



**unic**

**Universidade de Cuiabá**

**Programa de Pós-Graduação em Ciências Odontológicas Integradas  
Área de Concentração em Biociências**

**MARIA FRANCISCA MORETTI**

**LEVANTAMENTO DO GRAU DE ANSIEDADE E DA CLASSE SOCIAL DOS  
GRADUANDOS EM ODONTOLOGIA DA UNIVERSIDADE DE CUIABÁ**

Cuiabá, 2015

**MARIA FRANCISCA MORETTI**

**LEVANTAMENTO DO GRAU DE ANSIEDADE E DA CLASSE SOCIAL DOS  
GRADUANDOS EM ODONTOLOGIA DA UNIVERSIDADE DE CUIABÁ**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Mestrado em Ciências Odontológicas Integradas, da Universidade de Cuiabá – UNIC, como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Ciências Odontológicas Integradas, Área de Concentração em Biociências.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Tereza Aparecida Delle Vedove Semenoff.

Co-orientador: Prof. Dr. Alex Semenoff Segundo.

Cuiabá, 2015

## FICHA CATALOGRÁFICA

M844I Moretti, Maria Francisca.

Levantamento do grau de ansiedade e da classe social dos graduandos em odontologia da Universidade de Cuiabá / Maria Francisca Moretti – Cuiabá, 2015.

66f.; 30cm.

Orientador: Profa. Dra. Tereza Aparecida Delle Vedove Semenoff.

Dissertação (Mestrado) – Universidade de Cuiabá – UNIC, Programa de Mestrado em Ciências Odontológicas Integradas, Cuiabá, 2015.

Inclui bibliografia.

1. Ansiedade. 2. Classe Social. 3. Estudantes de Odontologia. Título: Levantamento do grau de ansiedade e da classe social dos graduandos em odontologia da Universidade de Cuiabá. II. Universidade de Cuiabá – UNIC.

**CDU – 616.89-008.441**

Bibliotecária: Daniely Cristina Bejo da Silva / CRB1 - 2939

**MARIA FRANCISCA MORETTI**

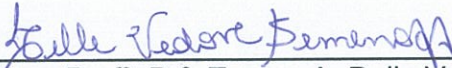
**LEVANTAMENTO DO GRAU DE ANSIEDADE E DA CLASSE SOCIAL DOS  
GRADUANDOS EM ODONTOLOGIA DA UNIVERSIDADE DE CUIABÁ**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Mestrado em Ciências Odontológicas Integradas, da Universidade de Cuiabá – UNIC como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Ciências Odontológicas Integradas – Área de Concentração em Biociências.

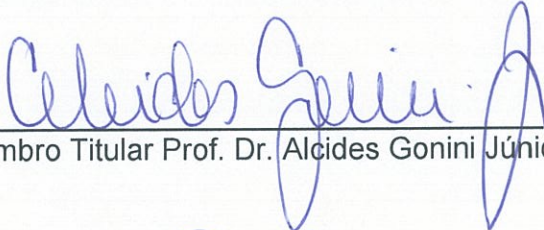
Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Tereza Aparecida Delle Vedove Semenoff.

Co-orientador: Prof. Dr. Alex Semenoff Segundo.

**BANCA EXAMINADORA**



Orientadora Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Tereza A. Delle Vedove Semenoff



Membro Titular Prof. Dr. Alcides Gonini Júnior



Membro Titular Prof. Dr. Luiz Evaristo Ricci Volpato

Cuiabá, 27 de Março de 2015.

Conceito Final: Aprovada

Dedico este trabalho aos meus pais, que apesar de nunca terem frequentado uma sala de aula, sempre me incentivaram a estudar, porque possuem a sabedoria da escola da vida.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a **Deus** pela vida, saúde física e equilíbrio emocional para enfrentar serenamente todos os desafios da minha caminhada.

Aos meus queridos pais, **Felício e Paschoala**, pela sabedoria que tiveram na condução da minha formação pessoal e preparação para a vida, baseada em valores como a honestidade, a lealdade, a humildade e a perseverança. Minha admiração e amor eterno por eles.

Aos meus filhos, **Juliano, Daniel, Laura e Gesielly** pelo apoio para fazer este curso. Por amor a eles, a minha missão (de vida) se torna incansável e incessante.

Ao meu companheiro, **Alexandre Tavoloni Junior**, por ser quem é, um intelectual sedento de conhecimento, capaz de discorrer longamente sobre o Direito e a Filosofia, deixando entusiasmado quem o ouve.

Ao Prof Dr. **Alex Semenoff Segundo**, pessoa iluminada, por ter-me apresentado o mundo fascinante da pesquisa científica, conduzindo-me de forma paciente, atenciosa e gentil. Obrigada meu querido professor.

À encantadora Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> **Tereza Aparecida Delle Vedove Semenoff** que, com sua experiência e conhecimento, associados a sua meiguice, doçura e paciência ajudou-me na construção deste trabalho. Obrigada minha querida orientadora.

Aos professores doutores **Luiz Evaristo Ricci Volpato e Fábio Luis Miranda Pedro** por terem aceito o convite para participar da banca examinadora e contribuído de forma valiosíssima com este trabalho, levando-me a uma reflexão mais ampla sobre a importância deste tema no contexto universitário e científico.

Aos demais professores do curso de mestrado em Ciências Odontológicas Integradas **Alessandra Nogueira Porto, Alexandre Meireles Borba, Álvaro Henrique Borges, Andreza Maria Fábio Aranha, Artur Aburad de Carvalhosa, Cyntia Rodrigues de Araújo Estrela, Evanice Menezes Marçal Vieira, Mateus Rodrigues Tonetto, Matheus Coelho Bandeca, Orlando Aguirre Guedes e Vinícius Canavarros Palma**, por terem conduzido com competência suas disciplinas durante o curso, tornando as aulas agradáveis e proveitosas.

Aos meus colegas de curso do mestrado **Ana Paula da Cunha Barbosa, André Luis Fernandes da Silva, Fenanda Zanol Matos, Fernanda Silva de Assis, João Milanez Moreira Júnior, Kadyja Assis Veiga, Laura Maria de Amorim Santana, Marta Eloiza Zanelli, Paulo Artur Andrade de Albuquerque, Rejane Cristina da Cruz Nascimento, Thiago Machado Pereira, Vanessa de Souza, Yolanda Benedita Abadia Martins de Barros, Andreia Santini, Ariane Liamara Brito Sala Braum, Craudeli Moreira, Grace Emanuelle Guerreiro Dias Rocatto, Heitor Simões Dutra Corrêa, Jussara Machado Pereira, Lorena Frange Caldas, Marcondes Paiva Serra, Pâmela Juara Mendes de Oliveira, Regina Greyce da Silva Pereira Ribeiro, Renata Meira Coelho, Sandra Regina Altoé e Sebastião Dias de Oliveira**, pelo estímulo e parceria durante todo o período de convivência.

Aos alunos **Natalino Francisco da Silva, Fábio Augusto Buche Barros, Ronnei Borges Peres, Antonio Marcos da Silva Nobreza** pela colaboração durante etapas deste trabalho.

Aos meus amigos e colegas de trabalho, pelas experiências vivenciadas em conjunto, pelos diálogos e desabafos que me estimulam a continuar firmemente na profissão de educador.

Aos meus alunos, cuja convivência e questionamentos servem de estímulo na busca de novos conhecimentos e no aprimoramento da profissão de educador.

À **Universidade de Cuiabá – UNIC** nas pessoas do Reitor **Rui Fava**, do Pró-Reitor Acadêmico **José Cláudio Perecin**, e, sobretudo, ao Diretor da Faculdade de Odontologia da Universidade de Cuiabá – UNIC, **Fábio Luis Miranda Pedro** pelo apoio irrestrito, sem o qual não haveria as condições necessárias para a realização deste trabalho.

Ao **Programa de Mestrado da Universidade de Cuiabá – UNIC** nas pessoas do Diretor de Pós-Graduação Stricto Sensu da Kroton, **Helio Sugimoto** e à Coordenadora de Pesquisa e Pós-Graduação Stricto Sensu da Universidade de Cuiabá – UNIC, **Lucélia de Oliveira Santos**, pelo esforço em conduzir o processo educativo e de construção do conhecimento científico nesta Instituição.

Às secretárias do mestrado **Cátia Balduino Ferreira** e **Josieire Marques Missias**, pela atenção e presteza na resolução dos nossos pedidos. A vocês, todo meu carinho.

Ao Coordenador do Programa de Mestrado em Ciências Odontológicas Integradas, Prof. Dr. **Álvaro Henrique Borges**, não só pela firmeza e seriedade na condução do curso de mestrado, como também pelo incentivo, paciência e atenção dedicada a cada um de nós, ajudando-nos a superar as dificuldades da jornada para que esta fosse mais serena e estimulante.

A todos os envolvidos neste trabalho, meu muito obrigada pela colaboração a mim dispensada.

*"O mundo transforma-se num problema a ser resolvido, sua aceitação e reconhecimento numa mera crença a ser julgada".*

*"O que ocorre no Mundo humano nos diz sempre respeito e, às vezes, muito de perto".*

*Prado Jr B, Pereira OP, Ferraz TS, 1981*





## RESUMO

## RESUMO

MORETTI, MF. **LEVANTAMENTO DO GRAU DE ANSIEDADE E DA CLASSE SOCIAL DOS GRADUANDOS EM ODONTOLOGIA DA UNIVERSIDADE DE CUIABÁ.** 2015. 66f. Dissertação (Mestrado) Pós-Graduação em Ciências Odontológicas Integradas, Universidade de Cuiabá-UNIC, Cuiabá, 2015.

Este trabalho teve como objetivo conhecer o grau de ansiedade e a classe social dos graduandos de Odontologia, da Universidade de Cuiabá – UNIC, buscando possíveis correlações entre as variáveis pesquisadas. A amostra foi constituída por conveniência e anuência dos alunos, matriculados na UNIC desde o primeiro até o oitavo semestre, em participar da pesquisa. O instrumento de pesquisa foi dividido em: identificação dos estudantes seguindo a classificação do Instituto Brasileiro de Geografia e Pesquisa (IBGE); classe social baseada nos critérios da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP); levantamento do grau de ansiedade utilizando o Inventário Beck de Ansiedade (Beck Anxiety Inventory - BAI). Para os testes estatísticos utilizou-se o Qui-quadrado e a análise de risco, com nível de significância de 5%. Os resultados demonstram que a maioria dos alunos pertence aos dois primeiros semestres do curso, é do sexo feminino, com idade entre 19 a 25 anos, tem cor de pele branca, é católico, solteiro, sem filhos, residente e tendo convívio com pessoas diferentes da família, com renda proveniente dos pais, pertencente a classe C, sendo que 44,4% apresentaram grau mínimo de ansiedade, 33,9% apresentaram ansiedade leve, 16% ansiedade moderada e 6,7% ansiedade severa. Conclui-se que a maioria dos estudantes apresentou algum grau de ansiedade, sendo os do sexo feminino e não católicos com maior propensão ao desenvolvimento da ansiedade.

**Palavras-chave:** Ansiedade; Classe Social; Estudantes de Odontologia.



# ABSTRACT

## ABSTRACT

MORETTI, MF. **EVALUATION OF ANXIETY LEVEL AND SOCIO-ECONOMIC CONDITION ON DENTAL STUDENTS IN UNIVERSITY OF CUIABÁ.** 2015. 66s. Dissertation (Master of Dental Integrated Sciences) Graduate Program in Dentistry, University of Cuiabá - UNIC, Cuiabá 2013.

This study aimed to know the degree of anxiety and social class dentistry undergraduate students of the University of Cuiabá - UNIC, seeking correlations among the studied variables. The sample consisted of convenience and consent of students enrolled in UNIC from the first to the eighth semester, participating in the study. The survey instrument was divided into: identification of students following the classification of the Brazilian Institute of Geography and Research (IBGE); social class based on the criteria of the Brazilian Association of Research Companies (ABEP); raising the level of anxiety using the Beck Anxiety Inventory (Beck Anxiety Inventory - BAI). For the statistical tests we used the chi-square and risk analysis with 5% significance level. The results show that most students belong to the first two semesters of the course, are female, aged 19-25 years, they have white skin, are Catholics, single, childless, living and having contact with different family people with income from parents belonging to class C, and 44.4% had minimal degree of anxiety, 33.9% had mild anxiety, 16% moderate and 6.7% severe anxiety. It is concluded that most students had some degree of anxiety, the female being and non-Catholics who are more likely to develop anxiety.

