primeira é feita a análise descritiva das variáveis do questionário. Na segunda são analisados os dados e realizadas as inferências estatísticas para cada uma das 4 hipóteses pré-estabelecidas. Na terceira e última subsecção analisa-se as respostas à questão nº 28 do Inventário “No último mês, alguma vez pensou em acabar com a vida?”.

Na discussão começa-se por discutir os resultados do estudo e em seguida a metodologia da investigação, com as respectivas limitações.

A finalizar, são desenvolvidas algumas sugestões quanto a estudos futuros a realizar nesta área e implicações práticas para todos aqueles que estão de alguma forma ligados à educação médica.

Maio de 2009

Metodologia

A investigação na área da Saúde Mental tem evidenciado a existência de uma dimensão positiva (bem-estar psicológico) e outra negativa (distress psicológico). (24)

Pais Ribeiro acrescenta que “a avaliação psicológica visa produzir informação psicológica adequada para tomar decisões”. (25)

Tendo em conta estes pressupostos, os objectivos e as hipóteses realizou-se o design deste estudo de investigação:

1. Tipo de Estudo

Este estudo apresenta uma metodologia quantitativa, pois pretendeu-se recolher e tratar os dados de forma sistemática e estatística, estabelecendo relações entre variáveis no intuito de responder às hipóteses de investigação. Caracteriza-se por ser um estudo transversal, sendo os dados recolhidos num só momento, sem existir intervenção.

2. População em Estudo

A população deste estudo foi o universo (552) de todos os estudantes do 1º ao 6º ano de Mestrado Integrado em Medicina da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior.

No total, 325 estudantes participaram mas 53 estudantes não chegaram a completar o questionário na totalidade.

A amostra total foi assim constituída por 272 estudantes (215 do sexo feminino). A verificação da representatividade por sexos em cada ano implicaria uma verificação aluno a aluno e por isso não foi realizada. Contudo, pela constatação empírica da

grande proporção de estudantes do sexo feminino em todos os anos, pensa-se que a amostra seja uma fiel representação da população.

3. Questionário

A recolha de dados foi feita através de um questionário (Anexo 2), anónimo e de auto-resposta, construído para o efeito e constituído por quatro partes:

- Dados sócio-demográficos: questiona-se o estudante sobre a idade, sexo, estado civil, distrito de origem, situação familiar e profissional dos pais e com quem vive durante o ano lectivo. Neste grupo também se questionou qual o ano de curso.
- Inventário de Saúde Mental de Ribeiro (26): É um instrumento de rastreio de saúde mental validado para a população portuguesa. Inclui 38 itens, distribuídos por cinco subescalas - Ansiedade (10 itens), Depressão (5 itens), Perda de controlo emocional/comportamental (9 itens), Afecto positivo (11 itens) e Laços emocionais (3 itens). Por sua vez, estas agrupam-se em duas grandes dimensões – o Distress Psicológico (resulta da soma das três escalas associadas a perturbação mental) e o Bem-estar Psicológico (resulta da soma das duas escalas associadas com valências emocionais positivas). A resposta a cada pergunta é feita numa escala ordinal de 5 ou 6 posições, avaliando parâmetros como a frequência e a intensidade. O resultado total do inventário resulta da soma dos valores brutos dos itens que compõem cada escala referida acima. Parte dos itens são cotados de modo invertido. **Valores mais elevados correspondem a melhor saúde mental.**

Ao agrupar-se as cinco subescalas nas duas grandes dimensões (Bem-estar e distress psicológico) os valores da validade convergente e discriminante têm uma estrutura mais adequada do ponto de vista psicométrico. (26) Por isso, nos processos de inferência estatística realizados, apenas se utilizam estas duas dimensões, juntamente com o resultado global do inventário.

Maio de 2009

- Consumo de Substâncias psicoactivas: Constituído por questões sobre o consumo, no último mês, das seguintes substâncias: bebidas alcoólicas, bebidas alcoólicas juntamente com medicamentos, cannabis, anfetaminas, cocaína, heroína, LSD, cogumelos mágicos, medicamentos tranquilizantes ou sedativos. Em cada item as opções de resposta foram “Nunca”, “Em 1 a 5 dias”, “Em 6 a 19 dias”, “Em 20 dias ou mais”, de acordo com o questionário de consumo de substâncias psicoactivas da OMS. (27)
- Apoio Psicológico: Questionou-se os estudantes sobre a existência de apoio psicológico, na vida e actual, por profissional de saúde e se realizavam terapêutica farmacológica a longo prazo para sintomas relacionados com a saúde mental. Se a resposta fosse positiva, pedia-se o nome desse (s) medicamento (s). A última pergunta questionava se alguma vez teriam realizado terapêutica farmacológica para sintomas relacionados com a saúde mental sem prescrição médica.

4. Método de recolha de dados

O questionário foi enviado para a *mailing list* de todos os alunos inscritos em Mestrado Integrado em Medicina da FCS-UBI e esteve disponível entre 18 de Fevereiro a 11 de Março de 2009.

A altura de aplicação do questionário foi definida tendo em conta o cronograma anual dos 6 anos de curso, procurando uma altura “ideal”, fora dos períodos de avaliação. Como os três primeiros anos têm exames quinzenalmente, esse objectivo foi inatingível para estes anos.

O questionário foi construído no software informático “LimeSurvey[®]”, possibilitando os critérios de anonimato (não foi possível relacionar as respostas dadas com os endereços de e-mail dos alunos participantes). Este programa permitiu também que o questionário fosse preenchido uma única vez pelo aluno para o qual o e-mail foi

enviado e a impossibilidade de aceder ao questionário por parte de pessoas fora da base de dados.

Foi realizado um pré-teste do questionário em 5 estudantes, tendo sido realizadas alterações de natureza gramatical.

5. Variáveis

Entende-se por variável dependente a “característica que aparece ou muda quando o investigador aplica, suprime ou modifica a variável independente”(28). Neste estudo, as variáveis dependentes foram o Bem-estar psicológico, Distress Psicológico e o resultado global do MHI.

Por outro lado, a variável independente entende-se como a “dimensão ou característica que o investigador manipula deliberadamente para conhecer o seu impacto numa outra variável – a variável dependente” (28)

As variáveis independentes neste trabalho foram:

- Idade, sexo, estado civil, distrito de origem, situação familiar e profissional dos pais, com quem vive durante o ano lectivo e ano de curso;
- Consumo no último mês de bebidas alcoólicas, bebidas alcoólicas juntamente com medicamentos, cannabis, anfetaminas, cocaína, heroína, LSD, cogumelos mágicos, medicamentos tranquilizantes/sedativos;
- Apoio, na vida e actual, por profissional de saúde e terapia farmacológica a longo prazo para sintomas relacionados com a saúde mental;
- Terapia farmacológica para sintomas relacionados com a saúde mental, sem prescrição médica.

6. Tratamento estatístico dos dados

O conjunto das informações obtidas foi analisado no programa *Statistical Package for Social Sciences*, versão 17 para Windows.

Inicialmente os dados foram analisados de acordo com a metodologia descritiva usual (frequências, médias, desvios-padrão, número máximo e número mínimo).

O efeito das variáveis independentes nas variáveis dependentes foi analisado pela prova *t*-Student¹ e ANOVA², quando cumpriam os seguintes pressupostos (29):

1. As observações dentro de cada grupo tinham distribuição normal.
2. As observações eram independentes entre si.
3. As variâncias de cada grupo eram iguais entre si, ou seja, havia homocedasticidade.

Quando testadas mais de duas médias, para proceder à discriminação das diferenças entre elas, recorreu-se aos testes de *Post-hoc*, usando o teste Games-Howell quando houve dúvidas sobre a igualdade das variâncias. O teste Kruskal-Wallis foi utilizado quando violados os pressupostos de normalidade.

Em todas as análises, a significância estatística foi aceite para um valor de $p < 0,05$.

No estudo de validação dos instrumentos, a consistência interna³ do questionário foi avaliada através do alfa de Cronbach (0,893).

¹ Teste paramétrico que é utilizado para comparar médias de uma variável para dois grupos de casos independentes.

² É uma extensão do teste *t*-Student mas permite comparar duas ou mais médias

³ Grau de uniformidade ou de coerência existente entre as respostas dos sujeitos a cada um dos itens que compõe a prova (28)

Resultados

I Secção: Análise Descritiva

1.1 Dados sócio-demográficos

Dos 551 estudantes de medicina convidados a participar, 272 (49,4 %) responderam ao questionário, sendo 215 (79%) do sexo feminino. A adesão média por ano de curso foi de 51,1% (gráfico 2).

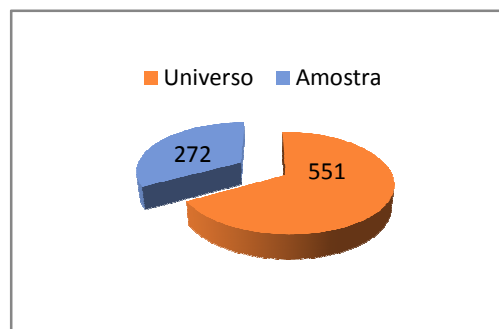


Gráfico 1. Adesão global ao questionário

Os anos que mais e menos aderiram foram o 6º e o 2º respectivamente (gráfico 2). A adesão média por ano de curso foi de 51,1%.

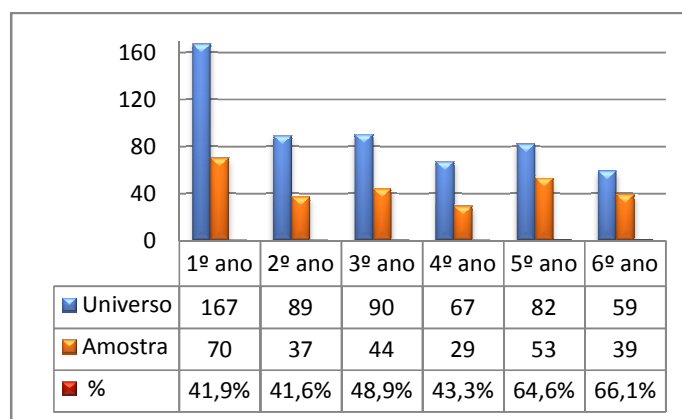


Gráfico 2. Adesão por anos

No gráfico 3 está representado o número de estudantes que aderiram, por ano e por sexo.

Maio de 2009

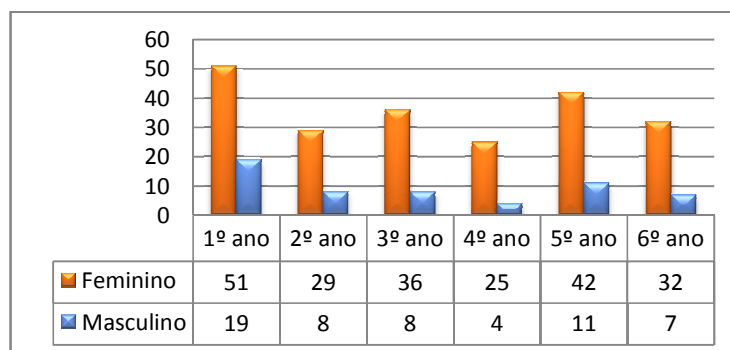


Gráfico 3 Adesão ao questionário por anos e por sexo

A idade média foi de $21,61 \pm 2,905$ anos, estando a distribuição etária representada no gráfico 4. Os 14 alunos com uma faixa etária superior a 25 anos, pertencem ao 1º e 2º ano de curso e 7 já possuem uma licenciatura prévia.

