

UFRRJ
INSTITUTO DE EDUCAÇÃO
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

DISSERTAÇÃO

**Transtorno de Adaptação: uma revisão sistemática e sua
prevalência entre estudantes universitários**

Thiene Salazar Livio de Moraes

2014



**UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO RIO DE JANEIRO
INSTITUTO DE EDUCAÇÃO
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

**TRANSTORNO DE ADAPTAÇÃO: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA E
SUA PREVALÊNCIA ENTRE ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS**

THIENE SALAZAR LIVIO DE MORAES

Sob orientação do professor
Wanderson Fernandes de Souza

Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de **Mestre em Psicologia**, no curso de Pós-graduação em Psicologia, Área de Concentração em Desenvolvimento Humano, Cognitivo e Social.

Seropédica, RJ
Março de 2014

616.852

M827t

T

Moraes, Thiene Salazar Livio de, 1984-
Transtorno de adaptação: uma revisão
sistemática e sua prevalência entre
estudantes universitários / Thiene Salazar
Livio de Moraes. - 2014.
80 f.: il.

Orientador: Wanderson Fernandes de
Souza.

Dissertação (mestrado) - Universidade
Federal Rural do Rio de Janeiro, Curso de
Pós-Graduação em Psicologia, 2014.

Bibliografia: f. 69-73.

1. Transtorno de adaptação - Teses. 2.
Transtorno de adaptação - Tratamento -
Teses. 3. Estudantes universitários -
Saúde mental - Teses. 4. Psicologia -
Teses. I. Souza, Wanderson Fernandes de,
1980- II. Universidade Federal Rural do
Rio de Janeiro. Curso de Pós-Graduação em
Psicologia. III. Título.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
INSTITUTO DE EDUCAÇÃO
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

THIENE SALAZAR LIVIO DE MORAES

Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de **Mestre em Psicologia**, no curso de Pós-graduação em Psicologia, área de concentração em Desenvolvimento Humano, Cognitivo e Social.

DISSERTAÇÃO APROVADA EM 30 / 04 / 2014

Wanderson Fernandes de Souza. Dr. UFRRJ
(Orientador)

Ana Cláudia de Azevedo Peixoto. Dra. UFRRJ

Marcele Regine de Carvalho. Dra. UFRJ

DEDICATÓRIA

A Deus e à minha família

AGRADECIMENTOS

A Deus, por me agraciar com mais esta benção e por me capacitar durante todo o processo. A Ele toda honra e toda glória.

Aos meus pais, por apoiarem e por incentivarem os meus sonhos.

À tia Solange, por estar tão presente durante toda a minha formação acadêmica, contribuindo grandemente para o meu aprimoramento.

Aos meus primos Rafael e Felipe que foram solícitos quando precisei.

Ao meu orientador Wanderson Fernandes de Souza, por ter acreditado no meu projeto de pesquisa e na minha capacidade. Por sua dedicação em me orientar.

Às minhas colegas de turma do mestrado que colaboraram de alguma forma para conclusão desta etapa, principalmente, a Aracelly, a Carolina, a Joelma, a Luciana, a Lucimere, a Solange e a Tássia.

Às professoras Ana Cláudia de Azevedo Peixoto e Marcele Regine de Carvalho que aceitaram o convite para compor a banca examinadora dessa dissertação.

Aos alunos universitários da UFRRJ. Sem eles a realização desse estudo não seria possível.

RESUMO

LIVIO, Thiene Salazar. **Transtorno de Adaptação: uma revisão sistemática e sua prevalência entre estudantes universitários**. 2014. 80p. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Instituto de Educação, Departamento de pós-graduação, Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, Seropédica, RJ, 2014.

Transtorno de Adaptação é um critério diagnóstico associado ao estresse, que pode se manifestar após ou durante a ocorrência de uma ou mais situações estressantes. É um quadro clínico que entrava o desempenho e o funcionamento social e/ou ocupacional do indivíduo. No entanto, percebe-se que os estudos científicos sobre esse tema ainda são escassos. Esta dissertação de mestrado se propôs a investigar o Transtorno de Adaptação a partir de uma revisão de literatura, em torno dos tipos de tratamento e de sua prevalência entre estudantes universitários. Desse modo, esse trabalho é apresentado através de dois artigos. O primeiro trata de uma revisão sistemática da literatura científica no que tange os artigos sobre tratamentos indicados para o Transtorno de Adaptação, publicados nos acervos bibliográficos virtuais Psycinfo e Pubmed/Medline. O resultado obtido mostrou que, dentre os artigos selecionados a partir dos critérios estabelecidos, nenhum é de origem brasileira; todos são oriundos de outros países, sendo a maior parte do continente Europeu. As terapias indicadas nos estudos foram classificadas como Psicoterapia, Farmacoterapia e Fitoterapia. O segundo artigo enfoca a saúde mental dos estudantes universitários da Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro do campus Seropédica. O trabalho estimou a ocorrência do Transtorno de Adaptação entre universitários da UFRRJ e detectou os fatores estressantes precedentes a ele, através de uma pesquisa Quantitativa Transversal, em uma amostra de 635 sujeitos. Os resultados revelaram que 19,4% dos alunos corresponderam aos critérios para o quadro de Transtorno de Adaptação, segundo o Inventário de Avaliação de Transtorno de Adaptação (Self Report of the assessment of Adjustment disorder) e 45,6% demonstraram suscetibilidade ao desenvolvimento de sintomas psicopatológicos. Sendo assim, conclui-se que a saúde mental dos graduandos das universidades brasileiras, principalmente naquelas que estão localizadas distantes dos centros urbanos, requer atenção do campo científico. Além disso, observa-se que a pouca atenção científica dada ao Transtorno de Adaptação tem corroborado para que informações sobre sua prevalência na população geral e em populações específicas, seu diagnóstico e seu tratamento continuem escassos e imprecisos.

Palavras-chave: Transtorno de Adaptação; Tratamento; Revisão Sistemática; Estudantes Universitários.

ABSTRACT

LIVIO, Thiene. Salazar. **Adjustment Disorder: systematic review and your prevalence among university students.** 2014. 80p. Dissertation (Master's in Psychology). Instituto de Educação, Departamento de pós-graduação, Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, Seropédica, RJ, 2014.

Adjustment disorder is a diagnostic criterion associated with stress, which can occur during or after the occurrence of one or more stressful situations. It is a clinical condition which impairs the performance and social functioning and / or occupational functioning of the individual. However, it is noticed that the scientific studies on this topic are scarce. This master's dissertation investigates the treatment kinds of Adjustment Disorder through a literature review and his prevalence among university students. Thus, this work is presented through two articles. The first is a systematic review of scientific literature of the articles about treatments for the Adjustment Disorder, published in the virtual library collections PsychInfo and PubMed / Medline. The result showed that, among the articles selected through some criteria, none is of Brazilian origin; all are from other countries, and most of the European continent. Therapies indicated in the studies were classified as psychotherapy, pharmacotherapy and herbal medicine. The second article focuses on the mental health of college students at the Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro - Seropédica. The study estimates the occurrence of the Adjustment Disorder among undergraduate students of the UFRRJ and detected the stressors preceding through a quantitative cross search, into a sample of 635 subjects. The results revealed that 19.4% of students matched the diagnostic criteria for the disorder Adaptation, according to the Inventory Valuation Adjustment Disorder (Self Report of the assessment of Adjustment Disorder) and 45.6 % showed susceptibility to development of psychopathological symptoms. Therefore, it is concluded that the mental health of the students in Brazilian universities, especially those that are located far from urban centers, requires scientific attention. Moreover, it is observed that little scientific attention has been given to Adjustment Disorder has collaborated that information on its prevalence in the general population and in specific populations as well as its diagnosis and its treatment remain scarce and inaccurate.

Keywords: Adjustment Disorder; Treatment; Systematic Review; University Students.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	10
2	REVISÃO DE LITERATURA	13
2.1	Transtorno de Adaptação: diagnóstico	13
2.2	Transtorno de Adaptação: diagnóstico diferencial	15
2.3	Estressores, Estresse e Transtorno de Adaptação	16
2.4	Fatores Estressantes e Estudantes Universitários	18
3	MATERIAL E MÉTODOS.....	20
3.1	Desenho do Estudo	20
3.2	Descrição dos Métodos.....	21
3.2.1	Revisão Sistemática.....	21
3.2.2	Estudo Transversal	22
3.2.2.1	Sujeitos da pesquisa.....	22
3.2.2.2	Campo da pesquisa.....	22
3.2.2.3	Instrumentos de pesquisa.....	22
3.2.2.4	Procedimentos.....	22
3.2.2.5	Aspectos éticos	23
3.2.2.6	Análise estatística	23
4	ARTIGOS	24
4.1	Intervenção Clínica para o Transtorno de Adaptação: uma revisão sistemática	25
4.2	Prevalência do Transtorno de Adaptação entre estudantes universitários da Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro	47
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	67
6	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	69
7	APÊNDICES	74
	Apêndice A - Termo de Consentimento Livre -Esclarecido	74
	Apêndice B - Questionário de Informações Gerais	75
8	ANEXOS.....	76
	Anexo A - Questionário de Saúde Geral (GHQ-12).....	76
	Anexo B - Inventário de Avaliação do Transtorno de Adaptação (SR-AD)	78
	Anexo C - Parecer da Comissão de Ética na Pesquisa da UFRRJ	80

1 INTRODUÇÃO

O Transtorno de Adaptação (TA) é um quadro clínico de estado de sofrimento psíquico intenso associado ao estresse, desencadeado após ou durante um fator estressante específico, que entrava o funcionamento social e ocupacional do indivíduo (OMS, 2000; APA, 2000).

A título de esclarecimento, é importante informar que, segundo Lipp (2007), Transtorno de Adaptação e Estresse Emocional são dois termos usados para denominar a mesma conceituação: “estado de desequilíbrio do funcionamento psíquico e orgânico (...) desencadeado pela necessidade da pessoa de lidar com algo que ameaça sua homeostase ou equilíbrio interno” (p.72). O presente estudo, no entanto, utiliza a conceituação e o termo Transtorno de Adaptação ou Transtorno de Ajustamento, conforme encontrados nos principais manuais diagnósticos, já citados acima.

Distúrbios relacionados ao estresse fazem parte da lista de diagnósticos constantemente realizados por psicólogos e psiquiatras em todo o mundo, estando entre os mais freqüentes (Maerker, Brewin, Bryant, et. al, 2013). Dentro dessa realidade, o TA tem sido um diagnóstico clínico comum no atendimento primário dos centros de saúde. Contudo, por outro lado ainda é tema raro no meio acadêmico, sendo objeto de poucas pesquisas científicas (Casey & Baley, 2011).

Como psicoterapeuta Cognitivo Comportamental (TCC), observadora da sintomatologia dos clientes e visando uma prática terapêutica eficaz, fui levada, ao longo da experiência profissional, a ter contato com o Transtorno de Adaptação.

A fim de cumprir uma prática clínica da TCC, denominada “Psicoeducação”, na qual o psicoterapeuta apresenta esclarecimentos ao cliente sobre o seu quadro clínico e o tratamento recomendado, fui constatando uma defasagem de informações sobre este assunto, pertinente à Psicologia, além de reduzido número de estudos abordando esse tema na literatura mundial.

Quanto a esse aspecto, verifica-se que as pesquisas internacionais demonstram maior interesse do que as nacionais, pela investigação deste transtorno psicológico, ainda que de forma insuficiente. Casey, Dowrick e Wilkinson (2001) ressaltam que alguns autores britânicos detectaram que em 25 anos, no período de 1973 a 1998, houve menos de 30 publicações de artigos tendo o Transtorno de Adaptação como principal objeto de estudo. Entre as pesquisas nacionais, a escassez de informação sobre o tema parece ser ainda maior e

reforça a necessidade de estudos que relacionem o Transtorno de Adaptação com a população brasileira.

Sendo o Transtorno de Adaptação uma patologia de resposta intensa ao estresse, gerado por algumas circunstâncias desafiadoras da vida, há de se considerar que, entre a população em geral, haja pessoas por ele afetadas em algum momento de sua existência.

Considerando-se, ainda, que o Transtorno de Adaptação origina-se a partir de um processo de ajustamento a fatores estressantes episódicos, ou até mesmo cotidianos, observa-se que o jovem universitário pode tornar-se vulnerável ao Transtorno de Adaptação, por estar exposto a recorrentes mudanças e a vários estressores que tendem a surgir no decorrer do curso superior.

Sob essa ótica, torna-se possível compreender que as circunstâncias que se acham presentes no contexto universitário, por desencadear diferentes níveis de estresse, podem acarretar sofrimento psíquico e prejuízos ao desempenho na vida cotidiana dos indivíduos por elas envolvidos, podendo ser este um período crítico para a aparição de transtornos mentais (Pedruzo, Cattanis & Guimarães, 2008).

Além das pressões psicossociais acadêmicas, alguns universitários deixam a sua cidade de origem para ingressarem na faculdade, ficando distantes do núcleo familiar e passando a ter que lidar com fatores advindos da nova condição de moradia. Assim, associada às perdas afetivas, sociais e ambientais, há também a necessária convivência com pessoas e situações novas, sem que o estudante tenha por perto as figuras familiares e as amigas anteriores (Cerchiari, 2004). O apoio social insuficiente nesse momento de adaptação acadêmica pode intensificar o desequilíbrio emocional do aluno (Souza, Baptista & Alves, 2008). Nesse contexto, universidades que ficam distantes das grandes metrópoles, tendem a receber uma parcela considerável de alunos que não são de sua região local e que, por sua vez, podem estar mais vulneráveis ao estresse e suas consequências.

Essas características contextualizam a Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro (UFRRJ). A UFRRJ localiza-se em Seropédica, cidade que fica a 75 quilômetros da capital do estado do Rio de Janeiro, com aproximadamente 80 mil habitantes¹. Devido à extensão de sua área de 3024 hectares, é conhecida por possuir o maior campus universitário da América Latina².

1 <http://pt.wikipedia.org/wiki/Serop%C3%A9dica>

2 http://pt.wikipedia.org/wiki/Universidade_Federal_Rural_do_Rio_de_Janeir

No campus Seropédica são ministrados trinta e sete (37) cursos de graduação e trinta e cinco (35) cursos de pós-graduação, nos quais aproximadamente oito mil (8.000) alunos estão matriculados. Além disso, a universidade possui alojamento universitário com o intuito de hospedar gratuitamente acadêmicos de graduação oriundos de outras cidades e estados.

Sendo assim, no esforço múltiplo que o processo em si requer do indivíduo, já que se trata de uma adaptação de caráter triplo (biopsicossocial), alguns podem ter bom êxito, enquanto outros não. Fatores diversos atuam em um ou em outro sentido, além da capacidade interior e da história de vida de cada pessoa, o que difere de uma para outra. Entre as consequências advindas de um processo adaptativo mal sucedido à vida universitária, podem estar incluídos o precário desempenho acadêmico, a evasão universitária e o adoecimento emocional.

Considerando que fatores estressores possivelmente desencadeantes do Transtorno de Adaptação encontram-se presentes nas vivências acadêmicas no campus Seropédica da UFRRJ, alunos matriculados nos diversos cursos de graduação da universidade foram utilizados como sujeitos desta pesquisa.

E assim, diante da problemática apresentada, esse trabalho tem como **Objetivo geral:**

- Detectar a ocorrência do Transtorno de Adaptação entre os discentes da UFRRJ e verificar os principais fatores que cercam a dificuldade de adaptação no campo universitário.

E como **Objetivos específicos** propõe:

- Revisar sistematicamente a literatura sobre Tratamento para Transtorno de Adaptação.
- Estimar a prevalência do Transtorno de Adaptação entre os alunos da Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, do campus Seropédica.
- Identificar os principais fatores estressantes entre alunos da Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro.
- Identificar as características sócio-demográficas associadas à maior gravidade de sintomas de Transtorno de Adaptação.

Assim considerado, este estudo científico contribuirá para a ampliação do conhecimento científico acerca do Transtorno de Adaptação, oferecendo elementos que podem cooperar com futuras investigações e auxiliar na conduta clínica dos profissionais de saúde. No âmbito das universidades, o impacto dessa pesquisa tem a possibilidade de ser ainda maior.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Transtorno de Adaptação: diagnóstico

Em 1965, após aprovação da Organização Mundial de Saúde, foi incluída na oitava edição da Classificação Internacional de Doenças (CID-8) uma descrição clínica intitulada “Transtorno Situacional Transitório”, que abrangia respostas ao estresse grave, respostas de combate a neuroses e problemas de ajustamento (OMS, 1965). Chegando a CID 9 (OMS, 1978) assim como se deu com a Reação de Estresse Agudo, o Transtorno de Adaptação (TA) também foi instituído e incluído como um diagnóstico clínico (Maerker, Brewin, Bryant, et. al; 2013).

Quanto ao Manual Diagnóstico e Estatístico de transtornos mentais (DSM), o processo de inclusão do Transtorno de Adaptação ocorreu de forma semelhante. No DSM I (APA, 1952), assim como na CID-8 (OMS, 1965), a manifestação de sintomas após um estressor psicossocial era nomeada como “Distúrbio Transitório Situacional” (Carta, Balestrieri, Murru & Hardoy, 2009). O termo Transtorno de Adaptação e sua descrição diagnóstica foram publicados pela primeira vez na terceira edição (DSM III) (APA, 1980), porém ainda era entendido como um transtorno transitório, no qual os sintomas não excediam o período de seis meses. No DSM IV (APA, 2000), uma característica foi acrescida ao TA, a possibilidade da cronicidade da doença passou a ser considerada. (Strain & Frideman, 2011).

Apesar de o Transtorno de Adaptação estar inserido nos principais manuais diagnósticos, é possível notar que, até o DSM IV (APA, 2000), pesquisadores engajados em sua investigação demonstraram em seus estudos insatisfação referente à caracterização diagnóstica e enfatizaram a necessidade de aperfeiçoamento neste sentido. De acordo com Maerker, Einsle e Kollner (2007), a pouca especificidade da descrição do quadro clínico faz com que o diagnóstico de Transtorno de Adaptação seja considerado apenas quando a sintomatologia do paciente não corresponda aos critérios de outros transtornos.

Strain e Friedman (2011) concordam com o fenômeno mencionado pelos autores acima, contudo acrescentam que, por outro lado, a inespecificidade do diagnóstico tem sido de grande importância no âmbito clínico, uma vez que proporciona medidas de intervenção terapêutica e psiquiátrica aos pacientes que estão apresentando alterações emocionais e /ou comportamentais que merecem atenção clínica.

Casey e Bayley (2011) discordam desse ponto de vista ao pontuarem que pessoas que apresentam um sofrimento limítrofe, esperado diante das pressões da vida normal, podem

estar sendo diagnosticadas com TA e, conseqüentemente, medicadas nos hospitais gerais. Além disso, as mesmas autoras ressaltam que o diagnóstico de TA conduz à compreensão de que este não é um distúrbio severo e sim discreto. Entretanto, quanto a esta última afirmação, devemos notar que tal adjetivo se opõe à alta incidência de comportamento suicida entre pessoas acometidas pelo TA; o índice chegou a 25% entre 89 adolescentes com TA, pacientes de um ambulatório psiquiátrico (Pelkonen, Marttunen & Henriksson, 2005) e a 60% entre 119 pacientes adultos do hospital universitário da Virginia. (Kryzhananovskaya & Canterbury, 2001).