**Keywords:** Anxiety; Social Class; Dental students.



## **LISTA DE TABELAS**

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b>	<b>Caracterização da amostra de estudo por semestre.</b>	<b>45</b>
<b>Tabela 2</b>	<b>Caracterização da amostra segundo dados sociodemográficos.</b>	<b>47</b>
<b>Tabela 3</b>	<b>Caracterização da amostra segundo a classe social.</b>	<b>48</b>
<b>Tabela 4</b>	<b>Caracterização da amostra segundo o grau de ansiedade.</b>	<b>48</b>
<b>Tabela 5</b>	<b>Estimativa de risco de ansiedade para os dados sociodemográficos dos participantes do estudo.</b>	<b>49</b>

GRANDE DE CUIA



## SUMÁRIO

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA</b>	<b>17</b>
1.1	CONCEITO DE ANSIEDADE	18
1.2	ETIOPATOGENESE DA ANSIEDADE	19
1.3	SINTOMAS DA ANSIEDADE	21
1.4	CLASSE SOCIAL E O DESENVOLVIMENTO DA ANSIEDADE	23
1.5	SAÚDE FÍSICA E EMOCIONAL DOS UNIVERSITÁRIOS	24
1.6	A ESCOLHA DA PROFISSÃO	27
1.7	FERRAMENTAS DE PESQUISA	30
	<b>REFERÊNCIAS DA REVISÃO DE LITERATURA</b>	<b>32</b>
<b>2</b>	<b>CAPITULO 1 – LEVANTAMENTO DO GRAU DE ANSIEDADE E DA CLASSE SOCIAL DOS GRADUANDOS EM ODONTOLOGIA DA UNIVERSIDADE DE CUIABÁ</b>	<b>37</b>
2.1	INTRODUÇÃO	39
2.2	MATERIAIS E MÉTODOS	42
2.3	RESULTADOS	45
2.4	DISCUSSÃO	51
2.5	CONCLUSÃO	55
	<b>REFERÊNCIAS DO CAPITULO 1</b>	<b>57</b>
	<b>ANEXOS</b>	<b>62</b>



ARINDE DE CUIA



# 1 REVISÃO DE LITERATURA

## 1 REVISÃO DA LITERATURA

### 1.1 CONCEITO DE ANSIEDADE

A ansiedade é a capacidade de imaginar a dor e não apenas lembrar-se dela<sup>1</sup>, mas também pode ser definida como um estado nervoso antecipado do desconhecido, daquilo que está escondido nas sombras ou na penumbra da consciência. Não é dirigida para um objeto ou evento externo porque está na própria experiência corporal e no funcionamento da mente humana individualmente<sup>1</sup>.

A despeito de existirem citações sobre a ansiedade desde o século VIII a.C., só a partir do século XIX, foi dada a devida importância para a área da saúde sobre essa questão. O primeiro autor a tratar do tema foi Freud, da escola chamada psicologia Austríaca. Suas definições participaram das primeiras classificações publicadas através dos conhecidos manuais de saúde nascentes na época e estabelecidos como referência por um tempo substancial<sup>1-3</sup>. Freud define a ansiedade como sendo automática, espontânea ou realística, caracterizada como uma “reação ao perigo”. Ele a subdividiu em dois estados: patológica ou neurótica (inadequada) e “sinalização ao perigo” ou “sinal de desprazer” (adequada)<sup>3</sup>. Como “reação ao perigo”, a ansiedade prepara a pessoa para uma situação ameaçadora que está por vir, um dano previsto e esperado, capazes de levá-la à fuga como sinal de autopreservação<sup>3</sup>. Outro aspecto observado por Freud foi em relação ao afeto que, expresso por uma determinada experiência significativa, se repete e funde a ansiedade com a ação defensiva. A repetição de uma determinada experiência significativa, a exemplo do nascimento, é a base da ansiedade pueril em consequência da separação dos pais e da perda do amor. Ao ocorrer esse fato, o estado afetivo possui caráter de desprazer e é acompanhado de sensações físicas<sup>1,3</sup>.

Na atualidade a ansiedade pode ser caracterizada como um repertório de reações de defesa para atender as diferentes formas de ameaças. Esse padrão de comportamento inicia-se construindo em sua intimidade fatores muitas vezes não reais, mas comuns ao padrão mental dos indivíduos. Em ato contínuo, há as reações fisiológicas geradas a partir desses comportamentos que conduzem o indivíduo à luta ou à fuga<sup>4</sup>.

A ansiedade é uma doença de ordem emocional e está entre as mais prevalentes na área do comportamento humano. Sua presença acarreta altos custos

sociais e pessoais, atingindo todas as classes sociais e econômicas em todos os continentes do mundo, independente da condição socioeconômica, política, cultural ou religiosa<sup>5</sup>.

Outros conceitos sobre a ansiedade envolvem uma resposta dita como normal; muitas vezes, há frente aos desafios uma adaptação às diferentes problemáticas do dia a dia, que ultrapassa em algum momento o limiar individual, produzindo uma sensação de desajuste patológico e, com o tempo, torna-se um sinal evidente de alerta demonstrando um perigo. Nessa etapa, o indivíduo caminha para um estágio de exaustão física ou emocional<sup>6</sup>.

A ansiedade, ao ser considerada um “sinal” ou incômodo, leva o indivíduo a se adaptar e pouco valorizar essa situação emocional e/ou física. Assim, o ser humano para lidar com esse alarme, se concentra na busca de energia psicoemocional, detectando antecipadamente “possíveis” sinais de perigo; de forma geral, nesse momento ocorre a fuga como um sinal de autopreservação. A pessoa se prepara para modificar ou fortalecer seu aprendizado frente a novas situações de perigo<sup>3,7</sup>.

Atribui-se também à ansiedade o sentimento inexplicável de alguém diante de uma ameaça real ou imaginária quando carregado de um medo anormal, capaz de alterar-lhe o sistema nervoso com o acometimento de uma série de reações orgânicas químicas e físicas de defesa para o preparo de ações contra as possíveis ameaças criadas<sup>4,8</sup>. Nesse estado patológico, o transtorno de ansiedade generalizado caracteriza-se por se manifestar de forma persistente e sem um objeto aparente. Ele acontece de forma súbita, intensa e recorrente, conduzindo a pessoa a sentir o medo e o pânico em estágios avançados. Ao contrário, o transtorno fóbico-ansiedade aparece em situações (externas) bem definidas, mesmo sem ter motivo para o surgimento, acarretando alterações no sistema nervoso central e periférico do organismo<sup>8-12</sup>.

## 1.2 ETIOPATOGENESE DA ANSIEDADE

Considerada a maior e mais duradoura influência exercida na vida de uma pessoa, desde a sua infância, a família é também a transmissora de valores a cada um de seus membros. Em uma pesquisa realizada nos Estados Unidos, verificou-se uma crescente mudança no estilo das famílias: aumento da idade média para o casamento; aumento do número de mulheres que são mães solteiras; os pais, cada

vez mais cuidam diretamente dos filhos; há uma jornada de trabalho mais intensa, o que significa menos tempo para a família; os recursos financeiros estão ligados à nova estrutura familiar. Como o mundo aparenta ser cada vez mais perigoso, levando as pessoas a se sentirem mais pressionadas e isoladas<sup>13</sup>, o apoio da família nesse contexto se torna fundamental para a proteção de seus integrantes<sup>14</sup>. Observa-se ainda evidências acerca da ansiedade associada a experiências sofridas, a fatores genéticos e a fatores ambientais. Destaca-se que esses campos emocionais atingem diretamente as condições gerais de saúde<sup>5,7</sup>.

Em relação às experiências sofridas, as pesquisas realizadas por Mululo et al (2009)<sup>15</sup> identificaram que a ansiedade se desenvolve em pessoas jovens, desempregadas e que moram sozinhas. Com medo da opinião externa e das críticas, elas se autoavaliam negativamente quando não conseguem desempenhar suas rotinas, gerando um comportamento que provoca lembranças associadas a situações sociais negativas.

Os fatores genéticos são importantes e influenciam nos sintomas da ansiedade, porém não se pode avaliar o impacto deles decorrente ao longo do tempo, em razão da mudança de comportamento emocional ocorrida à medida em que a pessoa vai se tornando adulta e naturalmente cria outras crenças e relacionamentos biopsicossociais<sup>16</sup>.

No geral, a ansiedade é predominante entre as mulheres, sendo esse público ligado a ocorrências de maiores prejuízos funcionais e maior gravidade. Estudos epidemiológicos realizados no Brasil indicam que a ansiedade tornou-se uma doença emocional prevalente, sendo considerada um problema de saúde pública<sup>5,8</sup>.

A idade de ocorrência da patologia é estabelecida na juventude, a partir de dezoito anos, que comumente se desenvolve o transtorno. Nesse período o jovem começa a definir questões (vida profissional, estudos e ingresso no mercado de trabalho) que poderão levá-lo a sair do seu ambiente familiar em busca de lugares que ofereçam tais possibilidades, mas em condições culturais, sociais e econômicas diferentes da sua vida atual<sup>8,13</sup>.

Entre os estudos sobre a origem da ansiedade no ambiente escolar não há consenso: uns referem que 44,7% dos pesquisados desenvolvem o transtorno emocional em função de cobranças pessoais e falta de apoio emocional; enquanto

outros, que a amostra de estudantes (40%) desenvolve ansiedade pela cobrança de terceiros e por se sentirem estressados com o cotidiano<sup>17</sup>; 37,1% dos estudantes sentem falta de apoio e timidez em sala de aula, dois aspectos que colaboram para o desenvolvimento do transtorno de ansiedade, além de causar problemas no futuro<sup>17</sup>.

O estresse, que pode ser representado pela ansiedade, é uma reação fisiológica e/ou psicológica do corpo, com prejuízo financeiro, físico e mental para as pessoas que estão vivenciando situações adversas (excesso de trabalho, desemprego, insegurança no trabalho, falta de equilíbrio entre o trabalho e família, dificuldades nos relacionamentos e eventos de vida infelizes), as quais precisarão de mudanças comportamentais para recuperar o equilíbrio<sup>7,13,18</sup>.

No ambiente social, normalmente os jovens estão em busca do reconhecimento e aceitação de novos grupos de convivência, e para isso se dispõem a comportamentos semelhantes aos dos demais integrantes, o que pode levar ao surgimento de sintomas da ansiedade e ao comprometimento de suas rotinas<sup>8,19</sup>.

### 1.3 SINTOMAS DA ANSIEDADE

Cada pessoa reage de uma maneira frente às diversas situações apresentadas em seu cotidiano, de acordo com seu estilo de vida<sup>3</sup>, podendo desencadear a ansiedade nas mais variadas formas discriminadas neste trabalho.

Das várias condições desfavoráveis para o ser humano, pode-se apontar o distúrbio do sono (SD), um sintoma de desequilíbrio físico que pode acarretar muito ou pouco sono, que está normalmente associado a algum aspecto de ordem emocional. O SD pode ser um fator de risco que contribui significativamente para o desenvolvimento de algumas doenças emocionais, entre elas a ansiedade<sup>20</sup>. A doença está relacionada com a piora da qualidade do sono, em especial a insônia, queixa prevalente entre pessoas com tal distúrbio emocional, concentradas na faixa percentual de 70% a 90%<sup>21</sup>. Por ser um problema significativo entre os jovens universitários, a insônia precisa ser avaliada periodicamente<sup>22</sup>, porque pode estar associada a um conjunto de causas que levam a se sentir insatisfeito com o seu funcionamento orgânico no dia a dia<sup>23</sup>.

Estudos apontam que saúde e sono estão interligados e podem afetar positiva ou negativamente o cotidiano das pessoas<sup>24</sup>. A falta de sono pode causar os seguintes problemas: baixo desempenho (no trabalho, no lazer e nos estudos), distúrbio do

humor, dificuldades nos relacionamentos, e deficiências no bem-estar físico e mental<sup>20,22,25</sup>. Em outro estudo foi relatado que 29,6% das pessoas têm o transtorno da ansiedade por causa da ausência de qualidade do sono e falta de atividade física. O sono é tido como um restaurador das funções orgânicas, sendo que a quantidade e qualidade podem manifestar alterações cognitivas, psicológicas e imunológicas, entretanto, os itens citados dependem da adaptação individual<sup>17,24,26</sup>.