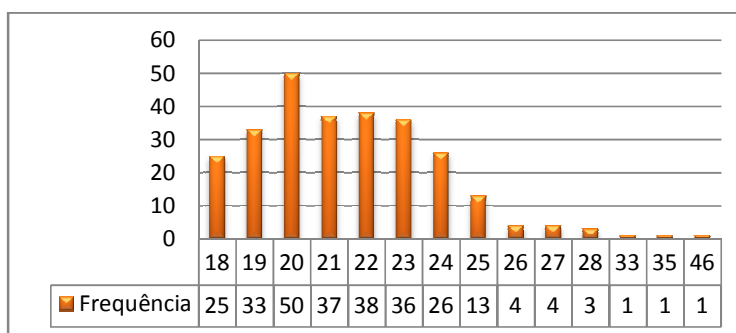


Gráfico 4. Distribuição etária da Amostra

Cerca de 80% da população de estudantes da UBI está deslocada da sua residência de origem e é oriunda da região centro-norte do País (informação fornecida pelos Serviços Académicos desta Universidade). Este facto também se constata na amostra de estudantes da FCS, como é visível no gráfico 5, pelas altas prevalências de cidades como Porto (23,2%), Braga (12,1%), Aveiro (8,1%) e Viseu (7%).

Maio de 2009

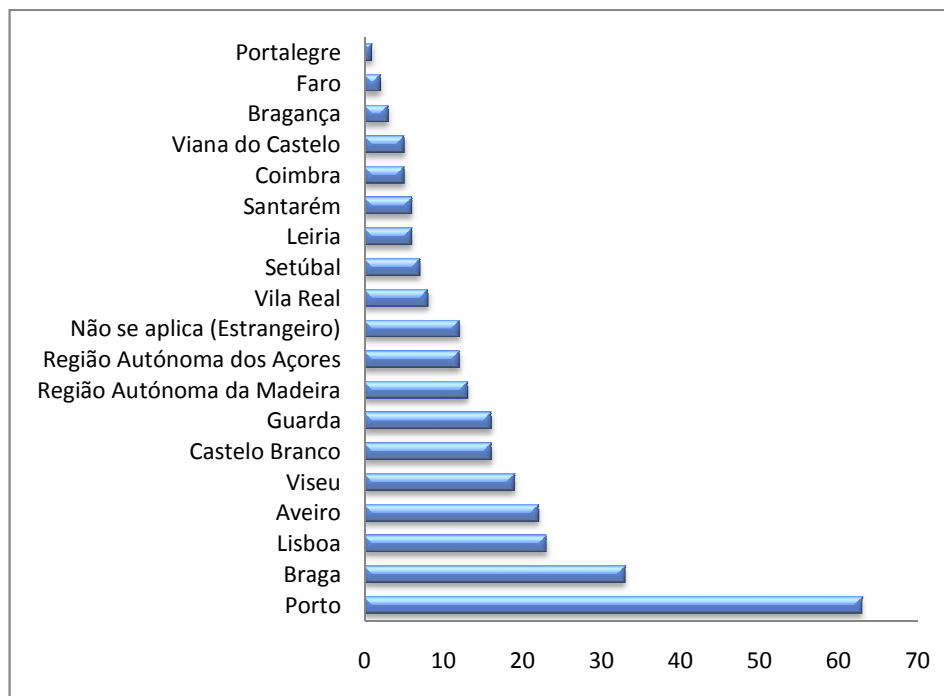


Gráfico 5. Distrito de Origem dos Estudantes

Relativamente ao estado civil, 98,2% (n = 267) dos estudantes são solteiros.

Cerca de 64% (n = 174) vive com colegas e amigos durante o ano lectivo, e 18% (n = 48) vive sozinho (gráfico 6).

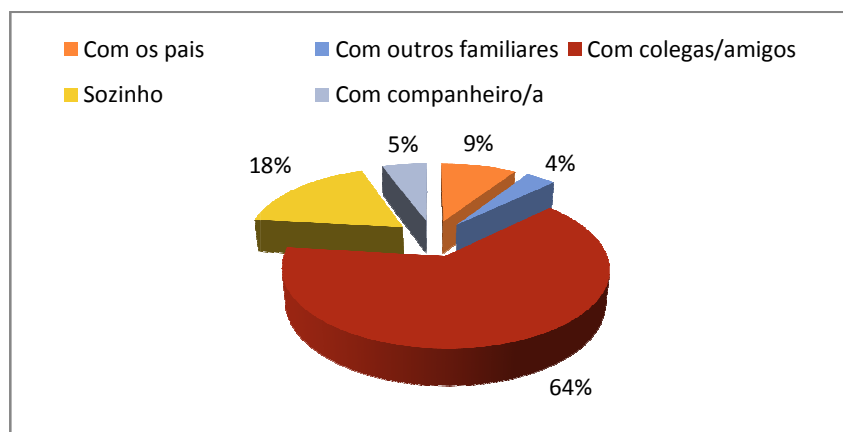


Gráfico 6. Com quem vivem os estudantes durante o período lectivo.

Os gráficos 7 e 8 descrevem a situação familiar e profissional dos pais dos estudantes.

Em relação ao estado civil, 85% estão casados e 12% separados/divorciados.



Gráfico 7. Estado Civil dos Pais

O pai e a mãe encontram-se empregados em 85% e 75% dos casos, desempregados em 5% e 11% e reformados em 12% e 8%, respectivamente.

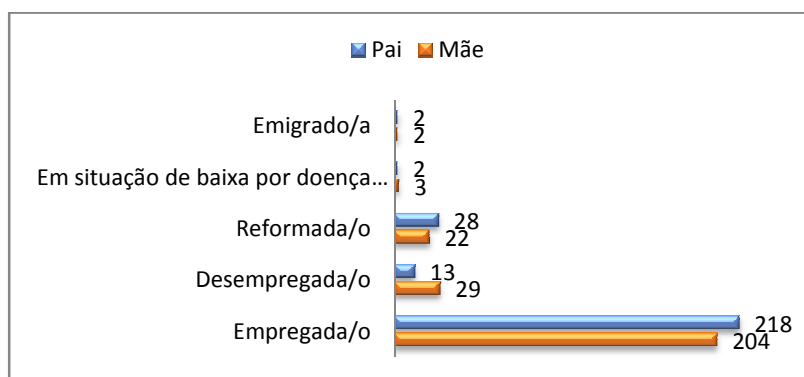


Gráfico 8. Situação social dos pais

1.2 Consumo de Substâncias no último mês

1.2.1 Bebidas Alcoólicas

No gráfico 9 estão representados os consumos de bebidas alcoólicas no último mês, onde se observa que 53% (n = 144) dos estudantes consumiram estas substâncias em “1 a 5 dias”.

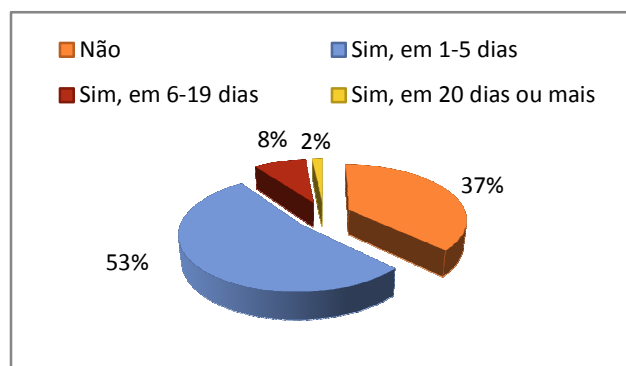


Gráfico 9. Consumo de bebidas alcoólicas no último mês

Analisando o consumo por sexos (gráfico 10), a percentagem iguala em ambos (53%) nos consumos de “1 a 5 dias” mas para frequências de consumo mais elevadas, é o sexo masculino que apresenta as maiores percentagens, 12% (n = 7) “em 6 a 19 dias” e 5% (n = 3) “em 20 dias ou mais”.

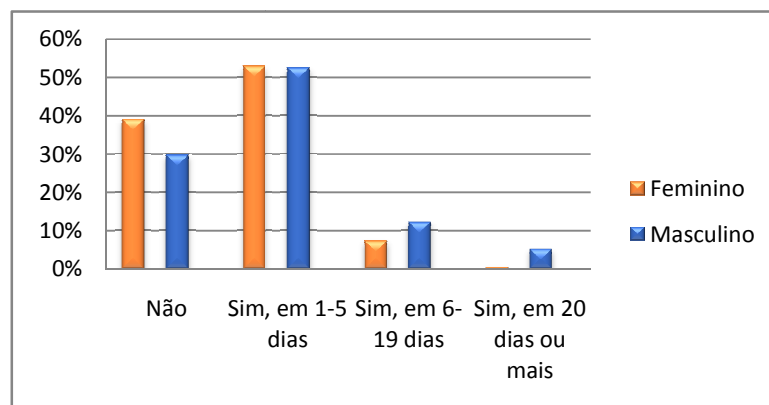


Gráfico 10. Consumo de bebidas alcoólicas no último mês por sexo

1.2.2 Bebidas alcoólicas juntamente com medicamentos

No total, 7 estudantes, um do sexo masculino, consumiram bebidas alcoólicas juntamente com medicamentos em “1 a 5 dias” no último mês enquanto 2, ambos do sexo feminino, o fizeram em “20 dias ou mais”. Nenhum estudante respondeu ter consumido estas substâncias em simultâneo em 6 a 19 dias.

1.2.3 Drogas Ilícitas

Cannabis

Do total da amostra, 4 estudantes consumiram esta substância em “1 a 5 dias” no último mês, 3 dos quais do sexo feminino. Nenhum estudante consumiu entre 6 a 19 dias e 2 estudantes do sexo feminino consumiram em “20 dias ou mais”.

Anfetaminas, cocaína, heroína, cogumelos mágicos, LSD

Nenhum estudante da amostra respondeu ter consumido qualquer destas substâncias no mês anterior.

1.2.4 Sedativos/Tranquilizantes

No gráfico 11 verifica-se que 6% (n = 15) dos estudantes consumiu estas substâncias em “1 a 5 dias” e 4% (n = 11) consumiu numa base mais regular (“20 dias ou mais”).

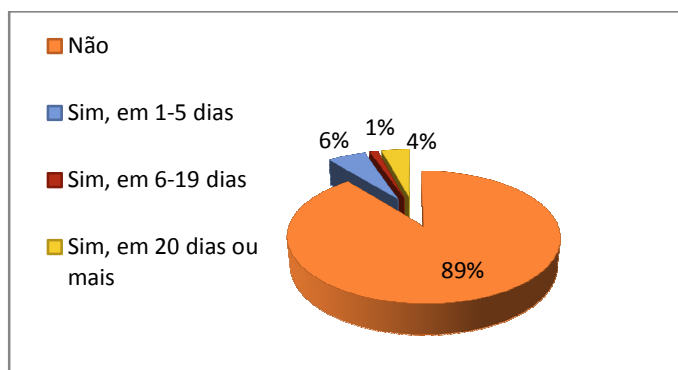


Gráfico 11. Consumo de substâncias tranquilizantes ou sedativas no último mês

Ao observar o gráfico 13 verifica-se que é o sexo feminino que consome estas substâncias com mais regularidade, não havendo nenhum elemento do sexo masculino a consumi-las nas categorias “em 6 a 19 dias” e “em 20 dias ou mais”.

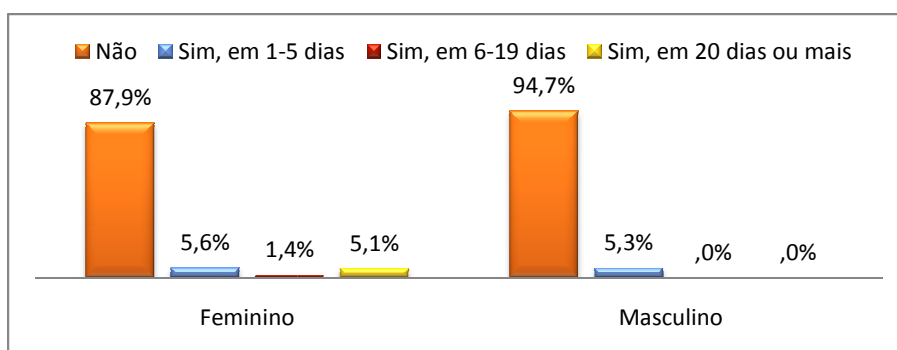


Gráfico 12. Consumo de Tranquilizantes/Sedativos no último mês por sexo

1.3 Apoio Psicológico

1.3.1 Apoio por profissionais de saúde

Cerca de 30% dos estudantes ($n = 82$) já consultaram, pelo menos uma vez na vida, um profissional de saúde por sintomas relacionados com a saúde mental (gráfico 13). Corresponde a 34,4% ($n = 74$) do total de raparigas e 14,0% ($n = 8$) do total de rapazes. Actualmente, 6% dos estudantes ($n = 15$) tem apoio regular, todos do sexo feminino (gráfico 14).