Alguns pesquisadores (Casey, Dowrick & Wilkinson, 2001; Maerker et al., 2007; Strain & Friedman, 2011) sugeriram a refinação dos critérios diagnósticos para o DSM V (APA, 2013). Segundo eles, as mudanças favoreceriam tanto o campo clínico quanto o científico, colaborando para a assertividade diagnóstica e para os avanços das pesquisas.

Em Maerker et al. (2007), é apresentado uma nova proposta de categorização do Transtorno de Adaptação, embasados na teoria de Horowitz (1997), chamada de *Stress Response Syndromes*, que envolve sintomas de evitação, intrusão e incapacidade de adaptação. Originalmente, os transtornos que compõem o grupo da Síndrome de Resposta ao Estresse são o Estresse Pós-Traumático, o Estresse Agudo e o Luto Patológico. Maerker e colaboradores (2007) incluíram o TA a esta síndrome e produziram critérios diagnósticos mais específicos.

Na nova organização diagnóstica proposta por eles, as respostas sintomatológicas a um estressor identificável devem ocorrer dentro de um mês após o evento estressante. Os sintomas são classificados como Intrusivos (lembranças angustiantes involuntárias e pensamentos repetitivos constantes sobre o evento), Evitativos (evitar situações, pensamentos, sentimentos e comentários associados ao evento) e Mal-Adaptativos (perda de interesse por atividades diárias, dificuldade de concentração, prejuízos no sono e redução da autoconfiança).

Outras sugestões foram apresentadas por Strain e Friedman (2011). Eles propuseram: manter o critério B do DSM IV (APA, 2000) (sofrimento intenso ou comprometimento funcional), eliminar o critério D (os sintomas não representam luto) e, por último, adicionar a Reação ao Estresse Agudo e o Transtorno do Estresse Pós Traumático aos subtipos do Transtorno de Adaptação. Segundo os autores acima, de maneira geral, ainda que poucas pesquisas empíricas abordem o TA, a extensa discussão sobre os critérios diagnósticos corroboram para o aprimoramento desse quadro clínico nos manuais diagnósticos.

Recentemente, em 2013, foi publicada a quinta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5). Na nova versão, nota-se que houve uma modificação quanto ao Transtorno de Adaptação (APA, 2013). No DSM IV, o TA é compreendido como sofrimento acentuado, maior do que é esperado, que envolve sintomas ou comportamentos clinicamente significativos em resposta a um estressor ou a múltiplos estressores (APA, 2000). Atualmente, no DSM-5, o TA é um dos transtornos que compõem um conjunto heterogêneo de síndromes de resposta ao estresse que surge após a ocorrência de um evento estressor traumático ou não traumático. Vale ressaltar, que seus critérios não foram excluídos e tão pouco alterados: o tempo de duração dos sintomas continua sendo classificado como agudo (quando os sintomas não perduram por mais que 6 meses) ou crônico (quando os sintomas perduram por 6 meses ou mais); os subtipos do TA (com humor deprimido, com ansiedade, misto de ansiedade e humor deprimido e perturbação de conduta) também foram mantidos (APA, 2013).

De acordo com a CID 10, o Transtorno de Adaptação pode ocorrer durante um processo de ajustamento a uma mudança existencial ou a um episódio estressante, sendo identificado como um desconforto emocional subjetivo intenso que interfere no funcionamento cotidiano do sujeito. A sintomatologia varia entre humor deprimido, ansiedade, inquietação e sentimentos de incapacidade para desempenhar atividades diárias do momento e para planejar as futuras (OMS, 2000).

A próxima revisão da Classificação Internacional de Doenças está prevista para 2015 e as possíveis alterações sobre algumas classificações diagnósticas já estão sendo especuladas quanto à aprovação pela Assembleia Mundial de Saúde. Tratando-se do Transtorno de Adaptação, a descrição diagnóstica proposta para a CID-11 o define como uma reação mal adaptativa a uma situação estressora identificável, que acarreta prejuízos emocionais (como pensar excessivamente sobre o estressor e incapacidade de se ajustar a ele) e também prejuízos comportamentais (como distúrbios do sono e dificuldade de concentração), estes últimos corroborando para o baixo desempenho do indivíduo nas tarefas diárias. Os sintomas normalmente envolvem ansiedade, humor deprimido e/ou perturbação de conduta. Todavia, por não haver provas que validam a utilidade clínica, a presença desses sintomas não determina subtipos para o transtorno. A partir do acontecimento estressante, os sintomas surgem dentro de um mês e tendem a persistir até seis meses, podendo se estender caso o estressor continue presente (Maerker, et. AL, 2013).

2.2 Transtorno de Adaptação: diagnóstico diferencial

O Transtorno de Adaptação é compreendido como uma extensão de um processo de ajustamento normal que ocorre diante das circunstâncias da vida. Por isso, faz-se necessário diferenciar a resposta patológica da resposta humana natural frente a um estressor (Casey & Baley, 2011; Casey, et al; 2001; Carta, et. al; 2009). Com base no DSM IV, o sofrimento que o TA acarreta é intenso e prejudicial ao funcionamento social e profissional ou acadêmico, distinguindo-se de um sofrimento já esperado frente a uma situação estressora (APA, 2000). Outro ponto que o diferencia dos problemas cotidianos da vida é que, a gravidade de seus sintomas e o nível do prejuízo causado, necessitam de atenção clínica, ainda que a melhor estratégia não esteja bem definida na literatura (Casey, et al; 2001).

Episódios estressantes podem ser fatores desencadeadores para uma série de distúrbios mentais. Porém, os únicos diagnósticos que dependem de um estressor ou de estressores identificáveis para serem qualificados são aqueles que estão diretamente associados ao estresse (Maerker, et. al, 2013). Entre os transtornos da mesma categoria, observa-se que o Transtorno do Estresse Agudo e o Transtorno do Estresse Pós-Traumático (TEPT) são manifestos após um evento traumático, enquanto o TA pode ser suscitado por acontecimentos mais brandos (Carta, et.,al, 2009, Strain & Friedman, 2011, Maerker, et, al; 2013). Além disso, nota-se que o tempo de surgimento dos sintomas é um fator diferencial considerável. Os sintomas do TEPT devem aparecer somente e ao menos um mês depois do acontecimento estressor; já no TA os sintomas podem surgir logo após a ocorrência estressora, havendo um limite de até três meses (Strain & Friedman, 2011).

Quando comparado a transtornos de ansiedade ou depressivos, o diagnóstico diferencial deve ser realizado a partir do pressuposto de que, além de ser precipitado por um evento estressante de qualquer intensidade, o Transtorno de Adaptação só deve ser diagnosticado quando a sintomatologia do sujeito não se enquadra em nenhum outro transtorno do Eixo I (APA, 2000).

2.3 Estressores, Estresse e Transtorno de Adaptação

No transcorrer de sua existência, o ser humano está sempre se deparando com a necessidade de passar por sucessivas adaptações a situações que vão surgindo em sua vida, em decorrência a acontecimentos esperados ou inesperados importantes.

Eventos de maior significado (como casamento, divórcio, sofrer algum tipo de acidente) e até mesmo eventos menores e frequentes na vida cotidiana (como ter hora para acordar, rotina do trabalho, perda de algum objeto) podem provocar no indivíduo algum nível de estresse (Margis, Picon, Cosner & Silveira, 2003).

De acordo de Lipp (2007), o ser humano tem uma capacidade inata para reagir aos eventos da vida. Isso ocorre devido à presença de componentes psicobioquímicos, geneticamente programados, que corroboram a ocorrência de um processo natural de luta pela sobrevivência. Diante das pressões e dos desafios, um nível moderado de estresse gera motivação para o enfrentamento a essas circunstâncias, o que por sua vez facilita o bom desempenho do indivíduo diante de tais situações, resultando em boa produtividade.

O tema estresse vem sendo estudado há algumas décadas. Hans Selye, um dos primeiros estudiosos do estresse e conhecido como “pai da stressologia”, em 1926 chamou de Síndrome da Adaptação Geral o conjunto de respostas inespecíficas a estímulos estressores que acarretam desconfortos emocionais, bem como as mudanças orgânicas provenientes de estímulos produtores de tensão (Lipp & Malagris, 2001). Mais tarde, em 1936, essas reações do organismo foram denominadas por Selye com o termo inglês *Stress*, utilizado até os dias de hoje (Margis, et. al; 2003).

Em 1956, Selye elaborou o modelo trifásico do estresse, com o objetivo de definir e conceituar as fases de manifestação do estresse. De acordo com o modelo, os níveis de estresse se dão em três fases crescentes: Alerta, Resistência e Exaustão (Favassa, Armiliato & Kalinine, 2005). Contudo, Lipp e Malagris (2001) chamam a atenção para uma quarta fase, denominada Quase Exaustão, propondo, assim, o Modelo Quadrifásico:

A Fase de Alerta - É considerada positiva, já que encoraja a pessoa para o enfrentamento dos problemas. A descarga de adrenalina que ocorre nessa fase faz com que a atenção, a motivação e a ação do indivíduo se tornem maiores e vigorosas a fim de preservar a vida. Em seguida, ele retoma a homeostase. Caso o organismo não alcance o equilíbrio, inicia-se a próxima fase.

A Fase de Resistência - Sua instalação ocorre quando o agente estressor não é eliminado durante a primeira fase e o organismo continua buscando a homeostase interna. Na tentativa que a pessoa faz em adaptar-se aos estressores, uma enorme quantidade de energia é liberada, causando desgaste e cansaço; o organismo luta para conseguir o equilíbrio, ficando mais vulnerável aos vírus e às bactérias. A produção de cortisol caracteriza essa fase.

A Fase de Quase Exaustão - É caracterizada pela falta de resistência. Sem reserva de energia, o indivíduo não consegue adaptar-se ao estressor. Devido à fragilidade do organismo doenças podem surgir, porém não impossibilitam a realização de atividades cotidianas.

A Fase de Exaustão - É conhecida como a fase patológica do estresse. É marcada pelo desequilíbrio interior. O estresse passa a ser um grande desencadeador e potencializador de doenças. A funcionalidade social do indivíduo fica prejudicada.

Os eventos estressantes que surgem no decorrer da vida, ainda que breves, podem desencadear alterações psicopatológicas. O Transtorno do Estresse Pós Traumático (TEPT) e o Transtorno de Adaptação (TA) são distúrbios mentais que estão fortemente associados aos estressores. O primeiro pode surgir a partir de uma situação traumática, já o segundo pode surgir a partir de eventos estressantes mais brandos (Carta, Ballestrieri, Murru & Hardoy, 2009).

Alguns eventos estressores que precipitam o TA fazem parte do critério diagnóstico da CID 10 e do DSM IV. Na CID 10, os fatores estressantes são classificados de acordo com a área prejudicada por eles: Ambiente social (Luto e experiências de separação), Suporte social (imigração e estado refugiado) e Crise do desenvolvimento (escolarização, nascimento de um filho e fracasso em atingir um objetivo) (OMS, 2000). O DSM IV classifica os estressores em Isolado (fim de um relacionamento romântico), Recorrente (crises profissionais), Contínuo (viver em área de alta criminalidade) e Múltiplos (referindo-se à presença de dois ou mais estressores simultaneamente) (APA, 2000).

Uma vez que eventos da vida ameaçam a homeostase do organismo, respostas de caráter psicológico e biológico são necessárias para que o equilíbrio interno seja retomado. O indivíduo que não encontra recursos para enfrentar tais situações estressantes pode vir a desencadear uma série de transtornos, dentre eles o Transtorno de Adaptação (Lipp, 2007). Vale ressaltar, contudo, que apesar de o TA estar relacionado diretamente com um fator estressante, a propensão e a vulnerabilidade pessoal são características de grande influência na sua ocorrência e na sua sintomatologia (APA, 2000).

2.4 Fatores estressantes e estudantes universitários

O curso superior tende a ser um processo que exige do jovem um desempenho no mínimo regular, desde o seu início para ser aprovado no vestibular até seu término para a obtenção do diploma. Assim, o candidato a uma vaga na universidade, bem como o próprio

universitário, podem experimentar momentos de grande tensão durante todo o percurso acadêmico. De acordo com Monteiro, Freitas e Ribeiro (2007), as pressões psicossociais oriundas do curso superior podem afetar o desempenho de um aluno na trajetória acadêmica.

Calais, Carrara, Brum, Batista, et. al (2007) ressaltam que o estudante universitário pode ser exposto a estressores específicos, como a desilusão com a vocação profissional escolhida, as dúvidas quanto ao futuro profissional, os problemas de moradia, o distanciamento da família e a dificuldade de fazer amigos. São fatores capazes de gerar medo, ansiedade e insegurança.

Segundo Cerchiari (2004), a migração que o jovem faz da educação básica para a educação superior ocorre simultaneamente com as mudanças físicas, sociais e psicológicas decorrentes da transição da estrutura infantil para a estrutura adulta, período esse chamado de adolescência, onde o comportamento, o amadurecimento emocional e os planos pessoais são influenciados pelo padrão da sociedade e da cultura em que o adolescente está inserido. De acordo com Pedruzzo, Cattanis e Guimarães (2008), na passagem para a fase adulta, habitualmente a sociedade lança expectativas sobre os jovens em relação à independência, intensificando ainda mais esse período.

Santos e Almeida (2001) apresentam teoria semelhante ao ressaltarem que a transição do ensino médio para o ensino superior é marcada por desafios desenvolvimentais. Esse processo, que envolve tantas variáveis, propicia o surgimento de crises e vulnerabilidades intensas. No Brasil, muitos dos jovens que passam por essa fase de adaptação múltipla, paralelamente com o início da vida acadêmica, têm entre 17 e 19 anos de idade (Cerchiari, 2004).

Monteiro et. al (2007) e Pedruzzo et. al (2008) reforçam em seus trabalhos que o enfrentamento de problemas inerentes ao início da vida universitária pode tornar a fase acadêmica, que deveria ser de crescimento e desenvolvimento pessoal, em uma fase de risco. Isso ocorre quando a resposta do estudante a essa problemática apresenta um estresse exacerbado, aumentando as chances de desencadear distúrbios psicopatológicos.

De acordo com Almeida, Soares e Ferreira (2002), dizer que a integração de um indivíduo à universidade foi satisfatória significa que este venceu a uma série de desafios multifacetados, entre os quais podem estar à nova metodologia de ensino, a nova administração do tempo, a conciliação com o estágio ou o trabalho, o desempenho nas avaliações, o afastamento de familiares e amigos, entre outros. Quanto ao distanciamento de

relacionamentos familiares e sociais, Cerchiari (2004) cita que este fator pode desencadear e /ou reforçar o desequilíbrio emocional no estudante universitário.

Outro ponto relevante é a resposta psíquica individual. Os diferentes comportamentos frente a tantas variações irão depender do histórico de vida de cada um e suas particularidades. Sobre isso Fisher (1986), citado por Almeida, Santos, Dias, et, al; (1998) diz:

“No caso do estudante do Ensino Superior, o impacto do curso e do estabelecimento que frequenta, da separação da família e amizades anteriores, das especificidades e exigências curriculares, da adaptação às novas condições de aprendizagem e metodologia de ensino dos professores, dos novos colegas ou das condições habitacionais (...) pode variar de acordo com as capacidades e as características pessoais dos alunos.” (p 42)

Santos e Almeida (2001), apontam que apesar de o processo adaptativo ser esperado em qualquer ciclo que se inicia na vida, o jovem que decide entrar na faculdade se depara com fontes geradoras de estresse que podem trazer prejuízos à saúde mental, principalmente aos alunos com baixa resiliência. O estudo de Cerchiari (2004) faz menção que dentre as consequências das situações estressantes enfrentadas pelos estudantes estão a depressão, o alcoolismo, a evasão escolar, as dificuldades de aprendizagem, os relacionamentos pessoais insatisfatórios, as ligações de amizades prejudiciais e o isolamento.

Uma pesquisa feita com 100 universitários de ambos os sexos, desenvolvida por Ross, Nieblig e Heckert (1999), citados por Calais, et. al (2007), usando a escala *The Student Stress Suvey* (SSS) detectou as maiores fontes de estresse enfrentadas por eles: 38% citaram questões do âmbito intrapessoal, 28% do ambiental, 19% do interpessoal e 15% do âmbito acadêmico.

Em contrapartida, alguns pesquisadores reconhecem que a vivência do estudante no curso superior é marcada por situações particulares que proporcionam o desenvolvimento psicossocial, onde a autonomia, o relacionamento interpessoal e o planejamento vocacional tendem a ser aprimorados (Chickerin 1969; Gonçalves e Cruz, 1988; Pascarella e Terezini, 1991, citados por Almeida, et al. 1998). É importante compreender que, ainda que o período estudantil universitário seja crítico para o aparecimento de conflitos emocionais e até mesmo de transtornos psíquicos, não é adequado concluir que todos passarão por isso. Espera-se que as experiências oriundas do campo acadêmico estimulem o amadurecimento do jovem em diversos pontos (Almeida, et al. 1998).

3 MATERIAIS E MÉTODOS

3.1 Desenho do Estudo

Esta dissertação de mestrado é composta por dois artigos, desenvolvidos por meio de metodologias de pesquisa diferentes, adotadas de acordo com os objetivos do estudo.

Abaixo segue uma breve explicação sobre os métodos que foram utilizados no presente trabalho. A metodologia detalhada é apresentada no corpo de cada artigo.

3.2 Descrição dos Métodos

3.2.1 Revisão Sistemática

A Revisão Sistemática da Literatura é uma abordagem de investigação científica secundária que busca identificar, avaliar e interpretar a maior quantidade de pesquisas primárias relevantes sobre uma questão específica. Através de uma avaliação padronizada pré-estabelecida, os estudos são selecionados e sintetizados. A vantagem desse método é que, a combinação dos dados encontrados sobre um mesmo assunto corrobora para que os resultados sejam estudados com mais consistência (NHMRC, 2000).

Sendo assim, o primeiro artigo desse trabalho trata-se de uma revisão sistemática dos estudos científicos, presentes nos acervos bibliográficos *PsycInfo* e *PubMed-Medline*, que abordam o ‘tratamento para o Transtorno de Adaptação’. Todas as pesquisas publicadas até o ano de 2013 foram consideradas. Para a busca dos estudos usou-se a palavra-chave “Adjustment disorder”, pela qual foi possível localizar uma variedade de publicações que a citavam em seu conteúdo. No entanto, observou-se que dentre as revisões sistemáticas já existentes sobre o TA, as medidas de tratamento receberam pouca ênfase. Dessa forma, passou-se a considerar a palavra-chave “Treatment” e outras associadas a esta. Um critério rigoroso de seleção foi seguido, a fim de que apenas aqueles que mencionavam algum tipo de tratamento para TA fossem contemplados. Todos os estudos selecionados foram lidos, avaliados e discutidos criticamente.

3.2.2 Estudo Transversal

A pesquisa transversal ou de prevalência tem por finalidade verificar as medidas de uma determinada patologia e as variáveis presentes em um grupo local, na qual a relação de causa e efeito é observada em um mesmo momento histórico (Almeida & Rouquayrol, 1992).

Nesse estudo de abordagem quantitativa verifica-se a ocorrência de Transtorno de Adaptação entre universitários da Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro (UFRRJ).

3.2.2.1 Sujeitos da pesquisa

A amostra contou com a participação de 635 estudantes universitários, matriculados em diferentes cursos de graduação da UFRRJ.

