UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS DE RIBEIRÃO PRETO

**Co-ocorrência de uso problemático de álcool e transtorno mental
comum em estudantes de graduação da área da saúde**

Lincoln Luiz Yosetake

**Ribeirão Preto
2007**

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS DE RIBEIRÃO PRETO

**Co-ocorrência de uso problemático de álcool e transtorno mental
comum em estudantes de graduação da área da saúde.**

Dissertação de Mestrado apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em Toxicologia
para a obtenção do Título de Mestre em
Toxicologia

Área de Concentração: Toxicologia.

Orientado: Lincoln Luiz Yosetake

**Orientador: Prof. Dr. Erikson Felipe
Furtado**

Ribeirão Preto
2007

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

FICHA CATALOGRÁFICA

Yosetake, Lincoln Luiz.

Co-ocorrência de uso problemático de álcool e transtorno mental comum em estudantes de graduação da área da saúde. Ribeirão Preto, 2007.

100 p.

Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto/USP - Área de concentração: Toxicologia.

Orientador: Furtado, Erikson Felipe.

1. Alcoolismo. 2. Uso problemático de álcool. 3. Sintomas psiquiátricos. 4. Transtorno mental comum. 5. Estudantes de graduação.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Nome do aluno: Lincoln Luiz Yosetake

Título do trabalho: Co-ocorrência de uso problemático de álcool e transtorno mental comum em estudantes de graduação da área da saúde.

Dissertação de Mestrado apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em Toxicologia
para a obtenção do Título de Mestre em
Toxicologia

Área de Concentração: Toxicologia.

Orientador: Prof. Dr. Erikson Felipe Furtado

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Para Yosetake e Alzira (*in memorian*), Luziana e Gabriel

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. Erikson Felipe Furtado pelos ensinamentos, disponibilidade, paciência, dedicação, incentivo e apoio durante a orientação deste trabalho.

Ao Prof. Dr. Milton Roberto Laprega pela disponibilidade e sugestões.

Ao Jonatas Ciqueira Ferreira e Allan Patrick Leite (PAI-PAD) pelo auxílio nos momentos difíceis.

Aos colaboradores que participaram do período de coleta de dados e aos alunos que participaram desta pesquisa.

Aos colegas, professores e funcionários da Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto-USP pela dedicação e auxílio.

A todos do Núcleo de Pesquisa em Psiquiatria Clínica e Psicopatologia, do Programa de Ações Integradas para Prevenção e Atenção ao Uso de Álcool e Drogas na Comunidade (PAI-PAD), do Serviço Ambulatorial de Clínica Psiquiátrica do HCFMRP-USP e do Centro de Apoio Educacional e Psicológico (CAEP) da FMRP-USP que puderam auxiliar e colaborar.

A todos que direta ou indiretamente colaboraram para a realização deste trabalho.

RESUMO

YOSETAKE, L. L. **Co-ocorrência de uso problemático de álcool e transtorno mental comum em estudantes de graduação da área da saúde.** 100 f. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

O período da faculdade é relatado como fase de risco para uso problemático de álcool (UPA) e para transtorno mental comum (TMC). É importante avaliar a co-ocorrência entre UPA e TMC em estudantes de graduação considerando ser um tema pouco relatado na literatura. Este estudo transversal utilizou os instrumentos AUDIT e SRQ-20 para avaliação da prevalência de UPA e TMC e da co-ocorrência entre UPA e TMC em uma amostra de estudantes de graduação da área da saúde, com idade média de 22 anos e predominantemente feminina (65,6%). Também examinou a associação entre estas condições e a relação com a satisfação com aspectos da vida acadêmica. A prevalência de UPA foi de 23,5%, de TMC de 30,6% e de co-ocorrência de UPA e TMC de 7,3%. A média do escore total do AUDIT foi de 4,8 (DP=4,42) e do SRQ-20 de 4,0 (DP=4,0). Houve associação significativa de TMC e de co-ocorrência entre UPA e TMC com a insatisfação com a carreira escolhida, insatisfação com o curso na faculdade e insatisfação com o desempenho como estudante. Não houve correlação entre UPA e TMC nesta amostra. A co-ocorrência entre UPA e TMC está presente em estudantes de graduação e as conseqüências são prejuízos para a saúde mental e insatisfação com as conquistas acadêmicas, o que, ocorrendo nesta fase importante da vida, poderá limitar o futuro destes adultos jovens. Os achados deste estudo referentes à ausência de associação entre UPA e TMC devem ser interpretados com cuidado quanto a sua generalização, considerando-se o caráter de estudo transversal de rastreamento em população de adultos jovens.

Palavras chave: uso problemático de álcool, alcoolismo, transtorno mental comum, sofrimento mental, estudantes de graduação, AUDIT, SRQ-20

ABSTRACT

YOSETAKE, L. L. **Co-occurrence between problematic use of alcohol and common mental disorders in college students of the health area.** 100 f. Dissertation (Master). Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

The study time at the university is reported as a risky phase for problematic use of alcohol (UPA) as well for common mental disorders (TMC). It is important to evaluate the topic of co-occurrence of UPA and TMC amongst university students considering that this topic has been scarcely mentioned in scientific papers. This cross-sectional study used the AUDIT and SRQ-20 screening instruments in order to assess the prevalence of UPA and TMC and the co-occurrence of UPA and TMC in a sample of university students of the health area, characterized by mean of age of 22 years and mostly female (65.6%). Also it examined the association between these conditions and their relationship with satisfaction regarding aspects of the academic life. The prevalence of UPA was of 23.5%, TMC of 30.6% and co-occurrence of UPA and TMC of 7.3%. The average total score of AUDIT was of 4.8 (SD=4.42) and the SRQ-20 of 4.0 (SD=4.0). Significant associations of TMC as well the co-occurrence between UPA and TMC have been found with: - dissatisfaction with the selected career, dissatisfaction with the academic program and dissatisfaction with the own performance as student. No correlation between UPA and TMC has been found in this sample. The co-occurrence of UPA and TMC is present amongst undergraduate students and its consequences are mental health problems and frustration with academic achievements which occurring in this important phase of life it can impair the future of these young people. The findings of this study shall be carefully interpreted concerning its generality, considering the type of the study being a cross-sectional screening study on a population of young adults.

Key words: problematic use of alcohol, alcoholism, common mental disorders, mental suffering, college students, AUDIT, SRQ-20

LISTA DE QUADROS

Quadro	1 Diretrizes diagnósticas de Uso Nocivo e da Síndrome de Dependência de Álcool da CID-10 (OMS, 1993).....	6
Quadro	2 Estudos brasileiros que relataram a prevalência de consumo de álcool por estudantes de graduação da área da saúde.....	13
Quadro	3 Estudos brasileiros que avaliaram TMC em estudantes de graduação da área da saúde	20
Quadro	4 Zonas de risco do AUDIT.....	37

LISTA DE TABELAS

Tabela	1	Características sócio-demográfica da amostra total (n=464).....	40
Tabela	2	Distribuição de frequência relativa das características sócio-demográficas da amostra curso.....	41
Tabela	3	Distribuição das respostas da amostra pelos itens do AUDIT (n=464).....	45
Tabela	4	Prevalência dos grupos de sintomas psiquiátricos menores avaliados pelo <i>Self Report Questionnaire</i> SRQ-20 (n=464).....	52
Tabela	5	Correlações significantes ($p < 0,05$) entre os itens do AUDIT e SRQ através do Índice de Correlação de Spearman (ρ).....	58

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico	1 Distribuição da frequência absoluta do escore total do AUDIT...	43
Gráfico	2 Distribuição do padrão de beber da amostra segundo as zonas de risco do AUDIT.....	44
Gráfico	3 Distribuição da frequência absoluta do escore total do SRQ-20	51

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AUDADIS-IV	<i>Alcohol Use Disorders and Associated Disabilities Interview Schedule DSM-IV Version</i>
AUDIT	<i>Alcohol Use Disorders Identification Test</i>
BDI	Inventário de Depressão de Beck
CAGE	<i>Cut down, Annoyed, Guilty, Eye-opener</i>
CID-10	Classificação Internacional de Doenças – Décima revisão
COAS	<i>Children of alcoholics</i>
DALYS	<i>Disability Adjusted Life Years</i>
DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
ECA	<i>Epidemiologic Catchment Área Study</i>
EERP	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
FMRP	Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
GHQ	<i>General Health Questionnaire</i>
IECPA	Inventário de Expectativas e Crenças Pessoais acerca do Álcool
M-CIDI	<i>Munich Composite Internacional Diagnostic Interview</i>
ML	Mililitros
NCS	<i>National Comorbidity Study</i>
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAI-PAD	Programa de Ações Integradas para Prevenção e Atenção ao Uso de Álcool e Drogas
QMPA	<i>Questionário de Morbidade Psiquiátrica do Adulto</i>
SAMHSA	<i>Substance Abuse and Mental Health Service Administration</i>
SDA	Síndrome de Dependência de Álcool
SRQ-20	<i>Self Report Questionnaire</i>
T-ACE	<i>Tolerance, Annoyed, Guilty, Eye-opener</i>
TMC	Transtorno Mental Comum
UFAM	Universidade Federal do Amazonas
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UNESP	Universidade do Estado de São Paulo
UNISUL	Universidade do Sul de Santa Catarina
UPA	Uso problemático de álcool
USP	Universidade de São Paulo
WHO	<i>World Health Organization</i>

SUMÁRIO

Resumo.....	i
Abstract.....	ii
Lista de quadros.....	iii
Lista de tabelas.....	iv
Lista de gráficos.....	v
Lista de siglas e abreviaturas.....	vi
 1. INTRODUÇÃO.....	 1
1.1. Comorbidade psiquiátrica entre transtornos relacionados ao álcool e outros transtornos mentais.....	1
1.2. Uso problemático de álcool.....	5
1.3. Uso problemático de álcool em estudantes de graduação da área da saúde.....	11
1.4. Transtorno mental comum.....	16
1.5. Transtorno mental comum em estudantes de graduação da área da saúde.....	18
1.6. Co-ocorrência de uso problemático de álcool e transtorno mental comum em estudantes de graduação da área da saúde.....	24
1.7. Avaliação de uso problemático de álcool em populações não-clínicas....	28
1.8. Avaliação de transtorno mental comum em populações não-clínicas.....	29
 2. JUSTIFICATIVA.....	 31
 3. OBJETIVOS.....	 32
 4. METODOLOGIA.....	 33
4.1. Contexto da pesquisa.....	33
4.2. Aspectos éticos.....	34
4.3. Procedimentos.....	34
4.3.1. Estudo Piloto.....	34
4.3.2. Coleta de dados.....	34
4.3.3. Amostra.....	35
4.3.4. Instrumentos de pesquisa.....	36

4.3.4.1. Questionário sócio-demográfico e da experiência acadêmica.....	36
4.3.4.2. <i>Alcohol Use Disorders Identification Test</i> (AUDIT).....	36
4.3.4.3. <i>Self Report Questionnaire</i> (SRQ-20).....	37
4.3.5. Análise dos dados.....	38
5. RESULTADOS.....	39
5.1. Características sócio-demográficas e acadêmicas.....	39
5.2. Uso problemático de álcool.....	42
5.2.1. Uso problemático de álcool e satisfação com a carreira escolhida.....	47
5.2.2. Uso problemático de álcool e satisfação com o curso na faculdade.....	47
5.2.3. Uso problemático de álcool e satisfação com o próprio desempenho como estudante.....	48
5.2.4. Episódio de <i>binge drinking</i> e satisfação com a carreira escolhida.....	48
5.2.5. Episódio de <i>binge drinking</i> e satisfação com o curso na faculdade.....	49
5.2.6. Episódio de <i>binge drinking</i> e satisfação com o próprio desempenho como estudante.....	50
5.3. Transtorno mental comum.....	50
5.3.1. Transtorno mental comum e satisfação com a carreira escolhida.....	53
5.3.2. Transtorno mental comum e satisfação com o curso na faculdade.....	53
5.3.3. Transtorno mental comum e satisfação com o próprio desempenho como estudante.....	54
5.4. Co-ocorrência de uso problemático de álcool e transtorno mental comum.....	55
5.4.1. Co-ocorrência de uso problemático de álcool e transtorno mental comum e sexo.....	55
5.4.2. Co-ocorrência de uso problemático de álcool e transtorno mental comum e satisfação com a carreira escolhida.....	55
5.4.3. Co-ocorrência de uso problemático de álcool e transtorno mental comum e satisfação com o curso na faculdade.....	56
5.4.4. Co-ocorrência de uso problemático de álcool e transtorno mental comum e satisfação com o próprio desempenho como estudante.....	57
5.4.5. Correlação entre uso problemático de álcool e transtorno mental comum.....	57

6. DISCUSSÃO.....	59
6.1. Uso problemático de álcool em estudantes de graduação da área da saúde.....	59
6.2. Transtorno Mental Comum em estudantes de graduação da área da saúde.....	61
6.3. Co-ocorrência de uso problemático de álcool e transtorno mental comum em estudantes de graduação da área da saúde.....	62
6.4. Satisfação acadêmica e uso problemático de álcool, transtorno mental comum e co-ocorrência de uso problemático de álcool e transtorno mental comum.....	64
7. CONCLUSÃO.....	68
8. BIBLIOGRAFIA.....	70
 ANEXO 1 Questionário sócio-demográfico e da experiência acadêmica.....	 81
ANEXO 2 <i>Alcohol Use Disorders Identification Test</i> (AUDIT).....	82
ANEXO 3 <i>Self Report Questionnaire</i> (SRQ-20).....	83
ANEXO 4 Aprovação da Comissão de Graduação da FMRP-USP.....	84
ANEXO 5 Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do HCFMRP-USP...	85

1. INTRODUÇÃO

1.1. Comorbidade psiquiátrica entre transtornos relacionados ao álcool e outros transtornos mentais

O conceito de comorbidade psiquiátrica é a presença de dois ou mais diagnósticos psiquiátricos no mesmo indivíduo e no mesmo período de tempo. O diagnóstico de comorbidade não implica em relação de causa e efeito e apresenta a característica de ser flexível para abranger as associações das diversas categorias diagnósticas, de diferentes etiologias e com cursos de evolução distintos (SCHUCKIT, 2006).

Além do diagnóstico, as etiologias das comorbidades psiquiátricas entre transtornos relacionados ao álcool e outros transtornos mentais são complexas. Os quatro principais modelos teóricos apresentados pela literatura são o de transtorno relacionado ao álcool secundário a outros transtornos mentais, o de transtorno mental secundário ao uso de álcool, o de fator causal comum e os modelos bidirecionais. O modelo de transtorno relacionado ao álcool secundário a outros transtornos mentais está relacionado à teoria que indivíduos com transtornos psiquiátricos estariam mais vulneráveis para o uso problemático de álcool. O modelo de transtornos mentais secundário ao uso de álcool propõe que o uso problemático de álcool poderia desencadear sintomas psiquiátricos. O modelo de fator causal comum é baseado na teoria que taxas elevadas de comorbidades são resultados de fatores de riscos que podem ser compartilhados por uma e outra condição, como fatores genéticos e psicossociais. Os modelos bidirecionais sustentam que um transtorno mental aumentaria a vulnerabilidade para um transtorno mental relacionado ao álcool e drogas e a reciprocidade também seria verdadeira. Nenhum modelo explica isoladamente todos os casos e mais de um modelo pode ser aplicado para um mesmo indivíduo (MUESER, DRAKE & WALACH, 1998) caracterizando relações causais complexas (JAFFE, 1999; SCHUCKIT, 1999).

A comorbidade entre transtornos relacionados ao álcool e outros transtornos mentais têm sido bastante estudada devido à elevada frequência. Estudos de revisão e os principais levantamentos realizados na comunidade que relatam dados de comorbidade psiquiátricas citados na literatura como o *Epidemiologic Catchment Área Study* (ECA), o *National Comorbidity Study* (NCS) e o *National Longitudinal*

Alcohol Epidemiological Survey (ABOU-SALEH & JANCA, 2004) apresentam que transtornos mentais relacionados ao álcool, transtornos depressivos e transtornos ansiosos são as condições psiquiátricas mais freqüentes na comunidade e apresentam elevados índices de associação (NUNES & ROUNSAVILLE, 2006; ZALESKY et al. 2006; ABOU-SALEH & JANCA, 2004; HETEM & GRAEFF, 2004; REGIER et al., 1990). Do ponto de vista da epidemiologia, a literatura apresenta estudos que relatam a associação entre transtornos relacionados ao álcool e transtornos depressivos e de ansiedade em amostras clínicas e na comunidade. Estes estudos apresentam muitas diferenças quanto à metodologia de pesquisa, principalmente quanto ao delineamento, período de estudo e técnicas de análise.

Lançando uma perspectiva sobre a população geral, um estudo que avaliou uma amostra representativa da população dos Estados Unidos de 43.093 sujeitos, com idade acima de 18 anos e predominantemente feminina (52%) relatou taxas de prevalência de comorbidades entre transtorno relacionado ao álcool (abuso ou dependência) de aproximadamente 13 a 16% com algum transtorno depressivo (depressão maior ou distímia) e de 13% com algum transtorno de ansiedade (transtorno de pânico, fobia social ou específica ou ansiedade generalizada) e relatou também que pessoas com transtornos relacionados ao álcool apresentaram riscos para algum transtorno de humor ou de ansiedade que eram 1,7 a 2,6 maiores comparativamente com pessoas sem problemas com uso de álcool (GRANT et al., 2004). Outro estudo que avaliou 10.803 sujeitos com idade entre 18 e 64 anos na República Federal da Alemanha utilizando o *Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT) para avaliar o uso problemático de álcool e o *Munich Composite International Diagnostic Interview* (M-CIDI) para avaliar transtornos mentais relatou uma prevalência de 27,5% de uso de risco de álcool, 27,7% de *binge drinking*, 14,5% de abuso de álcool e de 30,4% para dependência de álcool. A taxa de comorbidade entre transtorno relacionado ao álcool e transtornos depressivos ou ansiosos foi de 21,6%. Os participantes com comorbidades apresentaram uma taxa de dependência de álcool significativamente maior em relação a aqueles sem comorbidades (GROTHUES et al., 2005). No clássico estudo *Epidemiologic Catchment Area Study* (ECA), a estimativa de prevalência de algum transtorno mental que não transtornos relacionados ao álcool ou drogas ao longo da vida foi de 22,5%, a prevalência para dependência de álcool foi de 13,5% e a prevalência para dependência de outras substâncias foi de 6,1%. Entre aqueles com algum transtorno

mental, 22% dos participantes apresentaram dependência de álcool e 15% dependência de outras drogas. Entre aqueles com dependência de álcool, 37% dos participantes teve outro transtorno mental comórbido (REGIER et al., 1990). Outros estudos relataram níveis de associação entre transtornos relacionados ao álcool e transtornos depressivos ou ansiosos com amostras da comunidade (ABOU-SALEH & JANCA, 2004; CROME, 2004; COUWENBERGH et al., 2006).

Avaliando o período da adolescência, um estudo longitudinal prospectivo analisou uma amostra de 940 estudantes colegiais distribuídos em três grupos, um primeiro grupo de adolescentes com transtornos relacionados ao álcool (abuso ou dependência), um segundo grupo de bebedores problemáticos (que apresentaram sintomas de dependência, porém não preencheram completamente o diagnóstico) e um terceiro grupo sem problemas relacionados ao álcool. As avaliações foram aos 14, 18 e 24 anos de idade dos participantes e relatou uma frequência de depressão de, respectivamente, 52%, 42% e 30% no primeiro, segundo e terceiro grupo. Os adolescentes com diagnóstico de transtornos relacionados ao álcool apresentaram risco 2,3 vezes maior de ter depressão aos 24 anos comparativamente com o grupo de bebedores problemáticos ou de sem problemas com álcool. As frequências de ansiedade foram de, respectivamente, 15%, 12% e 10% no primeiro, segundo e terceiro grupo e não houve relação significativa entre os grupos (RHODE et al., 2001).

No Brasil, um estudo avaliou 2.284 estudantes de primeiro e segundo graus, com idade média de 16 anos e entre 11 e 26 anos, predominantemente masculina (52%) da cidade de Campinas-SP. Foi utilizado um questionário geral para avaliar o uso de álcool e outras drogas e o *General Health Questionnaire* (GHQ) que identifica a presença de transtorno mental comum. Foi considerado “uso pesado” de álcool ou outras drogas o consumo de pelo menos uma vez nos últimos vinte dias ou mais vezes nos últimos trinta dias. Foram relatadas as prevalências de uso pesado de álcool de 11,9%, tabaco de 11,7%, maconha de 4,4%, solventes de 1,8%, cocaína de 1,4%, psicotrópicos de 1,1% e de uso pesado de ecstasy de 0,7%. O uso pesado de álcool e outras drogas associaram-se significativamente com o nível socioeconômico mais alto, estudar a noite, trabalhar, educação pouco religiosa na infância, relatar sentir-se pouco apoiado ou compreendido na família e com maior pontuação no GHQ, isto é, houve associação significativa entre transtorno mental comum e uso pesado de álcool e outras drogas. Os autores relataram que o *cluster*

de sofrimento mental, pior ambiente familiar e uso pesado de drogas podem facilitar a evolução para a dependência química, desorganização de personalidade e para quadros psiquiátricos mais graves (SOLDERA et al., 2004).

Avaliando grupos específicos no Brasil, foram localizados levantamentos com populações clínicas (MACIEL & YOSHIDA, 2006), em gestantes (PINHEIRO, LAPREGA & FURTADO, 2005) e com médicos em tratamento para dependência química (ALVES et al., 2005). Um estudo utilizou o Inventário de Depressão de Beck (BDI) e outros instrumentos para avaliar uma amostra de vinte pacientes adultos em seguimento ambulatorial. Estes pacientes tinham diagnóstico realizado por médico psiquiatra de dependência de álcool com base na Classificação Internacional de Doenças – Décima revisão (CID-10) e foi comparado com um grupo controle. Foi relatada a presença de depressão grave (15%) e de depressão moderada (30%) na amostra total e uma forte associação entre depressão e dependência de álcool (MACIEL & YOSHIDA, 2006). Outro estudo que avaliou 450 gestantes atendidas em uma maternidade pública encontrou que 38,2% das participantes apresentaram escore indicativo de transtorno mental comum (ou transtorno psiquiátrico comum) com o *Questionário de Morbidade Psiquiátrica do Adulto* (QMPA) e 9,1% das participantes apresentou diagnóstico de uso nocivo ou de dependência de álcool (CID-10). As gestantes que apresentaram diagnóstico de transtorno relacionado ao álcool apresentaram maior média no escore do QMPA que gestantes sem problemas com o consumo de álcool, no entanto a diferença não alcançou significância estatística (PINHEIRO, LAPREGA & FURTADO, 2005). Um estudo que avaliou 198 médicos em tratamento ambulatorial por uso nocivo ou dependência química encontrou que o padrão de consumo mais freqüente foi o uso associado entre álcool e outras drogas (36,8%), seguido pelo uso de álcool isolado (34,3%) e pelo uso isolado de drogas (28,3%). A taxa de comorbidade psiquiátrica foi de 27,7% onde os diagnósticos mais encontrados foram transtornos depressivos, transtorno afetivo bipolar e transtornos de personalidade entre outros (ALVES et al., 2005).

