



LISBOA

UNIVERSIDADE  
DE LISBOA



FACULDADE DE  
**MEDICINA**  
LISBOA

# **TRABALHO FINAL**

## **MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA**

---

Clínica Universitária de Psiquiatria e Psicologia Médica

### **O espectro obsessivo-compulsivo em estudantes universitários**

Joana Margarida Botelho Vieira

---

**Fevereiro'2019**



LISBOA

UNIVERSIDADE  
DE LISBOA



FACULDADE DE  
**MEDICINA**  
LISBOA

# **TRABALHO FINAL**

## **MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA**

---

Clínica Universitária de Psiquiatria e Psicologia Médica

### **O espectro obsessivo-compulsivo em estudantes universitários**

Joana Margarida Botelho Vieira

**Orientado por:**

Prof. Doutor Samuel Filipe Gomes Pombo

---

**Fevereiro'2019**

## **Resumo**

Introdução: A população universitária, entre eles os estudantes de medicina, são parte muito importante da sociedade dos dias de hoje. Porém, segundo vários estudos, os estudantes são uma população em maior risco de desenvolvimento de perturbações psiquiátricas, entre as quais, as associadas ao espectro obsessivo-compulsivo.

Objetivo: Avaliar a dimensão das perturbações do espectro obsessivo-compulsivo, as suas características e os seus sintomas, nos estudantes universitários.

Métodos: Foi feita uma pesquisa nas bases de dados PubMed e Sciencedirect, utilizando os termos MeSH incluídos nas palavras-chave. Foram excluídos da pesquisa estudos de caso, meta-análises, estudos de revisão, estudos em animais e estudos que incluíam outras perturbações psiquiátricas que não as do espectro obsessivo-compulsivo.

Resultados: A maioria dos estudos revistos demonstraram prevalências elevadas de perturbações do espectro obsessivo-compulsivo entre os 3 e 5%. Mostraram também uma associação frequente e importante com outras patologias como depressão, ansiedade, suicídio, perturbação de hiperatividade e défice de atenção e abuso de álcool. Parece ainda haver mais sintomatologia nos primeiros anos do curso de medicina.

Discussão e Conclusão: Vários estudos concluíram que a população de estudantes de medicina tem uma maior prevalência de perturbação obsessivo-compulsiva. E que tanto esta como outras perturbações deste espectro, como perturbação dismórfica corporal, perturbação da acumulação e perturbação da escoriação estão associadas a várias comorbilidades, que culminam muitas vezes com um mau funcionamento e má qualidade de vida, em vários domínios. Deste modo, realça-se a importância de diagnosticar e tratar atempadamente estas perturbações e para tal, será necessária mais investigação na área e um melhor rastreamento da sintomatologia, para um seguimento adequado destes estudantes.

Palavras-chave: comportamento obsessivo-compulsivo, sintomas obsessivo-compulsivos, perturbação obsessivo-compulsiva, estudantes universitários, estudantes de medicina.

“O Trabalho Final exprime a opinião do autor e não da FML.”

## **Abstract**

Introduction: College students, among them medical students, are a very important part of today's society. However, according to several studies, students are a population at greater risk for the development of psychiatric disorders, including those associated with the obsessive-compulsive spectrum.

Objective: To assess in university students the range of obsessive-compulsive spectrum disorders, their characteristics and their symptoms.

Methods: This research was performed on the PubMed and Sciencedirect database using the MeSH terms included in the keywords below. Case studies, meta-analyzes, review studies, animal studies and studies that included other psychiatric disorders other than obsessive-compulsive disorder were excluded from this study.

Results: Most of the reviewed studies have demonstrated high prevalence of obsessive-compulsive spectrum disorders, between 3 and 5%. They also showed a frequent and important association with other pathologies such as depression, anxiety, suicide, attention-deficit/hyperactivity disorder and alcohol abuse. There seems to be more symptomatology at the beginning of medical school course.

Discussion and Conclusions: Several studies have shown that the population of medical students has a higher prevalence of obsessive-compulsive disorder. And that this disease and other ones of this spectrum, such as body dysmorphic disorder, hoarding disorder and excoriation disorder are associated with several comorbidities, which often result in poor functioning and poor quality of life. Therefore, it is important to diagnose and treat these diseases in a timely manner and for that it will be needed more investigation in this area and a better screening of the symptoms for an adequate follow-up.

Keywords: obsessive-compulsive behavior, obsessive-compulsive symptoms, obsessive-compulsive disorder, college students, medical students.

This Final Work expresses the author's opinion, not FMUL's.

## **Índice:**

Abreviaturas e acrónimos	6
Introdução	7
Saúde mental nos estudantes de medicina	7
Espectro obsessivo-compulsivo	8
Perturbação obsessivo-compulsiva	9
Perturbação da acumulação	11
Perturbação dismórfica corporal	12
Tricotilomania	13
Perturbação da escoriação	14
Métodos	16
Resultados	17
Discussão	21
Conclusão	27
Agradecimentos	28
Referências bibliográficas	29

## **Abreviaturas e acrónimos**

POC – Perturbação Obsessivo-Compulsiva

DSM-5 – Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (5ª edição)

TCC – Terapia Cognitivo-Comportamental

ISRS – Inibidores Seletivos da Recaptação da Serotonina

ECP – Estimulação Cerebral Profunda

SOC(s) – Sintoma(s) Obsessivo-Compulsivo(s)

PHDA – Perturbação da Hiperatividade e Défice de Atenção

ICD-10 – Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (10ª versão)

## **Introdução**

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define a saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afeções e enfermidades” e deste modo podemos concluir a importância que a saúde mental tem na qualidade de vida de cada indivíduo. Pode-se, ainda, definir a saúde mental como “um estado de bem-estar no qual o indivíduo percebe o seu próprio potencial, é capaz de lidar com o stress normal da vida, trabalhar de forma produtiva e frutífera e de dar um contributo para a sua comunidade”.<sup>[1]</sup>

Deste modo, a saúde mental daqueles que cuidam da saúde dos outros, nomeadamente médicos e por consequente, estudantes de medicina, adquire uma pertinência muito grande.

Esta população, quando comparada com a população geral, apresenta uma maior prevalência de perturbações como ansiedade, depressão, abuso de substâncias, perturbação obsessivo-compulsiva (POC), suicídio, entre outros.<sup>[2, 3, 4]</sup>

Existem muitos fatores nesta população que podem comprometer a sua saúde mental, como por exemplo: dificuldade na adaptação ao curso, progressiva consciencialização das dificuldades do curso/carreira, enorme pressão para memorizar grandes conteúdos de matéria, competição entre colegas, falta de tempo para estar com a família e amigos, medo de falhar, falta de tempo para momentos de lazer, contacto com a doença e a morte, consciencialização da grande responsabilidade e da dificuldade que tratar de doentes representa, entre outros. Todos estes fatores contribuem para um aumento do stress/ansiedade, cansaço, mau estar geral, falta de concentração, dificuldades no sono, entre muitos outros que, em conjunto, levam a uma diminuição da saúde mental, e consequentemente, da saúde desta população.<sup>[3, 5]</sup>

Geralmente estes sintomas parecem aumentar mais nos anos básicos, altura em que os estudantes são, pela primeira vez, confrontados com este tipo de situações, o que pode indicar um possível efeito cumulativo desses vários fatores sociais e ambientais no decréscimo da sua saúde mental.<sup>[3, 5]</sup> Segundo outro estudo, os níveis de saúde mental são menores durante o 3º ano do curso de medicina em Portugal.<sup>[5]</sup>

Por sua vez, os níveis elevados de stress psicológico podem levar a um risco aumentado de “burnout”, suicídio e outras perturbações mentais, originando assim uma

espécie de ciclo vicioso. Para além disso, afetam as capacidades de aprendizagem e o desenvolvimento de habilidades técnicas e, deste modo, a qualidade dos cuidados de saúde oferecidos aos doentes pode acabar por ser prejudicada. <sup>[5]</sup>

Entre estudantes universitários, o suicídio é a segunda causa mais frequente de morte (a seguir aos acidentes rodoviários) e os sintomas depressivos parecem ser preditores de ideação suicida. <sup>[6, 7]</sup> Para além disto, os médicos representam um grupo de risco, onde existe um maior risco de suicídio comparando com a população não-médica. <sup>[7]</sup> Numa revisão sistemática recente estimou-se que a prevalência de ideação suicida em estudantes de medicina era de 7,4 a 24,2%. <sup>[8]</sup> Parece então óbvio que, tanto estudantes de medicina como médicos, têm maior risco de ideação suicida/suicídio e, como tal, devem ter algum seguimento e acompanhamento.