3.2.2.2 Campo da pesquisa

A pesquisa foi realizada nas dependências da UFRRJ campus Seropédica. Atualmente a universidade oferece trinta e sete (37) cursos de graduação, alocados em onze (11) institutos universitários onde ocorrem as atividades de ensino. Além disso, o campus possui alojamento estudantil que abriga alunos de ambos os sexos. Vale ressaltar que, o município de seropédica, onde se localiza a UFRRJ, fica a setenta e cinco (75) quilômetros da cidade do Rio de Janeiro.

3.2.2.3 Instrumentos de pesquisa

Para o levantamento de dados foram aplicados um questionário sócio-demográfico e duas escalas sobre saúde mental, o Questionário de Saúde Geral (*General Health Questionnaire – GHQ-12*) e o Inventário de Avaliação do Transtorno de Adaptação (*Self-report the assesment of Adjustment Disorder*).

3.2.2.4 Procedimentos

A aplicação foi realizada durante o período de aula. Uma equipe treinada, composta por alunos de pós-graduação e de graduação em psicologia, foi dividida em três grupos, de modo que cada grupo ficou encarregado por cursos específicos. O grupo visitava os institutos correspondentes aos cursos e aplicava os questionários nos estudantes voluntários ali presentes.

3.2.2.5 Aspectos Éticos

A fim de atender aos requisitos éticos para a realização da pesquisa, o termo de consentimento livre foi enviado ao Comitê de Ética da Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, juntamente com o projeto da pesquisa, de forma a se obter a devida autorização para a sua realização dentro da universidade.

De igual modo, a utilização dos instrumentos de pesquisa deste presente estudo também recebeu a autorização dos seus respectivos autores.

Somente após a aprovação, os documentos foram apresentados aos sujeitos da pesquisa, dando-lhes a livre escolha de participação voluntária ou não.

3.2.2.6 Análise Estatística

As análises estatísticas foram realizadas através do programa estatístico SPSS versão 20.0. Foram calculadas as médias dos escores e prevalência do Transtorno de Adaptação para a população total, assim como as prevalências estratificadas por variáveis sócio-demográficas. Na análise bivariada, a significância estatística das diferenças observadas entre as prevalências foi avaliada através dos testes qui-quadrado e Fisher (quando as premissas para o uso de qui-quadrado não foram observadas). As médias foram avaliadas utilizando, o teste de comparação de médias, mais adequado para cada situação. O teste T de Student e a Análise de Variância (ANOVA) foram utilizados para testes não paramétricos realizados na presença de dados com distribuição assimétrica ou variâncias não homogêneas.

4 ARTIGOS

4.1 Artigo 1: Intervenção Clínica para o Transtorno de Adaptação: uma revisão sistemática¹.

¹Este artigo será submetido a Revista de Psiquiatria Clínica – USP e segue a formatação exigida.

**INTERVENÇÃO CLÍNICA PARA O TRANSTORNO DE ADAPTAÇÃO: UMA
REVISÃO SISTEMÁTICA**

Clinical Intervention for Adjustment Disorder: a Systematic Review

Artigo Original

Número Total de Palavras: 3853

Thiene Salazar Livio¹

Joelma Nascimento Lameu¹

Wanderson Fernandes de Souza¹

¹Departamento de Psicologia – Instituto de Educação – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, Seropédica, RJ.

Correspondência: Thiene Salazar Livio.

Endereço: Av. das Américas 16.355 SL 212. Recreio. Rio de Janeiro – RJ. CEP: 2290-703

Email: thienesalazar@gmail.com

Resumo

Contexto: O Transtorno de Adaptação tem recebido pouca atenção no Brasil como também na literatura internacional. É importante identificar as opções de tratamento disponíveis, tanto farmacológicos quanto psicoterápicos. **Objetivos:** Realizar uma revisão sistemática sobre os artigos já publicados que investigaram ou mencionaram algum método de intervenção clínica, voltado para o Transtorno de Adaptação. **Métodos:** Análise sistemática dos estudos indexados em dois acervos bibliográficos: PsycINFO e o PubMed/Medline. **Resultados:** A partir da década de 80 até a década atual poucos estudos foram encontrados. Dentre os trabalhos que apresentaram alguma modalidade de tratamento, nove se referem à psicoterapia, quatro à farmacoterapia e dois envolvem a fitoterapia. Diferentes abordagens psicoterapêuticas foram mencionadas, porém a Terapia Cognitivo-Comportamental aparece com maior frequência. Na Farmacoterapia, os mais citados foram os benzodiazepínicos, os antidepressivos atípicos e os ansiolíticos não benzodiazepínicos. Entre os produtos fitoterápicos foram citados os usos de Ginkgo Biloba e a Euphytose®. **Conclusões:** O tratamento para o Transtorno de Adaptação ainda requer mais atenção do campo acadêmico e maior número de pesquisas empíricas. Estudos adicionais são necessários, principalmente no que se refere à farmacoterapia.

Palavras-chave: Transtorno de Adaptação; Psicoterapia; Farmacoterapia; Revisão Sistemática

Abstract

Background: The Adjustment Disorder has received little attention both in Brazil and in the international literature. It is important to identify the available options for pharmacotherapy and psychotherapy. **Objectives:** A systematic review of the published articles that studied or mentioned any method of clinical intervention for Adjustment Disorder. **Methods:** Systematic review of studies indexed in two databases: PsycINFO and PubMed/Medline. **Results:** From the 80's to the current decade, few studies were found. Among the studies that reported any kind of treatment, nine refers to psychotherapy, four to pharmacotherapy and two refers to phytotherapy. Different psychotherapeutic approaches have been mentioned, however, cognitive behavioral therapy appeared more frequently. Among pharmacotherapeutic approaches, the most cited were benzodiazepines, atypical antidepressants and non-benzodiazepine anti-anxiety medications. About phytotherapy, the use of Ginkgo Biloba and Euphytose® was cited. **Discussion:** the treatment for adjustment disorder still requires more attention from the academic field as well as a larger number of empirical research. Additional studies are needed, especially regarding pharmacotherapy.

Key words: Adjustment Disorder; Psychotherapy; Pharmacotherapy; Systematic Review

1 INTRODUÇÃO

O diagnóstico de Transtorno de Adaptação (TA) foi incluído na Classificação Internacional de Doenças (CID) somente a partir de sua nona edição^{1,2}. Antes de sua aparição nos manuais diagnósticos, a manifestação de sintomas após um estressor psicossocial era nomeada como Distúrbio Transitório Situacional³. Atualmente na CID 10, sob o código F43.2, o Transtorno de Adaptação está descrito como⁴:

“Estado de sofrimento e de perturbação emocional subjetivos, que entram usualmente o funcionamento e o desempenho sociais, ocorrendo no curso de um período de adaptação a uma mudança existencial importante ou a um acontecimento estressante. O fator de "stress" pode afetar a integridade do ambiente social do sujeito (luto, experiências de separação) ou seu sistema global de suporte social e de valor social (imigração, estado de refugiado); ou ser ainda representado por uma etapa da vida ou por uma crise do desenvolvimento (escolarização, nascimento de um filho, derrota em atingir um objetivo pessoal importante, aposentadoria) (...).” (p. 337)

Quanto ao Manual Diagnóstico e Estatístico de transtornos mentais (DSM), a classificação do Transtorno de Adaptação foi considerada a partir da terceira edição⁵, entendido como um diagnóstico transitório, não excedendo o período de seis meses. Apenas na edição seguinte foi concebida a possibilidade da cronicidade do quadro nosológico⁶. Os critérios diagnósticos para a identificação do Transtorno de Adaptação, segundo o DSM-IV⁷, estão apresentados na **Figura 1**.

<p>DSM IV</p> <p>A. Desenvolvimento de sintomas emocionais ou comportamentais em resposta a um estressor (ou múltiplos estressores), ocorrendo dentro de 3 meses após o início do estressor (ou estressores).</p> <p>B. Esses sintomas ou comportamentos são clinicamente significativos, como é evidenciado por qualquer um dos seguintes quesitos: (1) sofrimento acentuado, que excede o que seria esperado da exposição ao estressor (2) prejuízo significativo no funcionamento social ou profissional (acadêmico)</p> <p>C. A perturbação relacionada ao estresse não satisfaz os critérios para outro transtorno específico do Eixo I, nem é a mera exacerbação de um transtorno preexistente do Eixo I ou do Eixo II.</p> <p>D. Os sintomas não representam Luto.</p> <p>E. Cessado o estressor (ou suas conseqüências), os sintomas não persistem por mais de 6 meses.</p>	<p>Especificar se:</p> <p>Agudo: duração inferior a 6 meses Crônico: duração superior a 6 meses</p> <p>Os Transtornos da Adaptação são codificados com base no subtipo, selecionados de acordo com os sintomas predominantes. O(s) estressor(es) específico(s) pode(m) ser especificado(s) no Eixo IV.</p> <p>309.0 Com Humor Depressivo 309.24 Com Ansiedade 309.28 Misto de Ansiedade e Depressão 309.3 Com Perturbação da Conduta 309.4 Com Perturbação Mista das Emoções e da Conduta 309.9 Inespecificado</p>
---	--

Figura 1. Critérios diagnósticos para Transtorno de Adaptação. Adaptado do DSM –IV (APA, 2000).

Com a recente publicação do DSM-5 alterações foram realizadas⁸. O TA passou a ser um dos transtornos que compoe um conjunto heterogêneo de síndromes de resposta ao estresse, desencadeadas após a ocorrência de um acontecimento estressante, podendo este ser ou não traumático⁹. Quanto aos subtipos, considerados no DSM-IV, permaneceram inalterados na nova edição.

Algumas modificações apresentadas no DSM-5 haviam sido propostas em 2007, com base no conceito de *Stress Response Syndromes*¹¹, o qual era voltado para a descrição do Transtorno do Estresse Agudo e o Transtorno do Estresse Pós-Traumático. Incluíram o TA a

esta teoria de síndromes de resposta ao estresse e produziram critérios diagnósticos mais específicos¹⁰.

Na nova organização diagnóstica proposta, as respostas sintomatológicas a um estressor identificável devem ocorrer dentro de um mês após o evento estressante. Os sintomas são classificados como Intrusivos (lembranças angustiantes involuntárias e pensamentos repetitivos constantes sobre o evento); como Evitativos (evitar situações, pensamentos, sentimentos e comentários associados ao evento) e como Mal-Adaptativos (perda de interesse por atividades diárias, dificuldade de concentração, prejuízos no sono e redução da autoconfiança)¹⁰.

O TA parece estar presente em aproximadamente 5% da população na faixa etária entre 18 e 64 anos. Costuma ser um diagnóstico duas vezes mais frequente no sexo feminino, afetando 6% das mulheres e 3% da população masculina¹⁰. Entretanto, estas estimativas parecem enviesadas pela dificuldade do diagnóstico diferencial com quadros de Depressão Maior, que tem sido mais frequentemente diagnosticada do que o TA³.

O TA não foi contemplado pelos principais estudos epidemiológicos realizados pela Organização Mundial da Saúde (OMS), porém em um estudo realizado na Espanha em 2012, os pesquisadores estimaram a prevalência de TA em 2,94% entre 3.815 pacientes dos centros de saúde de atenção básica¹². Uma hipótese levantada para a relativa baixa frequência desse diagnóstico é a de que os profissionais de saúde estejam subestimando o TA³.

No que tange ao tratamento para o TA, a literatura científica se apresenta escassa e pouco precisa. Praticamente todos os estudos são internacionais, tornando-se possível observar a quase ausência deste tema entre as pesquisas no Brasil. Até o presente momento, apenas um artigo nacional foi encontrado se referindo ao conceito de TA¹³.

Por apresentar um sofrimento acentuado, que interfere em suas atividades cotidianas, a pessoa acometida pelo TA carece de reabilitação. A possibilidade de ser um quadro transitório

não significa que o TA não precise ser tratado. No entanto, a falta de pesquisas empíricas sobre o assunto dificulta a identificação de uma terapia adequada para estes casos, além de reforçar a vertente que defende a não medicalização do sofrimento. Estes fatores podem fazer com que o sujeito que está apresentando sintomas de TA deixe de receber a atenção clínica necessária³.

Da mesma forma, como ocorre em outras psicopatologias, o sofrimento decorrente do TA envolve emoções como desesperança, estresse e desespero, o que pode levar à ideação suicida e, em casos mais severos, ao próprio suicídio. A relação entre TA e suicídio foi apresentada em um estudo onde foram revisados os prontuários de 82 pacientes com TA, internados em um hospital universitário. A pesquisa mostrou que a internação se deu por tentativa de suicídio em aproximadamente 27% dos casos¹⁴.

Um estudo de caso, realizado na zona rural da Índia, teve a participação das famílias de todas as pessoas que foram a óbito por suicídio entre os anos de 2006 e 2008. Dentre as 122 pessoas que se suicidaram ao longo do período de estudo, 37% tinham recebido algum tipo de diagnóstico psiquiátrico. Os quadros mais comuns foram a dependência alcoólica, com 16%, e o TA com 15%. Os autores concluíram que o estresse psicossocial teve forte influência nos suicídios naquela região¹⁵.

Observando-se a necessidade de se tomar conhecimento a respeito de pesquisas sobre este transtorno, notoriamente pouco estudado, e que pode ser diagnosticado pelos profissionais de saúde, este trabalho tem como objetivo realizar uma revisão sistemática dos artigos científicos que fazem referência a algum tipo de tratamento para o TA.

2 MÉTODOS

Para o levantamento de estudos sobre o tratamento do Transtorno de Adaptação, em 2012, foi iniciada uma busca em duas bases de dados virtuais: PsycINFO e Pubmed/Medline. Primeiramente, usou-se a palavra-chave “Transtorno de Adaptação” em ambos os bancos,

porém nenhum resultado foi obtido. Usando o mesmo termo na língua inglesa ‘*Adjustment Disorder*’, foram encontrados 823 resultados no PsycINFO e 622 no Medline, totalizando 1445 referências.

De acordo com o critério adotado, a seleção e a eliminação dos estudos obedeceram cinco etapas, representadas na **Figura 2**. Na primeira etapa, as referências classificadas como livros, capítulos ou teses foram descartadas, permanecendo 1310 artigos científicos.

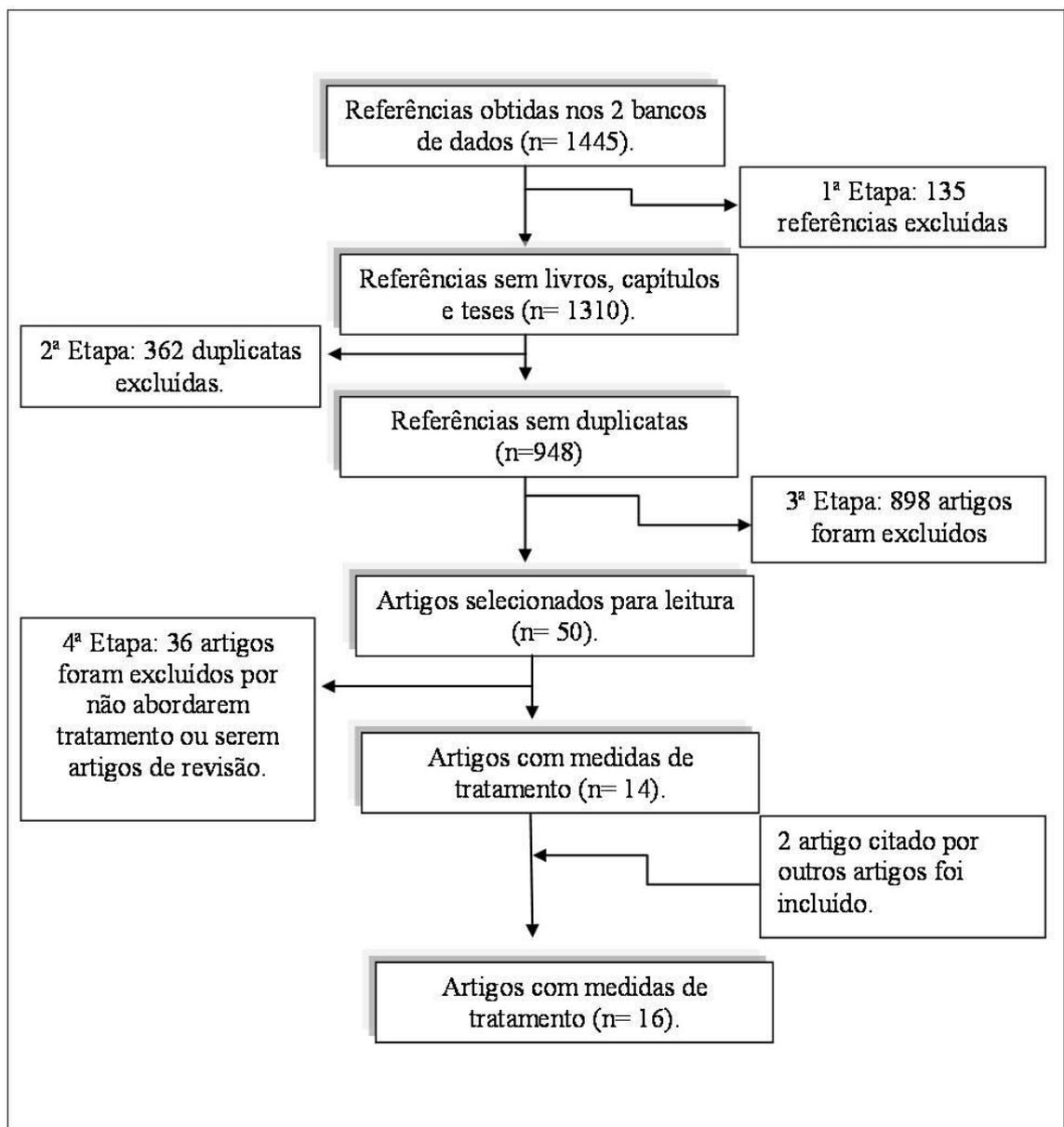


Figura 2. Fluxograma de identificação de estudos

Na segunda etapa, com o auxílio do programa Microsoft Office Excel®, os artigos foram tabulados em ordem alfabética a fim de propiciar melhor precisão na eliminação de duplicatas. Após esse processo, 362 duplicatas foram eliminadas e 948 artigos foram mantidos para serem avaliados.

A terceira etapa teve como objetivo selecionar os estudos que mencionassem em seu resumo (*abstract*) os termos “Transtorno de Adaptação” e “tratamento”. Nesta etapa, os títulos e resumos das 948 referências foram avaliadas por dois dos presentes autores (JLN & TSL). Após esta etapa, 50 artigos foram mantidos para serem lidos integralmente.

A quarta etapa foi realizada com a leitura de cada um dos 50 artigos, na íntegra, com o propósito de averiguar se em seu conteúdo havia informação sobre tratamento indicado para os indivíduos diagnosticados com TA. Constatou-se que três dos artigos não estavam na língua inglesa, estando um na língua francesa e dois na língua sérvia. Dentre os 50 artigos lidos, 20 deles apresentavam medidas de intervenção para o TA. Entretanto, 6 artigos foram eliminados por serem revisões da literatura. Ao final desta etapa, permaneceram 14 artigos originais.

Na quinta etapa, foi realizada uma releitura dos 14 artigos selecionados, visando extrair deles informações acerca do tipo de estudo feito para que fossem classificados quanto ao tipo de tratamento: psicoterápico, farmacoterápico ou medida alternativa. Além disso, esses 14 artigos tiveram as suas referências bibliográficas avaliadas, em busca de outros artigos que abordassem o tratamento do TA, mas que não tivessem sido contemplados pela busca inicial. Esta avaliação resultou na adição de 2 artigos.