Há crenças sobre a quantidade de horas de sono necessária para que a pessoa possa ter uma vida saudável e equilibrada. No entanto, essa salutar lógica, quando rompida por uma noite de insônia, pode gerar consequências danosas como desequilíbrio, fadiga, estresse, cancelamento de obrigações e redução de atividades diurnas<sup>27</sup>.

Outro fator associado aos sintomas da ansiedade e de outras doenças emocionais é a dor de cabeça recorrente, reconhecidamente um problema de saúde. Estudos relatam que a frequência da dor de cabeça está associada a distúrbios psicológicos (aumento de chances da ansiedade, desatenção e dificuldade para realizar as atividades) sem, no entanto, evidenciar se ela é causa ou consequência deles por uma razão tautológica: a ansiedade pode desenvolver a dor de cabeça e vice-versa. Associado a isso, deve-se considerar os fatores ambientais e genéticos que resultam em ambas as condições<sup>28</sup>.

A ansiedade generalizada apresenta sintomas como preocupações constantes sobre desgraças que poderão acontecer, a pessoa tem a sensação de estar no seu “limite”, tem sentimento de derrota e aprisionamento, apresenta dificuldade para se concentrar, sua movimentação é de inquietude, apresenta dores de cabeça, tremores pelo corpo, é incapaz de relaxar, tem sudorese, desconforto do estômago, tonturas e boca seca<sup>8,10,12,29</sup>. Com a ansiedade instaurada, podem aparecer sintomas bloqueadores da compreensão e do raciocínio: taquicardia, tontura, dor de cabeça recorrente, dor no peito, dores musculares, formigamento, suor, insônia, tensão e irritabilidade<sup>6,8,30</sup>.

Em um estágio mais avançado da doença, certamente ocorrerá um estado fóbico, que se apresenta com sintomas de palpitação, sensação de desmaio e medo de enlouquecer ou morrer; este último é manifestado por quem sofre de agorafobia, que é o medo de ambientes abertos, de estar no meio de multidões e de sair para determinados locais<sup>8-11,31,32</sup>. Na agorafobia, a pessoa se sente numa armadilha,

sozinha, desprotegida e pode apresentar sintomas como dor no peito, asfixia, dificuldade para respirar, tensão muscular, taquicardia, tremores e desmaios<sup>33</sup>.

Um distúrbio da ansiedade, a fobia social é caracterizada pelo medo de se expor a outros, como comer ou falar em público, e faz com que a pessoa tenha um temperamento de evitar o outro, de ter baixa tolerância à frustração e se tornar dependente de elogios e recompensas externas, além de apresentar um perfil imaturo<sup>8,11,34,35</sup>.

#### 1.4 CLASSE SOCIAL E O DESENVOLVIMENTO DA ANSIEDADE

A classe social é um fator que pode privilegiar pessoas em diversas situações da vida, entre elas a formação educacional. Nas famílias de condição mais favorável, a trajetória estudantil acontece de forma natural, sem interrupções até o término da preparação para a profissão. Por outro lado, pode ser motivo de exclusão para muitos, principalmente para a parcela da população cujos obstáculos são cumulativos, impedindo muitas vezes a continuidade dos estudos da criança e do jovem, seja pela necessidade de ajuda financeira às famílias, seja pela falta de estímulo da família ou de um professor<sup>14,36</sup>.

A classe social pode ser avaliada por indicadores de renda, escolaridade e ocupação dos membros de uma sociedade, cujos critérios definem qual classe cada família pertence. Alunos oriundos de classes sociais menos favorecidas podem ser afetados por esse sistema e, por essa razão, apresentar baixo rendimento escolar e estado emocional alterado, uma vez que muitos possuem um orçamento restrito em função da relação de dependência financeira familiar<sup>14,19,37,38</sup>.

O tempo dedicado à formação do estudante também sofre o impacto da classe social, em função dessa relação de dependência financeira familiar. O aumento da cobrança pessoal por melhor desempenho escolar e a redução de tempo para descanso e lazer, podem provocar alterações no estado emocional do estudante<sup>39</sup>.

Os estudos realizados por Ansari (2013)<sup>40</sup> demonstram que estudantes universitários possuem mais problemas de saúde física e emocional que outros jovens, uma vez que precisam enfrentar mudanças e ajustes relativos ao novo estilo de vida, às condições econômicas e ao ambiente acadêmico e social. Levam consigo a responsabilidade por suas escolhas, a cobrança e a esperança dos familiares por um futuro promissor.

Restrições financeiras, falta de apoio financeiro da família, dificuldade de interação social e solidão são fatores que, associados ou não, podem desencadear doenças físicas e emocionais nos jovens de camada popular, uma vez que estão expostos a tais situações de risco<sup>13,19,40</sup>.

Outro fator deletério está relacionado ao ambiente de alojamento coletivo procurado por alguns jovens. Nesses locais o sofrimento deles tende a aumentar, pois precisam compartilhar um ambiente doméstico com pessoas desconhecidas, o que significa conviver com muitos transtornos (aumento de ruído, mudança de foco, distração dos compromissos acadêmicos), provocados pela rotina e estilo de vida diferente de cada integrante da moradia<sup>38,41</sup>.

### 1.5 SAÚDE FÍSICA E EMOCIONAL DOS UNIVERSITÁRIOS

O estado de saúde dos estudantes universitários tem se tornado um assunto preocupante, porque em seu cotidiano enfrentam situações estressantes, sentem-se sobrecarregados e exaustos, apresentam sono de má qualidade, têm dificuldades de lidar com suas obrigações sociais e acadêmicas, e muitas vezes vêm a desenvolver doenças emocionais como a ansiedade<sup>17,21</sup>.

Há três variáveis relacionadas ao estilo de vida dos estudantes que contribuem para o surgimento da ansiedade: ausência regular de atividades físicas, tabagismo<sup>7</sup> e abuso/dependência do álcool. Juntos ou separados são fatores impeditivos do equilíbrio físico e emocional de uma pessoa<sup>22,42,43</sup>.

Estudos realizados por Shamsuddin (2013)<sup>38</sup> relatam que a condição de vida dos estudantes recém-chegados à universidade pode desencadear a ansiedade, entre outras doenças emocionais, uma vez que têm de se adaptar ao novo ambiente e ficam expostos a diversas demandas acadêmicas que os preparará para a vida profissional. Tais desconroles emocionais se refletem na rotina, prejudicando o desempenho escolar, interferindo em suas relações interpessoais, criando problemas conjugais e laborais<sup>19,41</sup>.

Entre os estudantes universitários é comum o aparecimento do distúrbio do sono, cujos sintomas (dificuldade de iniciar ou manter o sono, má qualidade do sono, sonolência diurna) advêm de fatores ambientais surgidos das diversas demandas da vida acadêmica<sup>8,20,24,26</sup>.



O SD em jovens adultos pode apresentar níveis mais elevados, acarretando maior carga psicoemocional, sintomas de ansiedade, sofrimento emocional, comprometimento funcional no dia a dia e saúde física debilitada, o que pode levar a um desempenho acadêmico sofrível<sup>20,22</sup>. A privação do sono é um problema significativo entre os estudantes, podendo agravar-se pelo aumento de horas em vigília para cumprir as rotinas acadêmicas<sup>22,26</sup>.

A deficiência do sono pode acarretar dificuldade de relacionamento com outras pessoas e gerar alterações de comportamento tais como agressividade, irritabilidade, hostilidade e conduta inadequada. Quando associada à dificuldade de relacionamento, a conduta escolar também se torna inadequada gerando consequências ruins, por exemplo, o descumprimento de obrigações e a autoagressividade, mecanismo inconsciente de punição criado por alguém que não consegue levar uma vida em harmonia<sup>26</sup>.

Outro comportamento danoso que acontece cada vez mais e com maior intensidade entre jovens universitários é o consumo de bebidas alcoólicas com danos irreparáveis para a vida pessoal e profissional e repercussões negativas na educação e sociedade em geral. A prática do “*binge drinking*” (beber pesado, seguido de abstinência) entre jovens nos Estados Unidos é tão grave, que é considerada a terceira causa evitável de morte. Esse comportamento pode levar a lesões, suicídio, violência interpessoal, vandalismo, brigas, dirigir embriagado, ter prejuízos cognitivos e perder a capacidade produtiva<sup>21,24,42,44</sup>.

O ambiente universitário e social dos estudantes é propício para o desenvolvimento de comportamentos insalubres, como demonstram os resultados de pesquisas sobre consumo de bebida alcoólica. Para o conjunto de alunos entrevistados, identificou-se que 80,7% são consumidores. Ao serem questionados sobre os motivos que os levavam a consumir bebidas, as respostas estavam relacionadas à aceitação social, como a celebração de alguma data especial com os amigos; diversão ou descontração; enfrentamento de situações de forma a reduzir o impacto negativo do fato; relações difíceis com superiores na escola e no trabalho, e com familiares<sup>21,24,45</sup>.

Os estudos realizados por Baldassin (2010)<sup>17</sup> e Vaysse et al (2014)<sup>44</sup> com estudantes de medicina apontam que os principais motivos dos transtornos emocionais estão relacionados com o uso de álcool e outras substâncias. A ingestão

inadequada de bebidas alcoólicas está associada à diminuição do sono, que é causa de outros problemas: cansaço, fadiga e de pensamentos negativos acerca dos acontecimentos<sup>21,24</sup>. Tanto o uso inadequado de bebidas alcoólicas quanto a ausência da qualidade do sono podem provocar diminuição da atenção, comprometimento motor, lentidão de raciocínio para resolução de problemas, insegurança para tomada de decisões, enfim, privar a pessoa de suas capacidades físicas e cognitivas, necessárias para o andamento do dia a dia<sup>21,24,42</sup>.

Ansiedade, consumo de substâncias lícitas e ilícitas nocivas à saúde física e mental, e possíveis danos causados pelo uso frequente delas é um tema constantemente debatido que pode levar a comportamentos disfuncionais<sup>7,24,44,46-48</sup>.

A nicotina é uma das drogas mais consumidas no mundo e a dependência física está diretamente relacionada com os sintomas da ansiedade. Usada desde o início da adolescência, em média aos quinze anos, é uma droga estimulante e poderosa, que proporciona não só “alívio” ao ser consumida em situações de tensão e pressão, como também prazer<sup>8,24,46,47</sup>.

Nos achados de Cruz et al (2010)<sup>43</sup>, o cigarro apresenta efeitos negativos para diversos órgãos corporais, tendo alto potencial de dependência se comparado à cocaína e heroína. O efeito da nicotina no organismo pode acarretar problemas no sistema nervoso que controla o equilíbrio corporal, afetar os pulmões, promover inflamação das vias aéreas, provocar sonolência diurna; e converter-se em risco para as pessoas, mesmo ainda jovens<sup>24</sup>.

Há outro comportamento disfuncional associado a transtornos emocionais, o sexo desprotegido, um grande fator de risco para a saúde de quem o pratica, sendo a mulher a mais vulnerável a tal comportamento e ao surgimento de sintomas da ansiedade<sup>47</sup>. A mulher fica exposta às doenças sexualmente transmissíveis e à gravidez indesejada, tornando-se uma questão de ordem social e econômica para a sociedade<sup>49</sup>.

O estilo de vida afeta significativamente a saúde da pessoa e pode acarretar desordens físicas e emocionais relacionadas a vários tipos de doenças (cardiovasculares, pulmonares, neoplasias e outras), sendo oportuno destacar as mais comuns: hipertensão arterial, pancreatite, meningite, doenças sexualmente

transmissíveis, obesidade causadora do desenvolvimento de doenças inflamatórias e do diabetes mellitus, ansiedade e depressão<sup>7,24,42,43</sup>.

## 1.6 A ESCOLHA DA PROFISSÃO

A escolha da profissão é um momento que pode provocar ansiedade, porque há muitas variáveis a serem avaliadas tais como o mercado de trabalho, a rotina do profissional, o retorno financeiro, o status social que a profissão pode trazer e os demais assuntos que envolvam o futuro profissional<sup>5</sup>.

Definir a profissão significa pensar nos aspectos políticos, econômicos, sociais, educacionais, familiares e psicológicos. Há muitas oportunidades e ofertas à disposição, porém a escolha do jovem é permeada de incertezas quanto à definição da profissão, porque a ela estão associados a contingência econômica, preferências, interesses, projeto de vida pessoal e expectativa dos pais sobre a carreira<sup>5,13,50</sup>.