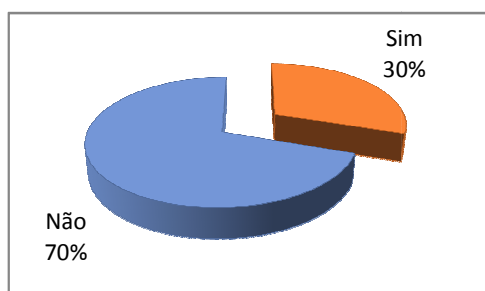


Gráfico 13. Alguma vez consultou um profissional de saúde por sintomas relacionados com a saúde mental?

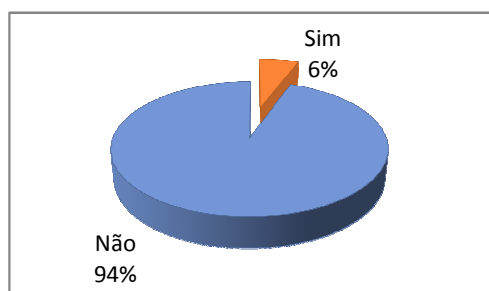


Gráfico 14 Actualmente tem apoio regular por profissional de saúde para sintomas relacionados com a saúde mental?

1.3.2 Terapêutica farmacológica a longo prazo

À data da resposta a este questionário, 6% dos estudantes ($n = 17$) responderam realizar terapêutica farmacológica a longo prazo para sintomas relacionados com a saúde mental.

Sendo 1 do sexo masculino. Ao analisar o nome dos medicamentos, encontrou-se diferentes categorias: extracto de valeriana, benzodiazepinas, antidepressivos (ISRS e

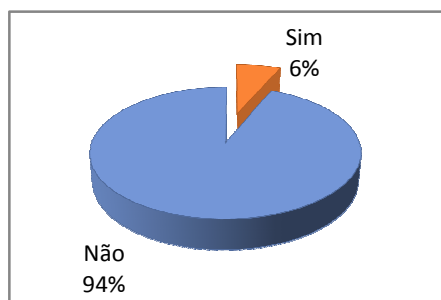


Gráfico 15. Terapêutica farmacológica a longo prazo

Tríciclicos), anti-psicóticos e outros com acção no sistema nervoso central (piracetam e ginkgo biloba). Cerca de metade (47%) estavam medicados, pelo menos, com um antidepressivo ISRS.

1.3.3 Terapêutica farmacológica sem prescrição médica

Cerca de 10% (n = 28) já fez terapia farmacológica para sintomas relacionados com a saúde mental sem prescrição médica, 23 dos quais do sexo feminino.

1.4 Subescalas, Dimensões e Resultado Global do Inventário de Saúde Mental

Na tabela 5 apresenta-se a estatística descritiva para as cinco subescalas, as duas grandes dimensões e o resultado global do MHI.

Os itens que constituem cada subescala encontram-se no anexo 2.

Escalas	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Depressão	5	29	20,58	3,915
Ansiedade	13	59	40,44	8,822
Perda de Controlo	10	53	41,81	7,121
Afecto Positivo	13	63	40,60	8,989
Laços Emocionais	3	18	12,94	3,241
Distress Psicológico	28	141	102,83	18,732
Bem-estar Psicológico	18	80	53,53	11,179
MHI Global	46	218	156,37	28,434

Tabela 1. Estatística descritiva para as sub-escalas, dimensões e resultado global do MHI

II Secção: Inferências Estatísticas

Antes de dar início a esta secção, recorda-se apenas que quanto mais elevados os valores das escalas do inventário (bem-estar, distress psicológico e resultado global), melhores os níveis de saúde mental.

2.1 Dados sócio-demográficos

O cruzamento dos resultados das dimensões bem-estar e distress psicológico e resultado global do MHI com as variáveis: distrito de origem, estado civil, situação familiar e profissional dos pais, não apresentou nenhuma tendência específica nem qualquer significância estatística neste estudo e por isso os resultados não estão apresentados.

2.1.1 Comparando os sexos

Nas grandes dimensões Bem-Estar Psicológico e Distress Psicológico, assim como no resultado global do inventário, os estudantes do sexo masculino apresentaram valores mais elevados de saúde mental. Estas diferenças foram bastante significativas.

	Sexo	Média	Sig.
DISTRESS PSICOLÓGICO	Feminino	100,77	p = 0,000
	Masculino	110,61	
BEM-ESTAR PSICOLÓGICO	Feminino	52,54	p = 0,004
	Masculino	57,26	
MHI Global	Feminino	153,32	p = 0,001
	Masculino	167,88	

Tabela 2. Resultados MHI por sexo

Estas diferenças mantêm-se em todos os anos do curso (ilustração 1).

Maio de 2009

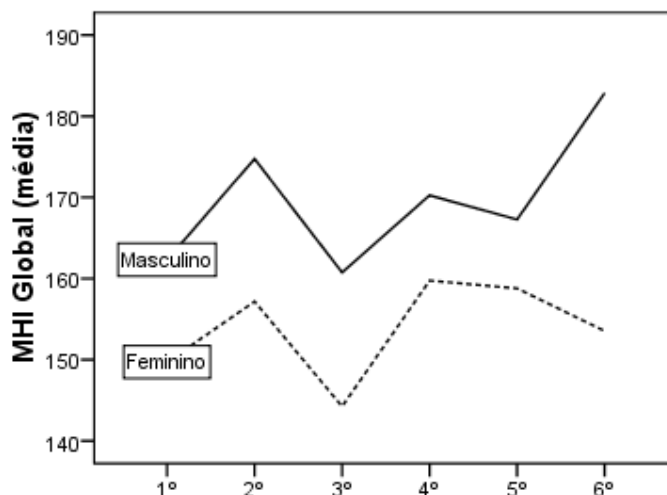


Ilustração 1. Média do MHI por ano de curso e sexo

2.1.2 Comparando os anos/ciclos de formação

Quando os diferentes anos são comparados, encontraram-se diferenças com significância estatística na dimensão do Bem-estar psicológico (tabela 3).

Os alunos do 1º e 3º ano são os que apresentam médias mais baixas nas duas dimensões (ilustração 2 e tabela 3) e os estudantes do 2º e do 4º obtiveram os níveis mais elevados de saúde mental.

	1º ANO	2º ANO	3º ANO	4º ANO	5º ANO	6º ANO	Sig.
Depressão	20,04	21,41	19,70	21,48	21,28	20,15	
Ansiedade	39,71	41,08	38,09	41,31	42,68	40,08	
Perda de Controlo	41,30	43,27	39,95	42,00	42,43	42,46	
Afecto Positivo	39,19	42,65	36,80	43,31	41,42	42,33	
Laços Emocionais	12,90	12,57	12,70	13,10	12,74	13,77	
Distress	101,06	105,76	97,75	104,79	106,40	102,69	0,220
Psicológico							
Bem-Estar	52,09	55,22	49,50	56,41	54,15	56,10	0,035
Psicológico							
MHI Global	153,14	160,97	147,25	161,21	160,55	158,79	0,122

Tabela 3. Resultados MHI por ano de curso

Maio de 2009

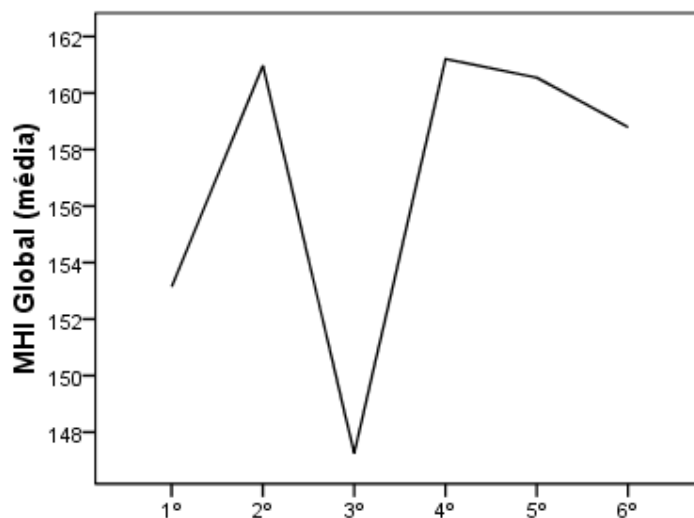


Ilustração 2. Média do MHI por ano de curso

Como os resultados do 3º ano são claramente inferiores, comparou-se as suas médias com os restantes anos. A diferença entre elas foi estatisticamente significativa para o bem-estar, distress psicológico e resultado global do MHI.

	ANO CURSO	N	Média	Desvio Padrão	Sig.
Bem-Estar Psicológico	3º ano	44	49,50	12,876	,009
	1º, 2º, 4º, 5º, 6º ano	228	54,31	10,678	
Distress Psicológico	3º ano	44	97,75	20,881	,049
	1º, 2º, 4º, 5º, 6º ano	228	103,82	18,175	
MHI Global	3º ano	44	147,25	32,450	,020
	1º, 2º, 4º, 5º, 6º ano	228	158,13	27,322	

Tabela 4. Comparação entre o 3º ano e restantes

Comparando por ciclo de formação, os estudantes do ciclo básico (1º, 2º e 3º) apresentam valores médios mais baixos em ambas as dimensões e resultado global, comparativamente aos anos clínicos (4º, 5º e 6º). Estas diferenças apresentaram significância estatística para a dimensão do bem-estar psicológico.

Maio de 2009

	ANO CURSO	N	Média	Desvio Padrão	Sig.
Distress Psicológico	1,2,3ºano	151	101,25	18,099	p = 0,118
	4,5 e 6ºano	121	104,82	19,386	
Bem-Estar Psicológico	1,2,3ºano	151	52,10	11,145	p = 0,018
	4,5 e 6ºano	121	55,32	11,007	
MHI Global	1,2,3ºano	151	153,34	27,605	p = 0,050
	4,5 e 6ºano	121	160,14	29,110	

Tabela 5. Resultados MHI por ciclo de formação

2.2 Substâncias psicoactivas

2.2.1 Bebidas Alcoólicas

Os resultados globais do Inventário foram mais elevados para os alunos que consumiram estas substâncias nas categorias de “em 1 a 5 dias” e “em 6-19 dias”, comparados com os que não consumiram nenhuma vez. Em contrapartida, os que consumiram em “20 dias ou mais” obtiveram valores mais baixos no resultado. Estas diferenças não apresentaram significância estatística (ilustração 3).

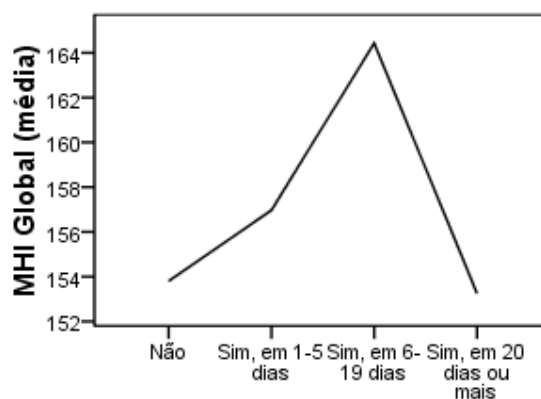


Ilustração 3. Média do MHI e consumo de álcool no último mês

2.2.2 Bebidas Alcoólicas juntamente com medicamentos

Os alunos que consumiram bebidas alcoólicas juntamente com medicamentos apresentaram níveis consideravelmente mais baixos de saúde mental do que aqueles que não consumiram estas substâncias em simultâneo e há medida que a frequência de consumo foi aumentando, os níveis de saúde mental diminuíram (ilustração 4).