4 RESULTADOS

Entre os 16 estudos encontrados, todos foram desenvolvidos fora do Brasil, com uma predominância de estudos no continente Europeu. Foi identificada uma variedade de medidas

de intervenção, sendo possível distribuí-las em três categorias principais: Psicoterapia, Farmacoterapia e Fitoterapia. Estes estudos estão representados na **Tabela 1**.

Tabela 1. Estudos que avaliam o efeito de tratamentos para o Transtorno de Adaptação (continua)

<i>Estudo</i>	<i>País</i>	<i>Tratamento</i>	<i>N amostra</i>
<i>Psicoterapia</i>			
Shaffer, et al. (1981)	Estados Unidos	Terapia Cognitivo Comportamental (TCC) / TCC em grupo/ Terapia interpessoal em grupo.	44
Van der Klink, et al. (2003)	Holanda	Treino de Inoculação do Estresse e TCC	192
Gonzáles, et al. (2003)	México	Terapia do Espelho	144
Jojic, et al (2005a)	Sérvia	Treinamento Autógeno	31
Jojic, et al (2005b)	Sérvia	Treinamento Autógeno	35
Kramer, et al (2009)	França	Psicoterapia Dinâmica	32
Kramer, et al (2010)	França	Psicoterapia Dinâmica	532
Nieuwenhuijsen, et al (2010)	Holanda	Terapia Cognitivo-comportamental	190
Presicci, et al (2010)	Itália	Psicoterapia	27
<i>Farmacoterapia</i>			
Ulhenhuth, et al (1995)	Estados Unidos	Benzodiazepínicos / Antidepressivos / Azapirone	66
Anseau, et al (1996)	Bélgica	Tianeptina / Mianserina/ Alprazolam	152
De Wit, et al (1999)	Bélgica	Trazodona / Clarazepato	21

Tabela 1.

(Continuação)

Nguyen, et al (2006)	França	Etifoxine / Lorazepam	191
-------------------------	--------	-----------------------	-----

Sarkar and Kruger (2008)	Alemanha	Bupropiona	1(Estudo de caso)
-----------------------------	----------	------------	----------------------

Fitoterapia

Bourin, et al (2006)	França	Euphytose	91
-------------------------	--------	-----------	----

Woelk, et al (2007)	Alemanha	Ginkgo Biloba	107
------------------------	----------	---------------	-----

3.1 Psicoterapia

Entre os artigos publicados, o tipo de tratamento mais investigado para o Transtorno de Adaptação é o psicoterapêutico, havendo múltiplas abordagens psicoterápicas sob avaliação.

Em 1981, a eficácia de terapias distintas nos casos de TA com ansiedade e/ou humor depressivo foi avaliada. Para tal investigação, 44 sujeitos atendidos por uma organização de saúde foram aleatoriamente separados em 3 grupos de tratamento: Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) em grupo, Terapia Cognitivo-Comportamental individual e Terapia interpessoal de grupo. Todos foram submetidos a 10 sessões, sendo 1 sessão por semana com duração de 50 minutos para terapia de grupo e de 1 hora para terapia individual. Após as sessões, os autores constataram que a TCC em grupo e a TCC individual apresentaram-se igualmente eficazes na redução de sintomas e no aumento da assertividade. A hipótese de que a TCC em grupo resultaria em mudanças mais significativas do que a Terapia Interpessoal de grupo não foi corroborada¹⁶.

Um estudo prospectivo randomizado e controlado foi realizado em uma empresa privada na Holanda com 192 funcionários afastados com diagnóstico de TA. O grupo de

intervenção foi submetido ao Treino de Inoculação do Estresse e a TCC. O grupo de controle foi submetido a uma intervenção informativa sobre estresse, estilo de vida e sobre problemas ocupacionais. Os resultados das intervenções foram comparados em dois períodos, após 3 meses e após 12 meses, e foram avaliados em três categorias: intensidade dos sintomas, duração da doença e retorno ao trabalho. Constatou-se que aos 3 meses um maior número de pacientes do grupo de intervenção tinha retornado ao trabalho e que aos 12 meses todos os pacientes retornaram ao trabalho. Quanto à intensidade de sintomas não foi houve diferença entre os grupos¹⁷

A partir de um estudo prospectivo com um corte de 190 sujeitos, embasados nos conceitos da TCC, investigou-se as crenças irracionais em grupos com diferentes diagnósticos e analisou-se se a diminuição das crenças irracionais estavam relacionadas com a recuperação dos sintomas. Os sintomas foram medidos em quatro momentos: no início do estudo, após 3, 6 e 12 meses. Os resultados mostraram que as crenças irracionais diferem de acordo com o diagnóstico, sendo os níveis mais elevados de irracionalidade observados no grupo de diagnóstico duplo de ansiedade e de depressão. Os participantes com TA apresentaram menor presença de crenças irracionais, comparável à amostra da comunidade. A pesquisa concluiu que os grupos com diferentes diagnósticos diferiram mais em relação a presença do que quanto ao tipo de crenças irracionais; o resultado foi o mesmo no início e ao longo de um ano. Além disso, ao longo do período todos os grupos demonstraram uma diminuição nas crenças irracionais simultaneamente com a diminuição dos sintomas. Com este resultado, os autores sugerem que a TCC pode abranger intervenções cognitivas semelhantes para todos os transtornos mentais comuns¹⁸.

Os efeitos da Psicoterapia Dinâmica sobre o processo adaptativo foram analisados a partir de 32 pacientes com diagnóstico principal de Transtorno de Adaptação. O estudo, realizado na França, destacou como parte do processo adaptativo dois comportamentos: a

defesa e o enfrentamento. Observou-se também a influência da aliança terapêutica sobre esses comportamentos. A amostra foi submetida a quarenta sessões de Psicoterapia Dinâmica de curto prazo. Após o tratamento, verificou-se que a aliança terapêutica pode ser mediadora para que mudanças nos mecanismos de defesa do paciente ocorram. Os pesquisadores observaram uma mudança no comportamento defensivo dos pacientes, mas, por outro lado, não houve uma mudança significativa no *coping*, ou seja, na capacidade dos pacientes de enfrentar o estresse¹⁹.

Outro estudo semelhante submeteu 32 universitários atendidos pelo centro de saúde universitária, com diagnóstico principal de TA, a 40 sessões de Psicoterapia Dinâmica. Para acompanhar as mudanças ocorridas durante o tratamento, dois instrumentos foram aplicados: *Defense Mechanism Rating Scales* e *Coping Action Patterns*. Os resultados mostraram que a Psicoterapia Dinâmica de curto prazo pode propiciar mudanças na reação defensiva do paciente. Em contra partida, o modo como o paciente enfrenta o estresse permaneceu estável durante todo o tratamento, apontando que esta abordagem psicoterapêutica não interferiu no funcionamento global de enfrentamento²⁰.

O treinamento autógeno, método de relaxamento psíquico e corporal, foi apontado como uma possibilidade de psicoterapia para adolescentes com TA. Em 2005, foi realizada uma avaliação da influência do treinamento autógeno em uma amostra de 31 indivíduos com idade média de 17 anos. O objetivo da pesquisa foi avaliar a eficácia do treinamento autógeno no TA por meio de indicadores biofísicos e bioquímicos. Segundo os autores, as hipóteses preliminares foram confirmadas. Através da mensuração da pressão arterial, colesterol e concentrações de cortisol dos adolescentes, antes e após o treinamento autógeno, foi detectado que os valores posteriores mostraram-se significativamente inferiores aos valores iniciais²¹. Ainda em 2005, a mesma metodologia de pesquisa foi aplicada a uma amostra de 35 adultos com TA e obteve resultado semelhante, concluindo-se que o Treinamento Autógeno é uma

intervenção facilitadora para a recuperação dos sintomas advindos do TA, sendo eles tanto fisiológicos quanto psicológicos e sociais²².

Uma nova técnica terapêutica (Terapia do Espelho) também foi proposta para ser comparada com outras terapias. O objetivo foi selecionar três tipos diferentes de tratamentos psicoterápicos e observar seus efeitos em pacientes cardíacos com TA. A pesquisa, de desenho quase-experimental, foi elaborada no México com 144 pacientes de três hospitais diferentes. Os sujeitos foram separados em três grupos, em que cada um recebeu medidas de intervenção distintas: Terapia do Espelho, acompanhamento médico e Gestalt terapia. Os resultados mostraram uma melhora significativa entre os pacientes do grupo da Terapia do Espelho em relação aos demais grupos²³.

Entre 60 crianças e adolescentes que foram encaminhadas para uma unidade neuropsiquiátrica da Universidade de Bari na Itália, 27 receberam o diagnóstico de TA e fizeram psicoterapia, cuja abordagem terapêutica não foi especificada pelos autores. O resultado do tratamento sugere que os sujeitos submetidos à psicoterapia apresentaram uma melhora significativa²⁴.

3.2 Farmacoterapia

Na década de 90 foi realizado um estudo para avaliar os tratamentos mais indicados por profissionais da saúde. Neste estudo, 73 especialistas em farmacoterapia dos transtornos de ansiedade e depressão foram questionados sobre o tratamento adequado para algumas psicopatologias, entre elas o Transtorno de Adaptação com ansiedade. Dentre os 73 profissionais, 66 responderam o questionário, correspondendo a 90% dos participantes. Quanto ao tratamento para o Transtorno de Adaptação, 64% recomendaram medicação paralelamente com tratamento psicológico, 14% psicoterapia individual, 11% farmacoterapia e 13% outras modalidades terapêuticas. Dentre aqueles que indicaram a farmacoterapia, 63%

citaram o uso de benzodiazepínicos, 14% de antidepressivos (sendo 10% para antidepressivos tricíclicos), 8% de azapironas e 8% para a combinação de dois ou mais agentes²⁵.

Uma comparação entre os efeitos de 3 psicofármacos sobre os sintomas do TA misto de depressão e ansiedade foi desenvolvida através de um estudo duplo cego, realizado com 152 sujeitos submetidos ao longo de 6 semanas aos medicamentos Tianeptina (37,5 mg/dia), Mianserina (60 mg/dia) e Alprazolam (1-5mg/dia). Os resultados mostraram uma melhora muito semelhante nos três grupos de tratamento. Do mesmo modo, o número de pacientes que exibiram efeitos colaterais não diferiu entre os três grupos²⁶.

A utilidade da Trazodona e do Clorazepato foi testada para os casos de TA com sintomas depressivos e ansiosos em 21 pacientes portadores de HIV, a partir de um desenho duplo cego, randomizado. Após 28 dias da terapia medicamentosa, os pesquisadores observaram que a melhora foi maior naqueles que utilizaram Trazodona, porém não consideraram a diferença significativa, devido o pequeno número de participantes. No entanto, concluíram que a Trazodona pode vir a ser uma opção de tratamento para os pacientes com HIV que desenvolvem TA²⁷.

Outro medicamento psicoativo foi sugerido para o TA: o antidepressivo não serotoninérgico Bupropiona. Os autores verificaram sua eficácia a partir de um estudo de caso, envolvendo um paciente com TA do subtipo misto depressão e ansiedade. Antes do tratamento, o paciente respondeu a alguns questionários e no decorrer de 3 semanas foi medicado com 150mg de Bupropiona por dia. Ao término desse período, os mesmos instrumentos foram aplicados, apontando que tanto os sintomas depressivos quanto os sintomas ansiosos diminuíram consideravelmente²⁸.

Em 2006, foi testada a eficácia de dois medicamentos ansiolíticos no tratamento do TA com ansiedade: a Etifoxina (ansiolítico não benzodiazepínico) e o Lorazepam (benzodiazepínico). Médicos de clínica geral da França foram treinados para diagnosticar TA

em seus pacientes. Após esse procedimento, 191 pacientes foram convidados a participar de um estudo duplo cego, randomizado e controlado, onde os mesmos foram aleatoriamente direcionados para serem medicados durante 28 dias com 150mg de Etifoxina ou 2mg de Lorazepam. Como critério de avaliação, foi utilizado a Escala de Hamilton para Ansiedade. Ambas as drogas agiram sobre a ansiedade e os resultados foram equivalentes. Entretanto, entre os pacientes que receberam Etifoxina, foi notável um efeito terapêutico sem efeitos colaterais²⁹.

3.3 Fitoterapia

Em 1997, pacientes diagnosticados com TA com ansiedade, em um ambulatório, participaram de um estudo controlado, com o objetivo de testar a eficácia de uma combinação de seis ervas com efeito ansiolítico, denominada como Euphytose®, no tratamento para o TA. Durante 28 dias o grupo composto por 91 pacientes ingeriu a Euphytose® três vezes ao dia, enquanto o grupo de controle, também composto por 91 sujeitos, recebeu placebo. Para aferir o resultado, foi aplicada a Escala de Hamilton para ansiedade, constatando-se uma diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos, onde o grupo que utilizou o extrato de ervas apresentou uma maior redução dos sintomas do que aqueles do grupo placebo³⁰.

Uma década depois, investigou-se o uso do extrato de Ginkgo Biloba (EGB 761) nos transtornos de ansiedade. Em uma amostra de 107 sujeitos, 82 com Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG) e 25 com Transtorno de Adaptação com ansiedade, foram randomizados em doses diárias de 240mg de EGB 761, de 480mg de EGB 761 ou de placebo, durante 28 dias. Os autores identificaram que as duas doses de EGB 761 apresentaram uma mudança significativa em comparação ao placebo, sugerindo, inclusive, a tendência de um efeito dose-resposta³¹.

5 DISCUSSÃO

O estudo mais antigo encontrado na presente revisão data do início da década de 80 e é possível constatar que, no decorrer das últimas três décadas, poucos pesquisadores se comprometeram a investigar as opções de tratamento para o TA. Uma possível justificativa para esse desinteresse deve-se à possibilidade de seus sintomas serem amenizados e até mesmo desaparecerem espontaneamente na fase aguda, na qual, de acordo com o DSM-IV, o transtorno não perdura mais que 6 meses. Outra justificativa poderia ser atribuída à pouca especificidade da descrição diagnóstica do TA^{6,10}.

Na revisão sistemática, foi possível separar as medidas de intervenção em três categorias: Psicoterapia, Farmacoterapia e a Fitoterapia. Ressalta-se que, os estudos relacionados a Farmacoterapia e a Fitoterapia se ativeram em investigar apenas os subtipos do Transtorno de Adaptação relacionados à depressão e à ansiedade^{25,26,27,28,29,30,31}, enquanto os outros subtipos (com perturbação da conduta; com perturbação mista das emoções e da conduta e inespecificado) não foram abordados nas pesquisas.

Ao focalizar a psicoterapia como forma de tratamento para o TA, é possível verificar que diferentes abordagens foram testadas pelos pesquisadores que têm se dedicado a este tema. Observa-se que a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), em alguns estudos, é considerada adequada para um bom prognóstico do Transtorno de Adaptação^{16, 17, 18}, uma de suas contribuições consiste no retorno do indivíduo às atividades cotidianas, interrompidas devido à presença do transtorno¹⁸.

A Psicoterapia Dinâmica, apesar de promissora, mostrou-se interferir positivamente em apenas um dos aspectos relevantes do tratamento para esse diagnóstico, no que tange a capacidade de defesa do paciente. Todavia, em relação a capacidade de enfrentamento ao estresse nenhuma mudança foi notada^{19,20}.

Outros dois métodos psicoterápicos, o Treinamento Autógeno e a Terapia do Espelho, foram examinados e também mostraram-se promissores no tratamento dos sintomas do TA^{21,22,23}.

Quanto ao tratamento medicamentoso, a eficácia de benzodiazepínicos, antidepressivos atípicos e ansiolíticos não benzodiazepínicos sobre os sintomas ansiosos e depressivos oriundos do TA foi testada. Alguns antidepressivos atípicos mostraram-se bons agentes redutores de sintomas. Foram testados a Bupropiona, com base no estudo de caso²⁸, e também a Tianeptina e a Mianserina²⁶. Nota-se que o benzodiazepínico Alprazolam produziu o mesmo efeito que os antidepressivos atípicos.

O também benzodiazepínico Lorazepam, parece ser capaz de reduzir os sintomas de ansiedade, porém o seu uso causou efeitos colaterais significativos, enquanto o uso do ansiolítico não benzodiazepínico Etifoxina foi eficiente e não provocou reações adversas²⁹. Quanto ao Trazodona, seu efeito foi favorável, porém não é possível afirmar que seja um medicamento indicado para os casos de TA²⁷.

Dentre as terapias fitoterápicas, os únicos dois estudos encontrados na literatura apresentaram resultados favoráveis. Tanto o extrato de Ginkgo Biloba quanto a Euphytose® mostraram-se promissores para o tratamento do TA^{30,31}.

5 CONCLUSÃO

Quando comparado a outros transtornos associados ao estresse (ex: o Transtorno do Estresse Pós Traumático e Transtorno do Estresse Agudo), o tratamento para o Transtorno de Adaptação ainda pode ser considerado pouco investigado no meio acadêmico. Isto se evidencia na quantidade de estudos disponíveis na literatura que enfocam essa temática.

Outro ponto a ser destacado é a dificuldade de se comparar os resultados entre as poucas pesquisas realizadas. O que se observa são medidas interventivas distintas sendo ministradas em populações diferentes, dificultando avaliações comparativas dos efeitos terapêuticos alcançados. A comparação dos efeitos poderia propiciar a obtenção de evidências mais robustas. Do mesmo modo, a carência de pesquisas empíricas reforça a imprecisão e a diversidade de informações sobre o tratamento para o transtorno.

A revisão sistemática da literatura nos leva a concluir que ainda são necessários mais estudos sobre intervenções terapêuticas para o Transtorno de Adaptação, principalmente quanto às opções de farmacoterapia. Sendo um transtorno que causa sofrimento psíquico, prejuízos ao desempenho social do indivíduo e que afeta sua qualidade de vida, a compreensão de seus mecanismos de tratamento torna-se fundamental à saúde humana.

6 REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial de Saúde. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados à Saúde. CID-9. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1978.
2. Casey P, Dowrick C, Wilkinson G. Adjustment disorders. Fault line in the psychiatric glossary. *British Journal of Psychiatry*, 2001, 179:479-81.
3. Casey, P. & Baley, S. Adjustment disorders: the state of the art. *World Psychiatry*, 2011, 10:11-18.
4. Organização Mundial de Saúde. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados à Saúde. CID-10. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2000.
5. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico e estatístico de Transtornos Mentais: DSM III-R. 3ed. rev. Porto Alegre, 1980, Artes Médicas.