A família muitas vezes excede em seu poder de influência a ponto de decidir pelo jovem a profissão a ser seguida, que pode ou não estar em concordância com os desejos e vocação do interessado<sup>5</sup>, como o caso dos estudantes japoneses que são fortemente influenciados por suas famílias na escolha da profissão<sup>51</sup>. O apoio familiar, o amor e o cuidado são fundamentais nessa etapa de vida do estudante para que o mesmo aprenda a lidar com o novo<sup>19</sup>.

O período de ingresso na faculdade assim como os diferentes estágios de formação, dependendo das demandas de cada etapa, podem ser ameaçadoras em razão das muitas cobranças por desempenho<sup>6,52</sup>. Desafios acadêmicos, conquista de novas amizades, distância da família, busca por nova identidade, tudo isso pode tornar o estudante vulnerável, inseguro e amedrontado em relação ao desconhecido. Essa situação acaba por estimular a evasão escolar porque o estudante se vê num ambiente físico desconhecido (*campus*, sala de aula) e com pessoas estranhas (colegas e professores)<sup>19</sup>.

O ambiente acadêmico ideal é aquele que prepara o estudante para o futuro profissional e contribui para o desenvolvimento pessoal e o bem-estar físico, social e emocional<sup>53,54</sup>. No entanto, ao ingressarem na faculdade, os estudantes passam por uma transformação em suas vidas, que pode trazer prejuízos a sua saúde, dada a intensa carga de trabalho a que são submetidos. É preciso muitas horas de dedicação ao estudo e sujeição às exigências de sua formação e, além disso, devem atender a

cobrança dos professores ou da família, que esperam por bons resultados. O estudante passa a ter uma percepção sobre sua eficácia que nem sempre é positiva e o conjunto desses fatores levam ao processo de doença emocional constante<sup>6,19,54,55</sup>.

Entre os alunos universitários a ansiedade está muito presente nas diversas etapas do curso (começo e fim do curso, períodos de avaliações, momentos de estágio, atividades extras, discussões de seminários etc.), podendo aflorar de forma mais intensa e causar, por qualquer motivo, dano ao seu rendimento<sup>19,55,56</sup>. Associado a isso, os jovens estudantes ainda estão em período de mudança fisiológica, neurológica e psicológica, em função da transição da adolescência para a fase adulta, o que os leva a enfrentar crises emocionais em função das novas exigências que deverão atender na sociedade ao exercerem o papel de adulto<sup>6,41</sup>.

Frente às crises emocionais, carregadas de medo e angústia, os jovens experimentam sensações de maior ou menor intensidade e reagem de acordo com suas experiências, apresentando quadro mais ou menos ansioso, conforme seu nível de preparo para encarar situações emocionais<sup>6,57</sup>.

Em um estudo realizado nos Emirados Árabes Unidos, verificou-se que os estudantes, a fim de romper com a dependência financeira familiar a que estiveram submetidos durante o período do curso, veem o exercício da profissão como um meio rápido de atingir a independência e estabilidade financeira. Para esses estudantes, o objetivo de longo prazo é conquistar o equilíbrio entre o trabalho e a vida e dessa maneira obter um padrão e qualidade de vida melhores<sup>58</sup>.

Resultados de estudos realizados com alunos de psicologia para detectar o grau de ansiedade em três momentos distintos: ingresso na faculdade, escolha da área de atuação e realização de estágio curricular apontam que os ingressantes apresentam o maior grau de ansiedade, quando comparados aos demais cursos<sup>6</sup>. O ideal nessa situação seria ampliar-lhes a visão acerca do curso e da carreira profissional<sup>39,51</sup>, para dessa maneira reduzir o desconforto emocional, mantê-los estimulados e motivados.

Diversos são os motivos que levam os estudantes a optarem pelo curso de odontologia e, entre esses, pode-se destacar o desejo de dedicar-se a servir a uma

comunidade, o status profissional, a estabilidade no emprego, a segurança financeira e melhorias da condição de vida no futuro<sup>51,56,59</sup>.

Os programas do governo facilitam o acesso dos estudantes ao curso de odontologia, vê-se um aumento na escolha dessa carreira em diversas regiões da Austrália e Nova Zelândia. Isso tem levado estudantes a residir longe de suas famílias e a conviver com uma diversidade étnica e cultural bem diferente das suas<sup>14,56</sup>, exigindo-lhes a superação de desafios no período de transição<sup>19</sup>, e o enfrentamento de um ambiente estressante<sup>55</sup> para alcançarem o status e a recompensa financeira, entre outros objetivos<sup>51</sup>.

Há programas de seleção de alunos do curso de odontologia que visam à compreensão antecipada do curso e da profissão e à criação de ações que previnam a desmotivação, evasão escolar e frustração na carreira. Isso assegura o investimento feito pela própria pessoa, família, instituição, comunidade e governo<sup>51</sup>.

A escolha da profissão, associada ao contexto de vida do aluno em nível socioeconômico, cultural e acadêmico, pode provocar prejuízos emocionais, físicos e intelectuais para o indivíduo que, uma vez estabelecidos, contribuem para restringir suas atividades do dia a dia, além de levá-lo a experimentar sofrimento intenso, que gerará impacto em sua vida<sup>51,60</sup>.

O desenvolvimento do transtorno, quando associado às responsabilidades da vida acadêmica pode levar o estudante a criar mecanismos de compensação e estratégias incorretas de enfrentamento das situações, apresentando queda no rendimento e fuga de responsabilidades, além da busca do alívio na utilização de substâncias lícitas e/ou ilícitas<sup>17,44,45</sup>. Esses comportamentos, de forma prolongada na vida estudantil, podem levar o profissional a ter baixo desempenho futuramente<sup>61</sup> e a tratar seus pacientes de forma inadequada, sem vê-los holisticamente<sup>17,53,62</sup>.

Os transtornos emocionais são pouco valorizados pela população leiga, por estudantes e até por profissionais da saúde que, por falta de conhecimento e preparo, contribuem indiretamente para que os transtornos recrudescam por não ser dada a devida atenção. Estudos apontam dados sobre doenças que acometem a população: a ansiedade (10,3%), o transtorno do pânico (6%), a fobia social (2,7%) e a ansiedade generalizada da população (2,2%), que não devem ser desconsiderados pelos profissionais da saúde<sup>17,18,35</sup>.

Não se pode falar de fazer saúde em uma população, por meio de uma profissão, se o próprio profissional não está saudável<sup>17</sup>. Para minimizar o que foi aqui contextualizado, é necessário que haja um ambiente educacional favorável ao preparo dos estudantes para uma carreira profissional futura, que os apoie frente às diversas situações, que contribua com o seu desenvolvimento pessoal, e que os ajude a manter o estado emocional e físico em equilíbrio<sup>3,7,55,60</sup>.

A ansiedade é um fator de risco que deixa a pessoa em um estado físico e emocional debilitante. Além do sofrimento que é causado, existe um ônus econômico muito grande para a sociedade em geral que merece receber a atenção devida<sup>63</sup>.

### 1.7 FERRAMENTAS DE PESQUISA

O estado emocional e classe social podem ser aferidos por instrumentos já validados, que permitem conhecer as dimensões que envolvem a saúde das pessoas e sua complexidade<sup>56</sup>.

Para a ansiedade, destaca-se o Inventário de Ansiedade de Beck, um instrumento que apresenta a capacidade de discriminar os sintomas da ansiedade, muito utilizado para avaliar os transtornos da ansiedade. É uma ferramenta simples, de fácil aplicação que tem sido utilizada em diversas pesquisas<sup>47,64</sup>.

Rodrigues et al (2008)<sup>5</sup> desenvolveu uma pesquisa para medir a intensidade da ansiedade de estudantes pré-vestibulandos na capital Porto Alegre. Os resultados apresentaram que 23,5% dos estudantes possuíam ansiedade moderada ou grave e as mulheres eram as mais ansiosas. O principal motivo encontrado para o desenvolvimento da ansiedade entre os estudantes reside no fato de estarem num momento decisivo da vida: a escolha da profissão.

Para o modelo de classe social, utilizam-se os critérios disponibilizados pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisas (ABEP), cujos indicadores de classificação econômica servem para segmentar de forma apropriada a população em classes, segundo o poder aquisitivo do consumidor.

Esses dois instrumentos podem ser utilizados para avaliar pequenas e grandes amostras de pesquisas com estudantes, profissionais da saúde e demais áreas. Neste estudo, ambos foram utilizados para o levantamento do grau de ansiedade e classe social dos graduandos de odontologia da Universidade de Cuiabá.

UNIVERSIDADE DE GUIA



## REFERÊNCIAS DA REVISÃO DE LITERATURA

## REFERÊNCIAS DA REVISÃO DE LITERATURA

1. Kirmayer LJ, Young A, Hayton BC. The cultural context of anxiety disorders. *Psychiatr Clin North Am* 1995 Sep; 18(3):503-21.
2. Fouks L, Potiron G, Moukalou R. Distress and anxiety in the psychopathology of Pierre Janet. *Ann Med Psychol (Paris)* 1986 May; 144 (5):461-71.
3. Viana MB. Freud e Darwin: Ansiedade como sinal, uma resposta adaptativa ao perigo. *Natureza Humana* 2010; 12 (1):163-196.
4. Rodgers RJ. Animal models of 'anxiety': where next? *Behav Pharmacol* 1997 Nov;8(6-7):477-96; discussion 497-504.
5. Rodrigues DG, Pelisoli C. Anxiety in candidates for university entrance examinations: an exploratory study. *Rev Psiq Clín* 2008; 35(5):171-7.
6. Ferreira CL, Almondes KM, Braga LP, Mata ANS, Lemos CA. Universidade, contexto ansiogênico? Avaliação de traço e estado de ansiedade em estudantes do ciclo básico. *Cien Saude Colet* 2009; 14(3):973-981.
7. Nakao M. Work-related stress and psychosomatic medicine. *Biopsychosoc Med* 2010 May 26; 4:(1)4. doi: 10.1186/1751-0759-4-4.
8. Souza L. Prevalência de sintomas depressivos, ansiosos e estresse em acadêmicos de medicina. São Paulo, 2010. Tese de doutorado da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. USP/FM/DBD-427/10
9. Kushner MG, Sher KJ, Beitman BD. The relation between alcohol problems and the anxiety disorders. *Am J Psychiatry* 1990 Jun; 147(6):685-95.
10. Mavissakalian MR, Hamann MS, Abou Haidar S, de Groot CM. DSM-III personality disorders in generalized anxiety, panic/agoraphobia, and obsessive-compulsive disorders. *Compr Psychiatry* 1993 Jul-Aug; 34 (4):243-8.
11. Merikangas KR, Angst J. Comorbidity and social phobia: evidence from clinical, epidemiologic, and genetic studies. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1995; 244(6):297-303.
12. Bailey KR, Crawley JN. Anxiety-Related Behaviors in Mice. *Methods of Behavior Analysis in Neuroscience*. 2nd edition. Boca Raton (FL): CRC Press; 2009.
13. Schor EL; American Academy of Pediatrics Task Force on the Family. Family pediatrics: report of the Task Force on the Family. *Pediatrics* 2003 Jun;111(6 Pt 2):1541-71.
14. Guerrero AP, Hishinuma ES, Andrade NN, Nishimura ST, Cunanan VL. Correlations among socioeconomic and family factors and academic, behavioral, and emotional difficulties in Filipino adolescents in Hawai'i. *Soc Psychiatry* 2006 Jul; 52(4):343-59.