A população estudantil, designadamente os alunos de medicina, quer seja pelo seu contexto universitário específico <sup>[3, 5, 9]</sup> ou pelas características de personalidade <sup>[2, 10, 11]</sup>, parece ter uma maior vulnerabilidade ao desenvolvimento de algumas perturbações mentais, entre elas, as do espectro obsessivo-compulsivo <sup>[2, 3, 4, 9, 10, 11, 12]</sup>. Assim, esta revisão, tem como objetivo avaliar as características e sintomatologia do espectro obsessivo-compulsivo, bem como as suas perturbações, nos estudantes universitários.

### **Perturbações do espectro obsessivo-compulsivo**

Segundo o DSM-5, o espectro Obsessivo-Compulsivo contempla: a Perturbação Obsessivo-Compulsiva, a perturbação dismórfica corporal, a perturbação de acumulação, a tricotilomania (perturbação de “puxar o cabelo”), a perturbação de escoriação (*skin-picking*), a perturbação obsessivo-compulsivo e relacionadas, induzidas por substância/medicamento, a perturbação obsessiva-compulsiva e relacionadas devidas a outra condição médica, outra perturbação obsessiva-compulsiva e relacionadas especificadas e a perturbação obsessiva-compulsiva e relacionadas não especificadas (p. ex. ciúme obsessivo). <sup>[13]</sup>

A breve descrição das perturbações que se segue foi feita com base nos dados e informações presentes no DSM-5.

## **Perturbação Obsessivo-Compulsiva**

A Perturbação Obsessivo-Compulsiva define-se, segundo o DSM-5, pela presença de obsessões ou compulsões ou ambas. As obsessões podem ser definidas como pensamentos, impulsos ou imagens recorrentes e persistentes que são vistos pelo indivíduo como indesejáveis e intrusivos e que causam ansiedade ou sofrimento, de tal modo que indivíduo vai tentar ignorá-los ou suprimi-los, executando outro pensamento ou ação. As compulsões são comportamentos ou atos mentais repetitivos que o indivíduo se sente compelido a fazer como resposta a uma obsessão, deste modo, estas ações tem como objetivo prevenir ou diminuir a ansiedade ou sofrimento, ou evitar alguma situação que o doente teme. Para além disto, é necessário que as obsessões e/ou compulsões consumam tempo e/ou causem alterações e stress significativos na vida diária e que não sejam melhor explicadas por outra condição ou efeito de substâncias. <sup>[13]</sup>

Esta perturbação é então caracterizada por pensamentos obsessivos, que podem ser palavras, ideias ou crenças, que os doentes reconhecem como seus e que aparecem súbita e involuntariamente na sua mente e, como geralmente não são agradáveis, tentam eliminá-los. É esta combinação de reconhecimento da compulsão e a sua resistência que caracteriza os sintomas obsessivos. Podem existir também rumações, impulsos e rituais relacionados com as obsessões, fobias e graus variados de ansiedade, depressão e despersonalização. <sup>[14]</sup>

Vários estudos sugerem que esta perturbação é a 4ª perturbação mental mais comum, a seguir às fobias, abuso de substâncias e depressão major. <sup>[15, 16]</sup>

A OMS considerou a POC como a 6ª perturbação psiquiátrica mais incapacitante, por perda de rendimentos e de qualidade de vida. Percebe-se então que esta perturbação tem um impacto profundo nos doentes, pois encontra-se muitas vezes associada com perturbações da ansiedade e de humor, depressão, perturbações no controlo de impulsos e de abuso de substâncias. <sup>[17, 14]</sup>

O conteúdo específico das obsessões e compulsões varia entre os indivíduos afetados. No entanto, existem certos temas/dimensões que são frequentemente identificados, como: os de limpeza (com obsessões por contaminação e compulsões por limpeza); simetria (onde existem obsessões por simetria e compulsões por repetição, organização e/ou contagem); pensamentos proibidos ou tabus (onde aparecem por

exemplo, obsessões agressivas, sexuais ou religiosas e compulsões relacionadas com estas); e de danos (como medo de causar danos a si mesmo ou a outros e compulsões de verificação a isso associadas).<sup>[13]</sup>

### Epidemiologia

A POC pode-se iniciar na infância ou na idade adulta. Na infância, parece ser mais frequente no sexo masculino e quando surge na idade adulta (incluindo a perturbação que surge durante a puberdade) é mais comum em mulheres.<sup>[4, 16]</sup> A prevalência a 12 meses desta perturbação parece rondar os 1,1 a 1,8%<sup>[13, 11]</sup> e na prevalência durante toda a vida obtêm-se valores de 1,9 a 3,3%<sup>[11, 12]</sup>. Nos estudos feitos em crianças a prevalência varia entre 1 a 4%<sup>[14, 16]</sup>, mas pensa-se que permanece sem diagnóstico e tratamento em 90% dos casos.<sup>[4]</sup>

### Etiologia

A etiologia da POC é multifatorial, envolvendo componentes ambientais e genéticos. Estudos efetuados nesta área indicam que há um risco maior de desenvolver esta perturbação, quatro vezes superior, se os familiares de 1º grau também estiverem afetados. Também foram encontradas associações entre esta perturbação e vários genes, como o gene codificador do transportador de glutamato e serotonina (gene SLC1A1), o recetor 5-HT<sub>2A</sub> e o gene do fator neurotrópico derivado do cérebro.<sup>[14, 18]</sup>

Apesar disto, os fatores ambientais, como stress, traumas e as experiências diárias, têm grande importância no desenvolvimento da POC e levam também a modificações na transcrição e expressão de genes. Foi documentado que doentes com POC que sentiam maior nível de stress que os controlos tinham também menores níveis de cortisol basal matinal, o que demonstra uma pior adaptação ao stress crónico, que poderá ser um fator de risco para POC, mostrando assim a importância da epigenética.<sup>[18]</sup> A contribuição da genética parece ser maior nos indivíduos diagnosticados na infância.<sup>[19]</sup>

Para além disto, foram também descobertas algumas alterações na estrutura e/ou função do cérebro nestes doentes, através da associação com outras “doenças” cerebrais, como Síndrome de la Tourette, coreia de Sydenham e PANDAS (*Pediatric Autoimmune Neuropsychiatric Disorders Associated with Streptococcal Infection*) e através de estudo de imagem do cérebro destes doentes, que mostraram várias alterações<sup>[14, 19]</sup>, como um aumento de volume da matéria cinzenta no estriado e uma diminuição da mesma no córtex

orbitofrontal, dorsomedial e cingular anterior e anormalidades na função quer em repouso quer durante a sintomatologia obsessiva-compulsiva, onde se nota aumento da função nestas zonas e também ao nível do tálamo. [9, 14, 16, 19]

### Prognóstico

Cerca de 2/3 dos doentes melhoram no primeiro ano, mas quando não melhoram no prazo de um ano, alguns seguem um curso flutuante e outros tornam-se crónicos. O prognóstico é melhor quando é desencadeado por um evento precipitante, quando a adaptação social e ocupacional é boa e os sintomas são episódicos. O prognóstico é pior quando se inicia na infância, afeta o sexo masculino ou existe concomitantemente uma perturbação da personalidade. [14, 4]

### Tratamento

O tratamento da POC engloba 2 grandes componentes: medicação e terapia cognitiva-comportamental (TCC).