Na literatura, a comorbidade psiquiátrica é caracterizada como relacionada à dificuldades no diagnóstico, como fator agravante na evolução clínica e por necessitar de tratamentos complexos e apresentar prognósticos difíceis (NUNES & ROUNSAVILLE, 2006; SCHUCKIT M. A., 2006; ZALESKI et al., 2006; ALVES et al., 2004).

O segmento populacional de estudantes de graduação da área da saúde é relatado como exposto ao risco para o desenvolvimento de UPA (PEUKER et al., 2006; PILLON & CORRADI-WEBSTER, 2006; LUCAS *et al.*, 2006; OLIVEIRA et al., 2005; FIORINI et al., 2003; KERR-CORRÊA et al., 2000; KERR-CORRÊA et al., 1999; ANDRADE et al., 1997) e também de TMC (LIMA et al., 2006; FACUNDES & LUDERMIR, 2005; BALDISSEROTTO et al., 2005; VOLCAN et al., 2003).

A identificação de fatores associados ao UPA, TMC e co-ocorrência entre UPA e TMC contribui para uma melhor compreensão e para a elaboração de estratégias de prevenção. Neste estudo foi avaliada a relação entre estas condições com o relato de satisfação com a carreira escolhida, satisfação com o curso na faculdade e satisfação com o próprio desempenho como estudante. A satisfação com estes aspectos da experiência acadêmica é um importante componente para a satisfação geral com a vida e para uma estimativa de bem estar pessoal considerando a importância que um curso superior representa na vida de um adulto jovem (MARTINEZ, PARAGUAY & LATORRE, 2004).

1.2. Uso problemático de álcool

Um desafio em pesquisas de temas relacionados ao álcool é a questão conceitual. O clássico termo “*Alcoolismo*” da primeira Classificação Internacional de Doenças adotada em 1893 evoluiu através das revisões e atualmente duas categorias diagnósticas são principais em uma série de diagnósticos da CID-10 elaborada pela OMS em 1993. As duas categorias principais dos Transtornos mentais relacionados ao álcool são “Uso Nocivo” e a “Síndrome de Dependência de Álcool” (RAMOS & BERTOLETE, 1997) cujos critérios diagnósticos da CID-10 (OMS, 1993) são apresentados no quadro 1 (página 6). Priorizando a prevenção, a OMS tem divulgado a identificação de quatro padrões básicos de consumo de álcool na comunidade, o “uso de baixo risco”, “uso de risco”, “Uso Nocivo” e a “Síndrome de Dependência de Álcool” que caracterizam o uso problemático de álcool (UPA).

O “uso de baixo risco” é um padrão de beber caracterizado por não exceder o “limite de baixo risco” de consumo de álcool. Publicações da OMS caracterizam o “limite de baixo risco” como uma frequência de consumo de até duas doses padrão de álcool por dia para homens adultos e saudáveis, até uma dose padrão de álcool

para mulheres adultas, saudáveis e não gestantes e também para idosos saudáveis e não beber por pelo menos dois dias por semana.

Quadro 1

Diretrizes diagnósticas de Uso Nocivo e da Síndrome de Dependência de Álcool da CID-10

Uso Nocivo
<p>Um padrão de uso de álcool que esta causando dano à saúde que pode ser físico (por exemplo, cirrose secundária ao álcool) ou mental (por exemplo, episódio depressivo secundário de álcool). As diretrizes diagnósticas são:</p> <ul style="list-style-type: none"> □ O diagnóstico requer que um dano real foi causado a saúde física ou mental. □ Padrões nocivos são freqüentemente criticados por outras pessoas e associados a consequências sociais diversas. □ A intoxicação aguda, a “ressaca”, a reprovação por uma pessoa ou pela cultura ou situações sociais negativas, por si mesmo, não são considerados evidencias de uso nocivo. □ O uso nocivo não deve ser diagnosticado se a síndrome de dependência de álcool, um transtorno psicótico ou outra forma específica de transtorno estiver presente.
Síndrome de Dependência de Álcool
<p>Um conjunto de fenômenos fisiológicos ou comportamentais e cognitivos, no qual o uso de álcool alcança uma prioridade muito maior para um determinado indivíduo que outros comportamentos anteriormente valorizados. As diretrizes diagnósticas implicam na presença de pelo menos três dos seguintes critérios nos últimos doze meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> □ forte desejo ou compulsão para consumir a substância; □ dificuldade de controle de consumo em relação ao início, término e quantidade; □ estado de abstinência após cessação ou diminuição do consumo; □ evidência de tolerância, de tal forma que doses crescentes da substância são requeridas para se obter efeitos originalmente obtidos com doses mais baixas; □ abandono progressivo de prazeres ou interesses alternativos em favor do uso e aumento da quantidade de tempo necessário para obter, usar ou recuperar de seus efeitos e, último critério, □ persistência de uso da substância mesmo havendo evidência clara de consequências manifestamente nocivas e estando o usuário consciente da natureza e extensão do dano.

É importante considerar que este referencial deve estar relacionado com o consumo de álcool em contextos adequados, por pessoas que querem e podem beber. Não é recomendado para pessoas que têm doenças onde o consumo de álcool poderia ser um fator agravante incluindo antecedente de dependência de álcool ou que estejam usando medicações que possam interagir com o álcool. Uma dose padrão de álcool corresponde a doze gramas de etanol, encontrado em aproximadamente uma lata de cerveja (350 ml), em uma taça de vinho (140 ml) ou uma dose de uísque ou aguardente (40 ml) (BABOR et. al., 2003 a e b).

O “uso de risco” é um padrão de consumo de álcool recorrente que excede o “limite de beber de baixo risco” e implica em dano latente, em um aumento da probabilidade de conseqüências prejudiciais que ainda não aconteceram (BABOR et. al., 2003 a e b). Um padrão de beber de alto risco é o “*binge drinking*”, descrito como o consumo de cinco ou mais doses padrão de álcool em um único episódio, freqüente entre adultos jovens incluindo estudantes universitários (KARAN, 2007; DIMEFF et al., 2002; KERR-CORRÊA et al., 2002; WECHSLER et al., 2000). As pessoas que têm um padrão de beber de risco e de “*binge drinking*” devem receber atenção especial do ponto de vista preventivo considerando que ainda não ocorreu um dano real. Uma ação de prevenção tem sido divulgada pela OMS através da implantação de intervenções breves para prevenção de UPA na rede primária de saúde (BABOR et. al. 2003 a, b).

Atualmente o uso problemático de álcool (UPA) é um problema importante de saúde pública. Relatórios da Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre o consumo global de álcool relatam que o UPA contribuiu com 3,2% das mortes em todo o mundo e com quatro por cento de Anos de Vida Ajustados por Incapacidade (DALYS). O UPA em adolescentes e adultos jovens é uma preocupação considerando a tendência de padrões de beber de maior risco e mais prejudiciais nesta faixa etária além da exposição a uma propaganda maciça para consumo de álcool voltado para este público (WHO, 2001; WHO, 2004; OMS, 2004). No Brasil, a recente “Política Nacional sobre o Álcool” relata a implantação de medidas para a redução do uso indevido de álcool e a proteção de segmentos populacionais vulneráveis ao consumo prejudicial e ao desenvolvimento da dependência de álcool (Ministério da Saúde, 2007).

Um panorama do UPA no Brasil pode ser apresentado através de levantamentos epidemiológicos realizados na comunidade (CARLINI e col., 2005), com estudantes

do ensino médio e fundamental (GALDURÓZ e col., 2005) e com estudantes de graduação da área da saúde (PEUKER et al., 2006; PILLON & CORRADI-WEBSTER, 2006; LUCAS *et al.*, 2006; OLIVEIRA et al., 2005; FIORINI et al., 2003; KERR-CORRÊA et al., 2002; KERR-CORRÊA et al., 1999; ANDRADE et al., 1997).

Sobre o consumo de álcool na população geral, o II Levantamento Domiciliar sobre Uso de Drogas Psicotrópicas avaliou uma amostra de 7.939 brasileiros, com idade entre 12 e 65 anos e distribuição equilibrada dos sexos nas diferentes faixas etárias em 108 cidades com mais de duzentos mil habitantes. O instrumento utilizado foi o questionário *Substance Abuse and Mental Health Service Administration* (SAMHSA). Foi avaliada, entre outros dados, a estimativa de prevalência de “*uso na vida*” de álcool (ter usado bebida alcoólica pelo menos uma vez ao longo da vida) e de dependência de álcool. Considerando o *uso na vida*, as drogas mais experimentadas foram álcool, tabaco, maconha, solventes, benzodiazepínicos, orexígenos, estimulantes e cocaína. A estimativa de prevalência de “*uso na vida*” de álcool na população geral foi de 74,6%. Na faixa etária de 18 a 24 anos foi de 78,6%, com a menor taxa de 48,4% na Região Norte e maior taxa de 84,2% na Região Sudeste. Na Região Sudeste encontra-se a cidade de Ribeirão Preto e a FMRP-USP, onde foi realizado este estudo. A estimativa de prevalência de dependência de álcool na população geral foi de 12,3%. Na faixa etária de 18 a 24 anos foi de 19,2%, com a menor taxa de 9,3% na Região Norte e maior taxa de 21,9% na Região Sudeste. Em todas as regiões do país, a taxa estimada de dependentes de álcool foi maior no sexo masculino e na faixa etária de 18 a 24 anos. O taxa de *uso na vida* de álcool no Brasil foi menor que outros países como o Chile (86,5%) e Estado Unidos da América (82,4%) (CARLINI e col., 2005).

Como referencia de consumo de álcool por adolescentes no Brasil, pode ser citado os resultados do V Levantamento Nacional Sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio da Rede Pública de Ensino de 27 Capitais brasileiras. Foi avaliada uma amostra de 48.155 estudantes com idade a partir dos 10 anos e com discreto predomínio do sexo feminino (50,2%). A estimativa da prevalência de *uso na vida* de álcool foi de 65,2% entre os participantes. A prevalência de *uso no ano* de álcool, ou seja, utilizou pelo menos uma vez nos últimos doze meses, foi de 63,3%. A média de idade de início de uso de álcool foi de 12,5 anos que foi a menor média de idade de primeiro uso comparativamente com outras substâncias. A taxa de “*uso freqüente*” (ter consumido

a substância psicoativa seis ou mais vezes nos últimos trinta dias) foi de 11,7% e de “uso pesado” (ter consumido uma substância psicoativa 20 ou mais vezes nos últimos trinta dias) foi de 6,7% entre os participantes. Este é um levantamento importante considerando que a adolescência é uma fase de alto risco para o uso de álcool e outras drogas. As características desta fase incluem a busca do “eu próprio”, tendência a se instalar em grupos, necessidade de fantasiar e intelectualizar, crises de religiosidade, dificuldade de noção de tempo (imediatismo), busca de atividades sexuais, comportamento reivindicatório, condutas contraditórias, independência progressiva dos pais, flutuações de humor e estado de ânimo além de períodos de insatisfação, insegurança e agressividade. A tentativa de ultrapassar a insegurança e a auto-afirmação pode levar a transgressão, a busca do prazer imediato e a atitudes desafiadoras e ao uso de álcool e outras drogas. O consumo de álcool e outras drogas podem propiciar, temporariamente, os requisitos para complementar uma adolescência em desarmonia como prazer imediato, transgressão, fuga através do prazer solitário, jogo com a morte, necessidade de poder, inconformismo, necessidade de liberdade e aceitação e respeito dentro da turma. Entretanto, também intensifica os riscos de complicações biológicas, psicológicas ou sociais além de contribuir com consequências negativas no futuro (GALDURÓZ e col., 2005). Apesar de ser conhecido o consumo de álcool por adolescentes no Brasil é importante assinalar que a lei brasileira define como proibida a venda bebidas alcoólicas para menores de 18 anos (PECHANSKY et al., 2004).

Com relação à etiologia do alcoolismo, é importante considerar que o início do uso de álcool geralmente acontece na adolescência e início da vida adulta e a evolução do “beber normal” para o UPA pode apresentar cursos heterogêneos, diferentes níveis de gravidade e é um processo que pode durar anos até a dependência onde, neste período de transição, começam a aparecer os problemas. A literatura apresenta a etiologia da Síndrome de Dependência de Álcool através de modelos multifatoriais. Teoricamente, os fatores podem ser classificados em biológicos, genéticos, psicológicos e sociais (RAMOS & BERTOLOTE, 1997). Com relação aos fatores genéticos, a maior proporção de dependentes de álcool em determinadas famílias e estudos com gêmeos sugerem que fatores genéticos podem modular a vulnerabilidade ao desenvolvimento do alcoolismo. Estudos recentes têm destacado a importância de polimorfismos genéticos e a predisposição ao

alcoolismo (BAU, 2002; VOGEL et al., 2006). Um estudo longitudinal e prospectivo recente avaliou uma amostra de filhos de pais alcoolistas denominados COAS, do inglês "*children of alcoholics*", comparativamente com um grupo controle, do nascimento até os onze anos de idade. Foi relatado que o grupo COAS apresentou uma prevalência significativamente mais elevada de problemas de natureza psiquiátrica como problemas com álcool, transtornos internalizantes (como depressão e ansiedade) e principalmente transtornos expansivos (como hiperatividade e transtornos de conduta) comparativamente com o grupo controle (FURTADO, LAUCHT & SCHMIDT, 2002; 2006). Com relação aos fatores biológicos, são relatadas diferenças individuais quanto a processos fisiológicos relacionados à perda de controle no consumo de álcool, a alterações do metabolismo celular do álcool, a inibição de "centros cerebrais de controle" e ativação de circuitos neuronais específicos que estariam relacionados à compulsão pelo álcool. Com relação aos determinantes psicológicos, várias teorias tentam explicar o desenvolvimento da dependência de álcool, ou mesmo de outras drogas, através de processos psicológicos. Tanto os processos cognitivos (pensamento, atenção e memória) como fatores afetivos (sentimentos e atitudes) caracterizam a dimensão psicológica. Outros aspectos que vem sendo relatado recentemente estão relacionados a motivações, expectativas e crenças a respeito do álcool. Há evidências de que as expectativas a respeito do álcool são formadas em idade bastante anterior ao atual consumo de álcool e é bastante influenciada pelos hábitos alcoólicos familiares. Cada teoria psicológica procura explicar o desenvolvimento da dependência de álcool através do seu referencial teórico. Com relação aos determinantes sociais, as relações interpessoais como o comportamento dos pais e de outros familiares próximos quanto ao uso de álcool assim como a influência de pares na adolescência e entre adultos jovens são importantes na determinação do padrão de consumo de álcool. Outros aspectos culturais frequentemente citados na literatura que influenciam o consumo de álcool são diferenças relacionadas ao gênero, a idade, aos grupos étnicos, ao grau de urbanização e a religião. Aspectos relacionados à economia como oferta e custo de álcool assim como aspectos políticos também influenciam o consumo. Os fatores sociais estão relacionados a diferentes e complexas concepções sobre o alcoolismo, no entanto, minimizar a participação dos fatores sociais na determinação do alcoolismo é contribuir para que

a sociedade não assuma sua parcela de responsabilidade (FORMIGONI & MONTEIRO, 1997).

A interação entre os fatores é complexa no desenvolvimento da Síndrome de Dependência de Álcool (SDA). Todas as pessoas que bebem têm potencialmente a possibilidade de se tornarem dependentes. A maior ou menor probabilidade vai depender da interação dos fatores que caracterizam a vulnerabilidade individual. Fatores psicológicos e sociais são importantes na experimentação do álcool, mas os fatores genéticos e biológicos são fundamentais para o desenvolvimento da Síndrome de Dependência do Álcool. Assim como, através de outra perspectiva, a vulnerabilidade genética e biológica isoladamente não desenvolveria a SDA em um sujeito onde as características de personalidade ou crenças contribuíram para a não experimentação de bebidas alcoólicas ao longo da vida.

De uma forma geral, as consequências do UPA estão relacionadas a doenças agudas e crônicas, por exemplo, a cirrose de fígado e pancreatite alcoólica (BARROS et al., 1997; FERRI-DE-BARROS et al., 2004) além de danos neurotóxicos pelo consumo de álcool (CUNHA & NOVAES, 2004; ZALESKI et al., 2004). Ainda, são freqüentes as complicações psiquiátricas como a intoxicação alcoólica, a Síndrome de Dependência de Álcool e outros transtornos mentais relacionados ao álcool (SCIVOLETTO & ANDRADE; 1997). Além dos danos para a saúde, há o impacto social como prejuízos nas relações interpessoais, na família, com amigos, no trabalho, nas relações cotidianas, a violência doméstica, a criminalidade, o absenteísmo no trabalho, acidentes de trânsito e custos previdenciários com incapacitação precoce ou temporária (BERTOLOTE; 1997; MINAYO & DESLANDES, 1998; MARIN & QUEIROZ, 2000; MOURÃO et al., 2000; MORAES et al., 2006). O UPA está implicado em quase todos os problemas comportamentais e de saúde de adultos jovens, incluindo agressões, desempenho acadêmico prejudicado, vandalismo, brigas, doenças sexualmente transmissíveis, lesões decorrentes de acidentes, suicídio e mortes acidentais e de trânsito (GAZAL-CARVALHO et al., 2002).

1.3. Uso problemático de álcool em estudantes de graduação da área da saúde

Para muitos jovens, alcançar a universidade pode ser um período muito emocionante. Entretanto, muitos estudantes podem experimentar pela primeira vez

em suas vidas uma ampla escala de desafios que aumentam a demanda no nível individual, interpessoal, acadêmico e social. Estudantes universitários podem ampliar a autonomia individual em relação à anterior proteção do lar e ao controle dos pais, podem enfrentar os desafios de uma maior exigência no aprendizado em diferentes fases dos cursos, de formar novas amizades e lidar com a influência de pares. Todos estes fatores associados com a maciça propaganda de bebidas alcoólicas, a facilidade de obtenção (BASÍLIO & GARCIA, 2006) e a personalidade ainda em formação de jovens, podem caracterizar o período da faculdade como uma fase de maior risco para o uso e abuso de álcool e outras drogas, principalmente para os jovens que tem vulnerabilidade individual (KARAN et al., 2007). Os estudantes de graduação apresentam uma tendência de beber excessiva e ter problemas relacionados ao álcool. A causa principal de ferimentos e mortes entre estudantes de graduação é o padrão de beber de “*binge drinking*” (KARAN, 2007; DIMEFF et al., 2002; KERR-CORRÊA et al., 2002; WECHSLER et al., 2000). Ainda, estudantes de graduação da área da saúde estão expostos a fatores estressores como exigência relacionada ao aprendizado, de lidar com a doença, com a morte e com a relação com pacientes difíceis (NOGUEIRA-MARTINS, 2005).

Um estudo recente de revisão apresentou um panorama sobre o consumo de álcool entre estudantes universitários em todas as regiões do mundo. Relatou que a prevalência de uso de álcool é similar na Austrália, Europa e América do Norte e na América do Sul e mais baixa na África e na Ásia. O consumo de álcool por universitários está presente mesmo em regiões onde a cultura e a religião têm normas proibitivas para o uso de álcool como a região do Oriente Médio como apresentado em poucos estudos localizados. Destacou que a causa principal de ferimentos e morte entre estudantes de faculdade e adultos jovens nos Estados Unidos é o padrão de beber tipo *binge drinking* e que estudantes de graduação é um grupo de risco para problemas com o consumo de álcool (KARAN et al., 2007).

O quadro 2 (página 13) apresenta estudos brasileiros que relataram a prevalência de consumo de álcool por estudantes de graduação da área da saúde publicados na última década.

Quadro 2

Estudos brasileiros que relataram a prevalência de consumo de álcool por estudantes de graduação da área da saúde publicados na última década.							
Ano*	Autores	Amostra	n	Gênero	Taxa**	Período	Distribuição por gênero
2006	PEUKER <i>et al.</i>	Alunos de Medicina, Psicologia, Odontologia, Enfermagem e Farmácia da UFRGS	165	51,0% do sexo feminino	90,3%	“uso no ano”	44,2% de “bebedores problemas” (escore>8 no AUDIT), 35,7% das mulheres e 53,1% dos homens
2006	PILLON <i>et al.</i>	Alunos de Enfermagem (EERP) de Ribeirão Preto	246	97% do sexo feminino	83,5%	“uso no ano”	20,5% fazem uso problemático de álcool (UPA) com escore>8 no AUDIT
2006	LUCAS <i>et al.</i>	Alunos de Farmácia, Medicina e Odontologia (UFAM)	418	65,7% do sexo feminino	87,7%	“uso na vida”	86,3% das mulheres e 90,1% dos homens usaram álcool pelo menos uma vez na vida
2005	OLIVEIRA <i>et al.</i>	Alunos de Farmácia da Universidade Federal de Goiás	134	Não relatado	84,0%	“uso no ano”	26,2% das mulheres e 37,5% dos homens usaram álcool pelo menos uma vez nos últimos doze meses
2003	FIORINI <i>et al.</i>	Alunos da Universidade de Alfenas	1500	52% do sexo feminino	83,0%	“uso na vida”	Não relatado
2002	KERR-CÔRREA <i>et al.</i>	Alunos de cursos da UNESP	11382	55,7% do sexo feminino	74,4%	“uso no mês”	69,9% das mulheres e 80,1% dos homens usaram álcool no mês
1999	KERR-CÔRREA <i>et al.</i>	Alunos de medicina da UNESP	421	47% do sexo feminino	79,0%	“uso no ano”	80,0% das mulheres e 85,4% dos homens fizeram uso de álcool nos últimos doze meses
1997	ANDRADE <i>et al.</i>	Alunos de Biológicas da USP de São Paulo	1100	Não relatado	82,3%	“uso no ano”	79,85 das mulheres e 85,6% dos homens fizeram uso de álcool nos últimos doze meses
* Ano de publicação. ** Prevalência de uso de álcool.							

O padrão de uso de álcool por estudantes universitários varia consideravelmente ao longo do ano acadêmico e está classicamente ligado a eventos importantes como recepção de calouros, formaturas e férias. Alguns estudos relataram que universitários podem ter iniciado o consumo de álcool e drogas previamente ao início da faculdade (FIORINI et al., 2003; BARRIA & ANDRADE et al., 2000; KERR-CÔRREA et al., 1999) motivados por curiosidade, diversão, prazer, incentivo de amigos ou mesmo sem saber o motivo (OLIVEIRA et al., 2005; KERR-CÔRREA et al., 1999). Entretanto, muitos estudantes iniciam o uso de álcool e drogas durante o período da faculdade e outros acentuam o padrão de consumo. Em um estudo realizado na USP de São Paulo, 45,2% dos estudantes da amostra iniciaram o consumo após o ingresso na faculdade, provavelmente pelo fato de que, principalmente no primeiro ano, os eventos sociais (festas, cervejadas e competições) são relatados como importantes para a integração entre calouros e veteranos. Além disso, a época de faculdade é relatada como uma das fases mais difíceis dos universitários, principalmente os últimos anos, e o uso de álcool e outras drogas pode estar associado a estes fatores como escape de condições de estresse ou estimulantes para o estudo e trabalho (BARRIA & ANDRADE, 2000). Outras razões relatadas pelos universitários para beber estão relacionadas ao prazer, alívio da ansiedade ou estresse, aumentar a confiança, hábito, alívio de pressões sociais ou de exames e trabalho (NEWBURY-BIRCH et al., 2001).