6. Strain, J.J. & Frideman, F.J. Considering Adjustment Disorder as Stress Response Syndrome for DSM V. *Depression and Anxiety*, 2011, 28: 818-823.
7. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico e estatístico de Transtornos Mentais: DSM IV. Porto Alegre, 2000, Artes Médicas.
8. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2013.
9. American Psychiatric Association. Highlights of changes from DSM IV-TR to DSM 5, 2013. Acesso em dezembro de 2013 em: <http://www.dsm5.org/Documents/changes%20from%20dsm-iv-tr%20to%20dsm-5.pdf>
10. Maercker A, Einsle F, Kollner V. Adjustment disorder as Stress response syndromes: a new diagnostic concept and it's exploration in a medical sample. *Psychopathology*; 2007, 40:135–146.
11. Horowitz MJ: *Stress Response Syndromes*, ed 3. Northvale, Aronson, 1997.
12. Fernández A, Mendive JM, Carulla LS, Valera MR, Luciano JV, Meza AP, et al., Adjustment disorders in primary care: prevalence, recognition and use of services. *The British Journal of Psychiatry*, 2012, 1–6. doi: 10.1192/bjp.bp.111.096305.
13. Lipp, M.E.N. Transtorno de Adaptação. *Academia Paulista de Psicologia*, 2007, vol. XXVII, núm. 1, janeiro-junho, pp. 72-82.
14. Bolu A, Doruk A, Ak M, Özdemir B, Özgen F. Suicidal behavior in adjustment disorder patients. *Dusunen Adam*, 2012, 25(1), 58–62.
15. Manoranjitham SD, Rajkumar AP, Thangadurai P. Risk factors for suicide in rural south India. *Br J Psychiatry*, 2010, 196:26–30.

16. Shaffer CS;Shapiro J;Sank LI;Coghlan DJ. Positive changes in depression, anxiety, and assertion following individual and group cognitive behavior therapy intervention. *Cognitive Therapy and Research*, 1981, June, Volume 5, Issue 2, pp 149-157.
17. Klink JJJ Van der, Blonk RWB. et al. Reducing long term sickness absence by an activating intervention in adjustment disorders: a cluster randomized controlled design. *Occup Environ Med*. 2003; 60:429–37. doi: 10.1136/oem.60.6.429.
18. Nieuwenhuijsen K, Verbeek JH, de Boer AG, Blonk RW, van Dijk FJ. Irrational Beliefs in Employees with an Adjustment, a Depressive, or an Anxiety Disorder: a Prospective Cohort Study. *J Ration Emot Cogn Behav Ther*. 2010; Jun;28(2):57-72.
19. Kramer U, De Roten Y, Michel L, Despland JN. Early change in defence mechanisms and coping in short-term dynamic psychotherapy: relations with symptoms and alliance. *Clin Psychol Psychother*. 2009, Sep-Oct;16(5):408-17. doi: 10.1002/cpp.616.
20. Kramer U, Despland JN, Michel L, Drapeau M, de Roten Y. Change in defense mechanisms and coping over the course of short-term dynamic psychotherapy for adjustment disorder. *J Clin Psychol*. 2010; Dec;66(12):1232-41. doi: 10.1002/jclp.20719. Epub 2010 Sep7.
21. Jojić BR, Lepasavić LM. Autogenic training as a therapy for adjustment disorder in adolescents. *Srp Arh Celok Lek*. 2005; 133:424–8. doi: 10.2298/SARH0510424J
22. Jojić BR, Lepasavić LM. Autogenic training as a therapy for adjustment disorder in adults. *Srp Arh Celok Lek*. 2005; 133:505–9. doi: 10.2298/SARH0512505J
23. Gonzales-Jaimes EI, Turnbull-Plaza B. Selection of psychotherapeutic treatment for adjustment disorder with depressive mood due to acute myocardial infarction. *Arch Med Res*. 2003; 34:298–304. doi: 10.1016/S0188-4409(03)00051-1.
24. Presicci A, Lecce P, Ventura P, Margari F, Tafuri S, Margari L. Depressive and adjustment disorders - some questions about the differential diagnosis: case studies. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2010; Sep 7;6:473-81.

25. Uhlenhuth EH;Balter MB;Ban TA;Yang K. International study of expert judgement on therapeutic use of benzodiazepines and other psychotherapeutic medications: II. Pharmacotherapy of anxiety disorders. *J Affect Disord.* 1995; Dec 18;35(4):153-62.
26. Ansseau M;Bataille M;Briole G;de Nayer A. Controlled comparison of tianeptine, alprazolam and mianserin in the treatment of adjustment disorders with anxiety and depression. *Human Psychopharmacology: Clinical and Experimental.* 1996; 11: 293-298.
27. De Wit S, Cremers L, Hirsch D, Zulian C, Clumeck N, Kormoss N. Efficacy and safety of trazodone versus clorazepate in the treatment of HIV-positive subjects with adjustment disorders: A pilot study. *Journal of Internal Medical Research.* 1999; 27:223–32.
28. Sarkar, R., & Krüger, S. Bupropion in the treatment of adjustment disorder. *Acta Neuropsychiatrica.* 2008; 20(5), 282-283.
29. Nguyen N, Fakra E, Pradel V, Jouve E, Alquier C, Le Guern ME, Micallef J, Blin O. Efficacy of etifoxine compared to lorazepam monotherapy in the treatment of patients with adjustment disorders with anxiety: a double-blind controlled study in general practice. *Hum Psychopharmacol.* 2006; 21:139–49. doi: 10.1002/hup.757.
30. Bourin M, Bougerol T, Guitton B, Broutin E. A combination of plant extracts in the treatment of outpatients with adjustment disorder with anxious mood: Controlled study versus placebo. *Fundam Clin Pharmacol.* 1997;11:127–32.
31. Woelk H, Arnoldt KH, Kieser M, Hoerr R. Ginkgo biloba special extract EGb 761((R)) in generalized anxiety disorder and adjustment disorder with anxious mood: A randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *J Psychiatr Res.* 2007; 41(6):472–80. doi: 10.1016/j.jpsychires.2006.05.004.

4.2 Artigo 2: Prevalência de Transtorno de Adaptação entre estudantes universitários da Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro.

**PREVALÊNCIA DE TRANSTORNO DE ADAPTAÇÃO ENTRE ESTUDANTES
UNIVERSITÁRIOS DA UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO RIO DE JANEIRO**

*Prevalence of Adjustment Disorder among University Students of Rural Federal University of
Rio de Janeiro*

Número de palavras: 4332

Thiene Salazar Livio¹

Joelma Nascimento Lameu¹

Wanderson Fernandes de Souza¹

¹Departamento de Psicologia – Instituto de Educação – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, Seropédica, RJ.

Correspondência: Thiene Salazar Livio.

Endereço: Av. das Américas 16.355 SL 212. Recreio. Rio de Janeiro – RJ. CEP: 2290-703

Email: thienesalazar@gmail.com

RESUMO

Contexto: O estudante universitário costuma lidar com uma série de fatores multifacetados durante sua trajetória acadêmica. No entanto, estudos têm revelado que alguns alunos apresentam reações mal adaptativas a tais fatores, sendo esse um período crítico para o surgimento de distúrbios psíquicos. Chama-se a atenção para o fato de que o Transtorno de Adaptação é um quadro clínico associado ao estresse, desencadeado a partir de um processo de ajustamento difícil a um estressor(es) ou a uma mudança existencial. **Objetivos:** O presente artigo verificou a presença do Transtorno de Adaptação e os fatores estressantes precedentes, numa amostra universitária da Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro. **Métodos:** Foi realizada uma pesquisa transversal com 635 alunos de graduação de todos os cursos ministrados no Campus Seropédica. Os dados foram coletados através do Questionário de Informações Gerais, do Questionário de Saúde Geral -12 (General Health Questionnaire) e do Inventário de Transtorno de Adaptação (Self Report of the assessment for Adjustment Disorder). Para análise dos dados foi utilizado o programa estatístico SPSS versão 20.0. **Resultados:** Constatou-se que 19,4% dos estudantes universitários sofrem de Transtorno de Adaptação; a prevalência foi maior naqueles que não residem com a família, que visitam a família com pouca frequência ou que são oriundos de cidades distantes da universidade. **Conclusões:** Assim como em outras universidades brasileiras, discentes da UFRRJ têm apresentado prejuízos na saúde mental. Constatou-se que o Transtorno de Adaptação está entre os transtornos mentais que podem surgir perante as situações encontradas no cotidiano do estudante universitário. Entretanto, esse é o primeiro estudo a abordar o Transtorno de Adaptação em graduandos. Desse modo, a avaliação comparativa do resultado desse artigo encontrou algumas limitações. Ainda assim, a partir dos resultados desse estudo foi possível ressaltar que alunos que se encontram longe da cidade de origem e da família requerem maior atenção das universidades que os recebem, tornando-se relevante que programas de apoio à saúde mental sejam desenvolvidos ou aprimorados.

Palavras-chave: Transtorno de Adaptação; Prevalência; Estudantes Universitários

ABSTRACT

Background : The university student usually handle a number of multifaceted factors during their academic career. However, studies have revealed that some students exhibit maladaptive reactions to these factors, and this critical period for the onset of mental disorders. It is important that the Adjustment Disorder is associated to the stress triggered through a difficult adjustment to a stressor or a life change.**Objectives :** This study verified the presence of Adjustment Disorder and previous stressors in an university sample of the Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro. **Methods:** A cross-sectional research was conducted with 635 undergraduate students of all courses offered at Seropédica. Data were collected through a General Information Questionnaire, the General Health Questionnaire-12 and the Self Report of the assessment for Adjustment Disorder). For data analysis, SPSS version 20.0 was used. **Results:** We found that 19.4 % of college students suffer from Adjustment Disorder. The prevalence was higher in those who do not reside with the family, visit family less frequently or who come from distant cities to the university. **Conclusions:** As in other Brazilian universities, the UFRRJ students has shown impairments in mental health. It was found that the Adjustment Disorder is among the mental disorders that can arise given the situations encountered in everyday life of college student. However, this is the first research addressing Adjustment Disorder among undergraduates. Therefore, the comparison of the present findings is limited. Nevertheless, the present findings show that undergraduate who lives far from their original cities and far from their family deserves greater attention from the University Health Department. It is relevant the creation and development of preventive measures for mental health.

Keywords: Adjustment Disorder; Prevalence; University students

1 INTRODUÇÃO

A vida universitária envolve uma gama de variáveis, onde as mudanças psicossociais que ocorrem conjuntamente durante essa fase e as demandas acadêmicas podem tornar esse período muito estressante, capaz de ameaçar a saúde física e mental dos estudantes (Facundes & Ludemir, 2005; Neves & Dalgarrondo 2007; Santos & Almeida, 2001; Monteiro, Ribeiro & Freitas, 2007; Samsuddin, Fadzil, Salwina, et al, 2013). O enfrentamento às situações estressantes inerentes ao contexto universitário pode resultar na manifestação de Transtornos Psíquicos (Monteiro et. al, 2007).

Dentre as manifestações psicopatológicas estudadas na população universitária estão os Transtornos Mentais Comuns (TMC). A prevalência de TMC entre 443 graduandos da Universidade Federal de Pernambuco foi de 34,1% (Facundes & Ludemir, 2005). Em uma amostra de 558 estudantes da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul e na Universidade Federal de Mato Grosso do Sul a prevalência foi de 25%, sendo o Distúrbio Psicossomático o caso clínico mais comum (Cerchiari, 2004). Na universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), a ocorrência de Transtornos Mentais Auto-referidos foi ainda maior: entre 1290 alunos, 58% apresentaram algum tipo de Transtorno (Neves & Dalgarrondo, 2007).

Pesquisas internacionais também revelam que a saúde mental dos alunos de graduação tem apresentado prejuízos. Um estudo realizado na Malásia estimou a prevalência de alguns sintomas psiquiátricos em 506 universitários. O resultado mostrou que 34% tinham Ansiedade moderada, 29% Ansiedade grave, 27,5% Depressão moderada, 18,6% Estresse moderado, 9,7% Depressão grave e 5,1% Estresse grave (Samsuddin, et al; 2013). Nos Estados Unidos, de 2853 graduandos, 15,6% apresentaram Transtornos Ansiosos ou Transtornos Depressivos (Eisenberg, Gollust, Golberstein & Hefne, 2007).

Nos manuais diagnósticos verifica-se que situações estressantes eventuais ou traumáticas são fontes desencadeadoras de transtornos mentais específicos. Entre as seções psicopatológicas na CID 10, uma é denominada como 'Reações ao Estresse Grave e Transtornos de Adaptação' (OMS, 2000). No DSM 5, tal conjunto é classificado como 'Distúrbios associados a Eventos Estressores e a Traumas'*. Entre os transtornos mentais que foram alocados nessa categoria encontra-se o Transtorno de Adaptação (TA) (APA, 2013).

*Tradução sugerida pela autora

Transtorno de Adaptação está entre os transtorno que correspondem a Síndrome Heterogênea de Resposta ao Estresse, que é suscitada após um evento estressante específico,

traumático ou não (APA, 2013). Entre os Estressores que podem precipitar o TA estão: rompimento de um relacionamento afetivo, doenças, dificuldade de relacionamento com colegas, mudanças, problemas financeiros e choque cultural (Maercker, Einsle & Kollner, 2007).

Uma peculiaridade que difere o TA das dificuldades que podem emergir em qualquer processo adaptativo é a intensidade do sofrimento causado e seu impacto negativo na vida psicossocial do indivíduo (Maercker, Brewin, Bryant, et al; 2013). Os sintomas identificados durante o sofrimento indicam o subtipo do Transtorno de Adaptação, que pode ser classificado como: de Ansiedade, de Humor Deprimido e de Perturbação de Conduta (APA, 2000).

Além das características já citadas, outras foram sugeridas por diferentes autores. Entre elas se encontra uma nova concepção diagnóstica baseada na Teoria da Síndrome de Resposta ao Estresse. No novo modelo, os sintomas do TA tendem a ser característicos e devem ser identificados como Intrusivos (Lembranças involuntárias sobre a situação estressante), Evitativos (Evitação dos estímulos associados ao evento) e Mal Adaptativos (perda de interesse pela vida social) (Maercker, et al, 2007).

Os dados epidemiológicos sobre o TA na população geral ainda são imprecisos, devendo-se considerar, no entanto, que o mesmo não foi foco das grandes pesquisas epidemiológicas mundiais. Com base em estudos acadêmicos com amostra menores e com populações específicas, a prevalência encontrada tende a ser bastante variada. Tais variações podem ocorrer devido à falta de uma escala de avaliação do TA, onde a maior parte das pesquisas utiliza como principal ferramenta a entrevista estruturada ou semi-estruturada (Casey & Baley, 2011; Carta, Balestrieri, Murru & Hardoy, 2009).

Uma pesquisa que investigou sintomas psiquiátricos em 1832 pacientes obesos, na China, observou que 2,5% se enquadravam no quadro clínico de Transtorno de Adaptação (Hung yen-Lin, et al; 2013). Na Índia, entre 100 pacientes vítimas de dor crônica, 17% receberam o diagnóstico de TA (Rajmohan & Kumar, 2013). Na Espanha, a prevalência foi de 2,94% entre 3.815 pacientes dos principais centros de saúde de atendimento primário. (Fernández, et al; 2012). É importante ressaltar que todos os estudos optaram por utilizar a entrevista estruturada embasada nos manuais diagnósticos como instrumento principal de pesquisa.

Contudo, examinando a literatura, é possível observar a existência de uma única escala de avaliação diagnóstica para o Transtorno de Adaptação (*Self-Report for the Assessment of Adjustment Disorder*) (Einsle, Kollner, Dannemann & Maerker, 2010).

Assim, considerando esta realidade da vida universitária, que vem se evidenciando e confirmando de forma crescente no ambiente acadêmico, o presente estudo aborda a saúde mental dos estudantes universitários da Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro (UFRRJ), com enfoque na prevalência do Transtorno de Adaptação.

2 MÉTODOS

2.1 Participantes

A amostra estudada foi proporcional ao número de alunos matriculados regularmente nos cursos de nível superior da Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro do Campus Seropédica. Consiste em 635 estudantes universitários de ambos os sexos, distribuídos entre os trinta e sete (37) cursos de graduação. Para melhor compreensão da distribuição da amostragem, os dados estão representados na **tabela 1**.

Tabela 1. RELAÇÃO QUANTIDADE DE ALUNOS X COLETA DE DADOS (continua)

CURSO	Graduandos	% Geral	Entrevistados	% Amostra
Administração (M/N)	489	6,33	47,00	7,40
Administração Pública	97	1,26	6,00	0,94
Agronomia	604	7,81	50,00	7,87
Arquitetura e urbanismo	193	2,50	17,00	2,68
Belas Artes	153	1,98	12,00	1,89
Ciências Agrícolas	117	1,51	12,00	1,89
Ciências Biológicas	215	2,78	18,00	2,83
Ciências Contábeis	109	1,41	2,00	0,31
Ciências Econômicas	310	4,01	26,00	4,09
Ciências Sociais	175	2,26	15,00	2,36
Comunicação Social - Jornalismo	108	1,40	11,00	1,73
Direito	148	1,91	13,00	2,05

Tabela 1. Continuação				
	78	1,01	6,00	0,94
Economia Doméstica	441	5,71	39,00	6,14
Educação Física	139	1,80	13,00	2,05
Engenharia Agrícola e Ambiental	175	2,26	15,00	2,36
Engenharia de Agrimensura e Cartográfica	202	2,61	18,00	2,83
Engenharia de Alimentos	76	0,98	7,00	1,10
Engenharia de materiais	377	4,88	33,00	5,20
Engenharia Florestal	421	5,45	30,00	4,72
Engenharia Química	89	1,15	9,00	1,42
Farmácia	83	1,07	4,00	0,63
Filosofia	138	1,79	5,00	0,79
Física	100	1,29	10,00	1,57
Geografia	169	2,19	16,00	2,52
Geologia	328	4,24	20,00	3,15
História (I/N)	108	1,40	3,00	0,47
Hotelaria	225	2,91	21,00	3,31
Letras - todas habilitações	201	2,60	20,00	3,15
Matemática	591	7,65	53,00	8,35
Medicina Veterinária	120	1,55	7,00	1,10
Pedagogia	113	1,46	12,00	1,89
Psicologia	265	3,43	14,00	2,20
Química (I/N)	186	2,41	18,00	2,83
Relações internacionais	64	0,83	6,00	0,94
Sistemas de informação	322	4,17	24,00	3,78
Zootecnia	30	0,39	3,00	0,47
Licenc. Educação do Campo (LEC)	7759	100	635,00	100
SOMA				

2.2 Campo de Estudo

A pesquisa de campo foi realizada na Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro no campus Seropédica. O município de Seropédica possui uma extensão territorial de 283,8km² que corresponde a 5,7% da região metropolitana do estado do Rio de Janeiro. Seu território faz divisa com as cidades de Itaguaí, Nova Iguaçu, Japeri, Queimados, Paracambi e Rio de Janeiro. Sua população é estimada em torno de 80.000 habitantes, na qual a proporção de homens e mulheres é equivalente. A classe econômica C₁, ou seja, famílias com renda mensal de aproximadamente R\$ 1.400,00, é a maioria, representando 28,9% dos 19.963 domicílios estimados em 2011(SEBRAE, 2011).

A UFRRJ foi implantada em Seropédica em 1948 às margens da antiga Rodovia Rio-São Paulo, conhecida hoje como BR-465. Atualmente, possui 11 institutos onde estão integrados os 37 cursos de graduação oferecidos pelo campus. Além disso, possui alojamento universitário que oferece vagas para ambos os sexos¹. Com aproximadamente 3.024 hectares e com 131.346m² de área arquitetônica, é considerado o maior campus horizontal universitário da América Latina².

2.3 Procedimentos

A proposta da pesquisa Transversal foi encaminhada ao Comitê de ética da Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, que consentiu em sua execução. Quanto aos participantes, foi explicada a eles a natureza da pesquisa e dos instrumentos; além disso, foi apresentado e esclarecido o termo de consentimento livre, em cujo conteúdo constavam todas as informações sobre a pesquisa, inclusive de que se tratava de uma participação voluntária, em que os participantes poderiam abandonar a pesquisa a qualquer momento que desejassem.