O tratamento de primeira linha corresponde à TCC, seguida dos ISRS (Inibidores Seletivos da Recaptação da Serotonina).

Atualmente, o tratamento farmacológico mais recomendado são os ISRS, por reduzirem os sintomas obsessivos. Em casos de menor eficácia, pode mudar-se para um ISRS diferente ou adicionar um segundo fármaco, nomeadamente clomipramina ou um agente antipsicótico atípico, em baixa dose, como a risperidona e aripripazol. [14, 19, 9]

Existem também tentativas de tratamento da POC com neurocirurgia e estimulação cerebral profunda (ECP) mas os resultados ainda são escassos. Atualmente pondera-se a opção ECP na POC resistente aos tratamentos. [14]

### **Perturbação da acumulação**

A perturbação da acumulação é caracterizada por uma dificuldade persistente de se desfazer ou despedir de bens, independentemente do seu valor real, devido a uma forte necessidade de os guardar e à angústia associada a separar-se deles. Nesta perturbação, a acumulação é tanta que leva à congestão de áreas que deste modo ficam impossibilitadas

de ser usadas para o seu objetivo inicial, podendo, em alguns casos, chegar mesmo a ser consideradas inseguras e não sanitárias. <sup>[13]</sup>

Apesar da inconveniência que acaba por causar nas suas vidas, os indivíduos com esta patologia não fazem tentativas para resistir à tentação de acumular e ainda se sentem ansiosos, chateados ou zangados se for feita alguma tentativa de diminuir o material aglomerado. Ao contrário do que se passa na POC, aqui os pensamentos sobre acumulação não são tidos como intrusivos, repetitivos ou causadores de stress e não são considerados inapropriados pelo próprio. <sup>[13]</sup>

### Epidemiologia

Um grau moderado de acumulação parece ser comum na população geral. Graus mais elevados parecem afetar cerca de 2 a 4% da população. <sup>[14, 20]</sup> A acumulação patológica parece estar associada a um componente genético familiar forte. Alguns artigos estimam que esta perturbação aumente com a idade, seja mais frequente em famílias com salários baixos e seja 2 vezes mais frequente em homens. Parece haver associação ao álcool, mas não com a POC. <sup>[14]</sup>

### Tratamento

O tratamento desta patologia é muitas vezes difícil, pela falta de “insight”, mas foram demonstrados resultados positivos com a terapêutica cognitivo-comportamental, semelhante à usada na POC, e também com o uso de ISRS e venlafaxina. <sup>[14]</sup>

Apesar da dificuldade de tratamento, é muito importante reconhecer e tratar esta perturbação, pois representa uma preocupação de saúde pública com ramificações potencialmente sérias quer para o próprio indivíduo quer para a sua comunidade.

### **Perturbação dismórfica corporal**

Nesta perturbação, anteriormente conhecida como dismorfofobia, existe uma preocupação excessiva com um ou mais defeitos físicos, que não são observáveis ou que apenas parecem ligeiras a terceiros. Essas preocupações são intrusivas, indesejadas e consumidoras de tempo e geralmente difíceis de resistir ou controlar. Para além disto, acompanha-se de comportamentos repetitivos, que o indivíduo se sente compelido a

executar como resposta a essas preocupações, mas sem que com isso tenha prazer e que muitas vezes levam a um aumento da ansiedade e tristeza. <sup>[13]</sup> Esses comportamentos podem ser vários, como por exemplo, verificar-se constantemente no espelho, limpeza excessiva, puxar a pele, ou tentativas de melhorar ou esconder o defeito e podem ainda ser atos mentais, como comparar a sua aparência com a de outras pessoas. Toda esta situação causa sofrimento ao doente ou então prejudica o seu funcionamento nas várias áreas da vida, particularmente a nível social. <sup>[14, 13]</sup>

Essa apreensão afeta mais frequentemente certas áreas, como o nariz, boca orelhas, mamas, nádegas ou pénis. <sup>[14]</sup>

### Epidemiologia

A prevalência desta perturbação é cerca de 2,4% nos adultos norte-americanos. O início dá-se mais frequentemente na adolescência e tem uma evolução crónica, que pode ter flutuações ao longo do tempo. <sup>[13]</sup>

Existe associada a esta perturbação uma grande comorbilidade, nomeadamente com depressão major, ansiedade social, abuso de substâncias, POC e tentativas de suicídio. <sup>[14, 13]</sup>

### Tratamento

O tratamento da perturbação dismórfica corporal, quando não secundária a outra doença, é geralmente difícil. Existem algumas evidências a favor de ISRS e da terapia cognitivo-comportamental, mas o mais importante é uma relação terapêutica bem estabelecida, de modo a que o doente se sinta compreendido. Muitos doentes exigem fazer cirurgia estética, que na maioria dos casos está contraindicada, pois muito frequentemente continuam insatisfeitos após a operação. <sup>[14]</sup>

### **Tricotilomania**

Na tricotilomania ou perturbação de arrancar o cabelo os indivíduos afetados arrancam recorrentemente os seus próprios cabelos, daí resultando em perda de cabelo, geralmente visível. Este comportamento pode envolver qualquer área corporal em que cresçam pelos, mas mais frequentemente afeta o couro cabeludo, sobrancelhas e pestanas.

Para este diagnóstico é também necessário que este ato cause sofrimento significativo ou perturbe o funcionamento social, profissional e/ou de outras áreas e que sejam feitas tentativas de parar ou diminuir o arrancamento de cabelo. Estas tentativas podem levar a um aumento dos sentimentos de tensão e o ato de puxar o cabelo poderá estar associado a prazer ou alívio. O cabelo extraído pode ser mastigado e engolido (tricofagia), causando “bolas de pelo”, que podem levar a obstrução intestinal. Os estados emocionais que desencadeiam a necessidade de puxar o cabelo e os rituais que o acompanham variam consoante cada indivíduo. Indivíduos com esta perturbação podem também sentir necessidade de arrancar pelos de outros, de animais de estimação, de bonecas ou outros materiais fibrosos. [14, 13]

### Epidemiologia

Pode surgir na infância, adolescência ou só na idade adulta. A prevalência em adultos e adolescentes é, aproximadamente, de 1 a 2%. É mais frequente em mulheres e pode ser crónica ou episódica. [14, 13]

Frequentemente aparece associada a perturbações da ansiedade, do humor e do controlo de impulsos, como abuso de substâncias, a depressão major, a perturbação da escoriação e a POC. [13, 14]

### Tratamento

Atualmente não existem grandes evidências que apontem para uma terapêutica específica como a mais eficaz. Entre os vários estudos não existe consenso, sendo que já foram sugeridas várias terapias dentro das quais, psicológicas, comportamentais, cognitivo-comportamental, relaxamento muscular progressivo e até terapêutica farmacológica, com clomipramina e N-acetilcisteína. [14]