Nos estudos onde foi utilizado o AUDIT para rastreamento de UPA (PEUKER et al., 2006; PILLON & CORRADI-WEBSER, 2006), a prevalência de UPA foi de 44,2% e de 20,5% respectivamente. O padrão de beber de *binge drinking*, caracterizado pelo consumo de cinco ou mais doses padrão de álcool em uma única ocasião pelo menos uma vez por mês, foi observado em 33,3% dos universitários da amostra analisada por PEUKER et al. (2006) e 15,4% dos estudantes avaliados por PILLON & CORRADI-WEBSER (2006).

Nos Estados Unidos, um programa intitulado *College Alcohol Study* avaliou universitários em três levantamentos durante a década de noventa, 17.592 alunos em 1993, 15.685 alunos em 1997 e 14.941 alunos em 1999, e relatou que as taxas de *binge drinking* em uma frequência de pelo menos dois episódios em duas semanas, foram de 45%, 43% e 43%, respectivamente, em 1993, 1997 e 1999 (WECHSLER e col., 2004).

Episódios de *binge drinking* estão relacionados à maior frequência de comportamento de risco (atividade sexual não planejada e sem proteção, dirigir embriagado, uso de tabaco, vandalismos, comportamento anti-social, acidentes e tentativas de suicídio), e a outras consequências negativas relacionadas ao álcool (problemas acadêmicos e com a polícia, gravidez não desejada e doenças sexualmente transmissíveis) além de prejuízos neuropsicológicos (prejuízos no desempenho de tarefas cognitivas e *blackout* ou episódios de apagamento de memória, isto é, perda de memória para eventos que aconteceram durante a ocasião de intoxicação alcoólica) como relatado nos estudos revisados (PEUKER et al., 2006; WECHSLER e col., 2004; DIMEFF et al., 2002).

Em todos os estudos revisados o uso de álcool foi predominante no sexo masculino, exceto no estudo publicado por PILLON & CORRADI-WEBSTER (2006) que avaliou estudantes de Enfermagem e a amostra foi composta na maioria por mulheres. Foi relatada diferença significativa de consumo de álcool entre os sexos por KERR-CÔRREA et al. (2002) e ANDRADE et al. (1997) o que não foi observada em outros estudos (LUCAS et al., 2006; PEUKER et al., 2006; KERR-CÔRREA et al., 1999).

ANDRADE et al. (1997) apresentou dados sobre o uso de álcool e drogas de estudantes de graduação da área de Humanas (1241 alunos), Exatas (1198 alunos) e Biológicas (1100 alunos) da USP de São Paulo e constatou que a droga mais usada alguma vez na vida foi o álcool (90,1%), seguido do tabaco (43,3%), maconha (30,6%), solventes (18,2%) e cocaína (7,1%).

Com relação a outros fatores associados ao consumo de álcool, alguns estudos relatam que praticar uma religião tem sido uma característica associada a menor consumo de álcool e drogas (SILVA et al., 2006; KERR-CÔRREA et al., 2002). Por um outro lado, alunos com uma renda familiar alta e sem uma religião apresentam risco significativamente maior de consumo de álcool e drogas (SILVA et al., 2006). No estudo de PEUKER et al. (2006) onde foi utilizado o Inventário de Expectativas e Crenças Pessoais acerca do Álcool (IECPA) e o *Alcohol Use Identification Test* (AUDIT) na avaliação da amostra relatou que expectativas positivas e falsas crenças quanto ao efeito do álcool estão significativamente associadas ao maior consumo e a ocorrências negativas. Morar sem a família pode estar associado a um predomínio no uso de álcool e drogas (ANDRADE et al., 1997), no entanto KERR-CÔRREA et

al. (1999) não encontrou diferenças no uso de álcool e drogas entre alunos que moram com familiares ou em repúblicas, sem o (suposto) controle familiar.

Com relação às conseqüências, o UPA por estudantes de graduação no contexto do campus, está relacionado com danos ao patrimônio, lesões em terceiros, dificuldades com outras pessoas da comunidade do campus como perturbações de estudo ou sono, relações sexuais sem proteção e abordagem sexuais indesejadas, humilhações ou ofensas por alguém que tenha bebido (DIMEFF et al., 2002; CHAVES et al., 2005).

1.4. Transtorno mental comum

O termo Transtorno Mental Comum (TMC) delimita condições de agravo da saúde mental em uma dimensão pré-clínica e é caracterizado por sintomas como insônia, fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração e queixas somáticas que caracterizam sofrimento mental e também como uma dimensão categorial de sintomas depressivos e ansiosos (Goldberg, 1992).

Tem sido comumente utilizada na literatura recente (LIMA, DOMINGUES & RAMOS, 2006; MARAGNO et al., 2006; ARAÚJO, PINHO & ALMEIDA, 2005; FACUNDES & LUDERMIR, 2005). Outros termos também são utilizados na literatura para designar condições semelhantes como dificuldades emocionais (SILVA et al., 2006), distúrbios psiquiátricos menores (COSTA et al., 2002), transtorno psiquiátrico menor (VOLCAN et al., 2003; LIMA, SOARES & MARI, 1999) ou problemas psiquiátricos menores (BALDISSEROTO et al, 2005). A presença de TMC é um indicador de suspeição que estabelece uma forte relação com um possível caso clínico, ou seja, indivíduos com maior probabilidade de ter uma síndrome psiquiátrica de natureza ansiosa ou depressiva. Em termos gerais, TMC designa situações de sofrimento mental (ARAÚJO, PINHO & ALMEIDA, 2005). Entre os estudos revisados, o instrumento de identificação de TMC mais utilizado foi o *Self Report Questionnaire* (SRQ-20). Para facilitar a compreensão do texto, este estudo utilizou o termo transtorno mental comum (TMC) como referencia ao resultado do SRQ-20 em todos os estudos que citaram este instrumento considerando esta ser a terminologia mais freqüente entre os estudos recentes.

Nesta revisão, foram identificados levantamentos que avaliaram a prevalência de TMC na comunidade utilizando o SRQ-20 (FRANCO DA SILVA et al., 2006;

MARAGNO et al., 2006; ARAÚJO, PINHO & ALMEIDA, 2005; DIAS DA COSTA et al., 2002; LIMA, SOARES & MARI, 1999). Dois estudos transversais de base populacional com moradores da zona urbana de Pelotas-RS foram localizados. Um estudo (LIMA, SOARES & MARI, 1999) avaliou uma amostra de 1.277 moradores, 55,5% do sexo feminino, com idade entre 15 e 65 anos e relatou a taxa de prevalência de transtornos psiquiátricos menores de 22,7% entre os participantes. Outro estudo (COSTA et al., 2002) avaliou uma amostra de 1.968 moradores, 57% do sexo feminino, com idade entre 20 e 69 anos e relatou a taxa de distúrbios psiquiátricos menores de 28,5%. Um outro estudo transversal (MARAGNO et al., 2006) avaliou uma amostra de residentes de dois distritos da cidade de São Paulo-SP atendidos pelo Programa de Saúde da Família, 56,1% do sexo feminino, com idade entre 15 e 65 anos e relatou uma prevalência de transtornos mentais comuns de 24,9%.

A prevalência de TMC foi significativamente maior no sexo feminino e aumentou com a idade com tendência linear estatisticamente significativa nos estudos relatados (MARAGNO et al., 2006; COSTA et al., 2002; LIMA, SOARES & MARI, 1999). Um estudo epidemiológico transversal que avaliou uma amostra de 2.055 sujeitos, apenas mulheres com mais de 15 anos de idade, moradoras da zona urbana de Feira de Santana-BA, relatou uma prevalência de TMC de 39,4% (ARAÚJO, PINHO & ALMEIDA, 2005). Considerando apenas a faixa etária de adultos jovens as taxas de prevalência de TMC relatadas por LIMA, SOARES & MARI, (1999) foi de 18,2% entre participantes na faixa etária entre 15 e 34 anos, por COSTA et al. (2002) foi de 24,4% na faixa etária entre 20 e 29 anos, por (MARAGNO et al., 2006) foi de 21,5% na faixa etária entre 15 e 24 anos, e no estudo de ARAÚJO, PINHO & ALMEIDA (2005), que avaliou uma amostra apenas mulheres, foi de 21,5% na faixa etária entre 15 e 20 anos e 22,9% na faixa etária entre 21 e 30 anos. O estudo de FRANCO DA SILVA et al. (2006) utilizou o SRQ-20 e o AUDIT para avaliar 29 sujeitos que responderam “ter pensado em por fim em sua vida pelo menos uma vez nos últimos doze meses” entre 515 entrevistados e relataram que fatores relacionados ao estresse, suporte social prejudicado, prejuízo da auto-estima, uso de álcool, depressão, desesperança e dor crônica parecem ser comuns às várias etapas do processo que envolve o pensamento relacionado a ideação suicida.

1.5. Transtorno mental comum em estudantes de graduação da área da saúde

A revisão da literatura realizada neste estudo apresentou publicações que relatam condições de TMC durante o período da graduação em estudantes da área da saúde. Cada curso da área da saúde apresenta características próprias, no entanto, compartilham condições comuns que podem comprometer a saúde mental dos estudantes durante a formação acadêmica. Desafios comuns para a maioria dos adultos jovens que ingressam em uma faculdade é o processo de amadurecimento e reflexão pela escolha de uma profissão quando ainda persistem características da adolescência como a flutuação entre a sensação de sentir-se adulto e a insegurança e a instabilidade da adolescência além das transformações biológicas e da personalidade que amadurece (COLARES, 1999) e a adaptação em um novo contexto social. Outros fatores como o estresse, a perda de liberdade pessoal, o excesso de pressões acadêmicas, a falta de tempo para o lazer, a competição entre colegas, o contato com pessoas doentes, com pacientes “difíceis” e com a morte são características inerentes de cursos de graduação da área da saúde. Ainda, muitos estudantes podem apresentar o afastamento de suas famílias, a adaptação em outra cidade e condições de vulnerabilidade para um transtorno mental.

Os estudantes de Medicina frequentemente são utilizados como referencia nas discussões considerando que a maioria dos estudos publicados avaliou amostras desta sub-população (NOGUEIRA-MARTINS, 2002; SANTOS et al., 2003) além da exposição mais intensa aos vários fatores citados e de ser o curso de graduação mais longo. Vencido o desafio do vestibular, o jovem estudante de Medicina tem uma árdua e por vezes inesperada trajetória a percorrer que pode estar relacionada à ocorrência de TMC. Um conjunto de situações, por exemplo, um esquema diferente de estudo comparado com o colégio e com o cursinho, sentimento de desamparo com relações aos professores, provas, exames, competição entre colegas, contatos com a morte na disciplina de Anatomia, a anamnese de um paciente que pode ser vivida como uma invasão de privacidade, o contato com a intimidade corporal e emocional do paciente, o medo de contrair doenças e de realizar procedimentos, a descoberta que o médico não é onipotente e nem onisciente e que uma carreira de incertezas o espera, o contato com a psiquiatria e com o paciente psiquiátrico e as preocupações com seus próprios conflitos e problemas emocionais, dúvidas e preocupações quanto a capacidade de

absorver todas as informações ao longo do curso, preocupações com ganhos e restrições em relação ao futuro, podem caracterizar a trajetória do estudante de Medicina (NOGUEIRA-MARTINS, 2005). Outro estudo avaliou uma amostra de 216 alunos de Medicina, do primeiro ao terceiro ano, de ambos os sexos, com idade entre 17 e 29 anos, com o objetivo de construção de um instrumento para medidas de atitudes para indicar como o aluno de Medicina identifica questões conflitantes durante o curso de graduação através de tendências positivas ou negativas. Foram relatadas as fontes de tensão no curso médico como a adaptação no início do curso, a possibilidade de ansiedade, estresse, tendências depressivas, comprometimento da auto-estima no início da faculdade relacionado ao contato com professores, os seminários, provas, carga horária do curso, baixo rendimento acadêmico entre outras situações. Estas condições podem estar relacionadas principalmente a alunos com vulnerabilidade emocional, onde muitas vezes já traz consigo uma história individual conturbada onde as situações acadêmicas podem contribuir para a expressão destes conflitos. A identificação precoce das tendências individuais e outros fatores de risco possibilitam a prevenção de comprometimentos mentais que poderiam se estender ao longo de sua vida profissional. O estudo relata também que a questão de atenção a saúde mental do estudante não deve ser apenas preocupação de profissionais da área de saúde mental, atuantes ou não de serviços de apoio, mas também discutida no âmbito educacional (COLARES, 1999). Todos estes fatores podem contribuir para o aparecimento de prejuízos da auto-estima, tensão, angústia, sentimentos de abandono, alterações de sono ou apetite, sintomas depressivos, sintomas ansiosos, sintomas somáticos ou de outras síndromes, insatisfação com a carreira, com o curso, com o próprio desempenho ou até mesmo relacionados ao suicídio (LIMA, DOMINGUES & RAMOS, 2006; BALDISSEROTTO et al., 2005; FACUNDES & LUDERMIR, 2005; MORO, BARROS DO VALLE & LIMA, 2005; NOGUEIRA-MARTINS, 2004; VOLCAN et al., 2003; NOGUEIRA-MARTINS, 2002; SANTOS et al., 2003; HAHN & FERRAZ, 1998).

O quadro 3 (página 20) apresenta os estudos brasileiros que avaliaram TMC em estudantes de graduação da área da saúde na última década.

Quadro 3

Estudos brasileiros que avaliaram TMC em estudantes de graduação da área da saúde na última década.				
Ano/Autor(es)	Amostra	n	Instrumentos	Taxa
2006 LIMA et al.	Alunos de Medicina de Botucatu-SP (61% sexo feminino)	551	SRQ-20* e outros	44,7%
2006 GASTAUD et al.	Estudantes de Psicologia da Universidade Católica de Pelotas-RS (89% do sexo feminino). A amostra final foi composta com a amostra do estudo de VOLCAN et al (2003)	336	SRQ-20 e outros	21,1%
2005 BALDISSEROTTO et al.	Alunos de Medicina da UNISUL de Santa Catarina (59% do sexo feminino)	378	SRQ-20 e outros	19,3%
2005 FACUNDES & LUDERMIR	Alunos de Educação Física, Enfermagem, Odontologia e Medicina da Universidade de Pernambuco (69% do sexo feminino)	443	SRQ-20 e outros	34,1%
2005 MORO, VALLE & LIMA	Estudantes de Medicina, Engenharia Ambiental e Farmácia Bioquímica	321	IDB**	40,0% 38,4% 40,7%
2002 SANTOS et al.	Estudantes de Enfermagem da UNESP de Botucatu-SP (97% do sexo feminino)	99	IDB	41,4%
2003 VOLCAN et al.	Alunos de Medicina e Direito de uma universidade de Pelotas-RS (51% do sexo masculino)	464	SRQ-20 e outros	18,5%
*Self Report Questionnaire. **Inventário de Depressão de Beck				

A prevalência de TMC em estudantes de graduação da área da saúde foi apresentada em várias publicações e o instrumento utilizado na maioria dos estudos revisados foi o *Self Report Questionnaire* (SRQ-20).

Um estudo transversal que avaliou uma amostra de 99 estudantes do curso de Enfermagem da UNESP de Botucatu-SP, predominantemente de mulheres (97%), com idade média aproximada de 20 anos, através da utilização do Inventário de Depressão de Beck (BDI), apresentou uma taxa de depressão de 41% entre os participantes (SANTOS et al., 2003). Outro estudo transversal avaliou uma amostra de 421 estudantes de graduação distribuídos em dois cursos, de Medicina (170 estudantes) e de Direito (251 estudantes), de uma faculdade de Pelotas-RS. A idade média aproximada foi de 23 anos sem diferença significativa entre os cursos, o sexo masculino foi predominante no curso de Medicina (58,8%) e o sexo feminino predominou no curso de Direito (55%). Os instrumentos utilizados foram o SRQ-20, um questionário sócio demográfico e uma escala de avaliação de religiosidade composta de três sub-escalas, de bem-estar espiritual, de bem-estar existencial e de bem-estar religioso. As taxas de prevalência de TMC relatadas foram de 20% entre estudantes do curso de Medicina e de 17,5% entre estudantes do curso de Direito (VOLCAN et al., 2003). Um estudo que avaliou uma amostra de 378 estudantes de Medicina, com idade média de 22 anos, predominantemente masculina (59%), da Universidade do Sul de Santa Catarina – UNISUL, em Tubarão - SC, utilizou os instrumentos SRQ-20 e o CAGE (*Cut down, Annoyed, Guilty, Eye-opener*) para identificar o uso excessivo de álcool, relatou uma prevalência de 19,3% de TMC e de 25,9% de uso excessivo de álcool entre os participantes (BALDISSEROTTO et al., 2005). Outro estudo avaliou uma amostra de 443 estudantes de graduação dos cursos de Medicina, Odontologia, Enfermagem e Educação Física da Universidade Federal de Pernambuco, com maior distribuição de estudantes na faixa etária de 20 a 22 anos (54,2%), predominantemente feminina (69,8%), utilizando o SRQ-20, questionário de sobre as características do processo ensino-aprendizagem e outros instrumentos, apresentou taxa de TMC de 34,1% entre os participantes (FACUNDES & LUDERMIR, 2005). Um estudo que avaliou uma amostra de 321 universitários dos cursos de Medicina, Farmácia Bioquímica e Engenharia Ambiental de uma universidade particular do Estado de Santa Catarina, predominantemente do sexo feminino, através da utilização do Inventário de Depressão de Beck (BDI), relatou taxas de prevalência de, respectivamente, 40,7%, 38,4% e 40%, para o curso de

Medicina, Farmácia Bioquímica e Engenharia Ambiental (MORO, VALLE & LIMA, 2005). Outro estudo transversal avaliou 351 estudantes de graduação, que representou a totalidade dos alunos do curso de Psicologia da Universidade Católica de Pelotas-RS utilizando a mesma metodologia e instrumentos de um estudo anterior que avaliou uma amostra de estudantes dos cursos de Direito e Medicina da mesma universidade anteriormente citado neste parágrafo (VOLCAN et al., 2003). A soma das amostragens incluiu o total de 815 alunos na análise. A média da idade da amostra composta foi de aproximadamente 24 anos, no entanto é importante relatar que a idade mínima e máxima dos estudantes foi de 20 e 33 anos no curso de Medicina, 19 e 59 anos no Direito e 17 e 64 anos no curso de Psicologia. Houve um predomínio do gênero masculino no curso de Medicina (58,8%) e feminino nos cursos de Direito (55%) e Psicologia (89%). A prevalência de TMC foi de 21,1% entre estudantes de Psicologia, 17,5% entre estudantes de Direito e 20% entre estudantes de Medicina (GASTAUD et al., 2006). Outro estudo transversal avaliou uma amostra de 455 estudantes de um curso de Medicina de Botucatu-SP, com predomínio de mulheres (61,1%), com maior distribuição na faixa etária de 20 a 23 anos (63,5%), utilizando o SRQ-20 e outros questionários com questões sobre dados socio-demográficos, rede de apoio e sobre o curso e perspectivas profissionais incluindo as questões quanto à satisfação com a escolha da carreira profissional, auto-avaliação quanto ao desempenho escolar e pensamento de abandonar o curso. A prevalência de TMC relatada foi de 44,6% entre os participantes (LIMA, DOMINGUES & RAMOS, 2006).

Entre os fatores relacionados ao TMC, os estudos revisados relataram principalmente a relação entre TMC e idade, gênero, religião, diferentes cursos entre outros fatores.

Com relação à idade, apesar do relato de que a prevalência de TMC aumentou com a idade com tendência linear estatisticamente significativa nos estudos relatados na comunidade (MARAGNO et al., 2006; DIAS DA COSTA et al., 2002; LIMA, SOARES & MARI, 1999), não foi constatado diferença significativa entre as taxas de prevalência de TMC em diferentes faixas etárias de amostras de estudantes de graduação nos estudos revisados (VOLCAN et al., 2003; BALDISSEROTTO et al., 2005; FACUNDES & LUDERMIR, 2005; LIMA, DOMINGUES & RAMOS, 2006).

Com relação ao gênero, a prevalência de TMC foi significativamente maior entre estudantes do sexo feminino, de 23,4% entre as mulheres e de 13,1% entre os homens, no estudo de VOLCAN et al. (2003). No estudo de MORO, VALLE & LIMA (2005) a distribuição de sintomas depressivos foi significativamente maior no sexo feminino nos cursos de Medicina, Farmácia Bioquímica e Engenharia Ambiental. Outros estudos relataram que a prevalência de TMC foi maior no sexo feminino comparativamente com o masculino, porém sem uma diferença estatisticamente significativa (BALDISSEROTTO et al., 2005), de 35,0% entre as mulheres e de 32,1% entre os homens, no estudo de FACUNDES & LUDERMIR (2005), de 47,6% entre as mulheres e 39,7% entre os homens, no estudo de LIMA, DOMINGUES & RAMOS (2006).

Quanto à relação entre TMC e religião, VOLCAN et al. (2003) relatou que houve uma associação significativa entre ausência de TMC e escore alto nas escalas de bem-estar espiritual e de bem-estar existencial e destacou que estas características podem ser um fator de proteção para TMC, no entanto a sub-escala de bem-estar religioso não apresentou correlação significativa com TMC. Esta co-relação foi corroborada por GASTAUD et al. (2006) que utilizou a mesma metodologia e instrumentos em uma amostra diferente. Outros estudos relataram não ter sido observada associação significativa entre TMC e religião (BALDISSEROTTO et al., 2005).

Com relação a outros fatores, SANTOS et al. (2003) relatou uma co-relação direta entre nível de depressão e maior renda familiar, FACUNDES & LUDERMIR (2005) relatou prevalência de TMC significativamente maior entre estudantes que se sentiam sobrecarregados e entre aqueles que relataram a presença de situações especiais durante a infância, LIMA, DOMINGUES & RAMOS (2006) relatou que presença de TMC associou-se positivamente com morar sozinho, ter mesada insuficiente, não receber apoio emocional de que necessita, ter se sentido rejeitado no último ano, ter dificuldade para fazer amigos, não praticar lazer na frequência desejada, não estar adaptado ao local do curso, estar no quarto ano do curso, ter desejado abandonar o curso em algum momento da formação, apresentar auto-avaliação ruim sobre seu desempenho escolar, ter perspectivas ruins quanto ao futuro e estar insatisfeito com a escolha profissional.

No estudo que comparou a prevalência de TMC em estudantes de Medicina e de Direito não houve diferença significativa nas taxas entre os cursos (VOLCAN et

al., 2003). O estudo de FACUNDES & LUDERMIR (2005) relatou taxas de prevalência de TMC de, respectivamente, 42,6%, 33,3%, 31,8% e de 25,0% entre estudantes dos cursos de Medicina, Odontologia, Enfermagem e Educação Física e significância estatística entre as diferenças. O estudo de MORO, VALLE & LIMA (2005) relatou taxas de prevalência de, respectivamente, 40,7%, 38,4% e 40%, para o curso de Medicina, Farmácia Bioquímica e Engenharia Ambiental e que não houve diferença significativa nas taxas de depressão entre os cursos. No estudo de GASTAUD et al. (2006) a prevalência de TMC foi de 21,1% entre estudantes de Psicologia, 17,5% entre estudantes de Direito e 20% entre estudantes de Medicina sem uma significância estatística entre os grupos.