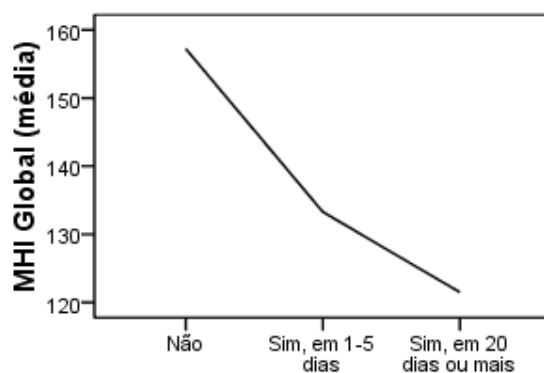


Ilustração 4. Média do MHI e consumo de bebidas alcoólicas juntamente com medicamentos

Não houve significância estatística entre as diferenças encontradas.

2.2.3 Cannabis

Devido ao reduzido número de consumidores, não foi possível estabelecer qualquer relação estatística com os níveis de saúde mental. Contudo, como é visível na ilustração 5, os estudantes que responderam consumir em “20 dias

ou mais” apresentaram níveis médios de saúde mental mais baixos do que os estudantes que não consumiram.

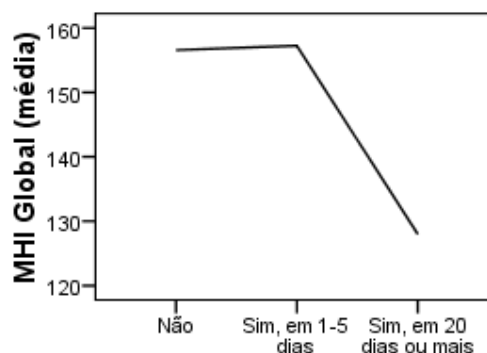


Ilustração 5. Média do MHI e consumo de cannabis no último mês

2.2.4 Medicamentos Tranquilizantes e Sedativos

Dado que a categoria “em 6-19 dias” apresentava dimensões reduzidas (3 estudantes), decidiu-se juntá-la esta categoria à seguinte (“20 dias ou mais”) para calcular as diferenças nos resultados.

		N	Média	Desvio Padrão	Sig.
Distress Psicológico	Não	243	105,53	16,551	p=0,000
	Sim, em 1-5 dias	15	83,40	20,649	
	Sim, em 6 ou mais dias	14	76,79	21,297	
Bem-Estar Psicológico	Não	243	54,55	10,841	p=0,000
	Sim, em 1-5 dias	15	46,33	8,974	
	Sim, em 6 ou mais dias	14	43,57	12,017	
MHITOTAL	Não	243	160,09	25,948	p=0,000
	Sim, em 1-5 dias	15	129,73	27,778	
	Sim, em 6 ou mais dias	14	120,36	31,862	

Tabela 6. Resultados MHI e consumo de substâncias tranquilizantes ou sedativas

Comparando os alunos que consumiram estas substâncias com os que não consumiram, os primeiros apresentam valores significativamente mais baixos em ambas as dimensões e resultado global, como é visível na ilustração 6.

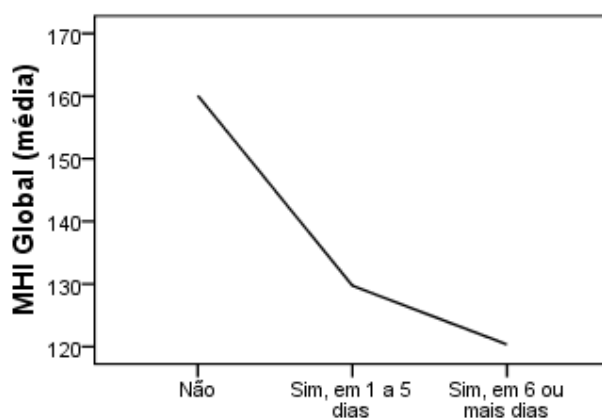


Ilustração 6. Médias do MHI e consumo de tranquilizantes/sedativos

2.3 Apoio Psicológico

2.3.1 Por profissional de saúde

Dos estudantes que são seguidos actualmente por profissional de saúde por sintomas relacionados com a saúde mental (n = 15), 73,3% têm resultados globais no MHI abaixo da média. Estes estudantes representam 8,6% dos alunos que se encontram nesta última situação.

		sim	não		
MHI	abaixo da média	N	11	117	128
		% MHI abaixo da média	8,6%	91,4%	100,0%
		% Apoio Actual	73,3%	45,5%	47,1%
		% Total	4,0%	43,0%	47,1%
MHI	acima da média	N	4	140	144
		% MHI abaixo da média	2,8%	97,2%	100,0%
		% Apoio Actual	26,7%	54,5%	52,9%
		% Total	1,5%	51,5%	52,9%

Tabela 7. Apoio actual e MHI

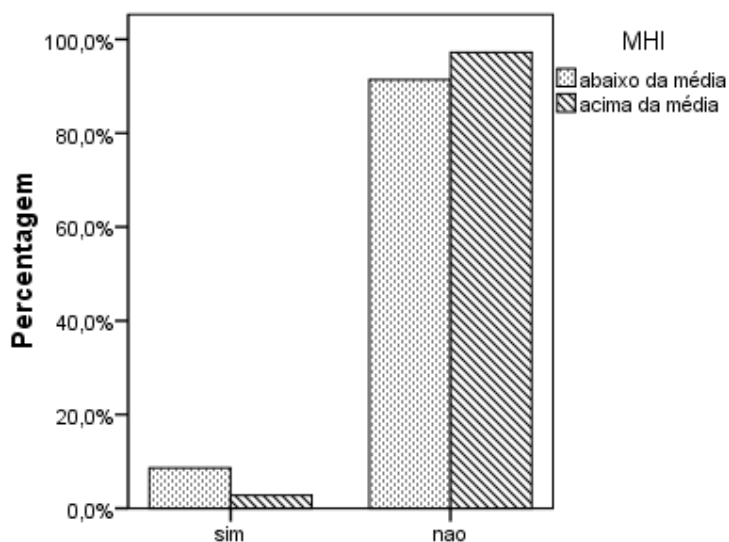


Ilustração 7. Apoio actual por Profissional de Saúde

2.3.2 Terapia farmacológica a longo prazo

Dos estudantes que fazem terapia farmacológica a longo prazo (n = 17), 82,4% apresentam níveis de saúde mental abaixo da média, representando 10% do total de estudantes que se encontram nesta última situação.

		Sim	Não	Total
MHI	abaixo da média			
	N	14	114	128
	% MHI abaixo da média	10,9%	89,1%	100,0%
	% Terap. longo prazo	82,4%	44,7%	47,1%
	% Total	5,1%	41,9%	47,1%
acima da média	N	3	141	144
	% MHI abaixo da média	2,1%	97,9%	100,0%
	% Terap. longo prazo	17,6%	55,3%	52,9%
	% Total	1,1%	51,8%	52,9%

Tabela 8. Terapêutica a longo prazo e MHI

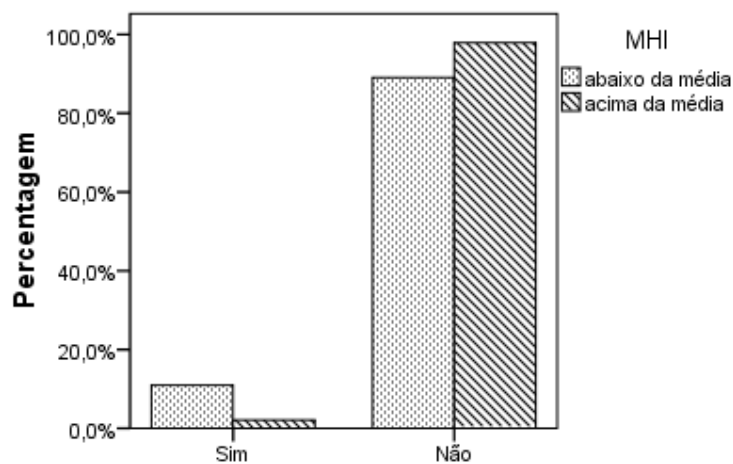


Ilustração 8. Terapia farmacológica a longo prazo

2.3.3 Terapia farmacológica sem prescrição médica

Os estudantes que responderam já ter feito, pelo menos uma vez, terapêutica sem prescrição médica para sintomas relacionados com a saúde mental, apresentam níveis significativamente menores de bem-estar psicológico e significativamente maiores de distress psicológico quando comparados com os alunos que nunca se auto-medicaram.

		N	Média	Sig.
Distress Psicológico	Sim	28	89,43	p = 0,000
	Não	244	104,37	
Bem-Estar Psicológico	Sim	28	47,54	p = 0,003
	Não	244	54,22	
MHI TOTAL	Sim	28	136,964	p = 0,000
	Não	244	158,594	

Tabela 9. Terapêutica farmacológica sem prescrição médica

III Secção: Ideação Suicida

Ao analisar a questão nº 28 do Inventário de Saúde Mental “No último mês, alguma vez pensou em acabar com a vida?”, verificase que 10% dos estudantes responderam ter tido ideação suicida pelo menos uma vez no último mês.

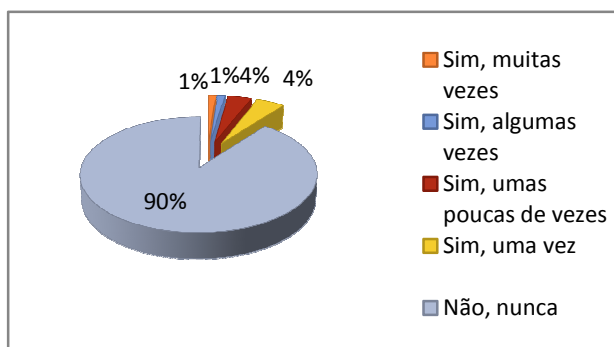


Gráfico 16. No último mês, alguma vez pensou em acabar com a vida?

Ao mesmo tempo que aumenta a frequência desses pensamentos, os níveis de saúde mental obtidos no MHI vão diminuindo (ilustração 6). As diferenças entre as médias apresentadas foram estatisticamente significativas ($p = 0,000$).

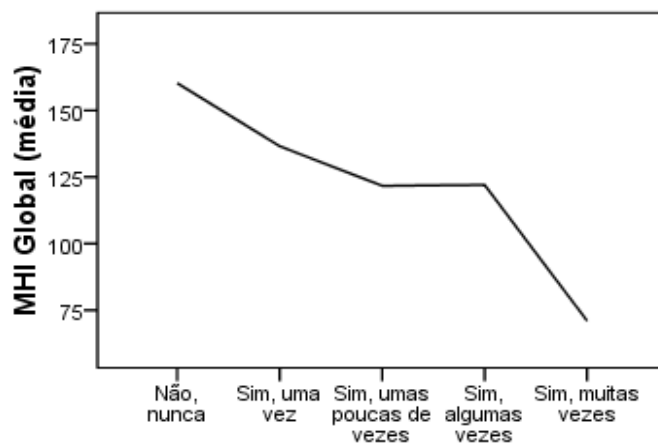


Ilustração 9. MHI e ideação suicida

Na tabela verifica-se que foi o sexo feminino que respondeu ter este tipo de pensamentos com maior intensidade.