15. Mululo SCC, Menezes GB, Fontenelle L, Versiani M. Terapias cognitivo comportamentais, terapias cognitivas e técnicas comportamentais para o transtorno de ansiedade social Rev Psiq Clín 2009; 36(6):221-8.
16. Kendler KS, Gardner CO, Lichtenstein P. A developmental twin study of symptoms of anxiety and depression: evidence for genetic innovation and attenuation. Psychol Med 2008 November; 38(11): 1567–1575.
17. Baldassin S. Ansiedade e Depressão no Estudante de Medicina: Revisão de Estudos Brasileiros. Cadernos ABEM 2010; 6.
18. Roquelaure Y, Ha C, Gohier B, Dano C, Touranchet A, Leclerc A, Imbernon E, Goldberg M. Exposure to psychosocial stressors at work in the Pays de la Loire region in 2002. Encephale 2007 Mar-Apr; 33 (2):160-8.
19. McMillan W. Transition to university: the role played by emotion. Faculty of Dentistry, University of the Western Cape, Western Cape, South Africa. Eur J Dent Educ 17 (2013) 169-176.
20. Nyer M, Farabaugh A, Fehling K, Soskin D, Holt D, Papakostas G, Pedrelli P. et al Relationship between sleep disturbance and depression, anxiety, and functioning in college students. Depress Anxiety 2013 Sep; 30 (9):doi:10.1002/da.22064.
21. Kenney SR, Lac A, Labrie JW, Hummer JF, Pham A. Mental Health, Sleep Quality, Drinking Motives, and Alcohol-Related Consequences: A Path-Analytic Model. J Stud Alcohol Drugs 2013 Nov 74(6):841-51.
22. Thaylor DJ, Bramoweth AD, Grieser EA, Tatum JI, Roane BM Epidemiologia da insônia em estudantes universitários: relação com a saúde mental, qualidade de vida, e as dificuldades do uso da substância. – v Ther 2013 Set; 44(3):339-48.
23. Ustinov Y, Lichstein KL, Wal GS, Taylor DJ, Riedel BW, Bush AJ. Association between report of insomnia and daytime functioning. Sleep Med 2010 Jan; 11(1):65-8.
24. Araújo MFM, Freitas RWJF, Lima ACS, Pereira DCR, Zanetti ML, Damasceno MMC. Indicadores de saúde associados com a má qualidade do sono de universitários. Rev Esc Enferm USP 2014; 48(6):1085-92.
25. Pereira RJ, Cotta RMM, Franceschini SCC, Ribeiro RCL, Sampaio RF, Priore SE et al. Influência de fatores socio sanitários na qualidade de vida dos idosos de um município do Sudeste do Brasil. Cien Saude Colet 2011; 16 (6): 2907-2917.
26. Sarchiapone M, Mandelli L, Carli V, Josue M, Wasserman C, Hadlaczky G et al. Hours of sleep in adolescents and its association with anxiety, emotional concerns, and suicidal ideation. Sleep Medicine. 2014; 15: 248-254.
27. Fairholme CP, Manber R. Safety behaviors and sleep effort predict sleep disturbance and fatigue in an outpatient sample with anxiety and depressive disorders. J Psychosom Res 2014; 76: 233-236.

28. Blaauw BA, Dyb G, Hagen K, Holmen TL, Linde M4, Wentzel-Larsen T et al. Anxiety, depression and behavioral problems among adolescents with recurrent headache: the Young-HUNT study. *J Headache Pain* 2014 Jun 13; 15:38.doi: 10.1186/1129-2377-15-38
29. Griffiths AW, Wood AM, Maltby J, Taylor PJ, Tai S. The prospective role of defeat and entrapment in depression and anxiety: a 12-month longitudinal study. *35 – Psychiatry Res.* 2014 Apr 30; 216 (1):52-9.
30. Desai SD, Pandya RH. Study of psychiatric comorbidity in patients with headache using a short structured clinical interview in a rural neurology clinic in Western India. *J Neurosci Rural Pract.* 2014 Nov; 5(Suppl 1):S39-42.
31. Herdade KC, Strauss CV, Zangrossi Júnior H, Viana MB. Effects of medial amygdala inactivation on a panic-related behavior. *Behav Brain Res.* 2006 Sep 25; 172(2):316-23. Epub 2006 Jun 27.
32. Shioiri T. The present and future of anxiety disorders: a view and problems to DSM-5: panic disorder]. *Seishin Shinkeigaku Zasshi.* 2012; 114(9):1037-44.
33. Pehlivanidis A, Koulis S, Papakostas Y. Constraint and loneliness in agoraphobia: an empirical investigation. *Psychiatriki.* 2014 Jul-Sep; 25(3):171-8.
34. Savoia MG, Barros Neto TP, Vianna AM, Bernik M. Avaliação de traços de personalidade em pacientes com fobia social. *Ambulatório de Ansiedade. Instituto de Psiquiatria, Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo (IPq-HCFMUSP).* *Rev Psiq Clín.* 2010; 37(2):57-9.
35. Bandelow B, Lichte T, Rudolf S, Wiltink J, Beutel ME. The Diagnosis of and Treatment Recommendations for Anxiety Disorders. *Deutsches Ärzteblatt International.* *Dtsch Arztebl Int* 2014; 111:473–80.
36. Amaral DP, Oliveira FB. O ProUni e a conclusão do ensino superior: questões introdutórias sobre os egressos do programa na zona oeste do Rio de Janeiro. *Ensaio: aval. pol. públ. Educ.* 2011; 19(70):21-42.
37. Antunes JLF. Condições socioeconômicas em saúde: discussão de dois paradigmas. *Rev Saude Publica* 2008; 42(3):562-7.
38. Shamsuddin K, Fadzil F, Ismail WSW, Shah SA, Omar K, Muhammad NA, Jaffar A, Ismail A, Mahadevan R. Correlates of depression, anxiety and stress among Malaysian university students. *Asian J Psychiatr* 2013; 6:318-323.
39. Tahim, AS, Payne KFB, Goodson AMC, Cabot LB, Fan K. Can I be a student again? How medical graduates make the decision to return to dental school prior to a career in oral and maxillofacial surgery. *Eur J Dent Educ* 2013; 18:98-103.
40. Ansari WE, Stoki C, Snelgrove S, Hu X, Parke S, Davies S et al. Feeling Healthy? A Survey of Physical and Psychological Wellbeing of Students from Seven Universities in the UK. *Int J Environ Res Public Health* 2013; 8:1308-1323.

41. Aggarwal S, Berk M. Evolution of adolescent mental health in a rapidly changing socioeconomic environment: A review of mental health studies in adolescents in India over last 10 years. *Asian J Psychiatr* 2014 Nov 28. pii: S1876-2018(14)00278-0.
42. Courtney KE, Polich J. Binge drinking in young adults: Data, definitions, and determinants. *Psychol Bull.* 2009 January; 135(1):142–156.
43. Cruz IBM, Barreto DCM, Fronza AB, Jung IEC, Krewer CC, Rocha MIUM et al. Equilíbrio dinâmico, estilo de vida e estados emocionais em adultos jovens. *Braz J Otorhinolaryngol* 2010; 76(3):392-8.
44. Vaysse B, Gignon M, Zerkly S, Ganry O. Alcohol, tobacco, cannabis, anxiety and depression among second-year medical students. Identify in order to act. *Sante Publique* 2014 Sep-Oct; 26 (5):613-20.
45. Foster DW, Zvolensky MJ, Garey L, Ditre JW, Schmidt NB. Relationships between Drinking Motives and Smoking Expectancies among Daily Smokers who are also Problem Drinkers. *J Dual Diagn* 2014; 10(3):118-129.
46. Mundim MM, Bueno, GN. Análise comportamental em um caso de dependência à nicotina. *Ver. Brasil. De Terapia Comportamental e Cognitiva.* 2006; 8(2):179-191.
47. Calheiros PR, Oliveira MS, Wagner MF, Matos KS. Sintomas de ansiedade em tabagistas no início do tratamento. *Revista de Psicologia da IMED.* 2009; 1 (1),46-55.
48. Iancu I. Social anxiety disorder and alcohol use disorders. *Harefuah.* 2014 Nov; 153(11):654-7,687.
49. Suneeta M. Emergency contraception - Potential for women's health. *Indian J Med Res* 140 (Supplement), November 2014; pp45-52.
50. Cavalcanti AL, Lima WG, Marques JLS, Alves HF, Garcia AFG. Motivos de ingresso e de evasão dos acadêmicos de odontologia de uma instituição pública. *Rev Odontol UNESP, Araraquara.* mar./abr. 2010; 39(2):95-99.
51. Suen RPC, Lai SML, Bridges S, Chu CH. Students' satisfaction with a dental summer programme and importance of influencing factors for choosing dentistry as their career. *Faculty of Dentistry, The University of Hong Kong, Hong Kong SAR, China Eur J Dent Educ* 18 (2014) 104–109.
52. Obarisiagbon A, Azodo CC, Omoaregba JO, BO. Do Stages of Dentistry Training Affect Anxiety Provoking Situations? *Ann Med Health Sci Res.* 2014 Nov-Dec; 4(6): 869–874.
53. Manakil J, George R. Self-perceived work preparedness of the graduating dental Students School of Dentistry and Oral Health, Griffith University, Gold Coast, Qld, Australia *Eur J Dent Educ* 17 (2013) 101–105
54. Uraz A, Tocak YS, Yozgatligil C, Cetiner S, B Bal. Psychological well-being, health, and stress sources in Turkish dental students. *Dent Educ* 2013; 77(10):1345-55.

55. Schwartz B, Saad MN, Goldberg D. Evaluating the students' perspectives of a clinic mentoring. Programme Schulich School of Medicine & Dentistry, Western University, London, ON, Canada *Eur J Dent Educ* 18 (2014) 115–120.
56. Mariño RJ, Morgan MV, Winning T, Thomson WM, Marshall RI, Gotjamanos T, Evans W. Sociodemographic Backgrounds and Career Decisions of Australian and New Zealand Dental Students. *Internat D Educa.* 2006; 70:169-178.
57. Carvalho HW, Andreoli SB, Lara DR, Patrick CJ, Quintana MI, Bressan RA, Mello MF, Mari JJ, Jorge MR. The joint structure of major depression, anxiety disorders, and trait negative affect. *Revista Brasileira de Psiquiatria* 2014; 36:285–292.
58. Rashid HH, Ghotane SG, Abufanas SH, Gallagher J. Short and long-term career plans of final year dental students in the United Arab Emirates Rashid et al. *BMC Oral Health* 2013; 13(39).
59. Gallagher J, Clarke W, Wilson N. Understanding the motivation: a qualitative study of dental students' choice of professional career. *Eur J Dent Educ* 2008 May; 12(2): 89-98.
60. Divaris KPJ. The academic environment: the students' perspective. Journal compilation, Blackwell Munksgaard and The American Dental Education Association, *Eur J Dent Educ* 2008; 12(1):120-130.
61. Bush HM, Schreiber RS, Oliver SJ Failing to fail: clinicians' experience of assessing underperforming dental students. *Eur J Dent Educ* 17(2013)198–207.
62. Hakim H, Razak IA. Dental Fear among Medical and Dental Undergraduates. *ScientificWorldJournal.* 2014 2014:747508.
63. Singewald N, Schmuckermair C, Whittle N, Holmes A, Ressler KJ. Pharmacology of cognitive enhancers for exposure-based therapy of fear, anxiety and trauma-related disorders. *Pharmacol Ther* 2014 Dec 27, doi:10.1016/j.pharmthera.2014.12.004. [Epub ahead of print].
64. Muntingh ADT, Feltz-Cornelis CM, Marwijk HWJ, Spinhoven P, Penninx BWJH, Balkom AJLM. Is the beck anxiety inventory a good tool to assess the severity of anxiety? A primary care study in The Netherlands study of depression and anxiety (NESDA) *BMC Fam Pract* 2011; 12:66.



UNIVERSIDADE DE CUIABÁ



## **2 CAPÍTULO 1 - LEVANTAMENTO DO GRAU DE ANSIEDADE E DA CLASSE SOCIAL DOS GRADUANDOS EM ODONTOLOGIA DA UNIVERSIDADE DE CUIABÁ.**



## 2.1 INTRODUÇÃO

## 2.1 INTRODUÇÃO

O homem é dotado de dimensões que integram a condição humana: a saúde física, o estado psicoemocional, as relações sociais, a classe social e o meio ambiente em que está inserido. Essas dimensões estão relacionadas à percepção de como a pessoa vê a si mesma, as sensações físicas, psicológicas e de bem-estar<sup>1,2</sup>.

A ansiedade está associada a experiências sofridas e a fatores genéticos e ambientais<sup>3</sup>. Ela se desenvolve em pessoas jovens, que se autoavaliam negativamente por não conseguirem desempenhar adequadamente suas rotinas<sup>4</sup>. Em sua base estão envolvidos os fatores genéticos que influenciam e se modificam à medida que o indivíduo se torna adulto<sup>5</sup> e o ambiente social que leva o jovem a ter comportamentos semelhantes ao meio em que está inserido para obter aceitação<sup>6</sup>.