Entre os estudos revisados, foi citada a relação entre TMC e uso de substâncias e sugerido a utilização de instrumentos para avaliação desta relação (VOLCAN et al., 2003). O estudo de BALDISSEROTTO et al. (2005) que avaliou a prevalência de TMC e uso excessivo de álcool utilizando o SRQ-20 e o CAGE relatou que não foi feito o cruzamento dos dois questionários devido não ter sido encontrado literatura suficiente para esta análise.

1.6. Co-ocorrência de uso problemático de álcool e transtorno mental comum em estudantes de graduação da área da saúde

Vários estudos na literatura internacional relatam a comorbidade entre transtornos relacionados ao álcool com depressão e ansiedade em estudantes de graduação (SMITH & TRAN, 2007; ADEWUIA, 2006; DAWSON et al., 2005; WINDLE M., 2005; ROBERTS et al., 2001; NEWBURY-BIRCH, WALSHAW & KAMALI, 2001; NEWBURY-BIRCH, WHITE & KAMALI, 2000; KUSHNER, SHER & ERICKSON, 1999), no entanto, foram encontrados poucos estudos na literatura brasileira. Um estudo que avaliou 378 estudantes de Medicina utilizando o *Self Report Questionnaire* (SRQ-20) e o CAGE apresentou taxas de problemas psiquiátricos menores de 19,3% e de uso excessivo de álcool de 25,9%, no entanto, os autores optaram por não fazer o cruzamento entre os dois questionários uma vez que não foi encontrada literatura suficiente para a análise mesmo considerando a existência de comorbidades entre as condições estudadas (BALDISSEROTTO et al., 2005).

A comorbidade entre transtornos relacionados ao álcool e transtornos de ansiedade em estudantes de graduação foi relatada em um estudo longitudinal que avaliou uma amostra de 489 estudantes dos Estados Unidos selecionados em uma linha de base como calouros e avaliados em três ocasiões nos anos seguintes (ano um, quatro e sete). A análise em perspectiva forneceu forte evidência de influencia causal recíproca entre as duas condições, estudantes com transtorno de ansiedade nos anos um ou quatro apresentaram risco quadruplicado para dependência de álcool no ano sete e aqueles com dependência de álcool nos anos um ou quatro apresentaram risco três a cinco vezes maiores para transtorno de ansiedade no ano sete. A teoria que transtornos de ansiedade podem promover transtornos relacionados ao uso de álcool parece derivar-se na sustentação de relatos que o álcool diminui a resposta ao estresse, reduz a ansiedade clínica e é usado para controle de tais sentimentos. Na outra perspectiva, esta a teoria que o uso de álcool pode aumentar a resposta ao estresse e exacerbar os estados clínicos de ansiedade. Um tanto problemático para ambas as perspectivas é a observação que os casos tendem a ser equivalentes quanto a qual circunstância começa primeiro. Em comum, todas estas considerações são consistentes quanto a influencia recíproca entre ansiedade e uso de álcool. Uma possibilidade desta relação é que os efeitos ansiolíticos do álcool em curto prazo podem combinar com os efeitos ansiogênicos em longo prazo criando um círculo vicioso na forma de espiral ascendente quanto aos sintomas de ansiedade e uso de álcool, assim, o risco para desenvolver a condição de comorbidade é independente de qual condição começou primeiro. Como alternativa, poderia ser considerado que o processo pelo qual aqueles indivíduos que têm transtorno de ansiedade desenvolvem transtornos relacionados ao álcool é diferente do processo pelo qual indivíduos que têm transtornos relacionados ao uso de álcool desenvolvem transtornos de ansiedade. Considerando que dados a respeito das propriedades ansiolíticas do álcool são extensivos, são disponíveis poucos dados sobre os efeitos ansiolíticos do álcool. Uma possibilidade é que as seqüelas psicossociais do uso patológico do álcool, como por exemplo, perda de relacionamentos, problemas escolares ou vocacionais, conseqüências legais ou outras, desencadeariam transtornos de ansiedade em indivíduos vulneráveis. Os autores relatam que os dados da pesquisa relatada não podem esclarecer estas condições (KUSHNER et al., 1999).

Um estudo epidemiológico transversal importante avaliou uma amostra de 43.093 sujeitos, representativa para a população geral dos Estados Unidos, distribuída em três grupos, um primeiro grupo de estudantes de faculdade com idade entre 18 e 29 anos, um segundo grupo de adultos jovens não estudantes de faculdade com idade entre 18 e 29 anos e um terceiro grupo de adultos com mais de 30 anos de idade. Foi avaliada a associação entre o padrão de beber, prevalência de transtornos do humor e de ansiedade, comparativamente entre os três grupos. A idade média aproximada foi, respectivamente, de 22 anos, 23 anos e 51 anos no primeiro, segundo e terceiro grupo. A frequência de participantes do sexo masculino foi, respectivamente, de 48,2%, 50,6% e 47,4% no primeiro, segundo e terceiro grupo. Os instrumentos usados foram o *Alcohol Use Disorders and Associated Disabilities Interview Schedule DSM-IV Version* (AUDADIS-IV) para a identificação de transtornos relacionados ao álcool e os critérios do DSM-IV para o diagnóstico de transtornos do humor e de ansiedade. Os resultados apresentados quanto ao padrão de consumo de álcool foram às prevalências de participantes que não fizeram uso de álcool ao longo da vida, respectivamente, de 18,5%, 18,4% e 17,0% no primeiro, segundo e terceiro grupo, as prevalências de *binge drinking*, respectivamente, de 25,2%, 24,3% e 14,2% no primeiro, segundo e terceiro grupo, as prevalências de abuso de álcool, respectivamente, de 7,7%, 6,6% e 4,0% no primeiro, segundo e terceiro grupo e as prevalências de dependência de álcool, respectivamente, de 10,9%, 8,4% e 2,3% no primeiro, segundo e terceiro grupo. Os resultados apresentados quanto à prevalência de algum transtorno do humor ou de ansiedade foram, respectivamente, de 21,2%, 21,2% e 15,7% no primeiro, segundo e terceiro grupo e, entre estes, as prevalências de depressão maior foi, respectivamente, de 10,0%, 10,0% e 6,3% no primeiro, segundo e terceiro grupo e de transtorno de ansiedade generalizada foi, respectivamente, de 1,5%, 2,3% e 2,1% no primeiro, segundo e terceiro grupo. A diferença significativa no padrão de beber entre estudantes de faculdade e outros adultos jovens não estudantes de faculdade foi a maior probabilidade de estudantes de faculdade apresentarem critérios para a dependência do álcool (10.9% contra 8.4%). Por outro lado, os dois grupos de adultos jovens apresentaram diferenças significantes quanto à prevalência de *binge drinking*, uso abusivo, dependência de álcool, algum transtorno de humor ou de ansiedade e de depressão maior com relação ao grupo de adultos com mais de 30 anos. Os grupos de adultos jovens não estudantes de faculdade e

de adultos com mais de 30 anos apresentaram taxas de prevalência significativamente maior de transtorno de ansiedade generalizada que no grupo de estudantes de faculdade. As razões de probabilidade (*odds ratio*), com as variáveis totalmente ajustadas, de participantes com dependência de álcool para algum transtorno de humor ou de ansiedade foram, respectivamente, de 2,4, 4,7 e de 3,8 para o primeiro, segundo e terceiro grupo comparativamente com participantes que não fizeram uso de álcool ao longo da vida. O grupo de estudantes de faculdade apresentou associações mais fracas entre dependência de álcool e algum transtorno de humor ou de ansiedade comparativamente com os outros dois grupos da comunidade. Os autores consideram que a diferença entre as associações poderia ser atribuída a um menor número de casos de psicopatologia no primeiro grupo comparativamente com o segundo e o terceiro grupos (isto é, um tipo erro de II). Outras interpretações possíveis são que estudantes de faculdade com alguma psicopatologia seriam mais seletivos com o padrão de beber que outras pessoas da comunidade ou, por outro lado, a ausência de comorbidade nos estudantes de faculdade pode ter representado um efeito de seleção que contribuiu para que estes adultos jovens tivessem a habilidade para conseguir uma vaga na faculdade. Além disto, poderiam estar relacionadas à hipótese de consumo de álcool como automedicação para alívio de aflições emocionais de natureza depressiva ou ansiosa onde estudantes de faculdade teriam maior disponibilidade de recursos como oportunidades para integração com redes sociais, por exemplo, colegas de classes, companheiros de moradia, membros de fraternidades que seus pares não estudantes de faculdade. Outro fator poderia estar relacionado à menor dificuldade de acesso a tratamentos psicológicos ou outros serviços de saúde dos estudantes de faculdade (DAWSON et al., 2005).

Outros estudos relataram à associação significativa entre transtornos relacionados ao álcool e transtornos depressivos ou ansiosos em estudantes de graduação de uma forma geral (WINDLE, 2005; ADEWUYA, 2006; GEISNER et al., 2007; SMITH & TRAN, 2007) ou relataram a relação entre dimensões psicológicas mais abrangentes como estresse, aflição ou personalidade com relação a beber da faculdade (ROBERTS et al., 2001; BAER, 2002). GEISNER et al. (2007) avaliou que intervenções breves para o uso de álcool foi eficaz para reduzir o consumo semanal e os picos de beber no final de semana e também os problemas relacionados ao uso de álcool em estudantes com humor deprimido e uso de risco de álcool.

Em um estudo com 194 estudantes de Medicina avaliados em 1998, NEWBURY-BIRCH et al.(2000) relatou não haver encontrado associação entre ansiedade, depressão ou estresse com uso de álcool ou de outras drogas. Entretanto, em um estudo publicado no ano seguinte, NEWBURY-BIRCH et al. (2001) relatou um seguimento longitudinal de estudantes de Medicina britânicos, respectivamente em três avaliações (1995, 1998 e 1999) e, em relação à associação de ansiedade, depressão e estresse, houve uma associação negativa tanto de ansiedade como de estresse com o consumo de álcool nos três pontos da avaliação.

1.7. Avaliação de uso problemático de álcool em populações não-clínicas

As escalas de avaliação psiquiátricas foram introduzidas em pesquisa na década de 60. Os instrumentos padronizados para investigação de aspectos relacionados ao álcool e outras drogas foram desenvolvidos principalmente pela necessidade de uma linguagem comum e de obter medidas reprodutíveis. A seleção de instrumentos para pesquisa envolve vários aspectos como objetivos do estudo, período de avaliação, características da população-alvo, padrões de referência, forma de aplicação (entrevista ou auto-aplicável) e necessidade de treinamento de pesquisadores para aplicação. Ainda, a avaliação do custo de utilização do instrumento, considerando que algumas escalas possuem *copyright* e outras são de domínio público requerendo apenas a citação dos autores (GORENSTEIN, ANDRADE & ZUARDI e col., 2000).

As escalas que avaliam aspectos relacionados ao álcool e outras drogas podem ser classificadas em categorias, de acordo com o objetivo da utilização: escalas de triagem ou rastreamento, de diagnóstico, de avaliação de consumo, de avaliação do comportamento associado ao consumo, de avaliação de comprometimento de outras áreas, de planejamento do tratamento, de análise do tratamento e para avaliação de resultados (GORENSTEIN, ANDRADE & ZUARDI e col., 2000). No entanto, é importante considerar que do ponto de vista clínico, estes instrumentos não substituem a avaliação com o profissional especializado.

Os instrumentos para triagem e rastreamento de indivíduos que provavelmente apresentam problemas com álcool e outras drogas, com relação a sensibilidade e especificidade, apresentam ênfase na sensibilidade. Os instrumentos para auxílio diagnóstico é fundamental a adequada especificidade.

Os instrumentos para triagem e rastreamento devem ser de fácil e rápida aplicação ou auto-aplicáveis. Entre os diversos instrumentos disponíveis na literatura para rastreamento de UPA na comunidade podem ser citados como exemplos o CAGE (sigla derivada das palavras-chave *Cut down, Annoyed, Guilty e Eye-opener* que caracterizam cada pergunta), o AUDIT (*Alcohol Use Identification Test*) e o MAST (*Michigan Alcoholism Screening Test*) (CORRADI-WEBSTER, LAPREGA & FURTADO, 2005; BABOR et al., 2003). O T-ACE é um instrumento derivado do CAGE para ser utilizado no rastreamento de uso nocivo de álcool em gestantes (FABRI, 2002).

Comparativamente com os demais instrumentos, o AUDIT apresenta a vantagem de identificar padrões de consumo de álcool em diferentes níveis de risco e auxiliar os profissionais da saúde a identificar pessoas que poderiam se beneficiar com a redução ou cessação do uso de bebidas alcoólicas. Foi desenvolvido com patrocínio da OMS e divulgado como instrumento de rastreamento para uso internacional. Foi avaliado durante duas décadas, apresenta sensibilidade de 90% e especificidade de 80% e consegue medir de forma precisa os riscos através da idade, gênero e culturas. As questões para uso nocivo e dependência de álcool são coerentes com os critérios da CID-10. A investigação do AUDIT foca o uso recente de álcool (“últimos doze meses” ou “uso no ano”). Pode ser aplicado através de entrevista ou respondido por autopreenchimento, é breve e flexível. Ainda, é um instrumento de domínio público.

1.8. Avaliação de transtorno mental comum em populações não clínicas

A utilização de entrevista diagnóstica realizada por médico psiquiatra para rastreamento de problemas emocionais em população não-clínica praticamente é inviável considerando fatores como a quantidade de profissionais, tempo, custos financeiros e diferenças de interpretação. Comumente são utilizados instrumentos de rastreamento auto-aplicáveis ou aplicados por entrevistadores leigos com prévio treinamento. São utilizados para reduzir o tamanho da amostra para posterior investigação diagnóstica ou para dados de referenciais epidemiológicos.

Entre os instrumentos disponíveis para rastreamento de transtorno mental comum (TMC) na comunidade comumente utilizados no Brasil, pode ser citados como exemplo o GHQ (*General Health Questionnaire*), o SRQ-20 (*Self Report Questionnaire*) e o QMPA (Questionário de Morbidade Psiquiátrica do Adulto).

O SRQ-20 identifica morbidade psiquiátrica não psicótica em uma dimensão pré-clínica, como uma condição de agravo da saúde mental. Sintomas como insônia, fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração e queixas somáticas caracterizam sofrimento mental e uma dimensão categorial de sintomas depressivos, ansiosos, somatoformes e de neurastenia. Esta condição é denominada de transtorno mental comum (TMC) (Goldberg, 1992, 2000) e tem sido comumente utilizada na literatura recente (LIMA, DOMINGUES & RAMOS, 2006; MARAGNO et al., 2006; ARAÚJO, PINHO & ALMEIDA, 2005; FACUNDES & LUDERMIR, 2005). Outros termos também são utilizados para designar o resultado positivo do SRQ-20 como dificuldades emocionais (SILVA et al., 2006), distúrbios psiquiátricos menores (COSTA et al., 2002), transtorno psiquiátrico menor (VOLCAN et al., 2003; LIMA, SOARES & MARI, 1999) ou problemas psiquiátricos menores (BALDISSEROTO et al, 2005).

Quanto ao ponto de corte do SRQ-20 para identificar TMC encontramos diferentes referenciais na literatura. O “*User’s guide to the self reporting questionnaire*” (BEUSENBERG & ORLEY e col., 1994) publicado pela OMS apresenta estudos com diferentes pontos de corte incluindo o estudo de validação no Brasil onde a estimativa de sensibilidade foi de 83% e especificidade de 80% (MARI & WILLIAMS, 1985). No Brasil, alguns estudos utilizaram pontos de corte distintos para homens e mulheres de, respectivamente, seis e sete (MARAGNO et al., 2006; COSTA et al., 2002; LIMA, SOARES & MARI, 1999), cinco e sete (FACUNDES & LUDERMIR, 2005), seis e oito (LIMA, DOMINGUES & RAMOS, 2006; ARAÚJO, PINHO & ALMEIDA, 2005; BALDISSEROTO et al, 2005), outros com ponto de corte único de sete (SILVA et al., 2006; VOLCAN et al., 2003).

2. JUSTIFICATIVA

Este estudo sobre a co-ocorrência entre uso problemático de álcool (UPA) e transtorno mental comum (TMC) em estudantes de graduação da área da saúde justifica-se:

- por ser a fase da faculdade descrita na literatura como um período de risco para o desenvolvimento tanto do UPA,
- por ser a fase da faculdade descrita na literatura também como um período de risco para o desenvolvimento de TMC,
- por ter sido encontrado poucas referências na literatura brasileira quanto à co-ocorrência de UPA e TMC em universitários,
- pela necessidade de uma compreensão mais ampla da problemática do uso de álcool e de sofrimento emocional neste segmento populacional na FMRP-USP,
- para contribuir para a elaboração de estratégias de prevenção e triagem de alunos com à co-ocorrência de UPA e TMC que necessitem de atendimento profissional,
- contribuir para a elaboração de políticas de prevenção,
- pela importância que estes futuros profissionais da saúde representam para a sociedade, entre os quais, muitos poderão atuar na terapêutica e prevenção de problemas relacionados ao álcool,
- para contribuir com informações da relação entre sofrimento mental e uso problemático de álcool neste grupo populacional para o campo do conhecimento.

3. OBJETIVOS

Os objetivos do presente estudo, em uma amostra de adultos jovens, estudantes de graduação da área de saúde, são:

- avaliar a prevalência de uso problemático de álcool (UPA),
- avaliar a prevalência de transtorno mental comum (TMC),
- avaliar a prevalência da co-ocorrência de UPA e TMC,
- avaliar a associação entre UPA e TMC através dos instrumentos AUDIT e SRQ-20,
- analisar a relação entre UPA, TMC e co-ocorrência de UPA e TMC com a satisfação com a carreira escolhida,
- analisar a relação entre UPA, TMC e co-ocorrência de UPA e TMC com a satisfação com o curso na faculdade,
- analisar a relação entre UPA, TMC e co-ocorrência de UPA e TMC com a satisfação com o desempenho como estudantes.

4. METODOLOGIA

4.1. Contexto da pesquisa

Este é um estudo observacional descritivo transversal. Esta pesquisa teve origem em um subprojeto temático. É um desdobramento e detalhamento analítico do recorte do banco de dados originados no projeto de pesquisa principal intitulado “Estudo sobre os fatores associados ao uso de álcool e outras substâncias psicoativas entre estudantes de graduação da área da saúde”.

O desenvolvimento do projeto de pesquisa principal “Estudo sobre os fatores associados ao uso de álcool e outras substâncias psicoativas entre estudantes de graduação da área da saúde” é uma parceria iniciada no ano de 2003 entre o Núcleo de Pesquisa em Psiquiatria Clínica e Psicopatologia (NPCP) com o Centro de Apoio Educacional e Psicológico (CAEP).

O Núcleo de Pesquisa em Psiquiatria Clínica e Psicopatologia (NPCP) foi formado no ano de 1995. A finalidade do NPCP é congregar esforços para o desenvolvimento de investigação clínica em psiquiatria, fatores de risco, processos de desenvolvimento psicopatológico, diagnóstico, curso e tratamento de transtornos psiquiátricos, através de uma abordagem integrativa do conhecimento básico e clínico, e especialmente voltado para temas de relevância para a saúde coletiva. Em conjunto com o Programa de Ações Integradas de Prevenção e Atenção ao Uso de Álcool e outras Drogas (PAI-PAD), constituem uma extensão das atividades do Ambulatório de Clínica Psiquiátrica do Departamento de Neurologia, Psiquiatria e Psicologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP).

O Centro de Apoio Educacional e Psicológico (CAEP) da FMRP-USP inicialmente denominado Núcleo de Apoio Psicopedagógico foi implantado em 1990. Tem como público-alvo os alunos de graduação da FMRP. O objetivo principal é auxiliar o estudante no seu desenvolvimento pessoal e profissional, no decorrer de sua formação acadêmica. As modalidades de atendimento são variáveis e procuram se adaptar à disponibilidade dos alunos e às possibilidades do serviço. Também atua no desenvolvimento de estudos e projetos em Educação em Saúde, o desenvolvimento de atividades de suporte pedagógico e psicológico aos alunos dos

cursos de graduação e presta assessoria à Comissão de Graduação e a docentes (CIANFLONE, FIGUEIREDO & COLARES, 2002).

4.2. Aspectos éticos

O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pela Comissão de Graduação da FMRP-USP segundo o ofício número 154/FMRP/16.06.04 (ANEXO 4) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HCRP e da FMRP-USP segundo o ofício número 2829/2004 de 07 de outubro de 2004 (ANEXO 5).

4.3. Procedimentos

4.3.1. Estudo Piloto

No segundo semestre de 2005 foi realizada a aplicação piloto do caderno de questões do projeto de pesquisa principal “Estudo sobre os fatores associados ao uso de álcool e outras substâncias psicoativas entre estudantes de graduação da área da saúde” em uma amostra de 30 estudantes voluntários de agremiações estudantis da FMRP-USP. Os resultados preliminares indicaram uma sensibilidade adequada do *Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT) e do Questionário de Morbidade Psiquiátrica (QMPA) na identificação de casos positivos. Os participantes avaliaram positivamente a iniciativa do estudo e fizeram críticas aos instrumentos utilizados através de um questionário aberto. Na elaboração do caderno de questões final foram excluídos alguns instrumentos e incluídos outros, entre os quais, foi substituído o QMPA pelo *Self Report Questionnaire* (SRQ), considerando aspectos como quantidade de questões, definição do ponto de corte, utilização em outros estudos com amostras semelhantes e aplicação em contextos internacionais.

4.3.2. Coleta de dados

A coleta de dados do projeto de pesquisa principal “Estudo sobre os fatores associados ao uso de álcool e outras substâncias psicoativas entre estudantes de

graduação da área da saúde” foi realizada durante os meses de agosto, setembro e outubro do ano de 2006.

Uma equipe de colaboradores composta por profissionais de saúde e alunos voluntários foi previamente treinada e coordenada pelos pesquisadores responsáveis para a distribuição aleatória dos cadernos de questões identificados por numeração em envelopes lacrados aos alunos da FMRP-USP.

Foram realizadas visitas em sala de aula previamente agendadas com o professor, acompanhando um cronograma que abrangeu todas as turmas de todos os cursos da FMRP-USP. Durante as visitas foi feita uma breve orientação quanto ao procedimento e entregue os questionários para os alunos presentes. Foi agendada uma segunda visita para recolhimento dos questionários em urna lacrada. Alunos que não entregaram os questionários na segunda visita puderam entregar em postos de coleta durante o período citado.

A população de alunos matriculados nos cursos da FMRP-USP no ano de 2006 foi de 1279 estudantes. Durante as visitas foram distribuídos 980 questionários e recolhidos 622.

Os questionários recolhidos foram conferidos, listados e as informações digitadas em planilhas elaboradas com recursos do programa EXCEL constituindo o banco de dados do projeto de pesquisa principal “Estudo sobre os fatores associados ao uso de álcool e outras substâncias psicoativas entre estudantes de graduação da área da saúde”.

No banco de dados foi feito um recorte de informações sócio-demográficas, da experiência acadêmica e dos instrumentos *Self Report Questionnaire* (SRQ) e *Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT).