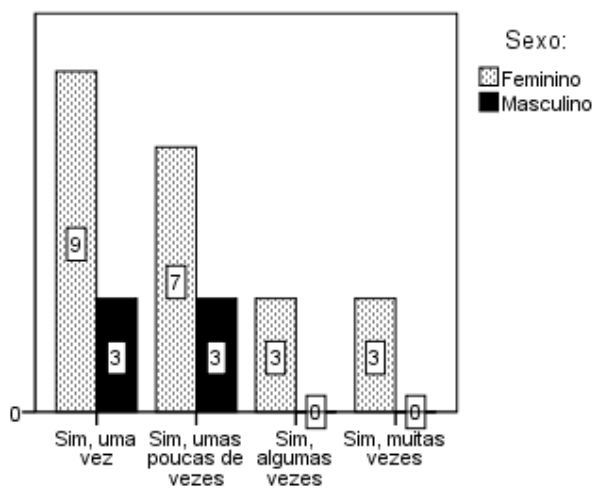


Ilustração 10. MHI e ideação suicida por sexo

Discussão dos Resultados

É chegado o momento mais desejado desta investigação e que se envolve com a contribuição pessoal “sem a qual uma informação interessante não terá qualquer significado”. (30)

Os resultados apresentados mostram que algumas situações estão em conformidade com resultados encontrados por outros autores, havendo outras que se podem revestir de explicações distintas.

Passa-se então à discussão das hipóteses de investigação:

Hipótese 1: Existe relação entre os níveis de saúde mental e os factores sócio-demográficos.

Esta hipótese é parcialmente comprovada nesta investigação, sendo o sexo o único factor sócio-demográfico que mostrou ter relação com os níveis de saúde mental.

Os estudantes do sexo feminino apresentam, em todos os anos de curso, médias significativamente mais baixas (o que significa pior saúde mental) na dimensão do bem-estar psicológico, distress psicológico e, conseqüentemente, no resultado global do inventário. Este dado está de acordo com o que tem sido encontrado noutras investigações, (1, 2, 9, 10) todas elas apontando para níveis mais altos de ansiedade e depressão nos estudantes de medicina do sexo feminino, o que pode ser preocupante, já que a maioria dos estudantes de medicina em Portugal são mulheres.

Este facto pode indicar que a adaptação às exigências do curso de medicina e ao futuro papel de médico são mais facilmente enfrentadas pelo sexo masculino e que as

estudantes poderão iniciar a sua vida profissional com diversas perturbações psicológicas.

A combinação de níveis altos de ansiedade e depressão e as aspirações elevadas para fazer um bom trabalho como médicas, pode fazer com que as estudantes estejam mais vulneráveis a reacções depressivas ao longo da sua carreira, (4) com consequências para a sua vida pessoal, familiar e satisfação profissional.

Implicações: parece importante identificar as jovens com maiores sintomas de distress psicológico, pelas repercussões que essa situação poderá apresentar. O diagnóstico de perturbações psicológicas nas estudantes e jovens médicas deve ser acompanhado de acções apropriadas não só a nível da sua formação, mas também no ambiente laboral, no âmbito da saúde ocupacional e promoção da saúde no local de trabalho.

Hipótese 2: Existe variação nos níveis de saúde mental nos diferentes anos de curso.

Iniciando a análise do geral para o particular, constata-se que os estudantes dos anos básicos (1º, 2º e 3º) apresentaram menos sentimentos de bem-estar psicológico e mais distress psicológico, quando comparados com os estudantes dos anos clínicos (4º, 5º e 6º).

Estas evidências poderão estar relacionadas com a estruturação diferente do currículo médico nas duas fases de formação. Uma das diferenças que poderá merecer destaque nesta análise, é o carácter “crónico” dos momentos de avaliação no ciclo básico, característica do modelo pedagógico utilizado, tendo os alunos em média dois exames de quinze em quinze dias.

É verdade que os estudantes do ensino superior possuem já uma grande aprendizagem de contacto com tais situações, especialmente estudantes de medicina, que desde o 10º ano de escolaridade lutam para alcançar valores bastante elevados. (1) Mas, é importante lembrar que estas situações de exame são geradoras de estados de stress. (31) Numa situação de exame, o aluno encontra-se numa situação de desafio, em que as suas capacidades e desempenho estão, de alguma maneira, a ser monitorizadas. A todos esses momentos de permanentes avaliações nos primeiros anos de curso, adiciona-se a pressão do tempo, altos níveis de competitividade, quantidade de matéria para memorizar, tempo limitado para o lazer e o “medo de falhar”, que não deixam de constituir situações potencialmente problemáticas e poderão contribuir para as diferenças observadas na saúde mental nas duas fases formação.

A evidência de maiores níveis de distress psicológico no ciclo básico, está de acordo com um estudo português realizado nos estudantes de medicina da Universidade do Porto, (1) no qual os estudantes destes anos revelaram maiores níveis de stress geral, stress académico, pressão excessiva e raiva/frustração que os estudantes do ciclo clínico.

Analisando os anos em particular, observa-se um aumento nos níveis de saúde mental dos alunos do 1º para o 2º ano, seguido por uma queda, bem demarcada, nos alunos do 3º. Seguidamente, nos estudantes do 4º ano, existe um aumento acentuado nos níveis de saúde mental, com ligeira diminuição no 5º e 6º anos

Os níveis inferiores de saúde mental dos alunos do 1º ano, relativamente aos do 2º por exemplo, poderão corresponder ao justificado período de adaptação ao ensino superior, às exigências de um curso de medicina e ao possível afastamento do núcleo

familiar. Frequentar uma Universidade significa para muitos alunos não apenas mudar de ambiente físico, social, psicológico e académico, como também defrontar-se com matérias mais complexas e maiores níveis de competição. (31)

Os alunos do 3º ano apresentaram menos sentimentos de bem-estar e mais sentimentos de distress psicológico, destacando-se de todos os outros anos pelos níveis inferiores de saúde mental. Estas diferenças revelaram significância estatística. Existem outras investigações (4,6) que também identificam o 3º ano como o de maior stress para a vida do estudante e, no caso particular desta Faculdade, uma das explicações possíveis para este facto é ser um período com uma carga particularmente intensa de avaliações, envolvendo matérias que exigem um esforço acrescido de memorização e pouco tempo de assimilação, onde mais uma vez a pressão do tempo e o “medo de falhar” poderão desencadear perturbações psicológicas nos alunos. Para além disso, é importante referir que o 2º ano é bastante menos exigente em termos académicos, e que a passagem abrupta para um nível de exigência bastante superior pode ter influenciado os níveis de saúde mental.

Os estudantes do 4º ano apresentam mais sentimentos de bem-estar psicológico e menos de distress, quando comparados aos colegas do 3º ano. Este facto poderá estar relacionado com a diminuição dos factores stressantes existentes nos anos básicos e com a auto-estima que o início da prática clínica regular e o contacto com os doentes lhes podem trazer.

Um dado curioso (ilustração 1) é que os resultados globais do inventário variam de forma muito linear entre os sexos ao longo dos anos, ou seja, os níveis tendem a aumentar ou diminuir, nos dois sexos, por ano de curso.

Este facto é a favor de que os níveis observados estão directamente relacionados com a formação médica.

Apenas no 6º ano isto não se verifica, com o sexo feminino a apresentar valores globais tendencialmente baixos de saúde mental e o sexo masculino, valores tendencialmente altos. Isto poderá significar que a nível do 6º ano, não é a formação médica que está a influenciar directamente os níveis de saúde mental dos estudantes, mas outros factores, provavelmente relacionados com pressões internas, e com a forma de vivenciá-las.

É importante referir que o 6º ano tem uma estrutura curricular bastante distinta dos restantes. Para além do seu carácter profissionalizante, apresenta um conjunto intenso de novos desafios aos estudantes. Entre eles, destaca-se a conciliação do estágio hospitalar (com tudo o que isso acarreta: mini-exames clínicos, apresentações no serviço, relatórios de residência), o desenvolvimento de um trabalho de mestrado e a preparação para o exame de acesso à especialidade (momento considerado crucial no percurso do jovem médico).

A tendência divergente observada nos níveis de saúde mental, poderá apontar para uma dificuldade mais acentuada do sexo feminino para lidar com os momentos decisivos da sua vida académica e com as pressões externas e internas acentuadas que estão inerentes a um momento tão decisivo, sentindo mais cedo o peso da responsabilidade, com as evidentes consequências a nível da saúde mental.

De qualquer forma, este resultado pode ter sido enviesado pelo momento de aplicação do inquérito. Seria interessante aplicá-lo numa altura em que as pressões externas fossem sentidas de forma mais semelhante, com o aproximar da data de entrega do Trabalho de Mestrado, por exemplo.

Confirma-se assim a segunda hipótese deste trabalho, havendo diferenças significativas no bem-estar psicológico entre os diferentes anos de curso e níveis inferiores de saúde mental em ambas as subescalas no 3º ano.

Implicações: esta informação, merecendo uma análise cuidada, pode ter implicações a nível curricular, e mostrar que é necessário ponderar ajustes no currículo médico, processos e métodos de ensino/aprendizagem no ciclo básico, prevenindo as repercussões que advêm dos níveis mais baixos de bem-estar constatados nestes alunos. Como constataram alguns investigadores, (32) o bem-estar psicológico facilita a aquisição de conhecimentos e melhora a função do sistema imunitário por si só. Para além disso, existe também evidência que baixos níveis de bem-estar podem colocar os indivíduos em risco de depressão e ideação suicida. (33)

Sugere-se a reflexão em torno do carácter permanente dos momentos de avaliação, e tudo o que isso pode envolver e desencadear nos estudantes dos anos básicos. Estes dados poderão também dar suporte à necessidade de melhorar a recepção, integração e acompanhamento dos alunos do 1º ano ao processo inovador de auto-aprendizagem, e fazer algumas modificações à estrutura curricular do 3º ano de licenciatura, tornando-a mais equilibrada com a do 2º ano.

São necessárias mais investigações para tentar compreender os factores stressantes específicos ao longo dos diferentes anos de curso e qual o seu impacto na saúde mental dos estudantes. A revisão de literatura revela comumente que estes reportam os factores académicos como as suas principais fontes de stress mas não se sabe se são os factores do curso que desencadeiam as perturbações psicológicas se são os mecanismos de coping dos estudantes que se revelam frágeis. Tendo em conta que os estudantes irão continuar, ao longo da vida, num meio onde estas fontes

permanecerão intensas, a solução passa também por encontrar soluções que os ajudem a lidar com elas.

Hipótese 3: Existe relação entre os níveis de Saúde Mental e o consumo de substâncias psicoactivas.

Bebidas Alcoólicas

Há muito que se sabe que o ambiente universitário é um factor promotor ou facilitador do consumo excessivo de álcool e uso de drogas ilícitas entre os estudantes.(34) Este consumo faz também parte da cultura actual dos jovens e os estudantes de Medicina não são excepções. (35)

Neste estudo, o álcool foi a substância mais consumida no mês anterior, o que está de acordo com outros estudos em estudantes de medicina. (36, 37) Cerca de 63% dos estudantes reportaram o consumo de álcool no mês anterior e os consumos mais regulares são reportados pelos estudantes do sexo masculino.

Não foi encontrada qualquer relação estatisticamente significativa entre os níveis de saúde mental e o consumo de bebidas alcoólicas, facto que também corrobora o resultado de outras investigações. (34, 38) Para além disso, verifica-se que quanto mais frequente é o consumo (excepto para a categoria de 20 dias ou mais), mais elevados são os níveis de saúde mental, o que pode indicar que os estudantes bebem em situações de convívio e diversão, e não porque se sentem ansiosos ou deprimidos.

Os estudantes que apresentam consumos regulares (20 dias ou mais) poderão ter piores resultados a nível académico e isso reflectir-se nos níveis de saúde mental, mas esta hipótese deverá ser esclarecida em estudos posteriores.

Maio de 2009

Bebidas Alcoólicas juntamente com medicamentos

O consumo de bebidas alcoólicas juntamente com medicamentos foi observado numa pequena percentagem de estudantes (3,3%). Estes obtiveram médias significativamente inferiores no resultado global do inventário, ou seja, piores níveis de saúde mental, em comparação com os estudantes que não consumiram estas substâncias em simultâneo.

Uma explicação possível para este facto é que existe um pequeno grupo de estudantes que consome álcool e medicamentos como meio de aliviar tensões emocionais existentes e lidar com as exigências associadas à formação médica.

Por outro lado, é necessário avaliar esta situação com cuidado pois desconhece-se o tipo de medicamentos que os alunos tomam simultaneamente com as bebidas alcoólicas.