A pesquisa de campo contou com a participação de dez entrevistadores, alguns deles alunos de graduação e pós-graduação em Psicologia, que foram treinados na aplicação dos instrumentos de coletas de informação e em técnicas de entrevista. Esses entrevistadores abordaram os voluntários através de visitas aos Institutos com maior concentração de cursos de interesse para a pesquisa. Todos os instrumentos e questionários foram de auto-aplicação.

¹Fonte: www.ufrrj.br

² Fonte: http://pt.wikipedia.org/wiki/Universidade_Federal_Rural_do_Rio_de_Janeiro

2.4 Instrumentos

Três instrumentos foram utilizados:

- Questionário de Informações Gerais- formulado pelos próprios autores, foi composto por questões sócio-demográficas e informações pessoais como: gênero, idade, ano de matrícula na universidade, horário do curso, companhia de moradia (parentes, alojamento, república, etc.) e cidade de origem (Apêndice B).
- Questionário de Saúde Geral (*General Health Questionnaire – GHQ-12*) – Instrumento de rastreamento psicopatológico geral, desenvolvido para detectar casos suspeitos de apresentarem transtornos psiquiátricos. É composto por 12 itens em uma escala de zero a três que avaliam o estado mental geral do indivíduo. Pode ser utilizado tanto em seu escore total assim como em um ponto de corte para rastreamento de possíveis alterações psiquiátricas. (Goldberg et al, 1997; Gouveia et al, 2003). No presente estudo, os participantes que assinalaram o nível três em três itens ou mais foram considerados como casos suspeitos de Transtornos Mentais Comuns (Anexo A).
- Inventário de Avaliação de Transtorno de Adaptação (*self-report for the assessment of adjustment disorders – SR-AD*) - Recentemente proposto, representa uma das poucas tentativas de construção de um instrumento para a avaliação de sintomas de Transtorno de Adaptação. O inventário é composto de duas partes. A primeira lista 15 diferentes situações de estresse, onde o participante deve relatar quais a que vivenciou nos últimos 6 meses. A segunda é composta por 29 itens contendo sintomas comuns ao Transtorno de Adaptação. O participante deve responder qual é a frequência dos sintomas que tem experimentado em uma escala de quatro níveis (nunca – raramente – algumas vezes – sempre) e por quanto tempo tem sentido cada um dos sintomas (1 mês– 1 a 6 meses – mais de 6 meses). Os itens do instrumento se dividem em três grupos de sintomas: Intrusivos, Evitação e Dificuldade de Adaptação. Nesta pesquisa foi utilizado o critério proposto por Einsle, Kollner, Dannemann & Maerker, (2010) para a identificação de possíveis casos de Transtorno de Adaptação (TA). O indivíduo foi considerado um caso suspeito de TA quando obteve uma resposta igual a “algumas vezes” ou “sempre” em ao menos três dos cinco itens que representam sintomas

intrusivos; quatro entre os sete itens que representam sintomas de evitação e três entre os cinco itens que representam sintomas de dificuldade de adaptação. O mesmo critério é adotado para verificar o subtipo do transtorno: Humor depressivo - quatro entre os seis itens; Ansiedade - dois entre os três itens; Perturbação de conduta - dois entre os três itens. Dessa forma, é possível que o mesmo indivíduo se enquadre em mais de um subtipo (Danneman, Einsle, Kampf et. al., 2010; Einsle et. al., 2010). O instrumento ainda não foi validado para a língua portuguesa. Entretanto, está em processo de validação com os dados obtidos na presente pesquisa. Análises preliminares apontam para uma boa consistência interna, com α de Crombach = 0.997 (Anexo B).

2.5 Análise Estatística

Foram calculadas as médias dos escores e prevalência do Transtorno de Adaptação para a população total, assim como as prevalências estratificadas por variáveis sociodemográficas. Na análise bivariada, a significância estatística das diferenças observadas entre as prevalências foi avaliada através dos testes qui-quadrado e Fisher (quando as premissas para o uso de qui-quadrado não foram observadas). As médias foram avaliadas utilizando-se o teste de comparação de médias mais adequado para cada situação. Utilizando-se o teste T de Student e Análise de Variância (ANOVA), testes não paramétricos foram realizados na presença de dados com distribuição assimétrica ou variâncias não homogêneas. As análises estatísticas foram realizadas utilizando-se o programa estatístico SPSS versão 20.0.

2.5 Aspectos Éticos

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro (Anexo C), que consentiu em sua execução. Os participantes receberam explicações sobre a natureza da pesquisa e dos instrumentos. Além disso, foi apresentado e esclarecido o termo de consentimento livre (Apêndice A), em cujo conteúdo constavam todas as informações sobre a pesquisa, inclusive de que se tratava de uma participação voluntária em que os participantes poderiam abandonar a pesquisa a qualquer momento que desejassem. Também foi disponibilizado a cada participante um código e e-mail de contato dos autores

para que, desejando, possa solicitar o seu resultado individual e sua comparação com os resultados da amostra total.

3 RESULTADOS

3.1 Características Sócio-demográficas

Participaram do estudo 635 estudantes com idade média de 22 anos, sendo que 39,7% (n= 252) estão matriculados nos cursos correspondentes à área de Meio ambiente e Agrárias. A outra parte da amostra está distribuída da seguinte forma: 16,5% (n=105) na área de Humanas e Sociais, 12,1% (n= 77) na área de Administração e Negócios, 9,8% (n= 62) na área de Saúde, 9,1% (n= 58) na área de Engenharia, 7,7 (n= 49) na área de Exatas e Informática e 5,0% (n= 32) na área de Artes e Design. Mais da metade da amostra - 55,1% (n= 350) - está entre o 3º e o penúltimo período, seguido de 26,5% (n= 168) no 1º ou no 2º período e 15,4% (n= 98) no último período do curso superior. Os dados sócio-demográficos estão resumidos na **Tabela 2**.

Observou-se um número maior do gênero feminino, totalizando 63,5% (n=403), enquanto o total do gênero masculino foi de 35,7% (n= 227). Quanto ao estado civil dos que responderam, (90,1%) são solteiros e (96,5%) informaram não ter filhos. Sobre atividade remunerada, 29,1% (n= 185) responderam receber bolsa acadêmica, 4,4% (n= 28) trabalham formalmente, 7,1% (n= 45) trabalham informalmente e 59,2% (n= 376) responderam não ter nenhum tipo de atividade remunerada.

Verificou-se ainda que grande parte dos alunos não reside com a família, onde 18,2 % (n= 116) moram no Alojamento Universitário, 34,5% (n= 219) em República, 17% (n= 108) em outros tipos de moradia, enquanto 29,8% (N= 189) moram com a família. Quanto à região de origem, 43,5% (n=276) são do Rio de Janeiro (capital), 14,8% (n= 94) são de outras cidades do Rio de Janeiro, 17,8% (n= 113) são de municípios próximos à UFRRJ, 18,7% (n= 119) são de outros estados da região Sudeste, 4,3% (n= 27) são de outras regiões do Brasil e 0,5% (n= 3) é de outros países. Outro fator avaliado foi a frequência com que os alunos visitam a família: 26,3% (n= 167), por morarem com a família, responderam visitar diariamente, 35,4% (n= 225) visitam semanalmente, 16,2% (n= 103) visitam mensalmente, 15,1% (n= 96) visitam nas férias ou nos feriados, 3,3% (n= 21) alegaram quase nunca ou nunca visitar a família e 3,6% (n= 23) não responderam.

Tabela 2. Características sócio-demográficas (continua)

	Frequência	Percentual
Sexo		
Masculino	227	35,7%
Feminino	403	63,5%
Ausentes	5	0,8%
Estado Civil		
Solteiro	573	90,2%
Mora Junto	35	5,5%
Casado	23	3,6%
Divorciado/Separado	4	0,6%
Filhos		
Nenhum	613	96,5%
Um	12	1,9%
Dois	9	1,4%
Ausentes	1	0,2%
Área do curso		
Humanas e Sociais	105	16,5%
Saúde	62	9,8%
Administração e Negócios	77	12,1%
Artes e Design	32	5%
Exatas e Informática	49	7,7%
Meio Ambiente e Agrárias	252	39,7%
Engenharias	58	9,1%
Período		
Ingressantes	168	26,5%
Intermediários	350	55,1%
Formandos	98	15,4%
Ausentes	19	3%
Local de Moradia		
Alojamento universitário	116	18,2%
República	219	34,5%
Família	189	29,8%
Outros	108	17%
Ausentes	3	0,5%
Região de Origem		
Rio de Janeiro (Capital)	276	43,5%
Estado do Rio	94	14,8%
Municípios Próximos	113	17,8%
Sudeste	119	18,7%
Estrangeiros	3	0,5%
Ausentes	3	0,5%
Visita à família		
Diariamente	167	26,3%
Semanalmente	225	35,4%
Férias e Feriados	96	15,1%
Uma ou Duas vezes ao Mês	103	16,2%
Quase Nunca/Nunca	21	3,3%
Ausentes	23	3,6%
Atividade remunerada		
Não têm	376	59,2%
Trabalho formal	28	4,4%
Bolsas	185	29,1%

Tabela 2. Continuação		
Outros	45	7,1%
Necessidade de atendimento psicológico		
Sim	376	59,2%
Não	258	40,6%

3.2 Prevalência de Transtorno de Adaptação

Da amostra de 635 participantes, 532 alunos responderam ao instrumento de coleta de informação sobre Transtorno de Adaptação (TA) na íntegra. A prevalência de Transtorno de Adaptação encontrada na amostra foi de 19,4% (N = 103). **Tabela 3.**

Não foi encontrada diferença entre homens e mulheres quanto à prevalência de TA. Entretanto, a ocorrência foi inferior nos ingressantes da universidade (aqueles que estão no 1º ou no 2º período), sendo de 11,5% quando comparados com aqueles que estão entre o 3º e o 7º período (22,7%) e entre os formandos (último período), onde a ocorrência foi de 22,4% ($p < 0,05$).

Os estudantes que continuam morando com a família durante o curso universitário tiveram a menor prevalência de TA (11,5%). Entre aqueles que não residem com a família, o diagnóstico de Transtorno de Adaptação foi mais frequente, sendo estimado em 21,4% nos que moram em Alojamento Universitário, 23,1% em República e 22,2% em outro tipo de moradia ($P < 0,05$). A frequência com que o aluno visita a família também apresentou diferença significativa, sendo menor entre os que o fazem diariamente, cujo resultado foi de 12,7%, de 19,9% entre os que visitam semanalmente ou mensalmente e de 25,7% entre os que visitam apenas nas férias ou feriados ($p < 0,05$). Adicionalmente, foi encontrada diferença quanto à região de origem dos estudantes. Aqueles provenientes de municípios próximos a UFRRJ-Seropédica apresentaram a prevalência de 12,5%, enquanto que, aqueles que são provenientes de cidades mais distantes, localizadas em outras regiões do Brasil, apresentaram uma prevalência três vezes maior, estimada em 39,1% ($p < 0,05$). Além disso, foi averiguado quantos dos participantes já haviam sentido necessidade de atendimento psicológico. Esses representaram 59,2% da amostra. A prevalência de TA foi duas vezes maior entre os que já sentiram necessidade de atendimento psicológico (24,4%) do que entre aqueles que nunca a sentiram (10,3%) ($p < 0,01$).

Tabela 3. Prevalência de Transtorno de Adaptação e características sócio-demográficas

	Transtorno de Adaptação		p-valor
	SIM (N=103)	Não (N=429)	
Sexo			0,130
Masculino	15,80%	84,20%	
Feminino	21,00%	79,00%	
Local de Moradia			0,036
Alojamento	21,40%	78,60%	
República	23,10%	76,90%	
Família	11,50%	88,50%	
Outro tipo	22,20%	77,80%	
Região de origem			0,043
Rio de Janeiro (capital)	18,10%	81,90%	
Estado do Rio de Janeiro	23,50%	76,50%	
Municípios próximos a UFRRJ	12,50%	87,50%	
Região Sudeste	19,60%	80,40%	
Outras regiões	39,10%	60,90%	
Frequência de visita à família			0,03
Diariamente	12,70%	87,30%	
Semanalmente/Mensalmente	19,90%	80,10%	
Férias ou Feriados	25,70%	74,30%	
Período Universitário			0,049
Ingressantes	12,10%	87,90%	
Intermediários	21,70%	78,30%	
Formandos	21,40%	78,60%	
Necessidade de Atendimento psicológico			<0,00
Sim	24,40%	75,60%	
Não	10,30%	89,70%	

¹ Avaliado com o uso de teste qui-quadrado

3.3 Fatores Estressantes

Avaliando as principais fontes de estresse relatadas no SR-AD, os fatores estressantes que apresentaram frequência mais elevada foram: problemas financeiros, pressão para respeitar prazo, excesso ou falta de trabalho, conflitos familiares e conflito com os colegas. Através do **Gráfico 1** é possível visualizar a estratificação de todos os estressores apontados.

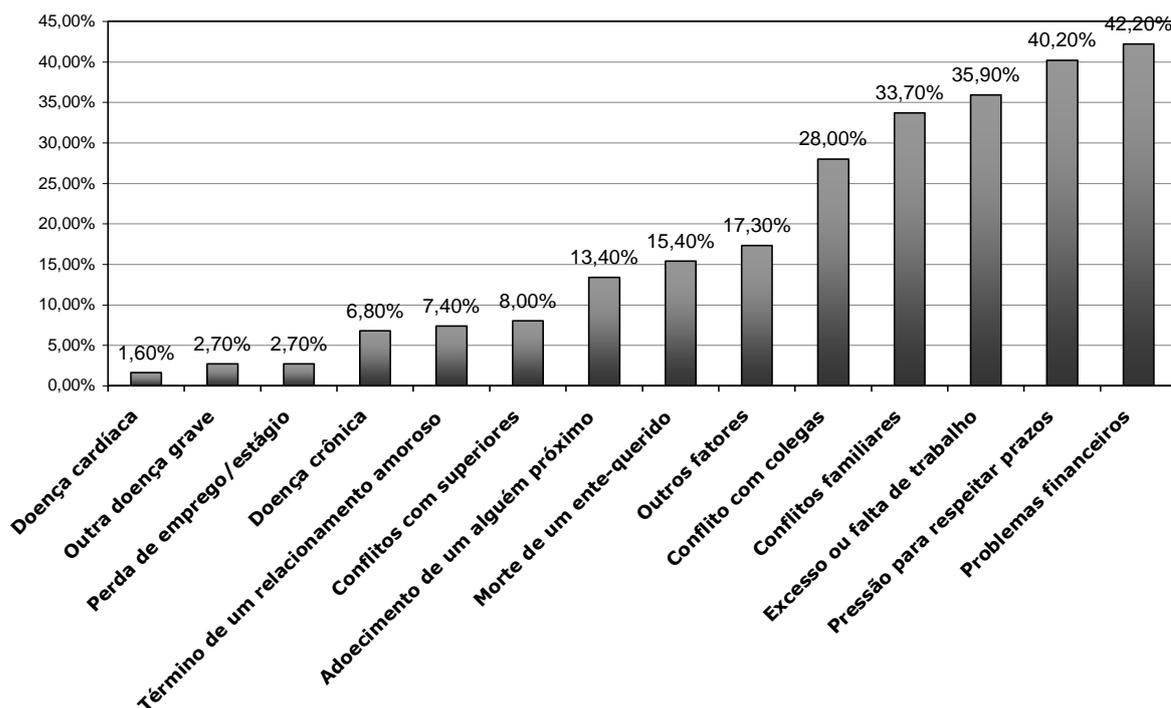


Gráfico 1. Fatores Estressantes apontados pelos estudantes universitários da UFRRJ

3.4 Questionário de Saúde Geral (*General Health Questionnaire – GHQ-12*)

Entre a amostra total, 619 sujeitos responderam o questionário GHQ-12. Através desse instrumento foi possível avaliar que 45,6% (n=282) apresentam suspeição de ter algum tipo de Transtorno Mental comum. Quanto aos alunos que foram identificados com TA, a grande maioria (86,1%) foi identificada como tendo TMC. Apenas 13,9% dos casos suspeitos de TA não foram detectados pelo GHQ 12. Já 39,4% dos alunos detectados pelo GHQ 12 não corresponderam aos critérios do SR-AD.

4 DISCUSSÃO

O presente estudo teve a intenção de verificar a saúde mental dos universitários da UFRRJ através de uma amostra representativa da população total. Por ter sido composta por alunos de todas as áreas dos cursos de graduação, a amostragem buscou ser proporcional ao número de alunos regulares nessa universidade em cada curso. O número de voluntários foi de 635 alunos e representou aproximadamente 8% da população total matriculada. Assim como ocorre na universidade, o número de participantes do sexo feminino foi superior ao de participantes do sexo masculino.

No que corresponde aos fatores estressantes mais frequentes no campo universitário, existe uma dificuldade em comparar os que foram identificados nessa pesquisa com a literatura disponível. Na revisão de literatura feita por Bardagi e Hutz (2011) torna-se possível esclarecer que estudos sobre estresse e fatores desencadeadores em estudantes universitários no Brasil ainda são escassos e costumam ser recentes; mesmo assim os autores citam que nos poucos estudos encontrados, a falta de tempo, o excesso de provas / trabalhos, os conflitos de relacionamentos e os problemas financeiros estão entre os estressores mais comuns. Partindo desse pressuposto, os fatores estressantes levantados no cotidiano dos alunos da UFRRJ estão de acordo com aqueles que foram apontados por outros pesquisadores, com base na realidade de outras universidades nacionais.

A suspeição de Transtornos Mentais Comuns entre discentes da UFRRJ estimada nesse estudo encontra-se dentro do intervalo do índice menor ao índice maior encontrados, com base nos resultados de alguns estudos nacionais (Cerchiari, 2004; Facundes e Lucemir, 2005; Neves e Dalgalarrodo, 2007). Enquanto a ocorrência foi de 25% entre universitários do Mato grosso do Sul (Cerchiari, 2004) e de 58% entre universitários da Universidade de Campinas (Neves e Dalgalarrodo, 2007), entre os graduandos da UFRRJ a prevalência foi de 45,6%. Vale ressaltar que apesar de todos os estudos serem de desenho Quantitativo Transversal, foram utilizados diferentes instrumentos de pesquisa para rastrear Transtornos Mentais nos demais estudos. O *General Health Questionnaire* (GHQ-12) (Goldberg et al, 1997; Gouveia et al; 2003), usado neste estudo, é composto por doze itens e tem como objetivo identificar a propensão a distúrbios psiquiátricos menores; todavia, não apura diagnósticos específicos.

No que se refere à prevalência de Transtorno de Adaptação entre estudantes universitários, parece que até o momento não constam nos acervos bibliográficos nacionais e internacionais pesquisas que verifiquem a proporção de casos existentes desse transtorno na

população universitária. Sendo assim, este estudo se apresenta pioneiro nesta investigação e a discussão dessa modalidade se limita a estudos que tratam sobre a ocorrência do Transtorno de Adaptação com jovens e/ou adolescentes. Segundo Semprini, Fava e Sonino (2010), apesar do fato de pesquisas que avaliam a presença do TA em jovens serem a minoria, existem relatos de que pacientes com esse diagnóstico tendem a ser mais novos, em média, do que os indivíduos com outros transtornos. Pelkone, Marttunen, Henriksson e Lonngvist (2007) verificaram que a ocorrência de TA entre 290 pacientes psiquiátricos Finlandeses, de 12 a 22 anos de idade, foi de 31%. A partir desse resultado, observa-se que a prevalência de 19,4% do Transtorno de Adaptação nos graduandos com idade média de 22 anos da UFRRJ foi inferior, no entanto deve-se considerar que as amostras apresentam incompatibilidade quanto a média da faixa-etária e o campo de pesquisa.