4.3.3. Amostra

A amostra desta pesquisa foi constituída por 464 estudantes dos sete cursos de graduação da FMRP-USP: Medicina, Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Fonoaudiologia, Nutrição e Metabolismo, Ciências Biológicas e Informática Biomédica. O curso de Ciências Biológicas apresentou um número muito pequeno

de alunos matriculados que foi incluído no grupo de alunos do curso de Medicina com o objetivo de preservar o anonimato.

Foi considerado critério de inclusão ter concordado em participar do estudo através da assinatura do Termo de Consentimento informado (anexo). Foi considerado critério de exclusão não ter respondido o questionário AUDIT completamente.

4.3.4. Instrumentos de pesquisa

4.3.4.1 Questionário sócio-demográfico e da experiência acadêmica

Para esta pesquisa foi elaborado um questionário com dezesseis questões com o objetivo de caracterizar a amostra do ponto de vista sócio-demográfico e do ponto de vista da experiência acadêmica (ANEXO 1). Doze questões foram sobre as características sócio-demográficas (idade, sexo, cor da pele, estado civil, características de moradia, cidade de procedência, estado de procedência, prática de religião e renda familiar) e quatro questões sobre características da experiência acadêmica (curso que frequenta na faculdade, satisfação com a carreira, satisfação com o curso e satisfação com o próprio desempenho).

4.3.4.2 *Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT)

O AUDIT (ANEXO 2) contém dez questões. A resposta de cada item apresenta um valor entre zero e quatro pontos. A soma total destes valores pode variar entre zero e quarenta pontos. O ponto de corte utilizado neste estudo é sete. As questões são distribuídas em três domínios: o primeiro domínio (questões um a três) avalia o uso de risco de álcool, o segundo domínio (questões quatro a seis) avalia aspectos do uso nocivo de álcool e o terceiro domínio (questões sete a dez) avalia aspectos da dependência de álcool. As questões para uso nocivo e dependência de álcool

são coerentes com os critérios da CID-10. A investigação foca o uso recente de álcool (“últimos doze meses” ou “uso no ano”)

O resultado é negativo com um resultado de zero a sete pontos e indica uso de álcool de baixo risco ou abstinência. O resultado é positivo com oito ou mais pontos e indica uso problemático de álcool (uso de risco, uso nocivo ou provável Síndrome de Dependência de Álcool). O escore total também pode ser um indicador de gravidade do padrão de beber através de faixas de pontuação. O quadro 4 ilustra as faixas de pontuação das zonas de risco I, II, III ou IV e o padrão de beber.

No presente estudo foi utilizado a versão brasileira desenvolvida pelo PAI-PAD/FMRP-USP e publicada no Manual AUDIT (BABOR et al., 2003, a e b).

Quadro 4		
Zonas de Risco do AUDIT		
Pontos	Nível de Risco	Padrão de Beber
Zero a sete	Zona I	Uso de baixo risco ou abstinência
Oito a quinze	Zona II	Uso de risco
Quinze a dezenove	Zona III	Uso nocivo
Vinte a quarenta	Zona IV	Provável Síndrome de Dependência

4.3.4.3 Self Report Questionnaire (SRQ)

O SRQ-20 (MARI & WILLIANS, 1985) é um instrumento estruturado (ANEXO 3) desenvolvido pela OMS para rastreamento de transtorno mental comum (TMC) na rede primária de saúde em países em desenvolvimento. Contém vinte questões de fácil resposta (tipo “sim ou não”) cada uma contando um ponto. A soma total destes valores pode variar entre zero e vinte pontos. No Brasil apresentou uma estimativa de sensibilidade de 83% e especificidade de 80% (MARI & WILLIANS, 1985). A investigação foca sintomas presentes no último mês (BEUSENBERG & ORLEY e col., 1994).

As questões do SRQ-20 foram reagrupadas por IACOPONI & MARI (1988) constituindo quatro grupos de sintomas: “Humor depressivo ou ansioso”, “Sintomas somáticos”, “Decréscimo da energia vital” e “Pensamentos depressivos”.

Pode ser aplicado através de entrevista ou respondido por autopreenchimento. No presente estudo foi utilizado ponto de corte único de seis tendo como referência um estudo de caso-controle de identificação de pacientes com condições psiquiátricas em hospital geral através da comparação do SRQ-20 e outros instrumentos com diagnósticos baseado no CID-10 realizado por médicos psiquiatras (SMAIRA, KERR-CORRÊA & CONTEL, 2003). O resultado é positivo quando apresenta sete ou mais respostas afirmativas, indicando a presença de TMC.

A presença de TMC é caracterizada pela presença de sintomas como insônia, fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração e queixas somáticas. É uma condição de sofrimento mental e representa uma dimensão categorial de sintomas depressivos, ansiosos, somatoformes e de neurastenia, em uma dimensão pré-clínica. A presença de TMC é um indicador de suspeição que estabelece uma forte relação com um possível caso clínico, indivíduos com maior probabilidade de ter uma síndrome psiquiátrica de natureza ansiosa ou depressiva, que poderá ser confirmada através de um procedimento diagnóstico posterior.

4.3.5. Análise dos dados

O tratamento dos dados foi desenvolvido através da tabulação em planilhas construídas com recursos do programa EXCEL que compuseram um banco de dados, onde foi realizado um recorte para ser objeto desta pesquisa. A análise estatística foi conduzida com recursos do programa estatístico SPSS 15.1. Foram utilizados procedimentos de análise de variância com alfa de 5% e tabelas de contingência para avaliação de diferenças entre grupos. As variáveis sócio-demográficas e características acadêmicas foram utilizadas para os testes de hipóteses.

5. RESULTADOS

5.1. Características sócio-demográficas e acadêmicas

A análise do resultado do questionário de características sócio-demográficas apresentou uma amostra constituída de 464 estudantes de todos os cursos de graduação da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP-USP). São adultos jovens com idade média aproximada de 22 anos ($DP=2,0$), com idade mínima de 18 anos e máxima de 30 anos. As características predominantes foram ser do sexo feminino (65,6%), ter a cor da pele branca (89,7%), ser solteiro (96,8%), residir em habitação coletiva (54,7%), ser procedente de outra cidade com mais de 200 mil habitantes (81,3%), do estado de São Paulo (89,2%), ser praticante de religião (53,7%) e com renda familiar acima de cinco mil reais (30,4%). A tabela 1 (página 40) apresenta a distribuição da frequência absoluta e relativa da amostra através das características sócio-demográficas.

A análise das características acadêmicas da amostra avaliadas apresentou que a distribuição por curso foi de que 41,4% (190/464) dos estudantes são do curso de Medicina, 13,7% (63/464) de Fisioterapia, 10,2% (47/464) de Fonoaudiologia, 13,3% (61/464) de Nutrição e Metabolismo, 8,3% (38/464) de Terapia Ocupacional e 13,1% (60/464) dos estudantes são do curso de Informática Biomédica.

As características predominantes foram ser aluno do curso de Medicina (41,6%), estar satisfeito com a carreira (89,7%), estar satisfeito com o curso (83,6%) e estar satisfeito com o próprio desempenho como estudante (66,2%). A tabela 2 (página 41) apresenta a distribuição de frequência relativa das características sócio-demográficas da amostra por curso.

Tabela 1 Características sócio-demográfica da amostra total (n=464)

Variáveis		n	%
Idade (em anos)			
	18 a 21	118	25,4
	22 a 24	240	48,0
	25 a 27	82	16,4
	28 a 30	14	3,0
	NR	10	2,2
Sexo			
	Masculino	158	34,0
	Feminino	301	65,6
	NR	5	1,1
Cor da pele			
	Branca	416	89,7
	Parda	32	6,9
	Negra	3	0,6
	NR	13	2,8
Estado civil			
	Solteiro	449	96,8
	Casado	1	0,2
	União estável	6	1,3
	Outros	1	0,2
	NR	7	1,5
Moradia			
Residir com pais ou familiares	Sim	169	36,4
	Não	289	62,3
	NR	6	1,3
Residir em habitação coletiva	Sim	254	54,7
	Não	203	43,8
	NR	7	1,5
Residir sozinho, com cônjuge ou companheiro	Sim	90	19,4
	Não	349	75,2
	NR	25	5,4
Procedência			
Ribeirão Preto	Sim	82	17,7
	Não	377	81,3
	NR	5	1,1
Outra cidade (com mais de 250 mil habitantes)	Sim	208	44,8
	Não	246	53,0
	NR	10	2,2
Estado de São Paulo	Sim	414	89,2
	Não	45	9,7
	NR	5	1,1
Religião			
	Sim	249	53,7
	Não	206	44,4
	NR	9	1,9
Renda familiar (salário mínimo vigente: R\$ 350,00)			
	Até R\$ 500,00	12	2,6
	Até R\$ 1500,00	82	17,7
	Até R\$ 3000,00	129	27,8
	Até R\$ 5000,00	86	18,5
	Acima de R\$ 5000,00	135	29,1
	NR	20	4,3

NR: Não responderam esta questão

Tabela 2

Distribuição de frequência relativa das características sócio-demográficas da amostra curso

Variáveis		Cursos*						Total
		1	2	3	4	5	6	
Sexo								
	Masculino	56,8	12,7	2,1	3,3	7,9	60,0	34,4
	Feminino	43,2	87,3	97,9	96,7	92,1	40,0	65,6
	Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Cor da pele								
	Branca	93,0	88,5	91,5	96,6	84,2	95,0	92,2
	Parda	5,4	11,5	8,5	3,4	15,8	5,0	7,1
	Negra	1,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,7
	Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Renda familiar (salário mínimo vigente: R\$ 350,00)								
	Até R\$ 500,00	1,6	1,7	11,6	0,0	5,3	1,7	2,7
	Até R\$ 1500,00	10,8	22,0	25,6	18,3	26,3	29,3	18,5
	Até R\$ 3000,00	18,8	30,5	48,8	36,7	42,1	29,3	29,1
	Até R\$ 5000,00	24,2	27,1	9,3	15,0	13,2	12,1	19,4
	Acima de R\$ 5000,00	44,6	18,6	4,7	30,0	13,2	27,6	30,4
	Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Religião								
	Praticar religião	48,7	49,2	63,0	65,6	57,9	60,3	54,7
	Não praticar religião	51,3	50,8	37,0	34,4	42,1	39,7	45,3
	Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Satisfação com o desempenho como estudante								
	Sim	57,9	74,2	85,1	82,0	86,8	46,7	67,0
	Não	42,1	25,8	14,9	18,0	13,2	53,3	33,0
	Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

*Código dos cursos: (1) Medicina; (2) Fisioterapia; (3) Fonoaudiologia; (4) Nutrição e Metabolismo; (5) Terapia Ocupacional; (6) Informática Biomédica.

Na amostra estudada, a taxa de prevalência de estudantes que relataram estar “insatisfeitos com a carreira escolhida” foi de 8,8% (40/456), 1,7% (8/464) participantes não responderam esta questão. A taxa de prevalência de estudantes que relataram estar “insatisfeitos com o curso na faculdade” foi de 15,1% (69/456), 1,5% (7/464) participantes não responderam esta questão. A taxa de prevalência de estudantes que relataram estar “insatisfeitos com o próprio desempenho como estudante” foi de 33,0% (151/456), 1,3% (6/464) participantes não responderam esta questão.

A análise das características sócio-demográficas da amostra por curso apresentou que o sexo masculino predominou nos cursos de Medicina e Informática Biomédica e o sexo feminino nos demais cursos. A cor da pele branca é predominante em todos os cursos. Em relação à renda familiar, a maioria dos estudantes do curso de Medicina apresenta renda mensal acima de cinco mil reais e a maioria dos estudantes dos demais cursos apresenta renda mensal até três mil reais. Nos cursos de Medicina e Fisioterapia houve um discreto predomínio da característica “não praticar uma religião” e nos demais cursos predominou “praticar uma religião”. Em todos os cursos predominou a satisfação com o próprio desempenho como estudante, exceto no curso de Informática Biomédica.

5.2. Uso problemático de álcool

A aplicação do AUDIT foi utilizada para a identificação de uso problemático de álcool (UPA) com ponto de corte de sete. A análise do escore total do AUDIT da amostra de 464 universitários identificou que 23,5% (109/464) dos estudantes apresentaram AUDIT positivo (escore maior ou igual a oito) identificando uso problemático de álcool, 76,5% (355/464) dos estudantes apresentaram AUDIT negativo (escore menor ou igual a sete) identificando uso de baixo risco de álcool, incluindo 14,9% (69/464) que informaram não ter consumido bebidas alcoólicas nos últimos 12 meses. A taxa de prevalência de uso problemático de álcool (UPA) entre os estudantes do sexo masculino foi de 31,6% (50/158) e entre o feminino de 19,6% (59/301). Na amostra, 1,1% (5/464) dos entrevistados não responderam a questão sobre gênero. Proporcionalmente, a taxa de UPA entre estudantes do sexo

masculino foi maior que no feminino. A diferença entre as proporções foi significativa ($\chi^2 = 8,3$; Fisher $p=0,005$). A média do escore total do AUDIT nesta amostra foi de 4,8 (DP=4,42). O gráfico um ilustra a distribuição da frequência absoluta do escore total do AUDIT.

O resultado do AUDIT de cada sujeito entrevistado também pode indicar o nível de risco do padrão de consumo de álcool através das faixas de pontuação que caracterizam as zonas de risco.

Foi identificado que 76,5% (355/464) dos estudantes apresentaram um padrão de beber na zona de risco I do AUDIT (escore maior ou igual a zero e menor ou igual a sete pontos) caracterizando *uso de baixo risco* de álcool, incluindo os estudantes que informaram não ter consumido bebida alcoólica nos últimos doze meses.

Na zona II do AUDIT (escore maior ou igual a oito e menor ou igual a quinze pontos) foi identificado que 20,5% (95/464) dos estudantes apresentaram um padrão de beber característico de *uso de risco* de álcool.

Na zona III do AUDIT (escore maior ou igual a 16 e menor ou igual a vinte pontos) foi identificado que 2,6% (12/464) dos estudantes apresentaram um padrão de beber característico de Uso Nocivo de álcool.

Na zona IV do AUDIT (escore maior que 20 pontos) foi identificado que 0,4% (2/464) dos estudantes apresentaram um padrão de beber apontando uma provável Síndrome de Dependência do Álcool.

O gráfico dois ilustra a distribuição do padrão de beber da amostra segundo as zonas de risco do AUDIT.

Foi realizada a análise da distribuição das respostas da amostra pelos dez itens do AUDIT. As questões de um a oito focam “*uso recente de álcool*”, com referência aos últimos doze meses da pesquisa e as questões nove e dez avaliam todo o período de vida anterior a pesquisa.

As questões são agrupadas em três domínios, o primeiro domínio (questões um a três) avalia “*uso de risco de álcool*”, o segundo domínio (questões quatro a seis) avalia “*sintomas de dependência*” e o terceiro domínio (questões sete a dez) avalia “*uso nocivo de álcool*”.

A tabela 3 (página 45) apresenta a distribuição das respostas da amostra pelos dez itens do AUDIT.

Tabela 3 Distribuição das respostas da amostra pelos itens do AUDIT (n=464)

Itens do AUDIT e pontuação		n	%
1 – Frequência de consumo de bebidas alcoólicas			
0	Nunca	69	14,9
1	Uma vez por mês ou menos	137	29,5
2	Duas a quatro vezes por mês	203	43,8
3	Duas a três vezes por semana	49	10,6
4	Quatro ou mais vezes por semana	6	1,3
2 – Quantidade de doses de álcool em um dia típico de beber			
0	Zero ou uma	391	84,3
1	Duas ou três	30	6,5
2	Quatro ou Cinco	31	6,7
3	Seis ou sete	9	1,9
4	Oito ou mais	3	0,6
3 – Frequência de cinco ou mais doses de álcool em uma ocasião			
0	Nunca	182	39,2
1	Menos que uma vez por mês	127	27,4
2	Uma vez por mês	95	20,5
3	Uma vez por semana	60	12,9
4	Quase todos os dias	0	0,0
4 – Perda de controle para parar de beber			
0	Nunca	409	88,1
1	Menos que uma vez por mês	34	7,3
2	Uma vez por mês	13	2,8
3	Uma vez por semana	7	1,5
4	Quase todos os dias	1	0,2
5 – Não conseguiu fazer o que era esperado por beber			
0	Nunca	387	83,4
1	Menos que uma vez por mês	65	14,0
2	Uma vez por mês	11	2,4
3	Uma vez por semana	1	0,2
4	Quase todos os dias	0	0,0
6 – Necessidade de beber pela manhã			
0	Nunca	458	98,7
1	Menos que uma vez por mês	4	0,9
2	Uma vez por mês	2	0,4
3	Uma vez por semana	0	0,0
4	Quase todos os dias	0	0,0
7 – Culpa ou remorso após ter bebido			
0	Nunca	318	68,5
1	Menos que uma vez por mês	121	26,1
2	Uma vez por mês	23	5,0
3	Uma vez por semana	1	0,2
4	Quase todos os dias	1	0,2
8 – Frequência de esquecimentos do que aconteceu após ter bebido			
0	Nunca	327	70,5
1	Menos que uma vez por mês	108	23,3
2	Uma vez por mês	25	5,4
3	Uma vez por semana	4	0,9
4	Quase todos os dias	0	0,0
9 – Teve ferimentos ou prejuízos próprios ou a outros após ter bebido (ao longo da vida)			
0	Não	391	84,3
2	Sim, mas não nos últimos 12 meses	42	9,1
4	Sim, durante os últimos 12 meses	31	6,7
10 – Alguém já relatou preocupação e sugeriu que parasse de beber (ao longo da vida)			
0	Não	414	89,2
2	Sim, mas não nos últimos 12 meses	22	4,7
4	Sim, durante os últimos 12 meses	25	5,4

No primeiro domínio, nos últimos 12 meses anteriores à pesquisa, foi observado que 11,9% (55/464) dos participantes informaram beber mais de duas vezes por semana, 9,2% (43/464) informaram consumir mais de quatro doses padrão de álcool em um dia típico de beber e 33,4% (155/464) informaram consumir cinco ou mais doses padrão de álcool em uma única ocasião pelo menos uma vez por mês.

No segundo domínio, nos últimos 12 meses anteriores à pesquisa, 4,5% (21/464) dos estudantes informaram que perderam o controle para parar de beber pelo menos uma vez por mês, 2,6% (12/464) informaram que deixaram de fazer o que era esperado que fizessem após ter bebido pelo menos uma vez por mês e 0,4% (2/464) informaram ter tido a necessidade de beber pela manhã pelo menos uma vez por mês.

No terceiro domínio, nos últimos 12 meses anteriores à pesquisa, 5,4% (25/464) dos estudantes informaram ter sentido culpa ou remorso após ter bebido pelo menos uma vez por mês, 6,9% (29/464) informaram que tiveram episódios de esquecimentos após ter bebido pelo menos uma vez por mês. Em todo período de vida anterior à pesquisa, 9,1% (42/464) dos estudantes informaram que tiveram ferimentos ou prejuízos próprios ou a outros após terem bebido, mas não nos últimos 12 meses e 6,7% (31/464) informaram que tiveram ferimentos ou prejuízos próprios ou a outros após terem bebido durante os últimos 12 meses; 4,7% (22/464) dos estudantes informaram que alguém relatou preocupação e sugeriu que parassem de beber, mas não nos últimos 12 meses e 5,4% (25/464) dos estudantes informaram que alguém relatou preocupação e sugeriu que parassem de beber nos últimos 12 meses.

Foi avaliada na amostra a prevalência de episódios de “*binge drinking*”, padrão de beber de alto risco caracterizado pelo consumo de cinco ou mais doses padrão de álcool em uma única ocasião. Uma dose padrão de álcool corresponde a doze gramas de etanol e é encontrada em aproximadamente uma lata de cerveja (350 ml), uma dose de uísque, aguardente ou vodka (40 ml) ou em uma taça de vinho (140 ml). A prevalência de episódios de “*binge drinking*” identificada, considerando uma regularidade de pelo menos um episódio no mês, foi de 33,4% (105/464) da amostra (questão três do AUDIT maior ou igual a dois pontos).

5.2.1. Uso problemático de álcool e satisfação com a carreira escolhida

Na amostra estudada, 1,7% (7/464) dos entrevistados não responderam a questão sobre “satisfação com a carreira escolhida”.

No grupo de estudantes que não apresentaram UPA, a taxa de prevalência de participantes que informaram estar “satisfeitos com a carreira escolhida” foi de 91,4% (318/348) e a taxa de “insatisfeitos” foi de 8,6% (30/348).

No grupo de estudantes que apresentaram UPA, a taxa de prevalência de participantes que informaram estar “satisfeitos com a carreira escolhida” foi de 90,7% (98/108) e a taxa de “insatisfeitos” foi de 9,3% (10/108).

Com relação ao UPA, a análise da tabela de contingência não mostrou diferença estatisticamente significativa entre a proporção de estudantes que relataram estar “satisfeitos com a carreira escolhida” e a proporção de “insatisfeitos” (Pearson $\chi^2 = 0,04$; Fisher $p = 0,485$).

5.2.2. Uso problemático de álcool e satisfação com o curso na faculdade

Na amostra estudada, 1,5% (7/464) dos entrevistados não responderam a questão sobre “satisfação com o curso na faculdade”.

No grupo de estudantes que não apresentaram UPA, a taxa de prevalência de participantes que informaram estar “satisfeitos com o curso na faculdade” foi de 85,6% (298/348) e a taxa de “insatisfeitos” foi de 14,4% (50/348).

No grupo de estudantes que apresentaram UPA, a taxa de prevalência de participantes que informaram estar “satisfeitos com o curso na faculdade” foi de 82,6% (90/109) e a taxa de “insatisfeitos” foi de 17,4% (19/109).

Com relação ao UPA, a análise da tabela de contingência não mostrou diferença estatisticamente significativa entre a proporção de estudantes que relataram estar “satisfeitos com o curso na faculdade” e a proporção de “insatisfeitos” (Pearson $\chi^2 = 0,61$; Fisher $p = 0,262$).

5.2.3. Uso problemático de álcool e satisfação com o próprio desempenho como estudante

Na amostra estudada, 1,3% (6/464) dos entrevistados não responderam a questão sobre “satisfação com o próprio desempenho como estudante”.

No grupo de estudantes que não apresentaram UPA, a taxa de prevalência de participantes que informaram estar “satisfeitos com o próprio desempenho como estudante” foi de 68,2% (238/349) e a taxa de “insatisfeitos” foi de 31,8% (111/349).

No grupo de estudantes que apresentaram UPA, a taxa de prevalência de participantes que informaram estar “satisfeitos com o próprio desempenho como estudante” foi de 63,3% (69/109) e a taxa de “insatisfeitos” foi de 36,7% (40/109).

Com relação ao UPA, a análise da tabela de contingência mostrou que a proporção de estudantes “insatisfeitos com o próprio desempenho” foi maior que a proporção de “satisfeitos”, porém sem uma diferença significativa (Pearson $\chi^2 = 0,90$; Fisher $p = 0,202$).

5.2.4. Episódio de *binge drinking* e satisfação com a carreira escolhida

Na amostra estudada, 1,7% (8/464) dos entrevistados não responderam a questão sobre “satisfação com a carreira escolhida”.