Substâncias Ilícitas

À excepção do uso rotineiro de álcool, a literatura demonstra que a maior parte dos estudantes de Medicina consome substâncias psicoactivas esporadicamente, (35) essencialmente com carácter recreacional.

Neste estudo, a cannabis foi a única droga ilícita que 2,2% dos estudantes afirmaram consumir. Os resultados apontam para níveis tendencialmente mais baixos de saúde mental nos consumidores, mas devido à reduzida dimensão deste grupo, não foi possível estabelecer qualquer relação estatisticamente significativa com os níveis de saúde mental.

Nenhum estudante da amostra respondeu ter consumido anfetaminas, cocaína, heroína, cogumelos mágicos ou LSD no mês anterior. Apesar do questionário ter sido

preenchido pelos estudantes numa forma voluntária, anónima e confidencial, é importante ter em conta que alguns deles poderão ter sub-reportado o consumo de substâncias ilícitas por receio de implicações negativas. Para além disso, os estudantes com consumos mais frequentes destas substâncias podem não ter tomado a atitude de voluntariamente responder ao questionário.

Tranquilizantes/Sedativos

Em relação ao consumo de tranquilizantes ou sedativos, 11% dos estudantes consumiu estas substâncias no mês anterior, uma percentagem superior a outros estudos internacionais (19, 35, 39) realizados em estudantes de medicina. Cerca de 5% dos estudantes do sexo feminino consome estas substâncias com regularidade (“em 20 dias ou mais”).

Constata-se que os alunos que consomem estas substâncias apresentaram significativamente menos sentimentos de bem-estar e mais distress psicológico que os estudantes que não consumiram. Estes dados vão de encontro a outras evidências descritas na literatura que mostram que níveis elevados de distress psicológico aumentam a utilização de fármacos psicotrópicos (14), assim como a frequência do seu uso. (40)

A terceira hipótese deste trabalho é, assim, parcialmente confirmada, havendo relação estatisticamente significativa entre o consumo de substâncias tranquilizantes e os níveis mais baixos de saúde mental nos seus consumidores.

Implicações: paralelamente ao que parece ser um consumo lúdico de bebidas alcoólicas, um padrão de continuidade poderá levar os estudantes a encontrar nestas práticas um meio de fuga à realidade, esquecer os seus problemas e atenuar o mal-

estar que experienciam; mal-estar que poderá estar relacionado a aspectos da sua própria formação.

Apesar dos resultados deste estudo não mostrarem evidência que o consumo de substâncias seja um problema grave nesta população, existe alguma evidência que determinados consumos poderão ser um aspecto de um conjunto complexo de comportamentos de *coping* utilizados pelos estudantes para lidar com as perturbações psicológicas que vivenciam. Destes, merecem especial atenção o consumo de tranquilizantes/sedativos por parte das estudantes do sexo feminino.

Deve investigar-se quais os atributos (do sistema médico formativo) que poderão manter ou encorajar mas também cessar ou prevenir, o uso destas substâncias pelos estudantes, não esquecendo as potenciais consequências, a curto e a longo prazo, do seu consumo.

Para além disso, o desenvolvimento de programas de intervenção passará por aprofundar o conhecimento sobre estes fenómenos, não só a nível da caracterização de consumos, como também ao nível das significações e dos sentidos que estes comportamentos se revestem para os estudantes de medicina.

Hipótese 4: Os estudantes com níveis mais baixos de saúde mental são actualmente acompanhados por profissional de saúde.

Como está descrito na literatura, níveis elevados de distress psicológico, independentemente de outros factores sócio-demográficos ou de saúde física aumentam a procura de cuidados de saúde. (15, 16, 41)

Entre os sexos, é o feminino o mais propenso à procura de cuidados de saúde mental e à realização de terapêuticas psicotrópicas, (40) mesmo para níveis comparáveis de saúde mental. (42)

Este estudo corrobora essas evidências, verificando-se que dos estudantes actualmente acompanhados por profissional de saúde, a maioria apresenta níveis de saúde mental inferiores à média. Todos os estudantes que têm apoio actual são do sexo feminino. Contudo, representam apenas 5,5% da amostra total e apenas 8,6% dos que têm valores inferiores à média na escala global do MHI.

Uma das barreiras que pode impedir os estudantes de procurar apoio num profissional de saúde pode estar relacionada com o próprio estigma associado ao tratamento e à procura de ajuda. (7) Os estudantes de medicina estão muitas vezes relutantes em expressar sinais de vulnerabilidade, mesmo quando existem oportunidades de suporte disponíveis a nível das Faculdades. (10, 12)

Constata-se também que existe uma pequena percentagem de estudantes (6% da amostra) a realizar terapêutica farmacológica a longo prazo para sintomas relacionados com a saúde mental, 82,4% dos quais com níveis inferiores à média no MHI.

Estes dados podem sugerir que existe um grupo de estudantes que apresenta sintomas de distress psicológico de forma prolongada, e que por isso, está em maior risco de desenvolver perturbações emocionais durante a sua vida profissional.

Ainda em relação a hábitos medicamentosos, 10% dos alunos referiu já ter consumido medicamentos para sintomas relacionados com a saúde mental sem prescrição médica, e estes apresentam sentimentos significativamente mais baixos na escala do bem-estar e mais elevados na escala do distress psicológico. Estes dados podem

indicar que existem estudantes que recorrem à auto-medicação, como um meio rápido para se sentirem melhor, e talvez pensando que é sua obrigação saber lidar com “estes problemas”, em vez de procurar o devido apoio nos profissionais.

Para terminar, confirma-se a quarta hipótese deste trabalho pois, apesar da pequena percentagem, são os alunos com níveis mais baixos de saúde mental que procuram apoio de profissionais e realizam terapêuticas farmacológicas a longo prazo para esses mesmos sintomas.

Implicações: nesta amostra, 30% dos estudantes já procurou, pelo menos uma vez na vida, apoio por profissional de saúde por sintomas relacionados com a saúde mental. Actualmente, apenas 5,5% têm acompanhamento. Será importante entender quais os factores que favorecem ou impedem os estudantes de procurar ajuda, e as consequências que daí podem advir, incluindo atitudes de auto-medicação sem supervisão de um profissional.

Ideação suicida

Neste estudo, 10% dos estudantes reportaram ideação suicida no último mês. Destes, 79% são do sexo feminino. É também nas estudantes que se verificam estes pensamentos com mais regularidade.

Há medida que aumenta a frequência desses pensamentos verifica-se uma diminuição significativa nos níveis de saúde mental, ou seja, mais sintomas/sentimentos de distress psicológico e menos bem-estar psicológico quando comparados com os estudantes que não tiveram ideação suicida.

Implicações: esta temática deverá ser estudada com especial cuidado nesta população, pois os pensamentos suicidas e a vulnerabilidade nas faculdades de medicina predizem a ideação suicida nos futuros profissionais, (21) e estes apresentam um risco aumentado de cometer o suicídio. (43) Estudos na literatura evidenciam que a ansiedade, depressão, acontecimentos vitais e traços da personalidade são factores essenciais quando se trata de explicar comportamentos suicidas nos estudantes de medicina (21). Para além disso, estes acontecem mais frequentemente em mulheres, solteiras, deprimidas, com outras perturbações psiquiátricas ou dependência de álcool ou drogas (19). Estes factos obrigam ao estudo rigoroso desta temática, que deve ser vista como objecto de intervenção técnica adequada, com desenvolvimento de esforços preventivos dirigidos aos estudantes, a nível primário e secundário, de preferência em fase inicial de formação, e aos próprios serviços de saúde mental que com eles estão em contacto.

Discussão da Metodologia e limitações

A natureza dinâmica da experiência emocional faz com que as emoções variem consideravelmente ao longo do tempo. Pedir aos estudantes para avaliar retrospectivamente as suas emoções requer que estes se lembrem daquilo que sentiram e agreguem os sentimentos, uma tarefa que poderá ser muito difícil! Apesar disso, as questões de investigação que diziam respeito à dimensão psicológica ou emocional, reportaram-se ao mês anterior, o que se considera facilitar um pouco essa tarefa.

O MHI, instrumento utilizado para o rastreio da saúde mental nos estudantes, foi validado para uma população portuguesa e avalia tanto a componente negativa como

positiva da saúde mental, diferenciando indivíduos não doentes, que não possuem quadros psicopatológicos ou disfuncionais, que era o que interessava para esta investigação. Para além disso, este instrumento foi considerado por diversos autores como o melhor teste para detectar a probabilidade da existência de perturbação mental (26).

Considera-se, no entanto, que este estudo apresentou algumas limitações:

- **Extensão do questionário.** Apesar da boa adesão, o número de questões pode ter feito com que mais estudantes não tenham respondido e que os 53 que o iniciaram não chegassem a submetê-lo.
- **Randomização da amostra.** O facto de os alunos se terem “auto-seleccionado” para responder ao inquérito pode ter influenciado os resultados apesar de não se saber em que medida.
- **Impossibilidade de generalização.** Como os dados são recolhidos apenas de uma escola médica, com um método muito particular de ensino, limita a generalização para os restantes estudantes de medicina do País.
- **Estudo transversal.** O facto de ser um estudo deste tipo, não permite perceber as variações na saúde mental dos alunos ao longo do tempo, nem perceber se existem estudantes que apresentam vulnerabilidades de forma permanente. Para além disso, as questões são relativas ao último mês, avaliando desta forma o estado e não o traço.
- **Impossibilidade de comparação.** Como não existem estudos realizados na população desta faixa etária com este instrumento de rastreio, não foi possível comparar os níveis encontrados com a população geral.

Maio de 2009

Sugestões para trabalhos futuros

“Ela (a utopia) está no horizonte. Avanço dois passos e ela afasta-se dois passos. Avanço dez passos e o horizonte distancia-se de mim dez passos; posso ir tão longe quanto quiser: Nunca lá chegarei. Para que serve então a utopia? Para isso mesmo: para avançarmos.”

Eduardo Galeano

Ao longo da discussão já foram dadas diversas linhas de investigação futura.

Parece importante determinar com brevidade em que medida a estrutura do currículo médico e o método de ensino/aprendizagem está a afectar a saúde mental dos estudantes, em particular os do sexo feminino. As principais fontes de stress académico, com especial atenção ao 1º e 3º ano de curso devem ser esclarecidas.

Importa que outros estudos tragam continuidade a este trabalho e aumentem o conhecimento nesta área, estudando as características da personalidade, acontecimentos vitais e aspectos da própria saúde física que poderão influenciar a saúde mental dos estudantes. Para isso, parece importante a aplicação de metodologias mais complexas, abrangentes, e desenvolvidas ao longo do tempo.

Pela importância que esta temática reveste, seria útil alargar o âmbito deste estudo às restantes faculdades de medicina do país e a outros cursos do ensino superior.

Maio de 2009

Reflexão final

“Que os nossos esforços desafiem as impossibilidades”

Charles Chaplin

Este estudo levanta questões relevantes não só para a educação médica mas também para a prática da medicina.

Entender as causas e as consequências das perturbações psicológicas nos estudantes de medicina revela-se importante. Contudo, as entidades responsáveis pela educação médica devem ir além da identificação e da compreensão da presença de distress académico, e intervir para promover o bem-estar nos estudantes. Este, não deve ser reconhecido como a mera ausência de perturbação psicológica.

Promover e nutrir o bem-estar psicológico durante a formação médica e “equipar” os estudantes com as habilidades necessárias para reconhecer os sintomas de distress, determinar quando precisam de ajuda e desenvolver estratégias que promovam o seu bem-estar, é essencial para promover o profissionalismo e construir a base da resiliência que os acompanhará ao longo de toda a carreira.

Intervenções apropriadas de suporte e sistemas de referenciação devem ser desenvolvidas para os estudantes em risco, depois de devidamente identificados, e mais esforços educacionais são necessários para desencorajar o consumo excessivo de substâncias, principalmente álcool e tranquilizantes, e prevenir futuros comportamentos de abuso.