Especificamente em relação à somatização dos sujeitos, Cruz et al (2010)<sup>7</sup> destaca variáveis ligadas ao estilo de vida (sedentarismo, tabagismo e abuso do álcool) como fatores de desequilíbrio físico e/ou emocional. Na sintomatologia da ansiedade está o distúrbio do sono (SD), causando baixo desempenho (no trabalho, no lazer e nos estudos), distúrbio do humor, aumento da agressividade, irritabilidade, hostilidade e dificuldades nos relacionamentos<sup>2,6,8,9</sup>. A evolução do SD liga-se a outro sério problema, que é a dor de cabeça observada em pacientes com presença de ansiedade<sup>6,10</sup>. Se tal sintoma coocorrer com outros (dor no peito, tontura, preocupações constantes sobre desgraças que poderão acontecer, dificuldade para se concentrar, inquietude, tremores pelo corpo, incapacidade de relaxar, sudorese, taquicardia, desconforto do estômago, boca seca, dores musculares, formigamento, insônia, tensão e irritabilidade<sup>6,11</sup>), a pessoa poderá ter sua compreensão e raciocínio bloqueados<sup>6,11</sup>. Em persistindo a sintomatologia, ocorrerá uma evolução física denominada transtorno fóbico, com o agravamento dos seguintes sintomas: palpitação, sensação de desmaio, medo de enlouquecer ou morrer e fobia de ambientes abertos<sup>6,12</sup>.

O fator classe social está na origem de várias doenças, entre elas a ansiedade, a qual pode ser agravada em indivíduos excluídos do convívio familiar e/ou amical, e naqueles que se veem em situação de dependência financeira de terceiros em decorrência da má administração das finanças pessoais<sup>13-15</sup>. Em relação aos estudantes universitários, a ansiedade relaciona-se diretamente com o meio acadêmico e social em que vivem, carregando-lhes cobranças de professores, colegas,

familiares e de si mesmos, para que assumam sua vida adulta<sup>14,16-22</sup>. A assunção de responsabilidades na transição para a vida adulta gera ansiedade e conduz a comportamentos de fuga, como o uso de drogas lícitas e ilícitas, e a desajustes na sexualidade<sup>6,7,23,24</sup>. Com o apoio psicológico, familiar e institucional, certamente o estudante resignificará esse estágio ao assumir a realidade de indivíduo autônomo em suas decisões<sup>17</sup>.

Influenciada por aspectos políticos, econômicos, sociais, educacionais, familiares e psicológicos<sup>3,25,26</sup>, a escolha da profissão pode provocar a ansiedade, por estar ou não em concordância com os desejos e vocação do jovem universitário<sup>11,21,27</sup>. Para os estudantes, essa escolha está relacionada à automotivação, status profissional, independência financeira, conquista do equilíbrio entre trabalho e vida pessoal e conseqüentemente à melhoria do padrão de qualidade de vida<sup>27-29</sup>.

No foco deste estudo estão os comportamentos estudantis em desequilíbrio resultantes de ansiedade prolongada, que futuramente podem engendrar profissionais arrogantes, afastados da questão humana, ou carentes de competências técnicas e comportamentais<sup>16,30</sup>. Com esse propósito em vista, fixou-se o objetivo de conhecer o grau de ansiedade e a classe social dos estudantes de graduação de Odontologia, da Universidade de Cuiabá – UNIC, buscando possíveis correlações entre as variáveis pesquisadas.



UNIVERSIDADE DE CUIABÁ



## 2.2 MATERIAIS E MÉTODOS

## 2.2 MATERIAIS E MÉTODOS

A amostra deste estudo foi constituída por 512 alunos do primeiro ao oitavo semestre regularmente matriculados na Faculdade de Odontologia da Universidade de Cuiabá – UNIC. Os alunos foram distribuídos em quatro grupos, cada qual formado por dois semestres letivos de matrícula em ordem crescente: no grupo 1 estão os alunos matriculados no 1º e 2º semestres; no grupo 2 os alunos do 3º e 4º semestres; no grupo 3 os alunos do 5º e 6º semestres; no grupo 4 os alunos do 7º e 8º semestres. A amostra constituiu-se por conveniência e anuência dos alunos em participar da pesquisa. O critério de exclusão adotado considerou os alunos ausentes nos dias de aplicação do questionário, alunos que não constassem na lista de chamada, e questionários cujas respostas estivessem incompletas. Este estudo teve a aprovação do CEP/UNIC, n.º 152, conforme estabelecido na Resolução n.º 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde.

O instrumento de pesquisa foi dividido em três partes: identificação, classe social e grau de ansiedade.

A identificação dos estudantes foi coletada por meio dos seguintes itens: sexo, idade, cor de pele, religião e estado civil seguindo a classificação do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Os dados relativos à classe social foram baseados nos critérios da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP) que prevê questões relativas ao poder de consumo: tipo de moradia, com quem mora, quantas pessoas moram na casa, quantidade de filhos, renda para manutenção das despesas, escolaridade dos pais e quantidade de bens que possui. Esses itens reunidos definem a classe social a que pertence o respondente (A, B, C ou D) sendo categorizados em classe A com maior poder aquisitivo, B e C com poder aquisitivo intermediário e a classe C com baixo poder aquisitivo.

Na última parte do questionário, que tratou do levantamento do grau de ansiedade, foi utilizado o Inventário de Ansiedade de Beck (BAI), contendo 21 questões que ajudam a medir a gravidade dos sintomas de ansiedade. Para cada questão o sujeito escolheu uma das quatro categorizações de ansiedade: Absolutamente não; Levemente – não me incomodou muito; Moderadamente – foi desagradável, mas pude suportar; Severamente – quase não pude suportar.

A pesquisa teve como lócus a Universidade de Cuiabá e a participação de dois docentes do curso de Odontologia e de seis discentes, a saber: curso de mestrado em Ciências Odontológicas Integradas (2), curso de Odontologia (3), e um estagiário de outro curso.

A aplicação dos questionários contou com a presença de um entrevistador para dar as devidas orientações e evitar que os estudantes se deixassem influenciar pela resposta dos colegas. O mesmo padrão foi seguido para todas as turmas durante a aplicação. Após o preenchimento, os questionários ficaram com o pesquisador que manteve sigilo das informações coletadas.

Em relação à análise estatística, realizou-se estratificação e organização dos dados, de forma a viabilizar os resultados. Para os testes estatísticos utilizou-se o Qui-quadrado e a análise de risco, com nível de significância estatística escolhido de 5%.

UNIVERSIDADE DE CUIABÁ



## 2.3 RESULTADOS

## 2.3 RESULTADOS

A variável pesquisada (alunos por semestre), reuniu os oito semestres dois a dois, formando quatro categorias, cada uma delas com a respectiva quantidade e percentual de alunos matriculados no grupo, conforme descrito na Tabela 1. De um total de 512 alunos, foram apurados nos grupos 1 a 4 os seguintes valores: 212 (41,5%), 139 (27,1%), 92 (17,9%), 69 (13,5%), respectivamente. Considerando-se a quantidade de alunos por grupos, notou-se a diminuição gradual com diferenças estatísticas entre todos eles ao nível de 5% de significância ( $p < 0,05$ ).

**Tabela 1 - Caracterização da amostra de alunos por semestre.**

Variável	Categorização	N°	%
1° e 2° semestres	Grupo 1	212	41,5*
3° e 4° semestres	Grupo 2	139	27,1*
5° e 6° semestres	Grupo 3	92	17,9*
7° e 8° semestres	Grupo 4	69	13,5*
<b>Total</b>		<b>512</b>	<b>100</b>

\* significa diferença estatística entre os grupos ( $p < 0,05$ )

Na Tabela 2, observa-se que a maioria dos estudantes é do sexo feminino (73,2%), correspondente ao nível de significância ( $p < 0,05$ ). Com relação à idade verificou-se diferenças estatísticas ( $p < 0,05$ ) entre os grupos descritos: entre 19 a 25 anos (64,9%), com menos de 19 anos (24,2%); entre 26 a 41 anos (10,9%).

Para os dados relacionados à cor de pele, religião e estado civil autodeclarados, observou-se que os alunos brancos (45,3%) e pardos (41,2%) são a maioria e que não se diferenciaram entre si ( $p > 0,05$ ). A minoria dos sujeitos é da cor preta (8,6%) e amarela (4,9%), as quais se diferenciaram entre si ( $p < 0,05$ ). Quanto à religião predominam os católicos (58,8%), seguidos por protestantes (28,1%) ( $p < 0,05$ ) e por dois grupos com menor representatividade: agnósticos (6,3%) e espiritualistas

(6,8%) ( $p>0,05$ ). A maior parte da amostra compõe-se de solteiros (84,1%) ( $p<0,05$ ); o restante divide-se em casados (14,5%) e outros (1,4%).

À solicitação de informação sobre moradia, 45,3% dos alunos declararam possuir moradia própria e 54,7% ocupavam moradias alugadas ou com parentes ( $p<0,05$ ). Em relação à forma de convívio, apurou-se que 49% residem com outras pessoas, como colegas ou parentes, 37% moram com os pais e 14% moram sozinhos ( $p<0,05$ ). A quantidade de moradores estimada no domicílio, segundo informado pelos alunos: quatro ou mais pessoas (38,3%); duas (26,6%); três (21,1%) e sozinho (14%), existindo diferença estatística entre todos os grupos ( $p<0,05$ ).

Declararam não ter filhos 89,5% dos alunos, diferindo estatisticamente dos demais grupos ( $p<0,05$ ) assim distribuídos conforme a quantidade de filhos informada: 1 (N= 30 – 5,9%), 2 (N= 17 - 3,3%), 3 (N= 7 – 1,3%), os quais apresentam diferenças entre si ( $p<0,05$ ). No que tange à renda mensal, 84,2% dos alunos informaram viver com a renda dos pais, diferindo estatisticamente da renda advinda de familiares (6,4%) e de outros meios (9,4%) ( $p<0,05$ ). Para o grau de instrução dos pais, os dados mostram que 33,6% (N= 172) possuem ensino superior; 28,1% (N= 144) cursaram o ensino médio, 25,8% (N= 132) realizaram pós-graduação, constatando-se diferenças estatísticas entre o primeiro e o último ( $p<0,05$ ). Somente 12,5% (N= 64) dos pais estudaram até o ensino fundamental e por isso diferem dos demais grupos ( $p<0,05$ ).

**Tabela 2: Caracterização da amostra segundo dados sociodemográficos.**

Variável	Categorização	N°	%
Sexo	Feminino	375	73,2*
	Masculino	137	26,8x
Idade	Até 18 anos	124	24,2*
	De 19 a 25 anos	332	64,9x
	De 26 a 41 anos	56	10,9z
Cor de pele	Branco	232	45,3*
	Pardo	211	41,2*
	Preto	44	8,6x
	Amarelo	25	4,9z
Religião	Católica	301	58,8*
	Protestante	144	28,1x
	Espiritualista	35	6,8z
	Agnóstico	32	6,3z
Estado civil	Casado	74	14,5*
	Solteiro	431	84,1x
	Outros	7	1,4z
Tipo de moradia	Própria	232	45,3*
	Outros	280	54,7x
Forma de convívio	Sozinho	72	14,0*
	Com os pais	189	37,0x
	Outros	251	49,0z
Quantidade de pessoas que mora	Mora sozinho	72	14,0*
	Duas pessoas	136	26,6x
	Três pessoas	108	21,1z
	Quatro pessoas	196	38,3§
Quantidade de filhos	Nenhum	458	89,5*
	Um	30	5,9x
	Dois	17	3,3z
	Três	7	1,3§
Origem da renda	Dos pais	431	84,2*
	Familiares	33	6,4x
	Outros	48	9,4z
Escolaridade dos pais	Ensino Fundamental	64	12,5*
	Ensino Médio	144	28,1x
	Ensino Superior	172	33,6z
	Pós Graduação	132	25,8§

\*, x, z, § significa diferença estatística entre os grupos ( $p < 0,05$ )

Comparando-se os dados referentes à classe social dos alunos, observa-se na Tabela 3 que a classe C (N= 223 – 43,6%); sem, entretanto diferir estatisticamente da classe B (N= 201 – 39,2%) ( $p>0,05$ ). A classe A (N=59 – 11,5%) e a classe D (N= 29 – 5,7%) são minorias e diferem estatisticamente entre si e também com a classe B e C ( $p<0,05$ ).