No grupo de estudantes que não apresentaram episódios de *binge drinking* pelo menos uma vez no último mês, a taxa de prevalência de participantes que informaram estar “satisfeitos com a carreira escolhida” foi de 91,4% (275/301) e a taxa de “insatisfeitos” foi de 8,6% (26/301).

No grupo de estudantes que apresentaram episódios de *binge drinking* pelo menos uma vez no último mês, a taxa de prevalência de participantes que informaram estar “satisfeitos com a carreira escolhida” foi de 91,0% (141/155) e a taxa de “insatisfeitos” foi de 9,0% (14/155).

Com relação à presença de episódios de *binge drinking* pelo menos uma vez no último mês, a análise da tabela de contingência não mostrou diferença significativa entre a proporção de estudantes que relataram estar “satisfeitos com a carreira escolhida” e a proporção de “insatisfeitos” (Pearson $\chi^2 = 0,02$; Fisher $p = 0,507$).

5.2.5. Episódio de *binge drinking* e satisfação com o curso na faculdade

Na amostra estudada, 1,5% (7/464) dos entrevistados não responderam a questão sobre “satisfação com o curso na faculdade”.

No grupo de estudantes que não apresentaram episódios de *binge drinking* pelo menos uma vez no último mês, a taxa de prevalência de participantes que informaram estar “satisfeitos com o curso na faculdade” foi de 85,4% (258/302) e a taxa de “insatisfeitos” foi de 14,6% (44/302).

No grupo de estudantes que apresentaram episódios de *binge drinking* pelo menos uma vez no último mês, a taxa de prevalência de participantes que informaram estar “satisfeitos com o curso na faculdade” foi de 83,9% (130/155) e a taxa de “insatisfeitos” foi de 16,1% (25/155).

Com relação à presença de episódios de *binge drinking* pelo menos uma vez no último mês, a análise da tabela de contingência não mostrou diferença

significante entre a proporção de estudantes que relataram estar “satisfeitos com o curso na faculdade” e a proporção de “insatisfeitos” (Pearson $\chi^2 = 0,19$; Fisher $p = 0,378$).

5.2.6. Episódio de *binge drinking* e satisfação com o próprio desempenho como estudante

Na amostra estudada, 1,3% (7/464) dos entrevistados não responderam a questão sobre “satisfação com o curso na faculdade”.

No grupo de estudantes que não apresentaram episódios de *binge drinking* pelo menos uma vez no último mês, a taxa de prevalência de participantes que informaram estar “satisfeitos com o próprio desempenho como estudante” foi de 68,4% (208/304) e a taxa de “insatisfeitos” foi de 31,6% (96/304).

No grupo de estudantes que apresentaram episódios de *binge drinking* no último mês, a taxa de prevalência de participantes que informaram estar “satisfeitos com o próprio desempenho como estudante” foi de 64,3% (99/154) e a taxa de “insatisfeitos” foi de 35,7% (55/154).

Com relação à presença de episódios de *binge drinking* pelo menos uma vez no último mês, a análise da tabela de contingência mostrou que a proporção de estudantes “insatisfeitos” com o próprio desempenho foi maior que a proporção de “satisfeitos”, porém sem uma diferença significativa (Pearson $\chi^2 = 0,80$; Fisher $p = 0,216$).

5.3. Transtorno mental comum

A aplicação do SRQ-20 foi realizada para a identificação de transtorno mental comum (TMC). Neste estudo foi utilizado um ponto de corte de seis. Foi observado

que 4,1% (19/464) dos alunos não responderam ou respondeu de forma incompleta o questionário. Foi identificado que 30,6% (142/445) dos alunos apresentaram TMC (escore maior ou igual a sete). A média do escore total do SRQ-20 foi de 4,0 (DP=4,0). O gráfico três ilustra a distribuição da frequência absoluta do escore total do SRQ-20.

Gráfico 3 – Distribuição da frequência absoluta do escore total do SRQ-20

O resultado do SRQ-20 foi distribuído pelos grupos de sintomas reagrupados (IACOPONI & MARI, 1988). A tabela quatro apresenta a distribuição das respostas da amostra pelos itens reagrupados do SRQ-20.

Tabela 4

Prevalência dos grupos de sintomas psiquiátricos menores avaliados pelo *Self Report Questionnaire* SRQ-20 (n=464)

Grupos de sintomas psiquiátricos menores		
Humor depressivo/ansioso	n	%
Sente-se nervoso (a), tenso (a) ou preocupado (a)	262	56,5
Assusta-se com facilidade	135	29,1
Tem se sentido triste ultimamente	189	40,7
Tem chorado mais do que de costume	116	25,0
Sintomas somáticos		
Tem dores de cabeça freqüentes	134	28,9
Tem falta de apetite	39	8,4
Dorme mal	136	29,3
Tem tremores de mãos	68	14,7
Tem má digestão	96	20,7
Tem sensações desagradáveis no estômago	134	28,9
Decréscimo de energia vital		
Tem dificuldade de pensar com clareza	122	26,3
Tem dificuldades para realizar com satisfação suas atividades	147	31,7
Tem dificuldade para tomar decisões	151	32,5
Tem dificuldade no serviço	56	12,1
Sente-se cansado (a) o tempo todo	152	32,8
Você se cansa com facilidade	182	39,2
Pensamentos depressivos		
É incapaz de desempenhar papel útil em sua vida	28	6,0
Tem perdido o interesse pelas coisas	92	19,8
Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimos	38	8,2
Tem tido idéia de acabar com a vida	12	2,6

Foi observado que, predominantemente, 56,5% (262/459) dos estudantes informaram “sentir-se nervoso, tenso ou preocupado” no grupo de sintomas “humor depressivo ou ansioso”, 39,2% (182/458) disseram que “se cansa com facilidade” no grupo de “sintomas somáticos”, 29,3% (136/456) informaram “dormir mal” no grupo de sintomas “decréscimo de energia vital” e 19,8% (92/458) dos participantes

informaram ter perdido o interesse pelas coisas no grupo de sintomas “Pensamentos depressivos”.

5.3.1. Transtorno mental comum e satisfação com a carreira escolhida

Na amostra estudada, 4,5% (21/464) dos entrevistados não responderam o SRQ-20 ou a questão sobre “satisfação com a carreira escolhida”.

No grupo de estudantes com ausência de TMC, a taxa de prevalência de participantes que informaram estar “satisfeitos com a carreira escolhida” foi de 95,0% (288/303) e a taxa de “insatisfeitos” foi de 5,0% (15/303).

No grupo de estudantes com presença de TMC, a taxa de prevalência de participantes que informaram estar “satisfeitos com a carreira escolhida” foi de 82,9% (116/140) e a taxa de “insatisfeitos” foi de 17,1% (24/140).

Com relação à presença de TMC, a análise da tabela de contingência mostrou que a proporção de estudantes “insatisfeitos com a carreira escolhida” foi significativamente maior que a proporção de “satisfeitos” (Pearson $\chi^2 = 17,7$; Fisher $p < 0,001$).

A média do escore total do SRQ-20 no grupo de alunos “insatisfeitos com a carreira” ($n=39$; $\mu=7,7$; $DP=3,7$; IC de 95%: 6,5 – 9,9) foi maior que no grupo de “satisfeitos” ($n=404$; $\mu=4,6$; $DP=3,8$; IC de 95%: 4,2 – 5,0) com uma diferença significativa (ANOVA $F=23,0$; $p < 0,001$).

5.3.2. Transtorno mental comum e satisfação com o curso na faculdade

Na amostra estudada, 4,3% (20/464) dos entrevistados não responderam o SRQ-20 ou a questão sobre “satisfação com o curso na faculdade”.

No grupo de estudantes com ausência de TMC, a taxa de prevalência de participantes que informaram estar “satisfeitos com o curso na faculdade” foi de 90,7% (274/302) e a taxa de “insatisfeitos” foi de 9,3% (28/302).

No grupo de estudantes com presença de TMC, a taxa de prevalência de participantes que informaram estar “satisfeitos com o curso na faculdade” foi de 72,5% (103/142) e a taxa de “insatisfeitos” foi de 27,5% (39/142).

Com relação à presença de TMC, a análise da tabela de contingência mostrou que a proporção de estudantes “insatisfeitos com o curso na faculdade” foi significativamente maior que a proporção de “satisfeitos” (Pearson $\chi^2 = 24,95$; Fisher $p < 0,001$).

A média do escore total do SRQ-20 no grupo de alunos “insatisfeitos com o curso na faculdade” ($n=67$; $\mu=7,5$; $DP=4,3$; IC de 95%: 6,5 – 8,6) foi maior que no grupo de “satisfeitos” ($n=377$; $\mu=4,6$; $DP=3,7$; IC de 95%: 4,1 – 4,8) com uma diferença significativa (ANOVA $F=36,5$; $p < 0,001$).

5.3.3. Transtorno mental comum e satisfação com o próprio desempenho como estudante

Na amostra estudada, 4,3% (20/464) dos entrevistados não responderam o SRQ-20 ou a questão sobre “satisfação com o próprio desempenho como estudante”.

No grupo de estudantes com ausência de TMC, a taxa de prevalência de participantes que informaram estar “satisfeitos com o próprio desempenho como estudante” foi de 72,2% (218/302) e a taxa de “insatisfeitos” foi de 27,8% (84/302).

No grupo de estudantes com presença de TMC, a taxa de prevalência de participantes que informaram estar “satisfeitos com o próprio desempenho como estudante” foi de 57,0% (81/142) e a taxa de “insatisfeitos” foi de 43,0% (61/142).

Com relação à presença de TMC, a análise da tabela de contingência mostrou que a proporção de estudantes “insatisfeitos com o próprio desempenho como estudante” foi significativamente maior que a proporção de “satisfeitos” (Pearson $\chi^2 = 10,07$; Fisher $p = 0,001$).

A média do escore total do SRQ-20 no grupo de alunos “insatisfeitos com o próprio desempenho” ($n=145$; $\mu=6,1$; $DP=4,3$; IC de 95%: 5,4 – 6,8) foi maior que no

grupo de “satisfeitos” ($n=299$; $\mu=4,4$; $DP=3,7$; IC de 95%: 3,9 – 4,8) com uma diferença significativa (ANOVA $F=20,37$; $p<0,001$).

5.4. Co-ocorrência de uso problemático de álcool e transtorno mental comum

A avaliação da amostra com o AUDIT apresentou uma taxa de prevalência de UPA de 23,5% (109/464) entre os estudantes. A avaliação com o SRQ-20 apresentou uma taxa de prevalência de TMC de 30,6% (142/445) entre os estudantes. O cruzamento dos resultados do AUDIT e do SRQ-20 identificou que 7,3% (34/461) dos participantes apresentaram resultados positivos em ambos os instrumentos caracterizando a co-ocorrência de UPA e TMC.

5.4.1. Co-ocorrência de uso problemático de álcool e transtorno mental comum e sexo

Na amostra estudada, 1,7% (8/464) dos entrevistados não responderam o SRQ-20 ou a questão sobre gênero.

No grupo de estudantes que não apresentaram co-ocorrência de UPA e TMC, a taxa de prevalência de participantes do sexo masculino foi de 34,8% (147/422) e a taxa do sexo feminino foi de 65,2% (275/422).

No grupo de estudantes que apresentaram co-ocorrência de UPA e TMC, a taxa de prevalência de participantes do sexo masculino foi de 29,4% (10/34) e a taxa do sexo feminino foi de 70,6% (24/34).

Com relação à presença de co-ocorrência de UPA e TMC, a análise da tabela de contingência apresentou que não houve diferença significativa entre a proporção de estudantes do sexo masculino e feminino (Pearson $\chi^2=0,410$; Fisher $p=0,331$).

5.4.2. Co-ocorrência de uso problemático de álcool e transtorno mental comum e satisfação com a carreira escolhida

Na amostra estudada, a taxa de prevalência de estudantes que relataram estar “insatisfeitos com a carreira escolhida” foi de 8,8% (40/453). Entre os participantes, 23,9% (11/464) dos entrevistados não responderam o SRQ-20 ou a questão sobre “satisfação com a carreira escolhida”.

No grupo de estudantes que não apresentaram co-ocorrência de UPA e TMC, a taxa de prevalência de participantes que informaram estar “satisfeitos com a carreira escolhida” foi de 92,1% (387/420) e a taxa de “insatisfeitos” foi de 7,9% (33/420).

No grupo de estudantes que apresentaram co-ocorrência de UPA e TMC, a taxa de prevalência de participantes que informaram estar “satisfeitos com a carreira escolhida” foi de 78,8% (26/33) e a taxa de “insatisfeitos” foi de 21,2% (7/33).

Com relação à presença de co-ocorrência de UPA e TMC, a análise da tabela de contingência apresentou que a proporção de estudantes “insatisfeitos com a carreira escolhida” foi significativamente maior que a proporção de “satisfeitos” (Pearson $\chi^2 = 6,78$; Fisher $p = 0,019$).

5.4.3. Co-ocorrência de uso problemático de álcool e transtorno mental comum e satisfação com o curso na faculdade

Na amostra estudada, a taxa de prevalência de estudantes que relataram estar “insatisfeitos com o curso na faculdade” foi de 15,2% (69/453). Entre os participantes, 2,2% (10/464) dos entrevistados não responderam o SRQ-20 ou a questão sobre “satisfação com o curso na faculdade”.

No grupo de estudantes que não apresentaram co-ocorrência de UPA e TMC, a taxa de prevalência de participantes que informaram estar “satisfeitos com o curso na faculdade” foi de 86,2% (362/420) e a taxa de “insatisfeitos” foi de 13,8% (58/420).

No grupo de estudantes que apresentaram co-ocorrência de UPA e TMC, a taxa de prevalência de participantes que informaram estar “satisfeitos com o curso na faculdade” foi de 67,6% (23/34) e a taxa de “insatisfeitos” foi de 32,4% (11/34).

Com relação à presença de co-ocorrência de UPA e TMC, a análise da tabela de contingência apresentou que a proporção de estudantes “insatisfeitos com o curso na faculdade” foi significativamente maior que a proporção de “satisfeitos” (Pearson $\chi^2 = 8,39$; Fisher $p = 0,007$).

5.4.4. Co-ocorrência de uso problemático de álcool e transtorno mental comum e satisfação com o próprio desempenho como estudante

Na amostra estudada, a taxa de prevalência de estudantes que relataram estar “insatisfeitos com o próprio desempenho como estudante” foi de 32,7% (149/455). Entre os participantes, 1,9% (9/464) dos entrevistados não responderam o SRQ-20 ou a questão sobre “satisfação com o próprio desempenho como estudante”.

No grupo de estudantes que não apresentaram co-ocorrência de UPA e TMC, a taxa de prevalência de participantes que informaram estar “satisfeitos com o próprio desempenho como estudante” foi de 68,6% (289/445) e a taxa de “insatisfeitos” foi de 31,4% (132/445).

No grupo de estudantes que apresentaram co-ocorrência de UPA e TMC, a taxa de prevalência de participantes que informaram estar “satisfeitos com o próprio desempenho como estudante” foi de 50,0% (17/34) e a taxa de “insatisfeitos” foi de 50,0% (17/34).

Com relação à presença de co-ocorrência de UPA e TMC, a análise da tabela de contingência apresentou que a proporção de estudantes “insatisfeitos com o próprio desempenho como estudante” foi significativamente maior que a proporção de “satisfeitos” (Pearson $\chi^2 = 4,96$; Fisher $p = 0,023$).

5.4.5. Correlação entre uso problemático de álcool e transtorno mental comum

A análise da correlação entre o escore total do AUDIT e escore total do SRQ da amostra estudada não mostrou correlação significativa através da aplicação do Teste de Spearman.

Ampliando a análise da correlação para o cruzamento de item por item do AUDIT e do SRQ-20 através da aplicação do teste de Spearman foi verificado correlação estatisticamente significativa em dez comparações. Os resultados são apresentados na tabela cinco.

Tabela 5

Correlações significantes ($p < 0,05$) entre os itens do AUDIT e SRQ através do Índice de Correlação de Spearman (ρ)

Item	AUDIT	Item	SRQ-20	ρ	p	n
1	Frequência de consumo de bebidas alcoólicas	6	Sente-se nervoso (a), tenso (a) ou preocupado (a)?	0,143	0,002	459
		9	Tem se sentido triste ultimamente?	0,099	0,034	458
		10	Tem chorado mais do que de costume?	0,096	0,041	458
		11	Encontra dificuldades para realizar com satisfação suas atividades?	0,121	0,009	459
		16	Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimos?	0,117	0,012	456
2	Quantidade de doses de álcool em um dia normal	3	Dorme mal?	0,100	0,033	456
4	Perda de controle para parar de beber	4	Assusta-se com facilidade?	0,100	0,033	457
		5	Tem tremores de mãos?	0,115	0,013	459
7	Culpa ou remorso após ter bebido	13	Tem dificuldade para tomar decisões?	0,115	0,015	454
9	Presença de ferimentos ou prejuízos próprios ou a outros após ter bebido	1	Tem dor de cabeça freqüente?	0,105	0,024	458

6. DISCUSSÃO

Este estudo realizou uma revisão da literatura no período dos últimos dez anos sobre uso problemático de álcool (UPA), transtorno mental comum (TMC) e sobre a co-ocorrência de UPA e TMC em estudantes de graduação da área da saúde e também sobre estudantes de graduação de uma forma geral e na comunidade para referenciais de comparação.

As características sócio-demográficas foram apresentadas para caracterizar a amostra, no entanto não foram realizadas as associações com as duas condições estudadas considerando os limites dos objetivos do estudo e várias publicações recentes encontradas na literatura que relatam as associações entre o uso de álcool e gênero, idade, condições de moradia e outras variáveis sócio-demográficas. Estas associações desta amostra serão apresentadas em outras publicações pelos pesquisadores em um futuro próximo.

6.2. Uso problemático de álcool entre estudantes de graduação da área da saúde

A avaliação da amostra de estudantes de graduação da área da saúde deste estudo utilizando o AUDIT apresentou a prevalência de uso nos últimos doze meses de álcool de 85,1%, de 23,5% de UPA e de 33,3% de *binge drinking*. Foi observado que 14,9% dos alunos informaram não ter bebido no período.

Considerando as diferenças metodológicas à parte, a prevalência de uso nos últimos doze meses de álcool desta amostra (85,1%) é equivalente às prevalências de outras amostras semelhantes no Brasil, entre 82,3 a 90,3% (ANDRADE et al., 1997; KERR-CORRÊA et al., 1999; KERR-CORRÊA et al., 2000; FIORINI et al., 2003; OLIVEIRA et al., 2005; LUCAS et al. 2006; PILLON & CORRADI-WEBSTER, 2006; PEUKER et al., 2006), é maior que a taxa estimada de uso na vida de álcool na população geral (74,6%), porém a diferença diminui quando comparada com a taxa entre jovens com idade entre 18 a 24 anos da região Sudeste (82,4%) publicada por CARLINI e col., (2007). A cidade de Ribeirão Preto e a FMRP-USP,

local que foi realizado o levantamento deste estudo, se localiza na região Sudeste. A prevalência de uso de álcool nos últimos doze meses encontrada neste estudo também foi maior que a prevalência de uso no ano de álcool entre adolescentes, estudantes do ensino fundamental e médio, publicada por GALDURÓZ e col. (2005).

Comparando com outros dois estudos que avaliaram amostra de estudantes da área da saúde utilizando o AUDIT (PEUKER *et al.*, 2006; PILLON & CORRADI-WEBSTER, 2006), a frequência de UPA (padrão de beber de risco, uso nocivo ou provável dependência de álcool) da amostra deste estudo (23,5%) foi menor que a taxa 44,2% do estudo de PEUKER *et al.* (2006), no entanto a comparação entre a versão do AUDIT utilizado por PEUKER *et al.* (2006) com a versão utilizada neste estudo mostrou diferenças importantes nas questões dois, nove e dez que podem explicar a diferença relatada. A frequência de UPA de 20,5% apresentada por PILLON & CORRADI-WEBSTER (2006) em uma amostra predominantemente feminina (97%) foi pouco maior que a frequência de 19,6% encontrada no grupo de estudantes do sexo feminino desta amostra.

A frequência de um padrão de beber “se embriagando” ou também descrito como “*binge drinking*” neste estudo foi de 33,3%, igual à taxa de 33,3% encontrada no estudo de PEUKER *et al.* (2006) e menor que a taxa de 36,5% relatada por PILLON & CORRADI-WEBSTER (2006). As taxas encontradas neste estudo e de PEUKER *et al.* (2006) e de PILLON & CORRADI-WEBSTER (2006) são menores que as taxas de 45%, 43% e 43% encontradas na série de levantamentos do *College Alcohol Study*, realizado nos Estados Unidos (WECHSLER e col., 2004). Considerando que episódios de *binge drinking* estão relacionados à maior frequência de comportamento de risco (atividade sexual não planejada e sem proteção, dirigir embriagado, uso de tabaco, vandalismos, comportamento anti-social, acidentes e tentativas de suicídio), e a outras consequências negativas relacionadas ao álcool (problemas acadêmicos e com a polícia, gravidez não desejada e doenças sexualmente transmissíveis) além de prejuízos neuropsicológicos (prejuízos no desempenho de tarefas cognitivas e *blackout* como relatado nos estudos revisados (PEUKER *et al.*, 2006; WECHSLER e col., 2004; DIMEFF *et al.*, 2002) é fundamental a ação preventiva visando este grupo de risco.

O período da faculdade é uma fase de risco para UPA (ANDRADE *et al.*, 1997; KERR-CÔRREA *et al.*, 1999; BARRIA & ANDRADE *et al.*, 2000; WECHSLER *et al.*, 2000; DIMEFF *et al.*, 2002; KERR-CORRÊA *et al.*, 2002; FIORINI *et al.*, 2003;

OLIVEIRA et al., 2005; KARAN et al., 2007). Considerando a importância do papel social que estes estudantes representarão em um futuro próximo, é fundamental a elaboração de estratégias de prevenção em diferentes níveis e de tratamento precoce para esta comunidade.

6.3. Transtorno Mental Comum em estudantes de graduação da área da saúde

A frequência de Transtorno Mental Comum (TMC) nesta amostra foi de 30,6% através da utilização do SRQ-20. Esta taxa foi equivalente às taxas encontradas em outros estudos que também utilizaram o SRQ-20, entre 18,5% a 44,7% (VOLCAN et al., 2003; BALDISSEROTTO et al., 2005; FACUNDES & LUDERMIR, 2005; LIMA et al., 2006). Nestes estudos foi observado que a taxa de prevalência de TMC é maior nas amostras com uma maior proporção de mulheres, esta diferença mostrou-se significativa no estudo de VOLCAN et al. (2003) mas não foi significativa no estudo de BALDISSEROTTO et al. (2005) e LIMA et al. (2006).

Comparando os dados desta análise com outras realizadas na comunidade observamos que a taxa de prevalência de TMC desta análise foi maior que a taxa de 28,5% encontrada em uma amostra de 1967 pessoas com idade entre 20 e 69 anos, moradoras da zona urbana da cidade de Pelotas-RS (57% de mulheres) estudada por COSTA *et al.* (2002). A taxa desta análise foi também maior que a taxa de 24,9% encontrada em uma amostra de 2337 residentes maiores de 15 anos de dois distritos do Município de São Paulo (56% de mulheres) estudada por MARAGNO *et al.* (2006). Nos dois estudos comunitários citados nesta comparação apresentaram prevalência de TMC significativamente maior no sexo feminino. A taxa encontrada neste estudo foi menor que a taxa de 39,4% de TMC encontrada em um estudo com 2055 mulheres com idade maior que 15 anos, moradoras da zona urbana de Feira de Santana, Estado da Bahia realizado por ARAUJO, PINHO E ALMEIDA (2005).