A longo prazo, estas estratégias poderão beneficiar não só os futuros profissionais e o ambiente em que estão inseridos, como os próprios doentes e a população em geral.

Referências

1. Loureiro E, McIntyre T, Mota-Cardoso R, Ferreira MA. The relationship between stress and life-style of students at the Faculty of Medicine of Oporto. *Acta Med Port* 2008 May-Jun;21(3):209-14.
2. Helmers KF, Danoff D, Steinert Y, Leyton M, Young SN. Stress and depressed mood in medical students, law students, and graduate students at McGill University. *Acad Med* 1997 Aug;72(8):708-14.
3. Guthrie E, Black D, Bagalkote H, Shaw C, Campbell M, Creed F. Psychological stress and burnout in medical students: a five-year prospective longitudinal study. *J R Soc Med* 1998 May;91(5):237-43.
4. Bramness JG, Fixdal TC, Vaglum P. Effect of medical school stress on the mental health of medical students in early and late clinical curriculum. *Acta Psychiatr Scand* 1991 Oct;84(4):340-5.
5. Stewart SM, Betson C, Marshall I, Wong CM, Lee PW, Lam TH. Stress and vulnerability in medical students. *Med Educ* 1995 Mar;29(2):119-27.
6. Firth J. Levels and sources of stress in medical students. *Br Med J (Clin Res Ed)* 1986 May 3;292(6529):1177-80.
7. Rosenthal JM, Okie S. White Coat, Mood Indigo -- Depression in Medical School. *N Engl J Med* 2005 September 15, 2005;353(11):1085-8.

8. Aktekin M, Karaman T, Senol YY, Erdem S, Erengin H, Akaydin M. Anxiety, depression and stressful life events among medical students: a prospective study in Antalya, Turkey. *Med Educ* 2001 Jan;35(1):12-7.
9. Assadi SM, Nakhaei MR, Najafi F, Fazel S. Mental health in three generations of Iranian medical students and doctors. A cross-sectional study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2007 Jan;42(1):57-60.
10. Dahlin M, Joneborg N, Runeson B. Stress and depression among medical students: a cross-sectional study. *Med Educ* 2005 Jun;39(6):594-604.
11. Wedding D. *Behavior & Medicine*. 3rd ed.2001.
12. Yiu V. Supporting the well-being of medical students. *CMAJ* 2005 March 29, 2005;172(7):889-90.
13. Chew-Graham CA, Rogers A, Yassin N. 'I wouldn't want it on my CV or their records': medical students' experiences of help-seeking for mental health problems. *Med Educ* 2003 Oct;37(10):873-80.
14. Uhlenhuth EH, Balter MB, Lipman RS. Minor tranquilizers: clinical correlates of use in an urban population. *Arch Gen Psychiatry* 1978 May;35(5):650-5.
15. Hesbacher P, Stepansky P, Stepansky W, Rickels K. Psychotropic drug use in family practice. *Pharmakopsychiatr Neuropsychopharmakol* 1976 Mar;9(2):50-60.

16. Harris R, Linn MW, Linn BS. Psychotropic drugs in the ambulatory care of elderly males. *Med Care* 1981 Sep;19(9):930-37.
17. Mellinger GD, Balter MB, Manheimer DI, Cisin IH, Parry HJ. Psychic distress, life crisis, and use of psychotherapeutic medications: national household survey data. *Arch Gen Psychiatry* 1978 Sep;35(9):1045-52.
18. Collier DJ, Beales IL. Drinking among medical students: a questionnaire survey. *BMJ* 1989 Jul 1;299(6690):19-22.
19. Dyrbye LN, Thomas MR, Shanafelt TD. Medical Student Distress: Causes, Consequences, and Proposed Solutions. *Mayo Clinic Proceedings* 2005 December 2005;80(12):1613-22.
20. Dyrbye LN, Thomas MR, Massie FS, Power DV, Eacker A, Harper W, et al. Burnout and suicidal ideation among U.S. medical students. *Ann Intern Med* 2008 Sep 2;149(5):334-41.
21. Tyssen R, Vaglum P, Gronvold NT, Ekeberg O. Suicidal ideation among medical students and young physicians: a nationwide and prospective study of prevalence and predictors. *J Affect Disord* 2001 Apr;64(1):69-79.
22. Passos SRL, Brasil PEAAd, Santos MABd, Aquino MTCd. Prevalence of psychoactive drug use among medical students in Rio de Janeiro. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*;41(12).

23. Aristeiguieta CA. Substance Abuse, Mental Illness, and Medical Students: The Role of the Americans With Disabilities Act. JAMA 1998 January 7, 1998;279(1):80-.
24. Veit CT, Ware JE, Jr. The structure of psychological distress and well-being in general populations. J Consult Clin Psychol 1983 Oct;51(5):730-42.
25. Ribeiro J. Investigação e Avaliação em Psicologia e Saúde. Lisboa: Climepsi; 1999.
26. Ribeiro JLP. Mental health inventory: Um estudo de adaptação à população portuguesa. Psicologia Saúde & Doenças; 2001:77-99.
27. World Health Organization. 2008 [cited 2008 Novembro, 2008]; Available from: www.who.int/en/.
28. Almeida LS. Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação. 2003.
29. Pestana MH. Análise de Dados para Ciências Sociais, a Complementaridade do SPSS 2008.
30. Bell J. Como realizar um projecto de investigação. Gradiva L, 1997.
31. Mendes A. Stress em estudantes de enfermagem e imunidade. Covilhã: Universidade da Beira Interior; 2000.

32. Salovey P, Rothman AJ, Detweiler JB, Steward WT. Emotional states and physical health. *Am Psychol* 2000 Jan;55(1):110-21.
33. Lewinsohn PM, Rohde P, Seeley JR, Hops H. Comorbidity of unipolar depression: I. Major depression with dysthymia. *J Abnorm Psychol* 1991 May;100(2):205-13.
34. Newbury-Birch D, White M, Kamali F. Factors influencing alcohol and illicit drug use amongst medical students. *Drug Alcohol Depend* 2000 May 1;59(2):125-30.
35. Lemos KM, Neves NMBC, Kuwano AY, Tedesqui G, Bitencourt AGV, Neves FBCS, et al. Uso de substâncias psicoativas entre estudantes de Medicina de Salvador (BA). *Revista de Psiquiatria Clínica* 2007;34:118-24.
36. Shyangwa PM, Joshi D, Lal R. Alcohols and other substance use/abuse among junior doctors and medical students in a teaching institute. *JNMA J Nepal Med Assoc* 2007 Jul-Sep;46(167):126-9.
37. Singh G, Singh RP. Drugs on a medical campus I. Drug use among medical undergraduates. *Drug Alcohol Depend* 1979 Sep;4(5):391-8.
38. Ashton CH, Kamali F. Personality, lifestyles, alcohol and drug consumption in a sample of British medical students. *Med Educ* 1995 May;29(3):187-92.

39. Baldwin DC, Jr., Hughes PH, Conard SE, Storr CL, Sheehan DV. Substance use among senior medical students. A survey of 23 medical schools. JAMA 1991 Apr 24;265(16):2074-8.
40. Wells K, Kamberg C, Robert B, Camp P, Rogers W. Health Status, Sociodemographic Factors, and the Use of Prescribed Psychotropic Drugs. Medical Care 1985:1295-306
41. Manning WG, Jr., Wells KB. The effects of psychological distress and psychological well-being on use of medical services. Med Care 1992 Jun;30(6):541-53.
42. Wells KB, Kamberg C, Brook R, Camp P, Rogers W. Health status, sociodemographic factors, and the use of prescribed psychotropic drugs. Med Care 1985 Nov;23(11):1295-306.
43. Richings JC, Khara GS, McDowell M. Suicide in young doctors. Br J Psychiatry 1986 Oct;149:475-8.

Bibliografia

Farate C. O Acto do Consumo e o Gesto que Consome. Coimbra: Quarteto Editora; 2000.

Ogden J. Psicologia da saúde 2nd ed. Lisboa: Climepsi; 2004.

Serra A. O stress na vida de todos os dias. 3rd ed. Coimbra: 2007.

Maio de 2009

Anexos

Anexo I: Questionário

A Saúde Mental dos Estudantes de Medicina da Universidade da Beira Interior

Caro colega, o presente questionário insere-se numa investigação para uma Dissertação de Mestrado e tem como objectivo estudar a Saúde Mental e o consumo de substâncias psicoactivas nos Estudantes de Medicina da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior.

Os dados recolhidos são anónimos e não é possível relacionar o seu endereço de e-mail com as respostas a este inquérito.

Não existem respostas certas nem erradas, apenas se pretende que responda da forma mais honesta e sensata possível.

Por favor, não deixe nenhuma questão por responder.

Muito obrigado pela sua colaboração.

A Colega,
Alice Rodrigues Roberto

Dados demográficos

1 Sexo: *

- Feminino
- Masculino

2 Idade: *

3 Estado Civil *

- Solteiro/a
- Casado/a
- União de facto
- Divorciado/a
- Viúvo/a

4 Distrito de origem?

- Aveiro
- Beja
- Braga
- Bragança
- Castelo Branco
- Coimbra
- Évora

Maio de 2009

- Faro
- Guarda
- Leiria
- Lisboa
- Portalegre
- Porto
- Santarém
- Setúbal
- Viana do Castelo
- Vila Real
- Viseu
- Região Autónoma da Madeira
- Região Autónoma dos Açores
- Não se aplica (Estrangeiro)

5 Os seus pais são: *

- casados
- separados/divorciados
- Nunca viveram juntos
- Pai faleceu
- Mãe faleceu
- Pai e Mãe faleceram
- Não conhece os seus pais naturais

6 Actualmente o seu pai está:

- Empregado
- Desempregado
- Em situação de Invalidez
- Reformado
- Em situação de baixa por doença prolongada
- Emigrado

7 Actualmente a sua mãe está:

- Empregada
- Desempregada
- Em situação de Invalidez
- Reformada
- Em situação de baixa por doença prolongada
- Emigrada

8 Com quem vive durante o período lectivo? *

- Com os pais
- Com outros familiares
- Com colegas/amigos
- Com companheiro/a
- Sozinho

Maio de 2009

9 Qual o seu ano de curso? *

- 1º
- 2º
- 3º
- 4º
- 5º
- 6º

10 Já possui alguma licenciatura?

11 Comentários que pretenda fazer:

Inventário de Saúde Mental de Ribeiro (2001)

Em baixo encontrará um conjunto de questões sobre o modo como se sente no dia a dia. Responda a cada uma delas assinalando a opção que melhor se aplica a si.