### **Perturbação da escoriação**

Esta patologia, também conhecida como “skin-picking”, escoriação neurótica ou dermatilomania, tem como característica fundamental o beliscar/puxar frequente e recorrente da própria pele, causando lesões. Associado a isto existem tentativas repetidas para parar ou diminuir esse comportamento, uma vez que este causa sofrimento ao doente ou distúrbios no funcionamento social, ocupacional ou noutras áreas importantes do

funcionamento. Foi relatado sofrerem mais problemas familiares, evitarem sair em público, faltarem mais ao trabalho e à escola e 1/3 tem mais dificuldades no estudo. <sup>[13]</sup>

Os locais mais frequentemente agredidos são o rosto, braços e mãos. Podem beliscar pele saudável ou irregularidades da pele, como borbulhas ou crostas de lesões anteriores. Este comportamento pode ser desencadeado ou acompanhado por vários estados emocionais, como ansiedade ou tédio e pode levar a um sentimento de prazer ou de alívio quando a pele ou crosta são arrancadas. <sup>[13]</sup>

### Epidemiologia

Na população adulta, a prevalência desta perturbação parece variar entre 1 e 5%. <sup>[21]</sup> Aparece mais frequentemente no sexo feminino e geralmente inicia-se durante a adolescência. É mais comum em indivíduos que têm concomitantemente POC e em indivíduos com familiares de 1º grau afetados. Na maioria dos casos, é crónica, podendo ter remissões e recidivas se não for corretamente tratada. <sup>[13]</sup>

Muitas vezes é acompanhada de outras perturbações mentais, como POC, tricotilomania e depressão major <sup>[13, 21]</sup>

### Tratamento

Ainda não existem muitas evidências sobre qual o tratamento mais eficaz. Do ponto de vista farmacológico podem ser usados ISRS (como a fluoxetina), lamotrigina, N-acetilcisteína. A terapêutica comportamental parece ser boa para tratamento de primeira linha. <sup>[22]</sup>

A agressão crónica aos tecidos muitas vezes leva a cicatrizes, podendo levar a infeções com necessidade de antibioterapia e eventualmente cirurgia. <sup>[13]</sup>

## Métodos

Foi feita uma pesquisa nas bases de dados PubMed e Sciencedirect, utilizando os termos MeSH “obsessive-compulsive disorder” OR “obsessive-compulsive symptoms” OR “obsessive compulsive behavior” AND “medical students”. Foram analisados títulos, artigos e *abstracts* limitados ao período de novembro de 1984 a março de 2018 e na língua inglesa e portuguesa.

Para a escolha das referências para este trabalho foi dada prioridade aos estudos mais recentes e relevantes para o tema. O objetivo foi fazer uma revisão da literatura já existente sobre o tema e dela retirar as conclusões mais relevantes.

Posteriormente, foram também incluídos alguns artigos referenciados nos artigos da primeira pesquisa. Foram ainda consultados os livros Shorter Oxford Textbook of Psychiatry, 7ª edição, de P. Harrison, P. Cowen, T. Burns e M. Fazel e Diagnostic and statistical manual of mental disorders (*DSM-5*®), de 2013, da American Psychiatric Association.

Critérios de inclusão: serem estudantes universitários, nomeadamente estudantes de medicina, fazer referência a sintomas das perturbações do espectro obsessivo-compulsivo (de acordo com o DSM-5), serem estudos experimentais/empíricos.

Critérios de exclusão: estudos de caso, meta-análises, estudos de revisão, estudos em animais, estudos que incluam outras perturbações psiquiátricas que não o espectro obsessivo-compulsivo (exemplos: depressão, perturbação bipolar, esquizofrenia).

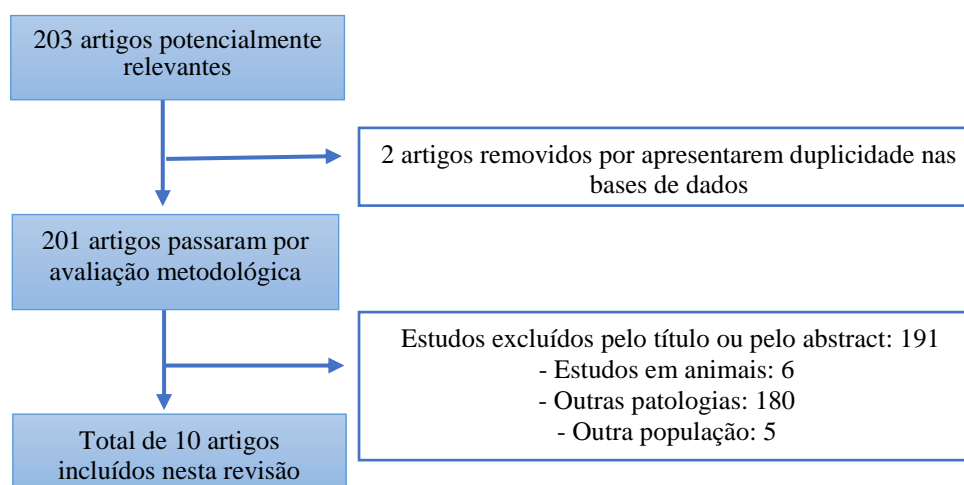


Imagem 1. Fluxograma da estratégia da busca dos artigos

## **Resultados**

Nesta pesquisa, foram encontrados 203 artigos, publicados a partir de 1980. Destes, 10 artigos foram selecionados pela sua adequação com o tema deste trabalho de revisão, consoante a informação que estava presente nos seus títulos ou abstracts. Dos artigos escolhidos todos eram estudos transversais e efetuados com base em amostras de estudantes universitários, englobando faculdades de medicina entre outras faculdades e alguns com base especificamente uma população de estudantes de medicina. As características desses estudos estão representadas na Tabela 1.