**Tabela 3: Caracterização da amostra segundo a classe social**

Variável	Categorização	N°	%
Classe social	Classe A	59	11,5*
	Classe B	201	39,2#
	Classe C	223	43,6#
	Classe D	29	5,7§
Total		512	100

\*, #, § significa diferença estatística entre os grupos ( $p<0,05$ )

De uma amostra de 512 estudantes, apenas 2 questionários foram desconsiderados e o motivo foi incompletude. Do total de alunos, 44,4% (N= 226) foram classificados com grau mínimo de ansiedade; 32,9% (N= 168) com ansiedade leve; 16% (N= 82) com ansiedade moderada e 6,7% (N= 34) com ansiedade severa. Os dados da Tabela 4 demonstram o número e percentual de alunos segundo o grau de ansiedade. Todos os grupos diferiram entre si ( $p<0,05$ ).

**Tabela 4: Caracterização da amostra segundo o grau de ansiedade**

Variável	Categorização	N°	%
Ansiedade	Grau mínimo de ansiedade	226	44,4*
	Ansiedade leve	168	32,9*
	Ansiedade moderada	82	16#
	Ansiedade severa	34	6,7§
Total		510	100

\*, #, § significa diferença estatística entre os grupos ( $p<0,05$ )



Os resultados apresentados na Tabela 5, em relação à tabela de contingência na busca do risco estimado, demonstram que apenas os indivíduos do sexo feminino e não católicos apresentam risco com significância, sendo o valor estimado e o intervalo de confiança respectivamente descritos para 2,003 (1,181-3,397) e 1,575 (1,039-2,383).

Tabela 5 – Estimativa de risco de ansiedade para os dados sociodemográficos dos participantes do estudo

Variáveis	Valor	Intervalo de confiança 95%		
		Inferior	Superior	
Semestre	1° ao 4° Semestre	0,872	0,555	1,37
Sexo	Feminino	2,003	1,181	3,397
Idade	≤ 26	1,03	0,534	1,99
Cor de pele	Branços	0,937	0,618	1,419
Religião	Não católicos	1,575	1,039	2,389
Estado Civil	Casado	0,902	0,507	1,606
Moradia	Própria	1,133	0,746	1,72
Com quem mora	Sozinho	0,673	0,385	1,174
Com quantas pessoas mora	Sozinho	0,73	0,416	1,282
Filhos	Sim	1,657	0,895	3,067
Renda mensal	Advinda dos pais	1,542	0,908	2,62
Instrução dos pais	Superior	1,271	0,81	1,995
Classe social	Classe C	1,12	0,736	1,705



## 2.4 DISCUSSÃO

## 2.4 DISCUSSÃO

Este estudo realizou o levantamento dos aspectos demográficos, grau de ansiedade e da classe social dos graduandos em Odontologia em uma universidade no centro oeste brasileiro. Os resultados permitiram traçar um perfil mais claro dos discentes do curso, bem como detalhar as características dos indivíduos que possuem o grau de ansiedade. Por meio das análises de correlação realizadas, pôde-se perceber que pessoas do sexo feminino autodeclaradas não católicas apresentaram na amostra da pesquisa maior risco de desenvolver a doença

A ansiedade é uma patologia de origem emocional, capaz de impactar severamente a qualidade de vida das pessoas e de associar-se a várias outras doenças de cunho emocional<sup>8,10,17</sup>. No estado físico, a patologia se liga ao aparelho cardiorrespiratório, a alterações gastroenterológica, oncológica e dermatológica, provocando o agravamento de todas<sup>16,31,32</sup>.

Neste estudo percebe-se uma alta frequência de estudantes com algum grau de ansiedade, o que corresponde a 22,7% portadores em estágio moderado e severo. Comparando esses resultados com os de outros grandes centros universitários não há tantas diferenças<sup>16,17,19</sup>.

Os índices apresentados neste estudo são relevantes e têm forte impacto no processo ensino-aprendizagem em toda instituição. Vários grupos de pesquisa sinalizam essa realidade na população estudantil<sup>9</sup> – vide a área de medicina, onde é facilmente evidenciada<sup>16,18,33</sup>, e também a rápida proliferação da patologia nas áreas da saúde em geral<sup>16,34</sup>.

Parece claro que, ao final do estudo, haja um perfil traçado, que seja uma amostra representativa dos estudantes pesquisados: alunas do sexo feminino, solteiras, católicas, sem filhos e de classe social média a baixa. Acredita-se que a que, principalmente a que se relaciona à classe social, acontece a partir das políticas governamentais do Brasil ao priorizar sistemas de financiamentos e outras cotas. Essas políticas, apesar de parecem interessantes, não se aplicam ao curso de Odontologia que, por sua natureza, requer investimentos elevados em face da ampla lista de materiais de alto custo. O horário integral pode aumentar o índice de desistência<sup>25</sup> o que pode explicar os resultados encontrados no curso.

A metodologia para diagnóstico da ansiedade é diversa<sup>6,11,36,37</sup>, estando entre elas o Inventário de Ansiedade de Beck (BAI), adotado nesta pesquisa por apresentar as seguintes características: amplamente utilizado na literatura<sup>3,38</sup>, validado no Brasil, de fácil utilização, codificado em linguagem acessível, e de rápida aplicação.

Os resultados, em relação à estimativa de risco para os alunos ansiosos evidenciam as variáveis “não católico” e “sexo feminino” como as de maior risco. Vários fatores podem estar ligados a essa questão, entre eles, a cultura local, o que envolve tradição familiar, a religião e a condição financeira favorável das famílias, cujos filhos seguem a profissão dos pais, escolhendo a medicina e a odontologia como cursos de futuro promissor. Em sendo assim, é de se supor que os alunos católicos pertençam a uma classe social mais alta, com hábitos socioculturais mais próximos, o que aumentaria as chances de auxílio profissional e afetividade durante a manifestação do quadro clínico<sup>35,40</sup>.

Estudos demonstram que o amparo da família é fundamental para o tratamento da ansiedade<sup>35,39-43</sup>. Outro ponto relevante são os alunos que já se tornaram pais, sendo que a presença de filhos durante o período acadêmico pode corroborar para o desenvolvimento de doenças emocionais<sup>39,44</sup>, tais como a ansiedade. Essa doença compromete sobremaneira a qualidade de vida da família e do estudante de Odontologia<sup>3,11</sup>, dificultando, nesses casos, dar-lhe orientação de como proceder diante da diagnose.

Diante do exposto, é importante que a Instituição busque alternativas e capacitação multiprofissional para a abordagem desses estudantes<sup>35,45</sup>. Alguns achados demonstram que é possível uma intervenção adequada no próprio *campus* universitário, com ações que possam evitar o desenvolvimento de doenças emocionais já detectadas nos estudantes, uma vez que o sucesso acadêmico e profissional deles está associado à universidade que frequentaram<sup>14,35</sup>.

Estudos de Ye et al (2014)<sup>46</sup> analisaram intervenções terapêuticas realizadas com atendimento especializado e uso de tecnologia (computador e telefones móveis) no auxílio a jovens. Tais recursos facilitaram aos estudantes o acesso e a utilização dos serviços de intervenção, além de melhorar a prestação de saúde à população.

A Faculdade de Odontologia pode priorizar metodologias pedagógicas alternativas para o público-alvo, conforme a diagnose encontrada na pesquisa<sup>26,35,47-</sup>

<sup>49</sup>. Entre essas metodologias destacam-se duas: divulgar os resultados desta pesquisa, a fim de sensibilizar a direção, educadores e estudantes acerca dos resultados; propor programas e intervenções de promoção de saúde. Tais medidas podem auxiliar na transição para o ambiente acadêmico (inserção, desafios etc.) e no compartilhamento de responsabilidades não apenas na formação, mas no cuidado com a saúde física e mental desses jovens que representam o futuro. Além disso, elas ainda podem evitar a evasão escolar<sup>35</sup>, e o conseqüente impacto financeiro na instituição, do qual decorrerá o desligamento de pessoas do quadro funcional, por exemplo.

Não basta corrigir o eixo da educação, há sim que promover a saúde dos estudantes para que eles possam replicar tais modelos em suas práticas<sup>16</sup>; sendo o objetivo mais relevante entre todos o de propiciar a formação ética e profissional para tornar esses sujeitos capazes de contribuir com a melhoria de nossa sociedade.



## 2.5 CONCLUSÃO

## **2.5 CONCLUSÃO**

Conclui-se que um grande número de alunos apresentou algum grau de ansiedade. O público feminino e os não católicos têm maiores riscos de desenvolver a ansiedade.

UNIVERSIDADE DE CUIABÁ



## REFERÊNCIAS DO CAPÍTULO 1



## REFERÊNCIAS DO CAPÍTULO 1

1. Viana MB. Freud e Darwin: Ansiedade como sinal, uma resposta adaptativa ao perigo. *Natureza Humana* 2010; 12(1):163-96.
2. Pereira RJ, Cotta RMM, Franceschini SCC, Ribeiro RCL, Sampaio RF, Priore SE et al. Influência de fatores socio sanitários na qualidade de vida dos idosos de um município do Sudeste do Brasil. *Cien Saude Colet* 2011;16(6):2907-17.
3. Rodrigues DG, Pelisoli C. Ansiedade em vestibulandos: um estudo exploratório. *Rev Psiq Clín* 2008;35(5):171-7.
4. Mululo SCC, Menezes GB, Fontenelle L, Versiani M. Terapias cognitivo comportamentais, terapias cognitivas e técnicas comportamentais para o transtorno de ansiedade social *Rev Psiq Clín* 2009;36(6):221-8.
5. Kendler KS, Gardner CO, Lichtenstein P. A developmental twin study of symptoms of anxiety and depression: evidence for genetic innovation and attenuation. *Psychol Med* 2008 November; 38(11):1567-75
6. Souza L. Prevalência de sintomas depressivos, ansiosos e estresse em acadêmicos de medicina. São Paulo, 2010. Tese de doutorado da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. USP/FM/DBD-427/10
7. Cruz IBM, Barreto DCM, Fronza AB, Jung IEC, Krewer CC, Rocha MIUM, Silveira AF. Equilíbrio dinâmico, estilo de vida e estados emocionais em adultos jovens. *Braz J Otorhinolaryngol* 2010; 76(3):392-8.
8. Nyer M, Farabaugh A, Fehling K, Soskin D, Holt D, Papakostas G et al. Relationship between sleep disturbance and depression, anxiety, and functioning in college students. *Depress Anxiety* 2013 Sep; 30(9):873-80.
9. Sarchiapone M, Mandelli L, Carli V, Josue M, Wasserman C, Hadlaczky G et al. Hours of sleep in adolescents and its association with anxiety, emotional concerns, and suicidal ideation. *Sleep Medicine* 2014; 15: 248-54.
10. Blaauw BA, Dyb G, Hagen K, Holmen TL, Linde M, Wentzel-Larsen T. Anxiety, depression and behavioral problems among adolescents with recurrent headache: the Young-HUNT study. *J Headache Pain* 2014; 15:38.doi:10.1186/1129-2377-15-38.
11. Ferreira CL, Almondes KM, Braga LP, Mata ANS, Lemos CA. Universidade, contexto ansiogênico? Avaliação de traço e estado de ansiedade em estudantes do ciclo básico. *Cien Saude Colet* 2009;14(3):973-81.
12. Savoia MG, Barros Neto TP, Vianna AM, Bernik M. Avaliação de traços de personalidade em pacientes com fobia social. Ambulatório de Ansiedade. Instituto de Psiquiatria, Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo (IPq-HCFMUSP). *Rev Psiq Clín* 2010;37(2):57-9.
13. Amaral DP, Oliveira FB. O ProUni e a conclusão do ensino superior: questões introdutórias sobre os egressos do programa na zona oeste do Rio de Janeiro. *Ensaio: aval. pol. públ. Educ* 2011;19(70):21-42.