1 Quão feliz e satisfeito tem estado com a sua vida pessoal? *

- Extremamente feliz, não pode haver pessoa mais feliz e satisfeita
- Muito feliz e satisfeito a maior parte do tempo
- Geralmente satisfeito e feliz
- Por vezes ligeiramente insatisfeito, por vezes ligeiramente infeliz
- Geralmente insatisfeito, infeliz
- Muito insatisfeito e infeliz a maior parte do tempo

2 No último mês...Durante quanto tempo se sentiu só? *

- Sempre
- Quase sempre
- A maior parte do tempo
- Durante algum tempo
- Quase nunca
- Nunca

3 No último mês...Com que frequência se sentiu nervoso ou apreensivo perante coisas que aconteceram ou perante situações inesperadas? *

- Sempre
- Com muita frequência
- Frequentemente
- Com pouca frequência
- Quase nunca
- Nunca

4 Durante o mês passado...Com que frequência sentiu que tinha um futuro promissor e cheio de esperança? *

- Sempre
- Com muita frequência
- Frequentemente
- Com pouca frequência
- Quase nunca
- Nunca

Maio de 2009

5 Durante o último mês...Com que frequência sentiu que a sua vida no dia a dia estava cheia de coisas interessantes? *

- Sempre
- Com muita frequência
- Frequentemente
- Com pouca frequência
- Quase nunca
- Nunca

6 Durante o último mês...Com que frequência se sentiu relaxado e sem tensão? *

- Sempre
- Com muita frequência
- Frequentemente
- Com pouca frequência
- Quase nunca
- Nunca

7 Durante o último mês...Com que frequência sentiu prazer nas coisas que fazia? *

- Sempre
- Com muita frequência
- Frequentemente
- Com pouca frequência
- Quase nunca
- Nunca

8 Durante o último mês...Teve alguma razão para se questionar se estaria a perder a cabeça, ou a perder o controlo sobre os seus actos, as suas palavras, os seus pensamentos, sentimentos ou memória? *

- Não, nunca
- Talvez um pouco
- Sim, mas não o suficiente para ficar preocupado com isso
- Sim, e fiquei um bocado preocupado
- Sim, e isso preocupa-me
- Sim, e estou muito preocupado com isso

9 Durante o último mês...Sentiu-se deprimido? *

- Sim, até ao ponto de não me interessar por nada durante dias
- Sim, muito deprimido quase todos os dias
- Sim, deprimido muitas vezes
- Sim, por vezes sinto-me um pouco deprimido
- Não, nunca me sinto deprimido

10 Durante o último mês...Quantas vezes se sentiu amado e querido? *

- Sempre
- Quase sempre
- A maior parte das vezes
- Algumas vezes
- Muito poucas vezes

Maio de 2009

- Nunca

11 No mês passado...Durante quanto tempo se sentiu muito nervoso? *

- Sempre
- Quase sempre
- A maior parte do tempo
- Durante algum tempo
- Quase nunca
- Nunca

12 Durante o último mês...Com que frequência esperava ter um dia interessante ao levantar-se? *

- Sempre
- Com muita frequência
- Frequentemente
- Com pouca frequência
- Quase nunca
- Nunca

13 No último mês...Durante quanto tempo se sentiu tenso e irritado? *

- Sempre
- Quase sempre
- A maior parte do tempo
- Durante algum tempo
- Quase nunca
- Nunca

14 Durante o último mês...Sentiu que controlava perfeitamente o seu comportamento, pensamento, emoções e sentimentos? *

- Sim, completamente
- Sim, geralmente
- Sim, penso que sim
- Não muito bem
- Não e ando um pouco perturbado com isso
- Não, e ando muito perturbado com isso

15 Durante o último mês...Com que frequência sentiu as mãos a tremer quando fazia alguma coisa? *

- Sempre
- Com muita frequência
- Frequentemente
- Com pouca frequência
- Quase nunca
- Nunca

16 Durante o último mês...Com que frequência sentiu que não tinha futuro, que não tinha para onde orientar a sua vida? *

- Sempre
- Com muita frequência

Maio de 2009

- Frequentemente
- Com pouca frequência
- Quase nunca
- Nunca

17 No mês que passou...Durante quanto tempo se sentiu calmo e em paz? *

- Sempre
- Quase sempre
- A maior parte do tempo
- Durante algum tempo
- Quase nunca
- Nunca

18 No mês que passou...Durante quanto tempo se sentiu emocionalmente estável? *

- Sempre
- Quase sempre
- A maior parte do tempo
- Durante algum tempo
- Quase nunca
- Nunca

19 No mês que passou...Durante quanto tempo se sentiu triste e em baixo? *

- Sempre
- Quase sempre
- A maior parte do tempo
- Durante algum tempo
- Quase nunca
- Nunca

20 No mês passado...Com que frequência se sentiu como se fosse chorar? *

- Sempre
- Com muita frequência
- Frequentemente
- Com pouca frequência
- Quase nunca
- Nunca

21 Durante o último mês...Com que frequência sentiu que as outras pessoas se sentiriam melhor se você não existisse? *

- Sempre
- Com muita frequência
- Frequentemente
- Com pouca frequência
- Quase nunca
- Nunca

Maio de 2009

22 Durante o último mês...Quanto tempo se sentiu capaz de relaxar sem dificuldade? *

- Sempre
- Quase sempre
- A maior parte do tempo
- Durante algum tempo
- Quase nunca
- Nunca

23 No último mês...Durante quanto tempo sentiu que as suas relações amorosas eram total ou completamente satisfatórias? *

- Sempre
- Quase sempre
- A maior parte do tempo
- Durante algum tempo
- Quase nunca
- Nunca

24 Durante o último mês...Com que frequência sentiu que tudo acontecia ao contrário do que desejava? *

- Sempre
- Com muita frequência
- Frequentemente
- Com pouca frequência
- Quase nunca
- Nunca

25 Durante o último mês...Quão incomodado se sentiu devido ao nervosismo? *

- Extremamente, ao ponto de não poder fazer as coisas que devia
- Muito incomodado
- Um pouco incomodado pelos meus nervos
- Algo incomodado, o suficiente para que desse por isso
- Apenas de forma muito ligeira
- Nada incomodado

26 No mês que passou...Durante quanto tempo sentiu que a sua vida era uma aventura maravilhosa? *

- Sempre
- Quase sempre
- A maior parte do tempo
- Durante algum tempo
- Quase nunca
- Nunca

27 Durante o mês que passou...Durante quanto tempo se sentiu triste e em baixo, de tal modo que nada o conseguia animar? *

- Sempre
- Com muita frequência
- Frequentemente

Maio de 2009

- Com pouca frequência
- Quase nunca
- Nunca

28 Durante o último mês...Alguma vez pensou em acabar com a vida? *

- Sim, muitas vezes
- Sim, algumas vezes
- Sim, umas poucas de vezes
- Sim, uma vez
- Não, nunca

29 No último mês...Durante quanto tempo se sentiu cansado, inquieto e impaciente? *

- Sempre
- Quase sempre
- A maior parte do tempo
- Durante algum tempo
- Quase nunca
- Nunca

30 No último mês...Durante quanto tempo se sentiu rabugento ou de mau humor? *

- Sempre
- Quase sempre
- A maior parte do tempo
- Durante algum tempo
- Quase nunca
- Nunca

31 No último mês...Durante quanto tempo se sentiu alegre, animado e bem disposto? *

- Sempre
- Quase sempre
- A maior parte do tempo
- Durante algum tempo
- Quase nunca
- Nunca

32 Durante o último mês...Com que frequência se sentiu confuso ou perturbado? *

- Sempre
- Com muita frequência
- Frequentemente
- Com pouca frequência
- Quase nunca
- Nunca

33 Durante o último mês...Sentiu-se ansioso ou preocupado? *

- Sim, extremamente, ao ponto de ficar doente ou quase

Maio de 2009

- Sim, muito
- Sim, um pouco
- Sim, o suficiente para me incomodar
- Sim, de forma muito ligeira
- Não, de maneira nenhuma

34 No último mês...Durante quanto tempo se sentiu uma pessoa FELIZ? *

- Sempre
- Quase sempre
- A maior parte do tempo
- Durante algum tempo
- Quase nunca
- Nunca

35 Durante o último mês...Com que frequência se sentiu com dificuldade em se manter calmo? *

- Sempre
- Com muita frequência
- Frequentemente
- Com pouca frequência
- Quase nunca
- Nunca

36 Durante o último mês...Durante quanto tempo se sentiu espiritualmente em baixo? *

- Sempre
- Quase sempre
- Uma boa parte do tempo
- Durante algum tempo
- Quase nunca
- Nunca

37 Durante o último mês...Com que frequência acordou de manhã sentindo-se fresco e repousado? *

- Sempre, todos os dias
- Quase todos os dias
- Frequentemente
- Algumas vezes, mas normalmente não
- Quase nunca
- Nunca acordo com a sensação de descansado

38 Durante o último mês...Esteve, ou sentiu-se, debaixo de grande pressão ou stress? *

- Sim, quase a ultrapassar os meus limites
- Sim, muita pressão
- Sim, alguma, mais do que o costume
- Sim, alguma, como de costume
- Sim, um pouco
- Não, nenhuma

Maio de 2009

Substâncias Psicoactivas

No último mês, consumiu alguma das seguintes substâncias? *

	Não	Sim, em 1-5 dias	Sim, em 6-19 dias	Sim, em 20 dias ou mais
Bebidas Alcoólicas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bebidas Alcoólicas juntamente com medicamentos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cannabis ("Marijuana, Haxixe, ganza")	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Anfetaminas/Ecstasy	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cocaína/Crack	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Heroína/Opióides	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
LSD/Ácido	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cogumelos Mágicos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Medicamentos Tranquilizantes ou Sedativos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Apoio Psicológico

Alguma vez consultou um profissional de saúde por sintomas relacionados com a saúde mental (stress, ansiedade, depressão, por exemplo)? *

- Sim
- Não

Actualmente, tem apoio regular de algum profissional de saúde por sintomas relacionados com a saúde mental?

- Sim
- Não

Alguma vez realizou terapêutica farmacológica para sintomas relacionados com a Saúde Mental, SEM PRESCRIÇÃO MÉDICA? *

- Sim
- Não

ACTUALMENTE, faz alguma terapêutica farmacológica (a longo prazo) para sintomas relacionados com a saúde mental? *

- Sim
- Não

Se sim, diga o nome ou grupo farmacológico do(s) medicamento(s) que está a tomar actualmente:

Submeter o seu Inquérito
Obrigado por ter preenchido este Inquérito

Anexo 2: Subescalas do MHI com a média, desvios-padrão e limites por item

Escalas/itens	<i>M</i>	<i>DP</i>	limites
Ansiidade (A)			
11- pessoa muito nervosa	4,11	1,074	1-6
3- nervoso ou apreensivo por coisas que aconteceram	3,54	1,048	1-6
13-tenso e irritado	4,18	,931	1-6
15- as mãos a tremer quando fazia algo	4,99	1,159	1-6
25- incomodado devido ao nervoso	4,01	1,365	1-6
29- cansado inquieto e impaciente	3,82	1,069	1-6
32- confuso ou perturbado	4,53	1,120	1-6
33- ansioso ou preocupado	3,63	1,299	1-6
35- Dificuldade em se manter calmo	4,25	1,121	1-6
22- Relaxar sem dificuldade	3,38	1,297	1-6
Depressão(D)			
9- deprimido	4,10	,725	1-5
27- triste e em baixo	4,69	1,178	1-6
30- rabugento e de mau humor	4,23	,898	1-6
36- espiritualmente em baixo	4,32	1,041	1-6
38- debaixo de grande pressão ou stress	3,59	1,455	1-6
Perda de controlo emocional/ comportamental(PC)			
8- preocupado por perder a cabeça	4,85	1,358	1-6
14- controlo de comportamento, pensamentos, sentimentos	4,33	1,169	1-6
18- sentiu emocionalmente estável	4,13	1,164	1-6
20- sentiu como se fosse chorar	4,43	1,176	1-6
21- seria melhor que não existisse	5,52	,960	1-6
24- tudo acontece ao contrário do desejado	4,12	1,225	1-6
19- triste e em baixo	4,34	,903	1-6
28- pensar em acabar com a vida	4,81	,656	1-5
16- sem futuro	5,29	1,006	1-6

Maio de 2009

Afecto positivo (AP)

1- Feliz e satisfeito	4,07	,926	1-6
4- Futuro promissor	4,07	1,003	1-6
12- esperar ter um dia interessante	3,78	1,084	1-6
6- relaxado e sem tensão	3,10	,969	1-6
7- prazer no que faz	3,98	,880	1-6
5- dia a dia interessante	3,68	1,09	1-6
17- calmo e em paz	3,46	1,113	1-6
26- vida é uma aventura maravilhosa	3,07	1,318	1-6
31- alegre, animado e bem disposto	3,86	1,008	1-6
34- pessoa feliz	3,99	1,237	1-6
37- acordou fresco e repousado	3,34	1,092	1-6

Laços emocionais (LE)

2- Sentiu-se só	4,58	,969	1-6
10- Sentiu-se amado e querido	4,59	1,208	1-6
23- relações amorosas satisfatórias	3,76	1,815	1-6

Distress Psicológico

(Ansiedade, Depressão e perda de controlo emocional/
comportamental)

Bem Estar Psicológico

(Afecto Positivo e Laços Emocionais)

Escala Total

(soma de todas as subescalas)