**Tabela 1.** Descrição das características dos estudos incluídos na pesquisa bibliográfica.

Autores (ano)	País	N	Desenho do estudo	Instrumento de medida	Resultados e Conclusões
Lloyd e colaboradores (1984)	EUA	285 estudantes de medicina (48% ♀)	Transversal	Questionário, Hopkins Symptoms Checklist	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mulheres tinham mais sintomatologia e mais facilmente procuram ajuda;</li> <li>- Aparecia mais sintomatologia no 2º ano (de um curso com 4 anos) e menos no último ano;</li> <li>- Estudantes de medicina apresentaram níveis elevados de sintomatologia psiquiátrica, nomeadamente sintomas obsessivo-compulsivos, sensibilidade interpessoal e depressão; que podem refletir disposições pré-existentes ou emergir pelo ambiente da faculdade.</li> </ul>
Bohne e colaboradores (2002)	EUA	101 estudantes universitários americanos (82% ♀) comparados com 122 estudantes alemães (73% ♀)	Transversal	Questionário, Body Dysmorphic Disorder Questionnaire, Beck Depression Inventory, Beck Anxiety Inventory, Maudsley Obsessive-Compulsive Inventory, Self-Esteem Scale, Skin-Picking Inventory	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nos americanos houve correlação entre a confiança no geral e a confiança no seu próprio corpo;</li> <li>- A confiança no seu próprio corpo estava inversamente correlacionada com: sintomas depressivos, sintomas somáticos de ansiedade e sintomas obsessivo-compulsivos;</li> <li>- Comparativamente com os alemães, os americanos tinham mais preocupações com o corpo (1/3 da amostra) e menores níveis de autoconfiança corporal; mas a percentagem de estudantes com critérios de perturbação dismórfica corporal não variou significativamente entre os 2 grupos (estudantes americanos 4% e alemães 5,3%);</li> <li>- Estudantes americanos tendiam a ter mais sintomas depressivos;</li> <li>- 4% dos estudantes americanos (sem diferenças entre géneros) preencheram critérios do DSM-5 para perturbação dismórfica corporal.</li> </ul>
Chandavarkar e colaboradores (2007)	EUA	427 estudantes de medicina (66% ♀)	Transversal	Leyton Obsessional Inventory-Short Form, Spielberger State-Trait Anxiety Inventory-Trait version, Beck Depression Inventory – 2a versão, Wender Utah Rating Scale	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 5,2% dos estudantes tinham POC provável;</li> <li>- A POC estava mais associada ao 1º ano da faculdade;</li> <li>- 5% dos estudantes tinham critérios para depressão moderada;</li> <li>- 11,5% tinham critérios para perturbação de ansiedade;</li> <li>- 2,4% tinham critérios para PHDA;</li> <li>- Os SOC's afetaram mais o sucesso académico no 2º e 3º anos de curso;</li> <li>- Os sintomas de ansiedade, depressão e de atenção foram mais elevados no 3º ano da faculdade e estavam associados a uma visão negativa do desempenho do próprio estudante; os SOC's foram diminuindo ao longo dos anos e não parecem estar relacionados como uma visão negativa quanto ao desempenho próprio;</li> <li>- O risco de SOC's em estudantes de medicina foi mais baixo que o documentado nos estudantes universitários, apesar dos casos de POC clinicamente significativa;</li> <li>- Os SOC's podem surgir de padrões de desenvolvimento, com picos de sintomatologia nas idades de maior independência (2-5 anos e adultos jovens);</li> <li>- Uma menor perceção do seu desempenho académico foi encontrada em mulheres, estudantes mais velhos e/ou com sintomas depressivos e obsessões de limpeza e contaminação;</li> <li>- Vale a pena rastrear para sintomas depressivos, mas para SOC's e ansiedade não é necessário, porque não parecem afetar a perceção do próprio (com exceção dos medos de contaminação).</li> </ul>

Leibovici e colaboradores (2014)	Israel	2176 estudantes universitários (incluindo escola médica) (64,3% ♀)	Transversal	Questionário, Skin Picking Questionnaire da Universidade de Stanford, Obsessive-Compulsive Inventory, Beck Depression Inventory, Minnesota Impulsive Disorders Interview	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Descobriu-se uma prevalência significativamente aumentada de perturbação de escoriação nos familiares de 1º grau dos estudantes com critérios diagnósticos positivos (importância da componente genética);</li> <li>- Indivíduos com maiores pontuações no teste de escoriação tendiam a ter mais comportamentos sexuais compulsivos, perturbação da ansiedade generalizada e perturbações do comportamento alimentar e abuso de álcool (mais em homens);</li> <li>- Não parece haver relação com depressão, POC e perturbações relacionadas com POC;</li> <li>- Na população adulta, a prevalência da perturbação da escoriação varia entre 1,25% e 5,4%;</li> <li>- A prevalência das estudantes com critérios positivos para perturbação da escoriação neste estudo foi de 3%, sem diferenças significativas entre géneros.</li> </ul>
Torres e colaboradores (2016)	Brasil	471 estudantes de medicina (58% ♀)	Transversal	Questionário, Obsessive-Compulsive Inventory-Revised, Beck Depression Inventory	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prevalência de POC provável entre estudantes de medicina foi de 3,8% (maior que na população geral);</li> <li>- Depressão é a comorbidade mais frequente na POC, onde 8% dos estudantes tinham sintomas depressivos clinicamente relevantes;</li> <li>- A POC era mais severa em alunos do 1º ano, indivíduos com dificuldades na adaptação e quando há sintomas depressivos concomitantemente (67% dos doentes com POC que procuraram tratamento tinham também depressão major);</li> <li>- 30% dos estudantes de medicina recebiam ou receberam tratamento psicológico e/ou psiquiátrico;</li> <li>- A POC leva a uma menor qualidade de vida e, portanto, devem ser tomadas medidas para identificar e tratar a POC em estudantes de medicina, devendo prestar-se especial atenção a alunos do 1º ano.</li> </ul>
Timpano e colaboradores (2015)	China	303 estudantes universitários chineses (73% ♀) (incluía escola médica) e 87 americanos (68% ♀)	Transversal	Saving Inventory Revised – versão chinesa, Saving Beliefs Questionnaire	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Os participantes chineses apresentaram mais sintomas de acumulação do que os estudantes americanos;</li> <li>- Todas as categorias (ligação emocional, memórias, controlo, responsabilidade, desperdício, usabilidade e estética) estavam significativamente correlacionadas com os sintomas da perturbação de acumulação nos americanos;</li> <li>- Só as categorias de usabilidade e desperdício estavam significativamente correlacionadas com os sintomas de acumulação nos chineses;</li> <li>- Chineses pontuaram mais alto nas escalas de depressão em relação aos americanos;</li> <li>- A perturbação de acumulação parece estar presente nas várias partes do mundo (e não só nos países desenvolvidos, como anteriormente sugerido) e reflete a cultura de cada local, que influencia os sintomas principais;</li> <li>- Os temas sobre os quais se baseia a perturbação de acumulação são diferentes quando se comparam americanos com não americanos/europeus.</li> </ul>
Huz e colaboradores (2015)	EUA	474 estudantes universitários (68% ♀)	Transversal	Questionários, Beck Depression Inventory, Suicide Behaviour Questionnaire-Revised, Psychiatric Diagnostic Screening Questionnaire e consulta/entrevista por um clínico se score BDI>13	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 35,7% dos estudantes tinham 1 ou mais SOCs;</li> <li>- Os SOCs mais comuns foram obsessões sobre causar dano a outros e rituais de confirmação associados;</li> <li>- 27,3% dos estudantes universitários tinham critérios para diagnóstico clínico de depressão e 61,7% dos estudantes com depressão tinham também 1 ou mais SOCs concomitantemente;</li> <li>- Se associado a depressão, a presença de 1 ou mais sintomas obsessivo-compulsivos está associado a maior risco de suicídio;</li> <li>- Os fatores de risco independentes para suicídio identificados foram obsessões sobre falar ou agir violentamente e obsessões sobre ser perigoso para alguém;</li> </ul>