A prevalência de TMC desta amostra assim como em outros levantamentos com estudantes de graduação da área da saúde contribuem como evidencia de que de que o período da faculdade é uma fase de risco para TMC principalmente para estudantes do sexo feminino e estudantes com vulnerabilidade para transtornos

mentais. É fundamental a elaboração de estratégias de prevenção e tratamento precoce voltadas para esta comunidade.

6.4. Co-ocorrência de uso problemático de álcool e transtorno mental comum entre estudantes de graduação da área da saúde

Nesta amostra, a prevalência de UPA foi de 23,5% e de TMC foi de 30,6% e a frequência de co-ocorrência UPA e TMC foi de 7,3%. Esta taxa foi menor que a taxa de 12% relatada por MENDONZA-SASSI & BÉRIA, (2003) que avaliou uma amostra de 1.260 moradores da zona urbana de um município da Região Sul do Brasil, com mais de 15 anos de idade, também utilizando o AUDIT e o SRQ-20.

A análise da correlação entre o escore total do AUDIT e escore total do SRQ desta amostra não mostrou correlação significativa.

As diferenças de metodologia dificultam comparações com dados de outros estudos, no entanto, é importante ter como referencia outros resultados. Um estudo epidemiológico transversal importante avaliou uma amostra de 43.093 sujeitos, representativa para a população geral dos Estados Unidos, distribuída em três grupos, um primeiro grupo de estudantes de faculdade com idade entre 18 e 29 anos, um segundo grupo de adultos jovens não estudantes de faculdade com idade entre 18 e 29 anos e um terceiro grupo de adultos com mais de 30 anos de idade. Os instrumentos usados foram o *Alcohol Use Disorders and Associated Disabilities Interview Schedule DSM-IV Version* (AUDADIS-IV) para a identificação de transtornos relacionados ao álcool e os critérios do DSM-IV para o diagnóstico de transtornos do humor e de ansiedade. Os resultados apresentados quanto ao abuso de álcool, foram prevalências de, respectivamente, de 7,7%, 6,6% e 4,0% no primeiro, segundo e terceiro grupo e as prevalências de dependência de álcool, respectivamente, de 10,9%, 8,4% e 2,3% no primeiro, segundo e terceiro grupo. Os resultados apresentados quanto à prevalência de algum transtorno do humor ou de ansiedade foram, respectivamente, de 21,2%, 21,2% e 15,7% no primeiro, segundo e terceiro grupo. A diferença significativa no padrão de beber entre estudantes de faculdade e outros adultos jovens não estudantes de faculdade foi a maior probabilidade de estudantes de faculdade apresentarem critérios para a

dependência do álcool (10.9% contra 8.4%). Por outro lado, os dois grupos de adultos jovens apresentaram diferenças significantes quanto ao uso abusivo, dependência de álcool, algum transtorno de humor ou de ansiedade e de depressão maior com relação ao grupo de adultos com mais de 30 anos. As razões de probabilidade (*odds ratio*), com as variáveis totalmente ajustadas, de participantes com dependência de álcool para algum transtorno de humor ou de ansiedade foram, respectivamente, de 2,4, 4,7 e de 3,8 para o primeiro, segundo e terceiro grupo comparativamente com participantes que não fizeram uso de álcool ao longo da vida. O grupo de estudantes de faculdade apresentou associações mais fracas entre dependência de álcool e algum transtorno de humor ou de ansiedade comparativamente com os outros dois grupos da comunidade. Os autores consideram que a diferença entre as associações poderia ser atribuída a um menor número de casos de psicopatologia no primeiro grupo comparativamente com o segundo e o terceiro grupos (isto é, um tipo erro de II). Outras interpretações possíveis podem estar relacionadas que estudantes de faculdade com alguma psicopatologia seriam mais seletivos com o padrão de beber que outras pessoas da comunidade ou, por outro lado, a ausência de comorbidade nos estudantes de faculdade pode ter representado um efeito de seleção que contribuiu para que estes adultos jovens tivessem a habilidade para conseguir uma vaga na faculdade. Outras possibilidades poderiam estar relacionadas à hipótese de consumo de álcool como automedicação para alívio de aflições emocionais de natureza depressiva ou ansiosa onde estudantes de faculdade teriam maior disponibilidade de recursos como oportunidades para integração com redes sociais, por exemplo, colegas de classes, companheiros de moradia, membros de fraternidades que seus pares não estudantes de faculdade. Outro fator poderia estar relacionado à menor dificuldade de acesso a tratamentos psicológicos ou outros serviços de saúde dos estudantes de faculdade (DAWSON et al., 2005).

Outros estudos relataram à associação significativa entre transtornos relacionados ao álcool e transtornos depressivos ou ansiosos em estudantes de graduação de uma forma geral (WINDLE, 2005; ADEWUYA, 2006; GEISNER et al., 2007; SMITH & TRAN, 2007).

6.5. Satisfação acadêmica e uso problemático de álcool, transtorno mental comum e co-ocorrência de uso problemático de álcool e transtorno mental comum

Os resultados deste estudo apresentaram que a proporção de estudantes que informaram estar “insatisfeitos com a carreira escolhida”, a proporção de “insatisfeitos com o curso na faculdade” e a proporção de “insatisfeitos com o próprio desempenho” apresentaram maiores taxas de prevalência de UPA que as proporções de estudantes “satisfeitos”, no entanto, as diferenças entre as proporções não foram estatisticamente significantes.

Com relação ao TMC, foi verificado que a proporção de estudantes que informaram estar “insatisfeitos com a carreira escolhida”, a proporção de “insatisfeitos com o curso na faculdade” e a proporção de “insatisfeitos com o próprio desempenho” apresentaram maiores taxas de prevalência de TMC que as proporções de estudantes “satisfeitos” e estas diferenças foram estatisticamente significantes. Também foi observado que o grupo de estudantes que informaram estar “insatisfeito” com “a carreira escolhida”, o grupo “insatisfeito com o curso na faculdade” e também o grupo “insatisfeito com o próprio desempenho” apresentou maiores médias do SRQ-20 que os grupos de estudantes “satisfeitos” e as diferenças entre as médias foram estatisticamente significantes.

Com relação à co-ocorrência de UPA e TMC, foi verificado que a proporção de estudantes que informaram estar “insatisfeitos com a carreira escolhida”, a proporção de “insatisfeitos com o curso na faculdade” e a proporção de “insatisfeitos com o próprio desempenho” apresentaram maiores taxas de prevalência de co-ocorrência de UPA e TMC que as proporções de estudantes “satisfeitos”. As diferenças foram estatisticamente significantes.

Com relação à TMC, foram comparados os resultados deste estudo com a avaliação de LIMA, DOMINGUES & RAMOS (2006) com universitários de um curso de Medicina de Botucatu. Foi verificado que, neste estudo, as taxas de prevalência de TMC em estudantes “insatisfeitos com a carreira escolhida”, em “insatisfeitos com o curso na faculdade” e “insatisfeitos com o próprio desempenho” foram, respectivamente, 61,5%, 58,2% e 42,1%. No estudo citado para comparação, as

taxas de prevalência de TMC em alunos “insatisfeitos com a escolha profissional”, naqueles que informaram “pensar em abandonar o curso” e entre os com “auto-avaliação sobre o desempenho escolar regular ou péssimo” foram, respectivamente, 64%, 76% e 52%. Na análise univariada realizada por LIMA, DOMINGUES & RAMOS (2006), o TMC associou-se positivamente com “estar insatisfeito com a escolha da carreira”, com “ter pensado em abandonar o curso” e ter apresentado “auto-avaliação ruim sobre o desempenho escolar”. Nos dois estudos desta comparação houve semelhança na amostra estudada quanto ao tamanho (n), gênero, idade e a maioria dos entrevistados informarem procedência de outras cidades. Como destacado por LIMA, DOMINGUES & RAMOS (2006), estudos transversais têm limitações quanto à atribuição de causalidade às associações encontradas, no entanto, apontam as direções nas quais os fatores se associam com a condição estudada. A implementação de medidas para minimizar o sofrimento emocional dos alunos incluindo serviços de apoio psicológico e pedagógico integrado a serviços de assistência psiquiátrica pode contribuir para minimizar o sofrimento mental entre estes alunos.

Outro estudo encontrado na literatura sobre a satisfação com a experiência acadêmica em estudantes universitários foi de SCHLEICH, POLYDORORO & SANTOS (2006), que avaliou parâmetros psicométricos da Escala de Satisfação com a Experiência Acadêmica (ESEA). Este estudo, apesar de não avaliar a relação entre satisfação com a experiência acadêmica e UPA e TMC, muito contribuiu com este estudo por apresentar a importância de pesquisar esta característica em universitários. Os autores relatam que em um país como o Brasil que apresenta um aumento da população universitária com jovens com características bastante heterogêneas e multiplicação de instituições para atender esta demanda que nem sempre preparadas para atender o processo de formação quanto ao desenvolvimento cognitivo, vocacional, pessoal, social e cultural destes jovens universitários em sua diversidade de características e expectativas. Talvez isto ocorra por falta de conhecimento sistematizado sobre os estudantes universitários brasileiros. O ensino superior provoca mudanças nos estudantes em nível pessoal, cognitivo, profissional, afetivo e pessoal de forma extensa e integrada através da diversidade de experiências durante o processo acadêmico onde um ponto principal é a possibilidade de partilhar idéias e experiências. No entanto, as mudanças acontecem na medida da extensão do envolvimento do estudante com este contexto

onde o desenvolvimento não será uma mera consequência do impacto da universidade sobre o estudante, mas dependerá da interação entre o jovem e a instituição. Apesar de ainda não existir uma definição clara e consistente sobre o construto teórico da satisfação com a experiência acadêmica é evidente a composição multidimensional e cada dimensão com múltiplos fatores. Conhecer as satisfações ou insatisfações dos estudantes do ensino superior quanto à experiência acadêmica de forma sistemática pode contribuir para a compreensão do impacto do ensino superior no desenvolvimento integral do estudante considerando que o desencontro entre a diversidade de expectativas de estudantes pode gerar baixo desempenho, reduzida integração, insucesso e até mesmo abandono do curso (SCHLEICH, POLYDORORO & SANTOS, 2006). Entre as características heterogêneas dos jovens universitários também se encontra a vulnerabilidade para os transtornos mentais ou uso problemático de álcool. Implementar na universidade a estrutura para o apoio psicológico e pedagógico e, se necessário, a adequada assistência psiquiátrica, caracteriza a parcela de responsabilidade frente às expectativas de um modelo de sociedade que supera características como o individualismo e a competitividade e interesses grupais que, em alguns contextos caracterizam a formação do profissional de saúde, principalmente do médico.

Algumas considerações podem ser levantadas quanto à ausência de associação entre UPA e TMC nesta amostra. Uma primeira consideração pode estar relacionada à coleta de dados onde estudantes com co-ocorrência de UPA e TMC poderiam não estar presentes na ocasião da distribuição dos questionários ou optaram por não participar da pesquisa contribuindo para taxas menores desta condição. Outra consideração está relacionada aos temas pesquisados serem permeado por preconceitos e receios que tende a ser potencializados entre adultos jovens durante os anos da faculdade tanto pela competitividade que caracteriza alguns contextos acadêmicos como pela possibilidade de que, comunicar a presença de sofrimento emocional ou de uso problemático de álcool, poderia ser interpretado como fragilidade ou outros adjetivos depreciativos relacionados ao rendimento escolar ou na relação entre pares. Outra consideração pode estar relacionada ao delineamento transversal da pesquisa que impõe limitações quanto às inferências causais da relação, uma vez que a ocorrência do evento e a relação com o desfecho são avaliadas no mesmo tempo.

Por estas razões, seria possível pressupor que as taxas de prevalências de ocorrência de UPA e de TMC e co-ocorrências de UPA e TMC na amostra tendem a ser menores que as taxas possíveis na população alvo.

Outra limitação deste estudo é que os instrumentos AUDIT e o SRQ-20 são questionários auto-aplicáveis e avaliam o relato de UPA e de TMC e não a condição em si, que poderia ser avaliada através de uma investigação diagnóstica. Esta é uma limitação inerente de estudos de rastreamentos desta natureza.

Os achados deste estudo referentes à ausência de associação entre UPA e TMC devem ser interpretados com cuidado quanto a sua generalização, considerando-se o caráter de estudo transversal de rastreamento em população de adultos jovens.

7. CONCLUSÃO

O uso problemático de álcool, transtorno mental comum e a co-ocorrência de uso problemático de álcool e de transtorno mental comum são condições presentes entre os estudantes de graduação da área da saúde da amostra estudada e motivo de preocupação considerando a saúde destes jovens estudantes e o papel que representarão na sociedade em um futuro próximo.

O período da faculdade pode ser considerado uma fase de risco tanto para uso problemático de álcool como de transtorno mental comum principalmente para estudantes do sexo feminino e jovens com vulnerabilidade prévia para transtornos mentais.

É fundamental que estratégias de prevenção sejam elaboradas para diferentes níveis de gravidade envolvendo diferentes serviços de apoio a comunidade do campus.

A inserção de disciplinas curriculares ou optativas em diferentes fases dos cursos de graduação que tenham como objetivo principal oferecer aos alunos o conhecimento para a prevenção do uso problemático de álcool e outras drogas através de diferentes estratégias de ensino poderiam contribuir para estimular a identificação do papel do aluno como pessoa e como profissional frente a esta problemática.

É importante que serviços de acolhimento e orientação psicológica e pedagógica possam também oferecer atendimentos de psicoterapia e ampliar a integração com outros setores da universidade incluindo serviços de assistência à saúde de uma forma geral e assistência psiquiátrica para triagem precoce de estudantes que necessitem de atendimento clínico. Conhecer o papel de paciente diante de uma assistência adequada pode ser um fator favorável para a construção de um profissional de saúde mais humano.

O uso problemático de álcool, transtorno mental comum e a co-ocorrência de uso problemático de álcool e de transtorno mental comum não são condições exclusivas de estudantes de graduação da área da saúde. Também são condições presentes entre estudantes de graduação de outras áreas de ensino e, portanto, as preocupações relatadas no presente estudo se estendem para os estudantes de

graduação de uma forma geral que também necessitam de assistência levando em consideração as peculiaridades de cada contexto.

Pesquisas futuras de delineamento longitudinal podem contribuir para uma melhor compreensão dos fatores de risco relacionados ao uso problemático de álcool, transtorno mental comum e à co-ocorrência destas duas condições em estudantes de graduação.

8. BIBLIOGRAFIA

ABOU-SALEH MT; JANCA A. The epidemiology of substance misuse and comorbidity psychiatric disorders. **Acta Neuropsychiatrica**, v. 16, p. 3–8, 2004.

ADEWUJA A. O. Prevalence of major depressive in Nigerian college students with alcohol related problems. **General Hospital Psychiatry**, v. 28, n. 2, p 169-173, 2006.

ALVES H. N. P.; KESSLER F.; RATTO L. R. C. Comorbidade: uso de álcool e outros transtornos psiquiátricos. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 26, s. 1, p. 51-53, 2004.

_____; SURJAN J. C.; NOGUEIRA-MARTINS L. A.; MARQUES A. C. P. R.; RAMOS S. P. R.; LARANJEIRA R. R. Perfil clínico e demográfico de médicos com dependência química. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 51, n. 3, p. 139-143, 2005.

ANDRADE, A. G. ; QUEIROZ, S. ; VILLABOIM R. C. M. ; CESAR, C. L. G. ; ALVES, M. C. G. P. ;BASSIT, A. Z. ; GENTIL, V. ; SIQUEIRA, A. A. F. ; TOLOSA, E. M. C. Uso de álcool e drogas entre alunos de graduação da Universidade de São Paulo (1996). **Revista ABP-APAL**, v. 19, n. 2, p. 53-59, 1997.

ARAUJO, T. M.; PINHO, P. S.; ALMEIDA, M. M. G.; Prevalência de transtornos mentais comuns em mulheres e sua relação com as características sócio-demográficas e o trabalho doméstico. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 5 n. 3, p. 337-348, 2005.

BABOR, T. F.; HIGGINS-BIDDLE, J.C. **Intervenções breves para uso de risco e uso nocivo de álcool: manual para uso em atenção primária**. PAI-PAD: Programa de Ações Integradas para Prevenção e Atenção ao Uso de Álcool e Drogas na Comunidade, FMRP-USP, Ribeirão Preto, 2003.

_____. **AUDIT: teste para identificação de problemas relacionados ao uso de álcool. Roteiro para uso em atenção primária**. PAI-PAD: Programa de Ações Integradas para Prevenção e Atenção ao Uso de Álcool e Drogas na Comunidade, FMRP-USP. Ribeirão Preto, 2003.

BAER J. S. Student factors: understanding individual variation in college drinking. **Journal of Studies on Alcohol**, Supplement n. 14: 40-53, 2002.

BALDISSEROTTO, C. M.; FILHO, E. S.; NEDEK, F.; SAKAE, T. M. Problemas psiquiátricos menores e indicadores do uso problemático de álcool entre os estudantes de medicina da Universidade do Sul de Santa Catarina – UNISUL. **Arquivos Catarinenses de Medicina** v. 34, n. 4, p. 73-79, 2005.

BARRÍA, A. C. R.; QUEIROZ, S.; NICASTRI, S.; ANDRADE, A. G.. Comportamento do universitário da área de biológicas da Universidade de São Paulo, em relação ao uso de drogas. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, n. 4, p. 215-224, 2000.

BARROS S. G. S.; GALPERIM B.; GRÜBER A. C. **Problemas clínicos comuns do alcoolista** In: Ramos & Bertolote Alcoolismo hoje, cap. 6, p. 87-111, 3ª ed., Ed. Artes Médicas, 1997.

BASÍLIO, M.C.V.; GARCIA, M.L.T. Vendas de bebidas alcoólicas: questões (im)pertinentes. **Revista Psicologia & Sociedade**; v. 18, n. 3, p. 104-112, 2006.

BERTOLETE J. M. **Problemas sociais relacionados ao consumo de álcool** In: Ramos & Bertolote Alcoolismo hoje, cap. 8, p. 131-40, 3ª ed., Ed. Artes Médicas, 1997.

BEUSENBERG M.; ORLEY J. **A user's guide to the self reporting questionnaire (SRQ)**. Division of Mental Health. World Health Organization, Geneva, 1994.

BAU C. H. D. Estado atual e perspectivas da genética e epidemiologia do alcoolismo. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 7, n. 1, p. 183-190, 2002.

CARLINI, E. A. e col. **II Levantamento Domiciliar Sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil**. CEBRID/UNIFESP, 2007.

CIANFLONE A. R. L.; FIGUEIREDO J. F. C.; COLARES M. F. A. O Centro de Apoio Educacional e Psicológico (CAEP) da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (USP): história e perspectivas. **Revista Medicina**, n. 35, p. 392-396, 2002.

CORRADI-WEBSTER C. M.; LAPREGA M. R.; FURTADO E. F. Avaliação do desempenho do CAGE com pacientes psiquiátricos ambulatoriais. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, n. 13 (número especial), p. 1213-1218, 2005.
www.eerp.usp.br/rlae

COSTA J. S. D.; MENEZES A. M. B.; OLINTO M. T. A.; GIGANTE D. P.; MACEDO S.; BRITTO M. A. P.; FUCHS S. C. Prevalência de distúrbios psiquiátricos menores na cidade de Pelotas-RS. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 5, n. 2, p. 164-173, 2002.

COUWENBERGH C.; BRINK W. V. D.; ZWART K.; VREUGDENHIL C.; WIJNGAARDEN-CREMERS P.; GAAG R. J. Comorbidity psychopathology in adolescents and young adults treated for substance use disorders: a review. **European Child & Adolescent Psychiatry**, v. 15, p. 319–328, 2006.

CHAVEZ, K. A. P.; O'BRIEN, B.; PILLON, S. C. Uso de drogas e comportamento de risco no contexto de uma comunidade universitária. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, n. 13 (número especial), 2005. www.eerp.usp.br/rlae

COLARES, M. F. A. **As fontes de tensão no curso médico**. Ribeirão Preto, 1999. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

CROME I. B. Comorbidity in young people: perspectives and challenges. **Acta Neuropsychiatrica**, v. 16, p. 47–53, 2004.

CUNHA P. J.; NOVAES M. A. Avaliação neurocognitiva no abuso e dependência do álcool: implicações para o tratamento. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 26, s. 1, p. 23-7, 2004.

DAWSON D. A.; GRANT B. F.; STINSON F. S.; CHOU P. S. Psychopathology associated with drinking and alcohol use disorders in the college and general adult populations. **Drug and Alcohol Dependence**, V. 77, p. 139–150, 2005.

DIMEFF, L.A.; BAER, J.S.; KIVLAHAN, D.R.; MARLATT, G.A. **Alcoolismo entre estudantes universitários. Uma abordagem de redução de danos. BASIC**. Trad. J.M. Bertolote. Editora UNESP, 1999.

FABRI C. E. **Desenvolvimento e validação de instrumento para rastreamento do uso nocivo de álcool durante a gravidez (T-ACE)**. Dissertação de Mestrado, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2001

FERRI-DE-BARROS E. J.; WINTER D. H.; CÉSAR K. G.; GAVINIER L. C. S.; ALENCAR M. J. A.; FARIA M. C. S. Transtornos relacionados ao uso de álcool em pacientes atendidos no pronto socorro municipal de Taubaté-SP no ano 2000. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, v. 62, n. 2-A, p. 307-312, 2004.

FACUNDES V. L. D., LUDERMIR A. B. Common mental disorders among health care students. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 27, n. 3, p. 194-200, 2005.

FIORINI, J. E.; ALVES, A. L.; FERREIRA, L. R.; FIORINI, C. M.; DURÃES, S. W.; SANTOS, R. L. D.; NASCIMENTO, L. C.; GERALDINI, A. M. V.; ORTIZ, C. F. Use of licit and illicit drugs at the university of Alfenas. **Revista do Hospital das Clínicas**, vol. 58, n. 4, São Paulo, 2003.

FORMIGONI M. L. O. S.; MONTEIRO M. G. **A etiologia do alcoolismo** In Ramos & Bertolote Alcoolismo hoje, cap. 3, p. 45-66, 3ª ed., Ed. Artes Médicas, 1997.

FRANCO DA SILVA V.; OLIVEIRA H. B.; BOTECA N. J.; MARÍN-LEÓN L.; BARROS M. B. A.; Dalgalarondo P. Fatores associados à ideação suicida na comunidade: um estudo de caso-controle. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. 9, 2006.

FURTADO, E.F.; LAUCHT, M.; SCHMIDT, M. - Estudo longitudinal prospectivo sobre risco de adoecimento psiquiátrico na infância e alcoolismo paterno. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 29, n. 2, p. 71-80, 2002.

FURTADO E. F., LAUCHT M., SCHMIDT M. H. Gender-related pathways for behavior problems in the offspring of alcoholic fathers. **Brazilian Journal of Medical and Biological Research**, v. 39, p. 659–669, 2006.