Dentro da prevalência estimada de TA entre os estudantes universitários não houve predominância entre os sexos. Homens e mulheres apresentaram suscetibilidade proporcional a desenvolver esse quadro clínico. Esse resultado se opõe à conclusão de alguns estudos que apontam maior vulnerabilidade do sexo feminino. (Pelkone, et al., 2007; Maercker, Einsle & Kollner, 2007)

Quanto ao Inventário de Transtorno de Adaptação, *self-report for the assessment of adjustment disorders* (SRAD), nota-se que até o momento foi utilizado por apenas um outro estudo ocorrido na Estônia. Numa amostra de 46 sujeitos, mista de recrutas militares, pacientes psiquiátricos e prisioneiros, 6,5% preencheram os critérios para o diagnóstico de TA (Viljus, 2013).

Os resultados desta pesquisa mostram que algumas variáveis podem influenciar na manifestação do Transtorno de Adaptação. Os discentes que pertencem aos grupos que não moram com a família, que visitam a família com menor frequência e que são provenientes de regiões distantes da universidade apresentaram maior suscetibilidade ao diagnóstico. De acordo com a literatura, o distanciamento de relacionamentos familiares e sociais pode desencadear ou reforçar o desequilíbrio emocional no universitário (Cerchiari, 2004). O trabalho de Souza, Baptista e Alves (2008), realizado com 530 universitários, ressalta que estudantes que não recebem um suporte social e afetivo adequado, por parte da família, tendem a apresentar um nível elevado de estresse.

Contudo, outras variáveis que podem ter influenciado nos resultados obtidos neste estudo devem ser consideradas. No período designado para coleta de dados, os alunos haviam retornado às atividades acadêmicas após uma interrupção de alguns meses, devido à

paralisação de algumas Universidades Federais, incluindo a UFRRJ. Sendo assim, as mudanças que ocorreram na rotina universitária dos participantes da amostra, como o atraso na previsão de formatura, o acúmulo de matérias nas disciplinas, o novo calendário do ano letivo, entre outros, podem ter corroborado para que alguns estivessem mais fragilizados emocionalmente quando responderam os instrumentos de pesquisa.

5 CONCLUSÃO

O estudo revelou que a saúde mental dos estudantes da UFRRJ pode ser prejudicada por estressores presentes no cotidiano dessa universidade. A vulnerabilidade aos distúrbios psíquicos menores, como o Transtorno de Adaptação, é uma realidade, sendo ainda maior nos alunos que estão distantes da família ou de sua cidade de origem. Chama-se a atenção para o fato de que os fatores estressantes precedentes ao Transtorno de Adaptação, apontados neste estudo, confirmam a descrição clínica de que esse quadro psicopatológico pode se manifestar após um acontecimento estressante, episódico ou recorrente, de qualquer intensidade. Além disso, foi verificado que o instrumento *self-report for the assessment of adjustment disorders* (SR-AD), apesar de não ter sido utilizado antes numa amostra universitária, mostrou-se sensível a esse campo. No entanto, enfatiza-se a necessidade de sua aplicação em outros estudos para que a estimativa por hora encontrada possa ser avaliada com mais precisão. Conclui-se também que universidades com características semelhantes às da UFRRJ (devido à sua localização geográfica, parte dos alunos são migrantes de outras cidades) merecem atenção.

6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association. (2013). Highlights of changes from DSM IV-TR to DSM 5, acesso em dezembro de 2013 em: <http://www.dsm5.org/Documents/changes%20from%20dsm-iv-tr%20to%20dsm-5.pdf>
- American Psychiatric Association. (2000). *Manual diagnóstico e estatístico de Transtornos Mentais: DSM IV-TR*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Bardagi M.P.& Hutz C.S. (2011). Eventos estressores no contexto acadêmico: uma breve revisão da literatura brasileira. *Interação Psicol.*,15(1), pp111-119.

- Carta, M.G., Balestrieri M., Murru A & Hardoy M.C. (2009). Adjustment Disorder: epidemiology, diagnosis and treatment. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*; pp5-15.
- Casey, P. & Baley, S. (2011). Adjustment disorders: the state of the art. *World Psychiatry*, 10: pp11-18.
- Cerchiari, E.A.N. (2004). *Saúde mental e qualidade de vida em estudantes universitários*. Campinas. Tese de doutorado, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, Brasil.
- Dannemann, S., Einsle, F., Kampf, F., Joraschky, P., Maerker, A & Weidner, K. (2010). Anpassungsstörungen nach einem neuen diagnostischen Konzept bei Patienten einer psychosomatischen Poliklinik – Beschwerden, Veränderungsbereitschaft und Psychotherapiemotivation. *Z Psychosom Med Psychother*, 56, pp231-243.
- Eisenberg, D; Gollust, S. E.; Golberstein, E; Hefner, J. L. (2007). Prevalence and correlates of depression, anxiety, and suicidality among university students. *American Journal of Orthopsychiatry*, Vol 77(4), pp534-542.
- Einsle, F., Köllner, V., Dannemann, S. & Maercker, A. (2010). Development and validation of a self-report for the assessment of adjustment disorders. *Psychology, Health & Medicine*, 15, pp.584-595.
- Facundes, V.L & Ludemir, A.B. (2005). Transtornos mentais comuns em estudantes da área de saúde. (2005). *Revista Brasileira de Psiquiatria*. Vol.27, n.3, pp. 194-200.
- Fernández A. et al. (2012). Adjustment disorders in primary care: prevalence, recognition and use of services. *Br J Psychiatry*. Aug 1, pp.137-42.
- Goldberg, D. P., Gater, R., Sartorius, N., Ustun, T. B., Piccinelli, M., Gureje, O. & Rutter, C. (1997). The validity of two versions of the GHQ in the WHO study of mental illness in general health care. *Psychol Med*, 27(1), pp.191-197.
- Gouveia, V. V., Chaves, S. S. S., Oliveira, I. C. P., Dias, M. R., Gouveia, R. S. V. & Andrade, P. R. (2003). A utilização do QSG-12 na população geral: Estudo de sua validade de construto. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 19(3), pp.241-238.
- Hung yen-Lin, et al. (2013). Psychiatric disorders of patients seeking obesity treatment. *BMC Psychiatry*, vol 13: 1.
- Kryzhanovskaya L & Canterbury R. (2001). Suicidal behavior in patients with adjustment disorders. *Crisis*. 2001;22(3): pp. 125-31.

- Maercker A, Einsle F & Kollner V. (2007). Adjustment disorder—a new concept of diagnosing. *Psychopathology*; 40, pp.135–146.
- Maercker A., et al. (2013) Diagnosis and classification of disorders specifically associated with stress: proposals for ICD-11. *World Psychiatry*, Oct;12(3), pp.198-206.
- Monteiro, C.F., Freitas, J.F & Ribeiro, A.A. (2007). Estresse no Cotidiano Acadêmico: O Olhar dos Alunos de Enfermagem. *Esc Anna Nery R Enferm.* mar; 11 (1), pp. 66 - 72.
- Neves, M.C & Dalgalarondo, P. (2007). Transtornos Mentais Auto-Referidos em estudantes universitários. *Jornal Brasileiro de psiquiatria*, 56 (4), pp. 237-344. São Paulo.
- Organização Mundial de Saúde. (2000). CID-10. *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados à Saúde*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo
- Pelkonen M, Marttunen M, Henriksson M & Lönnqvist J. (2005). Suicidality in adjustment disorder--clinical characteristics of adolescent outpatients. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. May;14(3): pp. 174-80.
- Pelkonen M, Marttunen M, Henriksson M & Lönnqvist J. (2007). Adolescent adjustment disorder: precipitant stressors and distress symptoms of 89 outpatients. *Eur Psychiatry*. Jul;22(5), pp.288-95.
- Rajmohan, V & Surech, K. K. (2013). Psychiatry Morbidity, pain perception and functional status of chronic pain patients in palliative care. *Indian J Palliat Care*. Sep-Dec; 19(3), pp. 146–151.
- Santos, L. & Almeida, L.S. (2001). Vivências acadêmicas e rendimento escolar: estudo com alunos universitários do 1º ano. *Análise Psicológica*, XIX, pp.205-217.
- Semprini, F, Fava, G.A & Sonino, N. (2010). The spectrum of adjustment disorders: too broad to be clinically helpful. *CNS Spectr*. Jun;15(6), pp.382-388.
- Shamsuddin K., et al. (2013) Correlates of depression, anxiety and stress among Malaysian university students. *Asian Journal of Psychiatry*. Vol. 6 issue 4, pp. 318-323.
- SEBRAE/RJ. (2011). Informações Socioeconômicas do Município de Seropédica. Acesso em janeiro de 2014, em: [http://bis.sebrae.com.br/GestorRepositorio/ARQUIVOS_CHRONUS/bds/bds.nsf/2B904C75C322DA47832579A50043C83B/\\$File/NT0004740E.pdf](http://bis.sebrae.com.br/GestorRepositorio/ARQUIVOS_CHRONUS/bds/bds.nsf/2B904C75C322DA47832579A50043C83B/$File/NT0004740E.pdf)
- Souza, S. S, Baptista, M. N & Alves, G. A.(2008). Suporte familiar e saúde mental: evidência de validade baseada na relação entre variáveis. *Aletheia* 28, pp.45-59, jul./dez. Canoas .ISSN 1413-0394
- Viljus, S. (2013). Adjustment disorder new module: the adaption and validation of a self-report questionnaire for the assessment of adjustment disorder. University of Tartu. Acesso em, janeiro de 2014, em: <http://hdl.handle.net/10062/31791>

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nessa dissertação de mestrado, confirmou-se que o Transtorno de Adaptação não tem sido objeto de estudo frequente nas investigações científicas. A escassez de informações na literatura tornou a elaboração e a execução dessa pesquisa num desafio maior a ser enfrentado. Como grande parte dos estudos referentes ao Transtorno de Adaptação é de outras nacionalidades, com publicação em diversos idiomas, aqueles que foram utilizados nessa pesquisa tiveram que ser traduzidos para o português.

Assim como já observado em outros estudos, esse trabalho detectou que devido à pobre exploração científica do Transtorno de Adaptação, informações importantes sobre sua etiologia, sua prevalência, seu diagnóstico, seu prognóstico e seu tratamento ainda são escassas e inespecíficas. Essa realidade nos faz reforçar que o avanço de sua investigação na literatura é fundamental, uma vez que esse diagnóstico tem sido bastante utilizado nos atendimentos primários de saúde. No Brasil, observa-se que esse tema é ainda mais raro do que em outros países, ressaltando de forma alarmante a necessidade de que pesquisas nacionais se inclinem para essa constatação, a fim de que resultados vinculados às características da população brasileira sejam detectados e propiciem o conhecimento e o avanço científico nesse âmbito.

Através da Revisão Sistemática sobre o tratamento do Transtorno de Adaptação foi possível observar que ao longo de três décadas poucos artigos abordaram essa temática. Embora os estudos encontrados apontem algumas diretrizes terapêuticas, percebe-se que os resultados mais consistentes concentram-se na Psicoterapia, o que traz a compreensão de que abordagens breves com técnicas focais demonstram ser um método colaborativo para um bom prognóstico do Transtorno de Adaptação. No entanto, a carência de pesquisas empíricas sobre esse e outros campos de tratamento implica em afirmar que a psicoterapia é a melhor medida interventiva.

No que tange à saúde universitária, embora esse trabalho tenha encontrado algumas limitações na comparação dos dados sobre a prevalência do Transtorno de Adaptação, foi possível observar que além de alguns acontecimentos estressantes de caráter pessoal ou acadêmico poderem suscitar esse diagnóstico, variáveis sócio-demográficas demonstraram influenciar sua predominância entre alguns grupos. Desse modo, é possível mencionar que estudantes que deixam de morar com a família, que são provenientes de regiões distantes da universidade ou que durante o período acadêmico visitam a família com pouca frequência

podem estar mais vulneráveis ao sofrimento psíquico. Sendo assim, considera-se relevante que programas de prevenção e de promoção à saúde mental do aluno estejam presentes nas faculdades, especialmente naquelas que tendem a receber vestibulandos de outras cidades.

Os dados revelados nos dois artigos que compõem essa dissertação unificam a ideia de que, por se tratar de saúde humana, o Transtorno de Adaptação e os estudantes universitários merecem maior atenção científica.

6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida Filho, N & Rouquayrol, M. Z. (1992). *Introdução à Epidemiologia Moderna*. 2 ed. Belo Horizonte. ABRASCO.
- Almeida, L.S; Santos, A.C; Dias, P.B., et al. (1998). Dificuldades de Adaptação e de Realização Acadêmica no Ensino Superior: Análise de acordo com as escolhas vocacionais e o ano do curso. *Revista Galeco Portuguesa de Psicología e Educación*, v.2, n.2, pp.41-48.
- American Psychiatric Association. (2013). Highlights of changes from DSM IV-TR to DSM 5, acesso em dezembro de 2013 em: <http://www.dsm5.org/Documents/changes%20from%20dsm-iv-tr%20to%20dsm-5.pdf>
- American Psychiatric Association. (2013) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. DSM I. (1952). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Mental Hospital Service. Washington. DC.
- American Psychiatric Association. DSM III. (1980). *Manual diagnóstico e estatístico de Transtornos Mentais: DSM III-R*. 3ed. rev. Porto Alegre. Artes Médicas.
- American Psychiatric Association. DSM IV. (2000). *Manual diagnóstico e estatístico de Transtornos Mentais*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Anseau M; Bataille M; Briole G & Nayer A. Controlled comparison of tianeptine, alprazolam and mianserin in the treatment of adjustment disorders with anxiety and depression. *Human Psychopharmacology: Clinical and Experimental*. 1996; 11: pp.293-298.
- Bardagi M.P.& Hutz C.S. (2011). Eventos estressores no contexto acadêmico: uma breve revisão da literatura brasileira. *Interação Psicol.*,15(1), pp.111-119
- Bolu A, Doruk A, Ak M, Özdemir B & Özgen F. Suicidal behavior in adjustment disorder patients. *Dusunen Adam*, 2012, 25(1), pp.58–62.
- Bourin M, Bougerol T, Guitton B & Broutin E. A combination of plant extracts in the treatment of outpatients with adjustment disorder with anxious mood: Controlled study versus placebo. *Fundam Clin Pharmacol*. 1997;11: pp.127–32.
- Calais, S.L; Carrara, K; Brum, M.M; Batista, K; Yamada, J. K & Oliveira, J. S. (2007). Stress entre calouros e veteranos de Jornalismo. *Estudos de Psicologia I*. Campinas I 24(1) I, pp. 69-77.
- Carta, M.G., Balestrieri M., Murru A & Hardoy M.C. (2009). Adjustment Disorder: epidemiology, diagnosis and treatment. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*; pp.5:15
- Casey P, Dowrick C & Wilkinson G. (2001). Adjustment disorders. Faultline in the psychiatric glossary. *British Journal of Psychiatry*,179: pp.479-81.

- Casey, P. & Baley, S. (2011). Adjustment disorders: the state of the art. *World Psychiatry*, 10: pp.11-18.
- Cerchiari, E.A.N. (2004). *Saúde mental e qualidade de vida em estudantes universitários*. Campinas. Tese de doutorado. Instituto de Ciências Médicas. Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, Brasil.
- Dannemann, S., Einsle, F., Kampf, F., Joraschky, P., Maerker, A & Weidner, K. (2010). Anpassungsstörungen nach einem neuen diagnostischen Konzept bei Patienten einer psychosomatischen Poliklinik – Beschwerden, Veränderungsbereitschaft und Psychotherapiemotivation. *Z Psychosom Med Psychother*, 56, pp. 231-243.
- De Wit S, Cremers L, Hirsch D, Zulian C, Clumeck N & Kormoss N. Efficacy and safety of trazodone versus clorazepate in the treatment of HIV-positive subjects with adjustment disorders: A pilot study. *Journal of Internal Medical Research*. 1999; 27: pp.223–32.
- Einsle, F., Köllner, V., Dannemann, S. & Maercker, A. (2010). Development and validation of a self-report for the assessment of adjustment disorders. *Psychology, Health & Medicine*, 15, pp 584-595.
- Eisenberg, D; Gollust, S. E.; Golberstein, E & Hefner, J. L. (2007). Prevalence and correlates of depression, anxiety, and suicidality among university students. *American Journal of Orthopsychiatry*, Vol 77(4), pp.534-542.
- Facundes, V.L & Ludemir, A.B. (2005). Transtornos mentais comuns em estudantes da área de saúde. (2005). *Revista Brasileira de Psiquiatria*. Vol.27, n.3, pp. 194-200.
- Favassa C T, Armiliato N & Calinine I. (2005) Aspectos Fisiológicos e Psicológicos do Estresse. *Revista de Psicologia da UnC*, vol. 2, n. 2, p. 84-92. www.nead.uncnet.br/revista/psicologia
- Fernández A., et al. (2012). Adjustment disorders in primary care: prevalence, recognition and use of services. *Br J Psychiatry*. Aug;201: pp.137-42.
- Goldberg, D. P., Gater, R., Sartorius, N., Ustun, T. B., Piccinelli, M., Gureje, O. & Rutter, C. (1997). The validity of two versions of the GHQ in the WHO study of mental illness in general health care. *Psychol Med*, 27(1), pp.191-197.
- Gonzales-Jaimes E.I &Turnbull-Plaza B. Selection of psychotherapeutic treatment for adjustment disorder with depressive mood due to acute myocardial infarction. *Arch Med Res*. 2003; 34: pp.298–304. doi: 10.1016/S0188-4409(03)00051-1.
- Gouveia, V. V., Chaves, S. S. S., Oliveira, I. C. P., Dias, M. R., Gouveia, R. S. V. & Andrade, P. R. (2003). A utilização do QSG-12 na população geral: Estudo de sua validade de construto. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 19(3), pp.241-238.
- Granado, J.I.F., Santos, A.A.A., Almeida, L.S., Soares, A.P & Guisande, M. A. (2005). Integração acadêmica de estudantes universitários: Contributos para a adaptação e validação do QVA-r no Brasil. *Psicologia e Educação*, 12(2), pp.31-43.
- Horowitz M. J. (1997). *Stress Response Syndromes*. 3 ed. Northvale. Aronson.