					<ul style="list-style-type: none"> <li>- Os SOC's estavam presentes em 1/3 dos estudantes e a sua ocorrência estava fortemente relacionada com a gravidade da depressão;</li> <li>- É importante rastrear os estudantes universitários para esta sintomatologia.</li> </ul>
Harries e colaboradores (2017)	EUA	305 (100 estudantes de medicina, 102 estudantes de direito e 100 controle)	Transversal	Leyton Obsessional Inventory	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tanto estudantes de direito como de medicina apresentavam SOC's relacionados com confirmação, ordenação, rotinas e atenção ao detalhe;</li> <li>- Estudantes de medicina tinham mais SOC's relacionados com limpeza e arrumação;</li> <li>- Estudantes de direito têm SOC's mais relacionados com dificuldade em tomar decisões e duvidar de si próprios;</li> <li>- Ambos tendiam a resistir mais aos SOC's comparativamente ao grupo controle com SOC's;</li> <li>- A POC tem associado um aumento de risco de comorbidades, que é importante tendo em conta a elevada prevalência de suicídio nos médicos;</li> <li>- Estudantes de medicina e de direito tinham mais SOC's comparativamente com o grupo controle.</li> </ul>
Jaisooraya e colaboradores (2017)	Índia	4926 estudantes universitários (incluindo escola médica) (64,5% ♀)	Transversal	Questionário, Clinical Schedule-Revised, Alcohol, Smoking, Substance Involvement Screening Test, Kessler's Psychological Distress Scale, Barkey Adult ADHD Rating Scale-IV, outros	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 3,3% dos estudantes cumpriram critérios para POC;</li> <li>- 8,5% dos estudantes cumpriram critérios para POC subclínica (mais nos homens);</li> <li>- Os SOC's mais comuns foram pensamentos proibidos (tabus) e rituais mentais;</li> <li>- Nos estudantes com POC subclínica havia maior uso de álcool e tabaco, stress psicológico, pensamentos e tentativas suicidas, história de abuso sexual e PHDA;</li> <li>- Nos estudantes com POC clínica era mais provável existir insucesso académico, uso de tabaco e álcool, stress psicológico, pensamentos e tentativas de suicídio, história de abuso sexual e PHDA, depressão e perturbação da ansiedade;</li> <li>- Até a POC subclínica está associada a morbilidade significativa e deste modo, também necessita de seguimento adequado, para diminuir a morbilidade.</li> </ul>
Torres e colaboradores (2018)	Brasil	475 estudantes de medicina (59% ♀)	Transversal	Questionário, Beck Depression Inventory, Social Phobia Inventory, Obsessive-Compulsive Inventory-Revised, Body Shape Questionnaire, Self-Reporting Questionnaire, Alcohol Use Disorder Identification Test, Social Support Scale	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ideação suicida ocorreu em 7,2 % dos estudantes; mais frequentemente em alunos do 3º ano;</li> <li>- Os fatores associados a maior ideação suicida foram viver sozinho, pensamentos sobre desistir do curso, sintomas depressivos moderados ou severos e POC provável;</li> <li>- A ideação suicida nos estudantes de medicina é bastante alta (a variar de 7 a 14%);</li> <li>- Existe grande relação entre POC e ideação suicida;</li> <li>- Deve ser feita um "rastreamento" ativo para ajudar quem se encontra nestes grupos de risco.</li> </ul>

Legenda da Tabela 1: BDI - Beck Depression Inventory; EUA – Estados Unidos da América; PHDA/ADHD – Perturbação de Hiperatividade e Déficit de Atenção; POC – Perturbação Obsessivo-compulsiva; SOC's – sintomas obsessivo-compulsivos;

## Discussão

O objetivo desta tese foi perceber, na literatura, a dimensão da problemática do espectro obsessivo-compulsivo na população de estudantes universitários, principalmente de medicina. Fazendo uma síntese de alguns dos dados mais relevantes encontrados parece existir efetivamente uma maior prevalência de POC, perturbação da escoriação e perturbação de acumulação nos estudantes universitários, comparativamente com a população geral. Para além disto, existem algumas características e sintomas frequentemente mais encontrados nesta população e que parecem surgir mais frequentemente em determinadas alturas e/ou ser desenvolvidos ao longo do curso.

Quanto à prevalência das perturbações do espectro obsessivo-compulsivo na população alvo esta parece ser mais alta quando comparada com a população geral. Segundo Lloyd e colaboradores, os estudantes de medicina apresentavam um aumento significativo dos sintomas obsessivo-compulsivos (SOCs), de 2 desvios padrão, relativamente à população geral. <sup>[2]</sup> Huz e colaboradores descobriram também que cerca de um terço (35,7%) dos estudantes universitários estudados tinham 1 ou mais SOCs, ainda significativamente relacionados com depressão. <sup>[6]</sup> Jaisooriya e colaboradores referiam ainda que até um quarto da população sofre de SOCs em alguma altura da sua vida e que alguns estudos reportavam uma prevalência de até 12,6% de POC subclínica. No estudo efetuado, 3,3% dos estudantes universitários cumpriam critérios do ICD-10 para POC (sem diferenças entre géneros) e 8,5% cumpriam critérios para POC subclínica (maior prevalência no sexo masculino), resultados esses semelhantes aos dos estudos epidemiológicos. <sup>[12]</sup>

Quanto à determinação específica das prevalências das várias perturbações incluídas neste espectro, Chandavarkar e colaboradores obtiveram como resultado que 5,2% dos estudantes de medicina cumpriam critérios para POC provável <sup>[10]</sup>; já Bohne e colaboradores determinaram que na sua amostra 4% dos estudantes americanos apresentavam critérios do DSM-5 para diagnóstico de perturbação dismórfica corporal (sem diferenças entre géneros). <sup>[23]</sup> Leibovici e colaboradores ao estudarem a prevalência da perturbação da escoriação em estudantes universitários israelitas obtiveram uma prevalência de 3%, sem diferenças significativas entre géneros e semelhante à prevalência da população geral (1,3 a 5,4%). Demonstraram ainda uma maior prevalência desta perturbação nos familiares de 1º grau dos

participantes com critérios de diagnóstico para a perturbação. <sup>[21]</sup> Deste modo, contribuíram para reforçar a relevância da componente genética nesta perturbação.

Para além disto e de acordo com o estudo de Torres e colaboradores cerca de 30% dos estudantes de medicina recebiam ou receberam tratamento psicológico e/ou psiquiátrico e a prevalência de POC provável foi de 3,8%, maior que na população geral. <sup>[9]</sup>

Harries e colaboradores compararam o nível de obsessão de estudantes de medicina, estudantes de direito e a população geral e descobriram que os estudantes de ambos os cursos reportaram maior número de SOCs. <sup>[11]</sup>

Entre os vários estudos foram encontradas algumas diferenças entre géneros e outras características das amostras que são discutidas em seguida. Segundo Lloyd e colaboradores, as mulheres demonstravam mais sintomatologia no geral e mais provavelmente procuravam por tratamento psiquiátrico e os homens apresentavam mais SOCs. <sup>[2]</sup>

Torres e colaboradores associaram algumas características a uma maior gravidade da POC, nomeadamente: ser aluno do 1º ano (mais associado a obsessões de limpeza e confirmação), ter dificuldades adaptativas (relacionado com acumulação, neutralização e ordenação excessivas) e ter sintomas depressivos concomitantes (o SOC mais frequentemente associado era a acumulação). <sup>[9]</sup>

Bohne e colaboradores apontaram que, comparativamente com os alemães, os estudantes americanos tinham mais preocupações com o corpo (1/3 da amostra) e menores níveis de autoconfiança corporal; mas, no fim do estudo, verificaram que a percentagem de estudantes com critérios de perturbação dismórfica corporal não variou significativamente entre os 2 grupos (estudantes americanos com prevalência de 4% e os alemães com cerca de 5,3%). <sup>[23]</sup> Timpano e colaboradores também concluíram que parece existir variabilidade entre as manifestações da perturbação da acumulação consoante as diferentes culturas (europeias e não-europeias). A amostra chinesa mostrou maior prevalência de sintomas associados a acumulação, principalmente nas categorias relacionadas com a usabilidade e o desperdício. Na amostra americana todas as categorias (ligação emocional, memórias, sensação de controlo, responsabilidade, desperdício, usabilidade e importância estética) encontravam-se correlacionadas com os sintomas de perturbação de acumulação. <sup>[20]</sup> É de prever que consoante as diferentes culturas, os padrões de beleza e a pressão sociocultural que estes exercem variem

e que isto leve a diferenças na percepção e preocupação com a aparência que depois originam discrepâncias nas prevalências e características deste tipo de perturbações nas diferentes culturas.