GALDURÓZ J. C. F.; NOTO A. R.; FONSECA, E. M.; CARLINI, E. A. **V Levantamento sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Médio e Fundamental da Rede Pública de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras – 2004**. Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (Cebid). Departamento de Psicobiologia da Universidade Federal de São Paulo, 2005.

GASTAUD M. B.; SOUZA L. D. M.; BRAGA L.; HORTA C. L.; OLIVEIRA F. M.; SOUZA P. L. R.; SILVA R. A. Bem-estar espiritual e transtornos psiquiátricos menores em estudantes de Psicologia: estudo transversal. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v.28, n.1, p. 12-18, 2006.

GAZAL-CARVALHO C.; CARLINI-COTRIM B.; SILVA O. A.; SAUAIA N. Prevalência de alcoolemia em vítimas de causas externas admitidas em centro urbano de atenção ao trauma. **Revista de Saúde Pública**, v. 36, n. 1, p. 47-54, 2002.

GEISNER I. M.; NEIGHBORS C.; LEE C. M.; LARIMER M. E. Evaluating personal alcohol feedback as a selective prevention for college students with depressed mood. **Addictive Behaviors**, no prelo, 2007.

GOLDBERG, D. P.; HUXLEY, P. **Common Mental Disorders: A Bio-Social Model**. London: Routledge; 1992.

GORENSTEIN C., ANDRADE L. H. S. G., ZUARDI A. W. Escalas de avaliação clínica em psiquiatria e psicofarmacologia. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 25, n. 5 e 6, 1998; v. 26, n. 1 e 2, 1999.

GRANT B. F.; STINSON F. S.; PHD; DAWSON D. A.; CHOU P. S.; DUFOUR M. C.; COMPTON W.; PICKERING R. P.; KAPLAN K. Prevalence and Co-occurrence of Substance Use Disorders and Independent Mood and Anxiety Disorders. **Archives of General Psychiatry**, v. 61, p. 807, 2004. www.archgenpsychiatry.com

GROTHUES J.; BISCHOF G.; REINHARDT S.; HAPKE U.; MEYER C.; JOHN U.; RUMPF H. J. Intention to change drinking behavior in general practice patients with problematic drinking and comorbid depression or anxiety. **Alcohol & Alcoholism**, v. 40, n. 5, p 394-400, 2005.

HAHN, S. M., FERRAZ, M. P. T. Características da clientela de um programa de saúde mental para estudantes universitários brasileiros. **Revista ABP-APAL**, v. 20, n. 2, p. 45-53, 1998.

HETEM L. A. B.; GRAEFF F. G. **Transtornos de ansiedade**. Ed. Atheneu, 2004.

IACOPONI E.; MARI J. J. Reliability and factor structure of the Portuguese version of Self Reporting Questionnaire. **International Journal of Social Psychiatry**, v. 3, p. 213-222, 1988.

JAFFE J. H. **Transtornos relacionados a substâncias** In: Kaplan & Sadock; trad. Callegi, A. et al Tratado de Psiquiatria Compreensiva; v. 1 cap. 13 s. 1, p 815-37; 6ª ed. Artmed, 1999.

KARAM E.; KYPRI K.; SALAMOUN M. Alcohol use among college students: an international perspective. **Current Opinion in Psychiatry**, v. 20, n. 3, p 213-221, 2007.

KERR-CORRÊA, F.; ANDRADE, A. G.; BASSIT, A. Z.; BOCCUTO, N. M. V. F. Uso de álcool e drogas por estudantes de medicina da Unesp; **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 21, n. 2, p.95-100, 1999.

_____; SIMÃO, M. O.; DALBEN, I.; TRINCA, L. A.; RAMOS-CERQUEIRA, A. T. A.; MENDES, A. A.; MATTOS, P. F.; OLIVEIRA, S. M.; PENTEADO, M. A. C. Possíveis fatores de risco para o uso de álcool e drogas em estudantes universitários e colegiais da Unesp. **Jornal Brasileiro de Dependência Química**, v. 3, n. 1, p. 32-41, 2002.

KUSHNER M. G., SHER K. J., ERICKSON D. J. Prospective Analysis of the Relation Between DSM-III Anxiety Disorders and Alcohol Use Disorders **American Journal of Psychiatry**, v. 156, p. 723-732, 1999.

LIMA M. C. P., DOMINGUES M. S., CERQUEIRA A. T. A. R. Prevalência e fatores de risco para transtornos mentais comuns entre estudantes de medicina **Revista de Saúde Pública** , v. 40, n. 6, p. 1035-41, 2006.

LIMA, M. S. **Epidemiologia do Alcoolismo**. In: RAMOS, S. P.; BERTOLETE, J. M. (Ed.) Alcoolismo Hoje. Porto Alegre, Artes Médicas, Cap. 3, p. 45-66, 1997.

LIMA M. S.; SOARES B. G. O.; MARI J. J. Saúde e doença mental em Pelotas-RS: dados de um estudo populacional. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 26, n. 5, p. 225-235, 1999.

LUCAS A. C. S; PARENTE R.C. P.; PICANCO N. S.; CONCEIÇÃO D. A.; COSTA K. R. C.; MAGALHÃES I. R. S.; SIQUEIRA J. C. A. Uso de psicotrópicos entre universitários da área da saúde da Universidade Federal do Amazonas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. 3, p. 663-671, 2006.

MACIEL M.J. N.; YOSHIDA E. M. P. Avaliação de alexitimia, neuroticismo e depressão em dependentes de álcool. **Avaliação Psicológica**, v. 5, n. 1, p. 43-54, 2005.

MARIN L.; QUEIROZ M. S. A atualidade dos acidentes de transito na era da velocidade: uma visão geral. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 16, n. 1, p. 7-21, 2000.

MARTINEZ M. C.; PARAGUAY A. I. B. B.; LATORRE M. R. D. O. Relação entre satisfação com aspectos psicossociais e saúde dos trabalhadores. **Revista de Saúde Pública**, v. 38, n. 1, p. 55-61, 2004.

MINAYO M. C. S.; DESLANDES S. F. A complexidade das relações entre drogas, álcool e violência. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 14, n. 1, p. 35-42, 1998.

MINISTÉRIO DA SAÚDE **Política Nacional sobre o Álcool**. Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos, 2007. Acessado em 26/07/2007. <http://bvsms.saude.gov.br/html/pt/destaque6.html>

MARAGNO, L.; GOLDBAUM, M.; GIANINI, R. J.; NOVAES, H. M. D.; CÉSAR, C. L. G. Prevalência de transtornos mentais comuns em população atendida pelo Programa de Saúde da Família (QUALIS) no Município de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, nº 22, v. 9, p. 1639-1648, 2006

MARI J. J., WILLIAMS P. P. A validity study of a Psychiatric Screening Questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of São Paulo. **The British Journal of Psychiatry**, v. 148, p 23 – 26, 1986.

MENDOZA-SASSI R. A.; BÉRIA J. U. Prevalence of alcohol use disorders and associated factors: a population-based study using AUDIT in southern Brazil. **Addiction**, v. 98, p. 799–804, 2003.

MORAES E.; CAMPOS G. M.; FIGLIE N. B.; LARANJEIRA R. FERRAZ M. B. Conceitos introdutórios de economia da saúde e o impacto social do abuso de álcool. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 28, p. 321-325, 2006.

MOURÃO L. N. G.; MUÑOZ D. R.; GUIMARÃES T. T.; ANDRADE A. G. A embriagues e o transito: avaliação da nova lei de transito no que se refere à abordagem da embriagues. **Revista de Psiquiatria Clínica**, V. 27, p 1-8, 2000.

MORO A.; BARROS DO VALLE J.; LIMA L. P. Sintomas Depressivos nos Estudantes de Medicina da Universidade da Região de Joinville (SC). **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 29, n. 2, p. 97-102, 2005.

MUESER K. T.; DRAKE R. E.; WALLACH M. A. Dual diagnosis: a review of etiological theories. **Addictive Behaviors**, v. 23, n. 6, p. 717–734, 1998.

NEWBURY-BIRCH, D.; WHITE, M.; KAMALI, F. Factors influencing alcohol and illicit drug use amongst medical students. **Drug and Alcohol Dependence**, v. 59, p. 125-130, 2000.

NEWBURY-BIRCH, D.; WALSHAW, D.; KAMALI, F. Drink and drugs: from medical students to doctors. **Drug and Alcohol Dependence**, v. 64, p. 265-270, 2001.

NOGUEIRA-MARTINS, L. A. Saúde mental dos profissionais de saúde In: BOTEGA, N. J. (org) *Prática Psiquiátrica no Hospital Geral: Interconsulta e Emergência*, p. 130-144, Artmed Editora, 2002.

_____; NETO, R. F.; MACEDO, P. C. M.; CÍTERO V. A.; MARI J.J. The mental health of graduate students at the Federal University of São Paulo: a preliminary report. **Brazilian Journal of Medical and Biological Research**, v. 37, p. 1519-1524, 2004.

_____. **Residência Médica: estresse e crescimento**. 1ª ed., Casa do Psicólogo, 2005.

NUNES E. V.; ROUNSAVILLE B. J. Comorbidity of substance use with depression and other mental disorders: from Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders , fourth edition (DSM-IV) to DSM-V. **Addiction**, v. 101, Suppl. 1, p. 89–96, 2006.

OLIVEIRA, T. B.; AZEREDO, F. S; PRADO, D. S.; REZENDE, A. G. A.; CUNHA, L. C.; GARROTE, C. F. D. Uso de álcool, tabaco e drogas ilícitas por estudantes de farmácia da Universidade Federal de Goiás. **Revista Eletrônica de Farmácia**, v. 2, n. 2, p. 133-136, 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas**. Traduzido por Dogival Caetano. Porto Alegre, Artes Médicas, 1993.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Neurociências: consumo e dependência de substâncias psicoativas (resumo)**. Genebra, 2004.

PECHANSKY, F., SZOBOT, C. M., SCIVOLETTO, S., Uso de álcool entre adolescentes: conceitos, características epidemiológicas e fatores etiopatogênicos. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, vol. 26, s. 1, 2004.

PEUKER A. C.; FOGAÇA J. F.; BIZARRO L. Expectativas e Beber Problemático entre Universitário. **Revista Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 22, n. 2, pp. 193-200, 2006.

PILLON S. C.; VILLAR LUIS M. A. Modelos explicativos para o uso de álcool e drogas e a prática de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 12, n. 4, p 676-682, 2004.

_____; CORRADI-WEBSTER C. M.; Teste de identificação de problemas relacionados ao uso de álcool entre estudantes universitários (AUDIT). **Revista Enfermagem UERJ**, v. 14, n. 3, pp. 325-32, 2006.

PINHEIRO S. N.; LAPREGA M. L.; FURTADO E. F. Morbidade psiquiátrica e uso de álcool em gestantes usuárias do Sistema Único de Saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 39, n. 4, pp. 593-8, 2005.

RAMOS & BERTOLETE (Ed) **Alcoolismo Hoje**. 3ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

REGIER D. A., FARMER M. E., RAE D. S., LOCKE B. Z., KEITH S. J., JUDD L. L., GOODWIN F. K. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. **Journal of the American Medical Association**, v. 264, n. 19, p. 2511-18, 1990.

ROBERTS, L.W.; WARNER, T.D.; LYKETSOS, C.; FRANK, E.; GANZINI, L.; CARTER, D. Perceptions of academic vulnerability associated with personal illness: a study of 1,027 students at nine Medical Schools. **Comprehensive Psychiatry**, v. 42, n. 1, p. 1-15, 2001.

ROHDE P., LEWINSOHN P. M., KAHLER C. W., SEELEY J. R., BROWN R. A. Natural course of alcohol use disorders from adolescence to young adulthood. **Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry** v. 40, p. 83-90, 2001.

SANTOS T. M.; ALMEIDA A. O. A.; MARTINS H. O.; MORENO V. Aplicação de um instrumento de avaliação do grau de depressão em universitários do interior paulista durante a graduação em Enfermagem. **Acta Scientiarum Health Sciences**, v. 25, n. 2, p. 171-176, 2003.

SCHUCKIT, M.A. Transtornos relacionados ao álcool. **Tratado de Psiquiatria Compreensiva** / Kaplan & Sadock; trad. Callegari, A. et al; v. 1 cap. 13 s. 2, p 838-854; 6ª ed. Artmed, 1999.

SCHUCKIT M. A. Comorbidity between substance use disorders and psychiatric conditions. **Addiction**, v. 101, Suppl. 1, p. 76–88, 2006.

SCHLEICH A. L. R.; POLYDORO S. A. J.; SANTOS A. A. A. Escala de satisfação com a experiência acadêmica de estudantes do ensino superior. **Avaliação Psicológica**, v. 5, n. 1, p. 11-20, 2006.

SILVA E. F.; PAVANI R. A. B.; MORAES M. S.; CHIARAVALLOTI NETO F. Prevalência do uso de drogas entre escolares do ensino médio do Município de São José do Rio Preto-SP. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. 6, p. 1151-1158, 2006.

SILVA L. V. E. R.; MALBERGIER A.; STEMPLIUK V. A.; ANDRADE A. G. Fatores associados ao consumo de álcool e drogas entre universitários. **Revista de Saúde Pública**, v. 40, n. 2, pp. 280-288, 2006.

SMAIRA S. I.; KERR-CORRÊA F.; CONTEL J. O. B. Psychiatric disorders and psychiatric consultation in a general hospital: a case-control study. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 25, n. 1, pp.18-25, 2003.

SMITH J. P.; TRAN G. Q. Does negative affect increase change readiness among college hazardous drinkers? **Addictive Behaviors**, v. 32, p. 2281-2285, 2007.

SOLDERA M.; DALGALARRONDO P.; CORRÊA FILHO H. R.; CLEIDE A M SILVA C. A. M. Uso de drogas psicotrópicas por estudantes: prevalência e fatores sociais associados **Revista de Saúde Pública**, v. 38, n. 2, 2004.

VOGEL C. I. G.; LAUCHT M.; FURTADO E. F.; BECKER K.; SCHMIDT M. H. Association of DRD4 exon III polymorphism with auditory P300 amplitude in 8-year-old children. **Journal of Neural Transmission**, v. 113, p. 1935–1941, 2006.

VOLCAN SM, SOUSA PL, MARI JJ, HORTA B. Relação entre bem-estar espiritual e transtornos psiquiátricos menores: estudo transversal. **Revista de Saúde Pública**, v. 37, n. 4, p. 440-5, 2003.

ZALESKI M.; MORATO G. S.; SILVA V. A.; LEMOS T. Aspectos neurofarmacológicos do uso crônico e da síndrome de abstinência de álcool. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 26, s. 1, p. 1-8, 2004.

ZALESKI, M.; LARANJEIRA R. R.; MARQUES A. C. P. R.; RATTO L.; ROMANO M ALVES H. N. P.; SOARES M. B. M.; ABELARDINO V.; KESSLER F.; BRASILIANO S.; NICASTRI S.; HOCHGRAF P. B.; GIGLIOTTI A. P.; LEMOS T. Diretrizes da Associação Brasileira de Estudos do Álcool e outras Drogas (ABEAD) para o diagnóstico e tratamento de comorbidades psiquiátricas e dependência de álcool e outras substâncias. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 28, n. 2, p.142-148, 2006.

WECHSLER H., KUO M. College students define binge drinking and estimate its prevalence: Results of a national survey. **Journal of American College Health**, v. 49, p. 57-60, 2000.

WINDLE M. Retrospective use of alcohol and other substances by college students: psychometric properties of a new measure. **Addictive Behaviors**, v. 30, p. 337-342, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, Jernigan D. H. (org.), **Global Status Report: Alcohol and Young People**. Geneva, 2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, Department of Mental Health and Substance Abuse **Global Status Report on Alcohol**. Geneva, 2004.

ANEXO 1				
Questionário sócio-demográfico e da experiência acadêmica				
Responda as questões assinalando com um X a alternativa escolhida:				
01	Data de nascimento	dia	mês	ano
02	Sexo		1() masculino	2() feminino
03	Cor da pele	1() branca	2() parda	3() negra
04	Estado civil	1() solteiro 4() outros	2() casado	3() união estável
05	Você reside com seus pais ou familiares?		1() não	2() sim
06	Você reside em habitação coletiva (república, moradia estudantil ou pensão)?		1() não	2() sim
07	Você reside sozinho, com cônjuge ou companheiro?		1() não	2() sim
08	A maior parte da sua vida você viveu em Ribeirão Preto?		1() não	2() sim
09	A maior parte de sua vida você viveu em outra cidade com mais de 250 mil habitantes?		1() não	2() sim
10	A maior parte de sua vida você viveu no Estado de São Paulo?		1() não	2() sim
11	Você é praticante de alguma religião?		1() não	2() sim
12	Sua renda familiar é: (mensal)	1() até R\$500,00 4() até R\$5000,00	2() até R\$1500,00 5() acima de R\$5000,00	3() até R\$3000,00
13	Seu curso é:	1() Medicina 4() Nutrição e Metabolismo 6() Ciências Biológicas	2() Fisioterapia 5() Terapia Ocupacional 6() Informática Biomédica	3() Fonoaudiologia
14	Você está satisfeito com sua escolha de carreira?		1() não	2() sim
15	Você está satisfeito com seu curso na faculdade?		1() não	2() sim
16	Você está satisfeito com seu desempenho como estudante?		1() não	2() sim

ANEXO 2

Teste para identificação de problemas relacionados ao uso de álcool (AUDIT)

Responda apenas uma alternativa em cada questão, anote o número da alternativa no canto inferior direito, some a pontuação total e anote no final do questionário.

Uma dose padrão de álcool (12 gramas de etanol) é encontrada em aproximadamente uma lata de cerveja (350 ml.), uma taça de vinho (120 ml.) ou em uma dose de uísque ou aguardente (40 ml.).

1. Com que frequência você consome bebidas alcoólicas? (0) Nunca [vá para as questões 9-10] (1) Mensalmente ou menos (2) De 2 a 4 vezes por mês (3) De 2 a 3 vezes por semana (4) 4 ou mais vezes por semana ()	6. Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses você precisou beber pela manhã para poder se sentir bem ao longo do dia após ter bebido bastante no dia anterior? (0) Nunca (1) Menos do que uma vez ao mês (2) Mensalmente (3) Semanalmente (4) Todos ou quase todos os dias ()
2. Quantas doses alcoólicas você consome tipicamente ao beber? (0) 0 ou 1 (1) 2 ou 3 (2) 4 ou 5 (3) 6 ou 7 (4) 8 ou mais ()	7. Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses você se sentiu culpado ou com remorso depois de ter bebido? (0) Nunca (1) Menos do que uma vez ao mês (2) Mensalmente (3) Semanalmente (4) Todos ou quase todos os dias ()
3. Com que frequência você consome cinco ou mais doses de uma vez? (0) Nunca (1) Menos do que uma vez ao mês (2) Mensalmente (3) Semanalmente (4) Todos ou quase todos os dias Se a soma das questões 2 e 3 for 0, avance para as questões 9 e 10 ()	8. Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses você foi incapaz de lembrar o que aconteceu devido à bebida? (0) Nunca (1) Menos do que uma vez ao mês (2) Mensalmente (3) Semanalmente (4) Todos ou quase todos os dias ()
4. Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses você achou que não conseguiria parar de beber uma vez tendo começado? (0) Nunca (1) Menos do que uma vez ao mês (2) Mensalmente (3) Semanalmente (4) Todos ou quase todos os dias ()	9. Você já causou ferimentos ou prejuízos a você mesmo ou a outra pessoa após ter bebido? (0) Não (2) Sim, mas não nos últimos 12 meses (4) Sim, nos últimos 12 meses ()
5. Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses você, por causa do álcool, não conseguiu fazer o que era esperado de você? (0) Nunca (1) Menos do que uma vez ao mês (2) Mensalmente (3) Semanalmente (4) Todos ou quase todos os dias ()	10. Algum parente, amigo ou médico já se preocupou com o fato de você beber ou sugeriu que você parasse? (0) Não (2) Sim, mas não nos últimos 12 meses (4) Sim, nos últimos 12 meses ()
Pontuação total ()	

ANEXO 3***Self Report Questionnaire (SRQ-20)***

Após ler a questão, assinale com um **X** na resposta não ou sim:

1 Tem dores de cabeça freqüentes?	() não	() sim
2 Tem falta de apetite?	() não	() sim
3 Dorme mal?	() não	() sim
4 Assusta-se com facilidade?	() não	() sim
5 Tem tremores de mãos?	() não	() sim
6 Sente-se nervoso (a), tenso (a) ou preocupado (a)?	() não	() sim
7 Tem má digestão?	() não	() sim
8 Tem dificuldade de pensar com clareza?	() não	() sim
9 Tem se sentido triste ultimamente?	() não	() sim
10 Tem chorado mais do que de costume?	() não	() sim
11 Encontra dificuldade para realizar com satisfação suas atividades diárias?	() não	() sim
12 Tem dificuldade para tomar decisões?	() não	() sim
13 Tem dificuldade no serviço (seu trabalho é penoso, causa sofrimento)?	() não	() sim
14 É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?	() não	() sim
15 Tem perdido o interesse pelas coisas?	() não	() sim
16 Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo?	() não	() sim
17 Tem tido idéias de acabar com a vida?	() não	() sim
18 Sente-se cansado (a) o tempo todo?	() não	() sim
19 Tem sensações desagradáveis no estômago?	() não	() sim
20 Você se cansa com facilidade?	() não	() sim

ANEXO 4

FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO
DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Ofic. Grad. Nº 154 /FMRP/16.06.04
RM/edm

Prezada Senhora,

A Comissão de Graduação em sua 649ª sessão realizada em 15 de junho de 2004, aprovou o desenvolvimento do projeto *“Estudo sobre fatores associados ao uso de álcool e substâncias psicoativas entre estudantes de graduação da área da saúde”*.

Sendo o que se apresenta para o momento, subscrevemo-nos

Atenciosamente,

Prof. Dr. Roberto Martinez
Presidente da Comissão de Graduação

Ilma. Sra.

Maria de Fátima Aveiro Collares

Centro de Apoio Educacional e Psicológica da
Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP

ANEXO 5

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA
DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

CAMPUS UNIVERSITÁRIO - MONTE ALEGRE
FONE: 602-1000 - FAX (016) 833-1144

Ribeirão Preto, 07 de outubro de 2004

Ofício nº 2829/2004
CEP/CDGC

Prezada Senhora:

O trabalho intitulado **“ESTUDO SOBRE OS FATORES ASSOCIADOS AO USO DE ÁLCOOL E SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS ENTRE ESTUDANTES DE GRADUAÇÃO DA ÁREA DA SAÚDE”** foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em sua 190ª Reunião Ordinária realizada em 04.10.2004, e enquadrado na categoria: **APROVADO**, de acordo com o Processo HCRP nº 10275/2004.

Aproveito a oportunidade para apresentar a Vossa Senhoria protestos de estima e consideração.

PROFª DRª CLARISSE DULCE G. CARVALHEIRO
Vice-Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa
do HCRP e da FMRP-USP

Ilustríssima Senhora
MARIA DE FÁTIMA AVEIRO COLARES
Laboratório Multidisciplinar – FMRP-USP
Em mãos