14. Shamsuddin K, Fadzil F, Ismail WSW, Shah SA, Omar K, Muhammad NA et al. Correlates of depression, anxiety and stress among Malaysian university students. *Asian Journal of Psychiatry* 2013; 6:318-23.
15. Antunes JLF. Condições socioeconômicas em saúde: discussão de dois paradigmas. *Revista Saúde Pública* 2008; 42(3):562-7.
16. Baldassin S. Ansiedade e Depressão no Estudante de Medicina: Revisão de Estudos Brasileiros. *Cadernos ABEM* 2010; 6.
17. Kenney S, Lac A, Labrie JW, Hummer JF, Pham A. Mental Health, Sleep Quality, Drinking Motives, and Alcohol-Related Consequences: A Path-Analytic Model. *J Stud Alcohol Drugs* 2013 Nov; 74(6):841-51.
18. Tahim AS, Payne KF, Goodson AM, Cabot LB, Fan K. Can I be a student again? How medical graduates make the decision to return to dental school prior to a career in oral and maxillofacial surgery. *Eur J Dent Educ* 2013; 18:98-103.
19. Ansari WE, Stoki C, Snelgrove S, Hu X, Parke S, Davies S et al. Feeling Healthy? A Survey of Physical and Psychological Wellbeing of Students from Seven Universities in the UK. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2011; 8:1308-23.
20. Griffiths AW, Wood AM, Maltby J, Taylor PJ, Tai S. The prospective role of defeat and entrapment in depression and anxiety: a 12-month longitudinal study. *Psychiatry Res* 2014 Apr 30; 216(1):52-9.
21. Aggarwal S, Berk M. Evolution of adolescent mental health in a rapidly changing socioeconomic environment: A review of mental health studies in adolescents in India over last 10 years. *Asian J Psychiatr.* 2014 Nov 28; pii: S1876-2018(14)00278-0.
22. Schwartz B, Saad MN, Goldberg D. Evaluating the students' perspectives of a clinic mentoring programme. *Eur J Dent Educ* 2014 Aug; 18(3):115-20.
23. Mundim MM, Bueno, GN. Análise comportamental em um caso de dependência à nicotina. *Ver. Brasil. De Terapia Comportamental e Cognitiva* 2006; 8(2):179-91.
24. Calheiros PR, Oliveira MS, Wagner MF, Matos KS. Sintomas de ansiedade em tabagistas no início do tratamento. *Revista de Psicologia da IMED* 2009;1(1):46-55.
25. Cavalcanti AL, Lima WG, Marques JLS, Alves HF, Garcia AFG. Motivos de ingresso e de evasão dos acadêmicos de odontologia de uma instituição pública. *Rev Odontol UNESP, Araraquara.* Mar./Abr 2010; 39(2):95-9.
26. Suen RP, Lai SM, Bridges S, Chu CH. Students' satisfaction with a dental summer programme and importance of influencing factors for choosing dentistry as their career. *Eur J Dent Educ* 2014 May; 18(2):104-09.
27. Mariño RJ, Morgan MV, Winning T, Thomson WM, Marshall RI, Gotjamanos T et al. Sociodemographic Backgrounds and Career Decisions of Australian and New Zealand Dental Students, *International Dental Education* 2006; 70:169-78.

28. Gallagher J, Clarke W, Wilson N. Understanding the motivation: a qualitative study of dental students' choice of professional career. *Eur J Dent Educ* 2008; 12:89-98.
29. Rashid HH, Ghotane SG, Abufanas SH, Gallagher JE. Short and long-term career plans of final year dental students in the United Arab Emirates. *BMC Oral Health* 2013 aug 13; 13-39.
30. Divaris KPJ. The academic environment: the students' perspective. Journal compilation, Blackwell Munksgaard and The American Dental Education Association, *Eur J Dent Educ*. 2008; 12(1):120-130.
31. Nakao M. Work-related stress and psychosomatic medicine. *Biopsychosoc Med*. 2010 May 26; 4(1):4. doi:10.1186/1751-0759-4-4.
32. Tajfard M, Ghayour Mobarhan M, Rahimi HR, Mouhebati M, Esmaeily H, Ferns GA et al. Anxiety, depression, coronary artery disease and diabetes mellitus; an association study in ghaem hospital, iran. *Iran Red Crescent Med J* 2014 Aug 17; 16(9):e14589.
33. Henning MA, Krägeloh CU, Hawken SJ, Zhao Y, Doherty I. The quality of life of medical students studying in New Zealand: a comparison with nonmedical students and a general population reference group. *Each Learn Med* 2012; 24(4):334-40.
34. Roquelaure Y, Ha C, Gohier B, Dano C, Touranchet A, Leclerc A et al. Exposure to psychosocial stressors at work in the Pays de la Loire region in 2002]. *Encephale* 2007 Mar-Apr; 33(2):160-8.
35. McMillan W. Transition to university: the role played by emotion. Faculty of Dentistry, University of the Western Cape, Western Cape, South Africa. *Eur J Dent Educ* 2013 Aug;17(3):169-76.
36. Tiedmann CR, Linhares E, Silveira JLGC. Clínica Integrada odontológica: perfil e expectativas dos usuários e alunos. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr*. João Pessoa 2005 Jan/Abr; 5(1):53-8.
37. Sgariboldi AR, Puggina ACG, Silva MJP. Professors' perception of students' feelings in the classroom: an analysis. *Rev Esc Enferm USP* 2011; 45(5):1206-12.
38. Muntingh AD, van der Feltz-Cornelis CM, van Marwijk HW, Spinhoven P, Penninx BW, van Balkom AJ. Is the beck anxiety inventory a good tool to assess the severity of anxiety? A primary care study in The Netherlands study of depression and anxiety (NESDA) *BMC Fam Pract* 2011 Jul 4; 12:66.
39. Schor EL. American Academy of Pediatrics Task Force on the Family pediatrics: report of the Task Force on the Family. *Pediatrics* 2003 Jun;111(6 Pt 2):1541-71.
40. Guerrero AP, Hishinuma ES, Andrade NN, Nishimura ST, Cunanan VL. Correlations among socioeconomic and family factors and academic, behavioral, and emotional difficulties in Filipino adolescents in Hawai'i. *Soc Psychiatry*. 2006 Jul; 52(4):343-59.

41. Chang J, Natsuaki MN, Chen CN. The importance of family factors and generation status: mental health service use among Latino and Asian Americans. *Cultur Divers Ethnic Minor Psychol* 2013 Jul; 19(3):236-47.
- 42 – Guo M, Li S, Liu J, Sun F. Family relations, social connections, and mental health among latino and asian older adults. *Res Aging* 2015 Feb; 37(2):123-47.
43. Romero DH, Riggs SA, Ruggero C. Coping, Family Social Support, and Psychological Symptoms Among Student Veterans. *J Couns Psychol* 2015 Feb 2 [Epub ahead of print]
44. Tahim AS, Payne KF, Goodson AM, Cabot LB, Fan K. Can I be a student again? How medical graduates make the decision to return to dental school prior to a career in oral and maxillofacial surgery. *Eur J Dent Educ* 2014 May; 18(2):98-103
45. Manakil J, George R. Self-perceived work preparedness of the graduating dental Students. *Eur J Dent Educ* 2013 May 17(2):101-05.
46. Ye X, Bapuji SB, Winters SE, Struthers A, Raynard M, Metge C et al. Effectiveness of internet-based interventions for children, youth, and young adults with anxiety and/or depression: a systematic review and meta-analysis. *BMC Health Serv Res* 2014 Jul 18; 14:313. doi: 10.1186/1472-6963-14-313.
47. Peng H, Johanson RE. Career maturity and state anxiety of Taiwanese college student athletes given cognitive career-oriented group counseling. *Psychol Rep* 2006 Dec; 99(3):805-12.
48. Mercer A, Abbott PV, Puddey IB. Relationship of selection criteria to subsequent academic performance in an Australian undergraduate dental school. *Eur J Dent Educ* 2013 Feb; 17(1):39-45
49. Tan AS, Anderson VR, Foster Page LA. Second and third year oral health and dental student perceptions of future professional work. *Eur J Dent Educ* 2013 Nov 17(4):241-50.



**ANEXOS**

## ANEXOS

Prezado (a) participante,

Este questionário tem como objetivo coletar informações relativas ao perfil socioeconômico, o nível de ansiedade e de depressão dos alunos do Curso de Odontologia da Universidade de Cuiabá, MT. Não há respostas certas ou erradas, apenas anote aquela que corresponde ao seu perfil. Por favor, não deixe questões sem responder, pois as suas respostas são fundamentais para os resultados deste trabalho.

Obrigada por participar desta pesquisa que é um instrumento integrante das atividades de mestrado.

### ETAPA I – IDENTIFICAÇÃO

1. Qual o seu sexo?

Feminino  Masculino

2. Qual a sua idade?

Menos de 17 anos  Entre 17 e 18 anos e onze meses  
 Entre 19 e 25 anos e onze meses  Entre 26 e 33 anos e onze meses  
 Entre 34 e 41 anos e onze meses  Entre 42 e 49 anos e onze meses  
 50 anos ou mais

3. Como você se considera:

Branco(a)  Pardo(a)  Preto(a)  Amarelo(a)  Indígena

4. Qual a sua religião?

Católica  Protestante ou Evangélica  Espírita  
 Umbanda ou Candomblé  Outra  Sem religião

5. Qual seu estado civil?

Casado(a) / mora com um(a) companheiro(a)  Solteiro(a)  
 Separado(a) / divorciado(a) / desquitado(a).  Viúvo(a)

## ETAPA II – LEVANTAMENTO SOCIOECONÔMICO

6. Como você mora atualmente?

- Casa própria                       Casa alugada  
 Apartamento próprio       Apartamento alugado                       Quarto alugado  
 Habitação coletiva (hotel, pensionato, república)                       Outra situação

7. Quem mora com você?

- Moro sozinho(a)       Pai e/ou mãe                       Esposo(a) / companheiro(a)  
 Filhos(as)                       Irmãos(ãs)  
 Outros parentes, amigos(as) ou colegas       Outra situação

8. Quantas pessoas moram em sua casa? (Contando com seus pais, irmãos ou outras pessoas que moram na mesma casa).

- Apenas uma (eu)                       Duas pessoas                       Três pessoas  
 Quatro pessoas                       Cinco pessoas                       Mais de seis pessoas

9. Quantos(as) filhos(as) você tem?

- Não tenho filhos (as)                       Um(a)                       Dois(duas)  
 Três                       Quatro ou mais

10. De onde vem sua renda mensal para pagamento das despesas?

- integralmente do pai / mãe  
 recebe ajuda de algum familiar  
 mantida pelo próprio trabalho  
 outros

11. Até quando seus pais estudaram? Anote com um X o grau que corresponde a cada um

Grau de escolaridade	Estudo do Pai	Estudo da mãe
Não estudou		
Ensino fundamental (da 1ª a 4ª série - antigo primário)		
Ensino fundamental (da 5ª a 8ª série - antigo ginásio)		
Ensino médio incompleto (antigo 2º grau)		
Ensino médio completo (antigo 2º grau)		
Ensino superior incompleto		
Ensino superior completo		
Pós-graduação		
Não sei		

12. Anote na coluna correspondente a quantidade de bens que possui em sua residência:

Televisão em cores	0	1	2	3	4 ou mais
Radio	0	1	2	3	4 ou mais
Banheiro da sua residência	0	1	2	3	4 ou mais
Automóvel	0	1	2	3	4 ou mais
Empregada mensalista	0	1	2	3	4 ou mais
Máquina de lavar	0	1	2	3	4 ou mais
Videocassete ou DVD	0	1	2	3	4 ou mais
Geladeira	0	1	2	3	4 ou mais
Freezer	0	1	2	3	4 ou mais



### ETAPA III – (BAI)

Abaixo está uma lista de sintomas comuns de ansiedade. Leia cuidadosamente cada item da lista. Identifique o quanto você tem sido incomodado pelos sintomas durante a **última semana, incluindo hoje**. Coloque um “x” no espaço correspondente, na mesma linha de cada sintoma.

	<b>Absolutamente não</b>	<b>Levemente</b> Não me incomodou muito.	<b>Moderadamente</b> Foi muito desagradável, mas pude suportar.	<b>Gravemente</b> Difícilmente pude suportar.
1. Dormência ou formigamento				
2. Sensação de calor				
3. Tremores nas pernas				
4. Incapaz de relaxar				
5. Medo que aconteça o pior				
6. Atordoado ou tonto				
7. Palpitação ou aceleração do coração				
8. Sem equilíbrio				
9. Aterrorizado				
10. Nervoso				
11. Sensação de sufocação				
12. Tremores nas mãos				
13. Tremor pelo corpo				
14. Medo de perder o controle				
15. Dificuldade de respirar				
16. Medo de morrer				
17. Assustado				
18. Indigestão ou desconforto no abdômen				
19. Sensação de desmaio				
20. Rosto afoqueado (pegando fogo)				
21. Suor (não associado ao calor)				

Nome (opcional): \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_