Ao compararem estudantes de medicina e de direito, Harries e colaboradores, repararam que ambos expressavam SOCs relacionados com confirmação, ordenação, rotinas e atenção aos detalhes. Para além destes, os estudantes de medicina tinham maior frequência de obsessões por limpeza e arrumação, enquanto os estudantes de direito tinham maior correlação com dificuldade em tomar decisões, duvidar de si próprios e sintomatologia típica da perturbação da acumulação. Estas diferenças podem estar relacionadas com as características e exigências da própria faculdade e profissão (exemplo, possibilidade de infeções e argumentação de casos em tribunal, respetivamente). Em adição, ambos os estudantes parecem ter uma maior consciência da necessidade de resistir aos SOCs e maior capacidade para tal, comparativamente com a população geral. <sup>[11]</sup>

As conclusões relacionadas com o ano do curso universitário em que existia maior sintomatologia foram diferentes consoante os vários estudos. Segundo Torres e colaboradores esta diferença explica-se por haver uma grande variabilidade nos métodos de ensino/cursos das várias universidades, o que revela a necessidade de serem feitos mais estudos para identificar fatores específicos associados ao maior risco. <sup>[7]</sup>

Apesar disto, existem alguns dados sobre esta questão. De acordo com Llyod e colaboradores parece haver menos sintomas no último ano e mais no início do curso. <sup>[2]</sup> Torres e colaboradores também associaram o 1º ano do curso de medicina a uma maior prevalência de SOCs, como confirmação e limpeza exageradas. <sup>[9]</sup> Já Chandavarkar e colaboradores relataram existir mais sintomas depressivos, défice de atenção e ansiedade no 3º ano do curso (correspondente ao primeiro ano clínico), enquanto os SOCs parecem diminuir ao longo dos anos de curso. <sup>[10]</sup>

Os sintomas obsessivo-compulsivos, que os estudos concluíram como sendo os mais comuns, também variaram consoante os artigos, em parte devido à diversidade de escalas utilizadas para diagnosticar e caracterizar a mesma perturbação. Como tal, Lloyd e colaboradores referiram que os estudantes de medicina pareciam ter mais indecisão, maior necessidade de fazer as coisas com calma, de modo a terem a certeza que as estão a fazer bem,

e confirmar várias vezes o seu trabalho. <sup>[2]</sup> Já para Chandavarkar e colaboradores, os SOCs mais comuns eram aqueles relacionados com confirmações/dúvidas, contaminação, atenção ao detalhe e pensamentos desagradáveis/preocupações. <sup>[10]</sup> De acordo com os resultados de Huz e colaboradores, os SOCs mais comuns em estudantes universitários eram obsessões sobre causar dano ou ser um perigo para outros e rituais de confirmação associados a estas crenças. <sup>[6]</sup> No estudo de Jaisoorya e colaboradores, os SOCs mais comuns foram os pensamentos proibidos/tabus (67,1%) e rituais mentais (57,4%). <sup>[12]</sup>

Relativamente ao suicídio, vários estudos demonstraram que é significativamente relevante nesta população. Segundo Huz e colaboradores, quando associado a depressão, a presença de 1 ou mais SOCs está relacionada com um maior risco de suicídio. Se retirarmos a variável depressão, só a presença de obsessões agressivas (associadas a ações ou pensamentos violentos) e as obsessões relacionadas com causar dano involuntário a terceiros é que parecem estar significativamente relacionadas com a ideação suicida. <sup>[6]</sup> De acordo com Torres e colaboradores, 7,2% dos estudantes de medicina reportaram ideação suicida, sendo esta mais frequentemente referida por estudantes do 3º/4º ano (que correspondem a anos pré-clínicos/teóricos e clínicos, respetivamente). Estes alunos referiram um maior uso de medicamentos psiquiátricos e tratamento psicológico/psiquiátrico após entrar na escola médica. Os fatores mais associados à ideação suicida foram viver sozinho, pensamentos/vontade de abandonar o curso, ter POC provável ou SOCs relevantes e sintomas depressivos. <sup>[7]</sup>

Para além de todas estas variáveis já apresentadas parece ainda existir uma associação frequente a outras comorbilidades. Segundo Lloyd e colaboradores, os estudantes de medicina para além de SOCs apresentavam ainda mais ansiedade, depressão e sensibilidade interpessoal. Em estudos anteriores, cerca de 15 a 25% dos estudantes de medicina cumpriam critérios para pelo menos um diagnóstico psiquiátrico. Cerca de 4 a 18% do corpo estudantil tinha stress suficiente para os motivar a procurar assistência terapêutica. <sup>[2]</sup>

De acordo com os resultados de Huz e colaboradores, 27,3% dos estudantes universitários tinham critérios para diagnóstico clínico de depressão e 61,7% dos estudantes com depressão tinham também 1 ou mais SOCs concomitantemente. <sup>[6]</sup> Segundo Torres e colaboradores, 8% dos estudantes de medicina tinham sintomas depressivos clinicamente importantes, reafirmando a depressão como uma das comorbilidades mais comuns na POC, o que também pode ser explicado por estas duas perturbações partilharem semelhanças clínicas

e cognitivas, como culpa excessiva, indecisão, pensamentos catastróficos (obsessões ou ruminacões) e responsabilidade pessoal. Alguns estudos indicam que 67% dos pacientes com POC que procuraram tratamento tinham também depressão major. <sup>[9]</sup>

Segundo Jaisoorya e colaboradores, estudantes com POC clínica e subclínica tinham maior probabilidade de abuso de álcool, stress psicológico, pensamentos e tentativas de suicídio, história de abuso sexual e perturbação de hiperatividade e déficit de atenção (PHDA). Para além destas, os que tinham POC clínica apresentavam ainda mais insucesso académico, maior uso de álcool e tabaco, depressão e ansiedade. <sup>[12]</sup> Assim, fica evidente que mesmo a POC subclínica está associada a comorbilidades significativas.

Chandavarkar e colaboradores apontaram que 11,5% dos estudantes de medicina apresentavam critérios para perturbação da ansiedade e 2,4%, para PHDA. <sup>[10]</sup>

Leibovici e colaboradores observaram uma maior tendência para outros problemas psiquiátricos, como ansiedade generalizada, comportamento sexual compulsivo e perturbações do comportamento alimentar. Observaram também que a perturbação da escoriação era ainda acompanhada por uma maior ingestão de álcool nos homens e que as mulheres se achavam menos atrativas. Não encontraram associação entre esta perturbação e a depressão, a POC ou outras perturbações relacionadas com POC, como a tricotilomania e perturbação dismórfica corporal. <sup>[21]</sup>

Após a descoberta dos seus vários resultados, os autores tentaram arranjar uma explicação plausível para as suas conclusões. No geral, achavam que se poderia tratar de duas situações principais: ou se tratavam de traços da personalidade já existentes, que forneciam algum tipo de vantagem e que permitiam que os estudantes entrassem mais “facilmente” nessas faculdades; ou os estudantes entravam sem essas patologias e com o decorrer do curso e por qualquer motivo (como por exemplo, uma resposta às grandes exigências e stress do curso) iam desenvolvendo essa sintomatologia. <sup>[2, 10, 11]</sup> Quando ponderaram qual das hipóteses seria a mais provável, a que pareceu mais fidedigna à generalidade dos autores foi a primeira, que defende que os estudantes já tinham a patologia ou traços dela e que só depois entraram no curso. Isto baseado no facto de existirem estudos que defendem que, na maioria dos casos de POC no adulto, esta já estava presente desde a infância, o que nos pode levar a pensar que talvez estes traços influenciem a escolha de carreira, justificando, assim, a elevada prevalência desta

sintomatologia em alguns cursos (como Medicina e Direito). <sup>[10, 11]</sup> Apesar disto, existem também autores que consideram a segunda opção como a mais provável, dando maior impacto à grande responsabilidade e exigência das escolas médicas, que por si só podem originar muita ansiedade e SOCs, o que também parece ser apoiado pelo facto de que a prevalência de SOCs parecer variar consoante os diferentes anos do curso de medicina. <sup>[9, 10]</sup> De qualquer maneira, é extremamente importante um correto diagnóstico, seguimento e tratamento, pois estes grupos têm maior risco de comorbilidade e onde a prevalência de suicídio é grande.