- Hung yen-Lin, et al. (2013). Psychiatric disorders of patients seeking obesity treatment. *BMC Psychiatry*, vol 13: 1.
- Jojić B. R & Leposavić L. M. (2005a) Autogenic training as a therapy for adjustment disorder in adolescents. *Srp Arh Celok Lek*; 133: pp.424–8. doi: 10.2298/SARH0510424J
- Jojić B. R & Leposavić L. M. (2005b). Autogenic training as a therapy for adjustment disorder in adults. *Srp Arh Celok Lek*; 133: pp.505–9. doi: 10.2298/SARH0512505J
- Klink JJJ Van der, et al. (2003). Reducing long term sickness absence by an activating intervention in adjustment disorders: a cluster randomized controlled design. *Occup Environ Med*; 60: pp.429–37. doi: 10.1136/oem.60.6.429.
- Kramer U, De Roten Y, Michel L & Despland JN. (2009). Early change in defence mechanisms and coping in short-term dynamic psychotherapy: relations with symptoms and alliance. *Clin Psychol Psychother*. Sep-Oct;16(5): pp.408-17. doi: 10.1002/cpp.616.
- Kramer U, Despland JN, Michel L, Drapeau M & De Roten Y. (2010). Change in defense mechanisms and coping over the course of short-term dynamic psychotherapy for adjustment disorder. *J Clin Psychol*; Dec;66(12): pp.1232-41. doi: 10.1002/jclp.20719. Epub 2010 Sep7.
- Lipp, M. E. N. (2007). Transtorno de Adaptação. *Boletim Academia Paulista de Psicologia*. São Paulo, SP. Ano XXVII, 001, pp.72-82.
- Lipp, M.E.N. & Malagris, L.E.N. (2001). *O stress emocional e seu Tratamento*. In: B. Rangé, (Org.) *Psicoterapias Cognitivo-Comportamentais: Um Diálogo com a Psiquiatria* (Cap.28, pp.475-490). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Maercker A, Einsle F & Kollner V. (2007). Adjustment disorder as Stress response syndromes: a new diagnostic concept and it's exploration in a medical sample. *Psychopathology*; 40: pp.135–146.
- Maercker A., et al. (2013) Diagnosis and classification of disorders specifically associated with stress: proposals for ICD-11. *World Psychiatry*, Oct;12(3): pp.198-206.
- Manoranjitham S. D, Rajkumar A. P & Thangadurai P. (2010). Risk factors for suicide in rural south India. *Br J Psychiatry*, 196: pp.26–30.
- Margis R, Picon P, Cosner A. F & Silverira R O. (2003). Relação entre estresse, estressores e ansiedade. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*; abril, 25'(suplemento 1): pp.65-74.
- Monteiro, C.F; Freitas & J.F; Ribeiro, A.A. (2007). Estresse no Cotidiano Acadêmico: O Olhar dos Alunos de Enfermagem. *Esc Anna Nery R Enferm*. mar; 11 (1): pp.66 - 72.
- Neves, M.C & Dalgalarondo, P. (2007). Transtornos Mentais Auto-Referidos em estudantes universitários. *Jornal Brasileiro de psiquiatria*, 56 (4), pp. 237-344. São Paulo.
- Nguyen N, et al. (2006). Efficacy of etifoxine compared to lorazepam monotherapy in the treatment of patients with adjustment disorders with anxiety: a double-blind controlled study in general practice. *Hum Psychopharmacol*; 21: pp.139–49. doi: 10.1002/hup.757.

- NHMRC (National Health and Medical Research Council). (2000). *How to Review the evidence: systematic identification and review of the scientific literature*. Handbook series on preparing clinical practice guideline. Canberra. Austrália.
- Nieuwenhuijsen K, Verbeek J. H, de Boer A. G, Blonk R. W, & van Dijk F. J. (2010). Irrational Beliefs in Employees with an Adjustment, a Depressive, or an Anxiety Disorder: a Prospective Cohort Study. *J Ration Emot Cogn Behav Ther.*, Jun;28(2): pp.57-72.
- Organização Mundial de Saúde. (1965). CID-8. *Classificação estatística internacional de doenças*; 8ª revisão. Washington, DC.
- Organização Mundial de Saúde. (1978). CID-9. *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados à saúde*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo.
- Organização Mundial de Saúde. (2000). CID-10. *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados à Saúde*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo.
- Pelkonen M, Marttunen M, Henriksson M & Lönnqvist J. (2007). Adolescent adjustment disorder: precipitant stressors and distress symptoms of 89 outpatients. *Eur Psychiatry*. Jul;22(5):pp.288-95.
- Peruzzo, S; Cattanis, B. C; Guimarães, E. R, et al. (2008). Estresse e Vestibular como Desencadeadores de Somatizações em Adolescentes e Adultos Jovens. *Psicol Argum.*, out./dez., 26(55), pp.319 – 327. Porto Alegre.
- Presicci A, Lecce P, Ventura P, Margari F, Tafuri S & Margari L. (2010). Depressive and adjustment disorders - some questions about the differential diagnosis: case studies. *Neuropsychiatr Dis Treat*; Sep 7;6:pp.473-81.
- Rajmohan, V & Surech, K. K. (2013). Psychiatry Morbidity, pain perception and functional status of chronic pain patients in palliative care. *Indian J Palliat Care*. Sep-Dec; 19(3): pp146–151.
- Santos, A. A. A. & Suehiro, A. C. B. (2007). Instrumentos de avaliação da integração e da satisfação acadêmica: estudos de validade. *Revista Galego-Portuguesa de Psicoloxía e Educación*, 14, pp.107-119
- Santos, L. & Almeida, L.S. (2001). Vivências acadêmicas e rendimento escolar: estudo com alunos universitários do 1º ano. *Análise Psicológica*, XIX, pp.205-217.
- Sarkar, R., & Krüger, S. (2008). Bupropion in the treatment of adjustment disorder. *Acta Neuropsychiatrica*; 20(5), pp.282-283.
- SEBRAE/RJ. (2011). Informações Socioeconômicas do Município de Seropédica. Acesso em: [http://bis.sebrae.com.br/GestorRepositorio/ARQUIVOS_CHRONUS/bds/bds.nsf/2B904C75C322DA47832579A50043C83B/\\$File/NT0004740E.pdf](http://bis.sebrae.com.br/GestorRepositorio/ARQUIVOS_CHRONUS/bds/bds.nsf/2B904C75C322DA47832579A50043C83B/$File/NT0004740E.pdf)

- Semprini, F. Fava, G.A & Sonino, N. (2010). The spectrum of adjustment disorders: too broad to be clinically helpful. *CNS Spectr.* Jun;15(6): pp.382-8.
- Shaffer CS;Shapiro J;Sank LI & Coghlan DJ. (1981). Positive changes in depression, anxiety, and assertion following individual and group cognitive behavior therapy intervention. *Cognitive Therapy and Research*, June, Volume 5, Issue 2, pp 149-157.
- Shamsuddin K., et al. (2013) Correlates of depression, anxiety and stress among Malaysian university students. *Asian Journal of Psychiatry*. Vol. 6 issue 4, pp.318-323.
- Souza, S. S, Baptista, M. N & Alves, G. A.(2008). Suporte familiar e saúde mental: evidência de validade baseada na relação entre variáveis. *Aletheia* 28, p.45-59, jul./dez. Canoas .ISSN 1413-0394
- Strain, J.J. & Frideman, F.J. Considering Adjustment Disorder as Stress Response Syndrome for DSM V. *Depression and Anxiety*, 2011, 28: pp.818-823.
- Uhlenhuth E. H;Balter M. B;Ban T. A & Yang K. (1995). International study of expert judgement on therapeutic use of benzodiazepines and other psychotherapeutic medications: II. Pharmacotherapy of anxiety disorders. *J Affect Disord*; Dec 18;35(4):pp.153-62.
- Viljus, S. (2013). *Adjustment disorder new module: the adaption and validation of a self-report questionnaire for the assessment of adjustment disorder*. University of Tartu. Acesso em janeiro de 2014, em: <http://hdl.handle.net/10062/31791>
- Woelk H, Arnoldt K. H, Kieser M & Hoerr R. (2007). Ginkgo biloba special extract EGb 761((R)) in generalized anxiety disorder and adjustment disorder with anxious mood: A randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *J Psychiatr Res*; 41(6):pp.472–80. doi: 10.1016/j.jpsychires.2006.05.004.

Apêndice A- Termo de Consentimento Livre de pesquisa

Você está sendo convidado (a) a participar, como voluntário, da pesquisa que avaliará a relação entre vida acadêmica e saúde. O documento abaixo contém todas as informações necessárias sobre a pesquisa que estamos fazendo. Sua colaboração neste estudo será de muita importância para nós, mas se houver desistência em participar a qualquer momento, isso não lhe causará nenhum prejuízo.

Estou ciente que:

1. O estudo tem objetivo de conhecer os aspectos que envolvem a vida acadêmica.
2. A participação neste projeto não tem objetivo de me submeter a um tratamento, bem como não me acarretará qualquer ônus pecuniário com relação aos procedimentos avaliativos efetuados com o estudo.
3. Tenho a liberdade de desistir ou de interromper a colaboração neste estudo no momento em que desejar, sem necessidade de qualquer explicação.
4. A desistência não causará nenhum prejuízo a minha saúde ou bem estar físico. Não irá interferir em minhas atividades escolares ou atendimento.
5. Os resultados obtidos neste estudo serão mantidos em sigilo, mas concordo que sejam divulgados em publicações científicas, desde que os meus dados pessoais não sejam mencionados.
6. Estou ciente que minha identidade e dados pessoais não serão divulgados, sendo mantidos em sigilo.
7. Caso eu deseje, posso pessoalmente tomar conhecimento dos resultados gerais, ao final desta pesquisa, entrando em contato com os (as) pesquisadores (as) no endereço referido abaixo da assinatura do pesquisador responsável.

_____, _____ de _____ de 2013

Nome completo do participante

Assinatura

Ass. Responsável pelo projeto.
Wanderson Fernandes de Souza (Psicólogo)
Telefone para contato: (21) 8722-9245
e-mail: pesquisaonlinebr@gmail.com

Apêndice B – Questionário de Informações Gerais

- 1) Idade : _____
- 2) Gênero: () Masculino () Feminino
- 3) Estado Civil: () Solteiro(a) () Casado(a) () Divorciado/Separado
() “Mora Junto” () Viúvo
- 4) Filhos? () Sim () Não
- 5) Curso: _____ 6) Ano/Semestre de ingresso na Universidade: _____
- 7) Ano/Semestre previsto de formatura:: _____ 8) Turno: _____
- 9) Quantidade de reprovações em disciplinas?
() Nenhuma () 1 ou 2 () 3 ou mais
- 10) Coeficiente de Rendimento Acumulado (CRA): _____
- 11) Cidade de Origem: _____
- 12) Local de Moradia: () Alojamento com vaga () Alojamento “acochambrado”
() República () Família () Outros: _____
- 13) Mora com quantas pessoas durante as aulas?
() Sozinho(a) () 1 () 2 () 3 () 4 ou mais
- 14) Com que frequência visita a família?
() Diariamente () Semanalmente () 1-2 vezes/mês () Férias/ Feriados
() Quase nunca / Nunca
- 14) Possui alguma atividade remunerada?
() Não () Trabalho formal () Bolsas () Outros
- 15) Já sentiu / sente necessidade de atendimento psicológico?
() Sim () Não

8 ANEXOS

Anexo A- Questionário de Saúde Geral (*General Health Questionnaire – GHQ-12*)

Gostaríamos de saber se você tem apresentado algum problema médico e como você tem passado de saúde, tomando por base as últimas semanas. Não esqueça que queremos somente saber sobre os problemas atuais e mais recentes e não sobre aqueles que você teve no passado.

ULTIMAMENTE...

1. Você tem sido capaz de se manter atento (prestando atenção) nas coisas está fazendo?

- | | | | |
|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Melhor do que de costume | <input type="checkbox"/> O mesmo de sempre | <input type="checkbox"/> Menos que de costume | <input type="checkbox"/> Muito menos que de costume |
|---|--|---|---|

2. Você tem perdido muito o sono por preocupação?

- | | | | |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> De jeito nenhum | <input type="checkbox"/> Não mais que de costume | <input type="checkbox"/> Um pouco mais que de costume | <input type="checkbox"/> Muito mais que de costume |
|--|--|---|--|

3. Você tem achado que está tendo um papel útil na vida que está levando?

- | | | | |
|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Melhor do que de costume | <input type="checkbox"/> O mesmo de sempre | <input type="checkbox"/> Menos que de costume | <input type="checkbox"/> Muito menos que de costume |
|---|--|---|---|

4. Você tem se sentido capaz de tomar decisões?

- | | | | |
|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Melhor do que de costume | <input type="checkbox"/> O mesmo de sempre | <input type="checkbox"/> Menos que de costume | <input type="checkbox"/> Muito menos que de costume |
|---|--|---|---|

5. Você tem se sentido se sentido constantemente agoniado(a) e tenso(a)?

- | | | | |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> De jeito nenhum | <input type="checkbox"/> Não mais que de costume | <input type="checkbox"/> Um pouco mais que de costume | <input type="checkbox"/> Muito mais que de costume |
|--|--|---|--|

6. Você tem notado que está difícil de superar suas dificuldades?

- | | | | |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> De jeito nenhum | <input type="checkbox"/> Não mais que de costume | <input type="checkbox"/> Um pouco mais que de costume | <input type="checkbox"/> Muito mais que de costume |
|--|--|---|--|

7. Você tem sido capaz de desfrutar (fazer agradavelmente) suas atividades normais de cada dia?

- | | | | |
|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Melhor do que de costume | <input type="checkbox"/> O mesmo de sempre | <input type="checkbox"/> Menos que de costume | <input type="checkbox"/> Muito menos que de costume |
|---|--|---|---|

8. Você tem sido capaz de enfrentar seus problemas?

Melhor do que de costume

O mesmo de sempre

Menos que de costume

Muito menos que de costume

9. Você tem se sentido triste e deprimido(a)?

De jeito nenhum

Não mais que de costume

Um pouco mais que de costume

Muito mais que de costume

10. Você tem perdido a confiança em você mesmo?

De jeito nenhum

Não mais que de costume

Um pouco mais que de costume

Muito mais que de costume

11. Você tem se achado uma pessoa sem muito valor?

De jeito nenhum

Não mais que de costume

Um pouco mais que de costume

Muito mais que de costume

12. Você tem se sentido feliz de modo geral?

Melhor do que de costume

O mesmo de sempre

Menos que de costume

Muito menos que de costume

Anexo B – Inventário de Avaliação do Transtorno de Adaptação (SR-AD)

SR-TA
 Abaixo há uma lista de eventos estressantes que podem ocorrer na vida das pessoas. Por favor, indique aqueles que aconteceram com você nos últimos 6 meses e que te incomodaram ou ainda incomodam. Marque quantos forem necessários.

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Doença Cardíaca | <input type="checkbox"/> Pressão para respeitar prazos | <input type="checkbox"/> Conflitos familiares |
| <input type="checkbox"/> Doença Crônica | <input type="checkbox"/> Conflito com colegas | <input type="checkbox"/> Divórcio/Separação |
| <input type="checkbox"/> Outra doença grave | <input type="checkbox"/> Conflito com superiores | <input type="checkbox"/> Adoecimento de alguém próximo |
| <input type="checkbox"/> Perda de emprego inesperada | <input type="checkbox"/> Morte de alguém próximo | <input type="checkbox"/> Excesso ou falta de trabalho |
| <input type="checkbox"/> Problemas Financeiros | <input type="checkbox"/> Outro evento estressante (envolvendo eu não a Universidade) | |

Os eventos acima podem ter diversas consequências para o nosso bem-estar e comportamento. Abaixo você irá encontrar diversas afirmativas a respeito das reações que estes eventos podem causar. Primeiramente, indique a frequência com que estas afirmativas se aplicam a você. Depois, indique por quanto tempo tem tido esta reação. Pode não ser tão fácil indicar a informação correta, mas tente fazer uma estimativa desta duração. Caso não tenha indicado nenhum evento estressante acima, você pode pular as questões seguintes.

	Frequência na última semana			Duração			
	Nunca	Raramente	Algumas Vezes	Sempre	<1 Mês	1-6 Meses	>6 meses
1 Desde o evento estressante me sinto triste e desanimado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 As outras pessoas têm me dito que mudei muito desde o evento estressante.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Tenho que pensar repetidamente sobre o evento estressante.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Eu tento evitar falar sobre o evento estressante sempre que possível.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Eu tenho que pensar bastante sobre o evento estressante e isso é um fardo/peso para mim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Eu raramente faço as atividades que costumava gostar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Se eu pensar a respeito do evento estressante, me sinto realmente ansioso.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Não me interessa por mais nada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 Eu tento evitar algumas coisas que possam me lembrar do evento estressante.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 Desde o evento estressante, eu fico assustado com certas situações.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Algunas				<1 Mês	1-6 Meses	>6 meses
	Nunca	Raramente	Ve- zes	Sempre			
11 Eu já considerei tirar minha própria vida devido ao evento estressante.	<input type="checkbox"/>						
12 Eu me pergunto se algo assim poderia acontecer comigo novamente.	<input type="checkbox"/>						
13 Se possível, tento não pensar sobre o evento estressante, mas considero difícil.	<input type="checkbox"/>						
14 Estou nervoso e inquieto desde o evento estressante.	<input type="checkbox"/>						
15 Tenho me distanciado dos outros desde o evento estressante.	<input type="checkbox"/>						
16 Desde o evento estressante, "perco a paciência" muito mais rápido do que antes, mesmo com pequenas coisas.	<input type="checkbox"/>						
17 Desde o evento estressante encontro dificuldade para me concentrar em algumas coisas.	<input type="checkbox"/>						
18 Eu tento apagar o evento estressante da minha memória.	<input type="checkbox"/>						
19 Não sinto mais confiança em fazer algumas coisas desde o evento estressante.	<input type="checkbox"/>						
20 Devido ao evento estressante, tenho notado que estou me tornando mais irritável.	<input type="checkbox"/>						
21 Lembro constantemente do evento estressante e não consigo parar de pensar nele.	<input type="checkbox"/>						
22 Tento conter/suprimir meus sentimentos porque estes são um fardo/peso para mim.	<input type="checkbox"/>						
23 Meus pensamentos frequentemente giram em torno de coisas relacionadas ao evento estressante.	<input type="checkbox"/>						
24 Desde o evento estressante tenho medo de fazer algumas coisas ou de me envolver em certas situações.	<input type="checkbox"/>						
25 Desde o evento estressante eu não gosto mais de ir ao trabalho ou realizar as tarefas do dia-a-dia.	<input type="checkbox"/>						
26 Tenho me sentido desanimado desde o evento estressante e tenho poucas esperanças para o futuro.	<input type="checkbox"/>						
27 Desde o evento estressante não consigo dormir adequadamente.	<input type="checkbox"/>						
28 Desde o evento estressante não me vejo planejando ou optando por fazer coisas agradáveis.	<input type="checkbox"/>						
29 Desde o evento estressante eu me distanciei da minha família, dos amigos e/ou conhecidos.	<input type="checkbox"/>						

Anexo C - Parecer do Comitê de ética na Pesquisa da UFRRJ



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO RIO DE JANEIRO
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
COMISSÃO DE ÉTICA NA PESQUISA DA UFRRJ / COMEP

Protocolo N° 298/2012

PARECER

O Projeto de Pesquisa intitulado “*Avaliação da relação entre vida acadêmica e saúde mental em estudantes da Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro – Campus Seropédica*”, sob a responsabilidade do Prof. Dr. Wanderson Fernandes de Souza, do Departamento de Psicologia do Instituto de Educação, processo 23083.009461/2012-12, atende os princípios éticos e está de acordo com a Resolução 196/96 que regulamenta os procedimentos de pesquisa envolvendo seres humanos.

UFRRJ, 01/02/2013


Prof. Dra. Aurea Echevarria Neves Lima
Pró-reitora de Pesquisa e Pós-graduação