Em todos os artigos revistos, os autores deixam claro que na POC, perturbação dismórfica corporal, da acumulação e da escoriação existe, com frequência, grande comorbilidade associada, que acaba sempre por prejudicar a qualidade de vida <sup>[2, 4, 6, 9, 10, 12, 21]</sup>, que acaba por levar à procura de tratamento. <sup>[9]</sup>

### Limitações

As amostras dos vários estudos apresentados podem não ser representativas da população inteira de estudantes universitários/estudantes de medicina, por serem amostras relativamente pequenas. Para além disto, regra geral, os estudos basearam-se em questionários e formulários anónimos e auto-preenchidos e não em entrevistas/rastreios efetuadas por psiquiatras, que permitiriam uma maior confiança no diagnóstico final. Outra limitação corresponde ao facto de que os vários estudos usaram escalas e testes, para medir o nível de perturbação, diferentes entre si, e algumas destas escalas basearam-se em traduções e retraduações de outras previamente usadas, o que pode fazer diminuir o grau de consistência e validade/precisão do resultado.

## **Conclusões**

É necessário que haja cada vez mais, uma maior sensibilização para estes temas, uma vez que parece definido que a população de estudantes de medicina tem prevalências elevadas ou, pelo menos significativas, de algumas destas patologias psiquiátricas, entre outras não discutidas nesta revisão.

Torna-se imprescindível um maior acompanhamento dos estudantes e talvez se justifique uma maior atenção aos estudantes do 1º ano, de modo a reconhecer e tratar mais cedo estas patologias para que não interfiram no seu percurso académico e bem-estar geral. Para tal, devia ser ponderada a implementação de programas institucionais de modo a receber estes alunos em risco e aumentar a integração entre pares e ajuda na adaptação a esta nova etapa da vida, se for esse o caso.

Em suma, torna-se óbvia a necessidade de: criar estratégias que promovam o bem-estar psicológico ao longo da formação médica; ensinar os estudantes a entender e a lidar com sintomas de stress; ajudá-los a reconhecer quando necessitam de ajuda e disponibilizá-la de modo facilmente acessível e livre de estigma.

## **Agradecimentos**

Ao aproximar-me do término deste percurso tão importante da minha vida queria expressar o meu agradecimento a todos aqueles que estiveram presentes e me apoiaram nesta viagem e que, de alguma forma, contribuíram para a realização deste trabalho.

Ao meu orientador, Professor Doutor Samuel Filipe Gomes Pombo, pela disponibilidade e ajuda ao longo da realização deste trabalho.

À minha família, por acreditarem sempre em mim e estarem sempre lá quando preciso. Por todo o carinho incondicional e coragem que me transmitiram, mesmo estando longe. À minha mãe por me ter ajudado a rever a tese, com toda a sua paciência e dedicação.

Aos meus amigos, quer os antigos, quer os novos que fui conhecendo ao longo do curso. Por me terem aturado ao longo destes 6 anos difíceis e por terem partilhado comigo tanto momentos bons e cheios de alegria como momentos de choros, incertezas e exames.

## Referências bibliográficas

1. World Health Organization. (2006). Constitution of the World Health Organization – Basic Documents, Forty-fifth edition, Supplement, October 2006.
2. Lloyd, C., & Gartrell, N. K. (1984). Psychiatric symptoms in medical students. *Comprehensive psychiatry*, 25(6), 552-565.
3. Aragão, J., Casiraghi, B., Mota, É., Abrahão, M., Almeida, T., Baylão, A., & Araújo, P. Saúde mental em estudantes de medicina Mental health in medical students.
4. Barzilay, R., Patrick, A., Calkins, M. E., Moore, T. M., Wolf, D. H., Benton, T. D., ... & Gur, R. E. (2018). Obsessive-Compulsive Symptomatology in Community Youth: Typical Development or a Red Flag for Psychopathology?. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*.
5. Roberto, A., & Almeida, A. (2011). Saúde mental de estudantes de medicina. *Acta Med Port*, 24(S2), 279-286.
6. Huz, I., Nyer, M., Dickson, C., Farabaugh, A., Alpert, J., Fava, M., & Baer, L. (2016). Obsessive-compulsive symptoms as a risk factor for suicidality in US college students. *Journal of Adolescent Health*, 58(4), 481-484.
7. Torres, A. R., Campos, L. M., Lima, M. C. P., & Ramos-Cerqueira, A. T. A. (2018). Suicidal ideation among medical students: prevalence and predictors. *The Journal of nervous and mental disease*, 206(3), 160-168.
8. Rotenstein, L. S., Ramos, M. A., Torre, M., Segal, J. B., Peluso, M. J., Guille, C., ... & Mata, D. A. (2016). Prevalence of depression, depressive symptoms, and suicidal ideation among medical students: a systematic review and meta-analysis. *Jama*, 316(21), 2214-2236.
9. Torres, A. R., Cruz, B. L., Vicentini, H. C., Lima, M. C. P., & Ramos-Cerqueira, A. T. A. (2016). Obsessive-compulsive symptoms in medical students: prevalence, severity, and correlates. *Academic Psychiatry*, 40(1), 46-54.
10. Chandavarkar, U., Azzam, A., & Mathews, C. A. (2007). Anxiety symptoms and perceived performance in medical students. *Depression and anxiety*, 24(2), 103-111.
11. Harries, M. D., Kim, S. W., & Grant, J. E. (2017). A comparative study of obsessionality in medical students, law students, and controls. *Psychiatric Quarterly*, 88(3), 603-610.
12. Jaisooraya, T. S., Reddy, Y. J., Nair, B. S., Rani, A., Menon, P. G., Revamma, M., ... & Thennarasu, K. (2017). Prevalence and correlates of obsessive-compulsive disorder and

- subthreshold obsessive-compulsive disorder among college students in Kerala, India. *Indian journal of psychiatry*, 59(1), 56.
13. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5)*. American Psychiatric Pub.
  14. Cowen, P., Harrison, P., & Burns, T. (2012). *Shorter Oxford textbook of psychiatry*. Oxford University Press.
  15. Halvaiepour, Z., & Nosratabadi, M. (2016). External criticism by parents and obsessive beliefs in adolescents: mediating role of beliefs associated with inflated responsibility. *Global journal of health science*, 8(5), 125.
  16. Helbing, M. L. C., & Ficca, M. (2009). Obsessive-compulsive disorder in school-age children. *The Journal of school nursing*, 25(1), 15-26.
  17. Angelakis, I., Gooding, P., Tarrier, N., & Panagioti, M. (2015). Suicidality in obsessive compulsive disorder (OCD): a systematic review and meta-analysis. *Clinical psychology review*, 39, 1-15.
  18. Grünblatt, E., Marinova, Z., Roth, A., Gardini, E., Ball, J., Geissler, J., ... & Walitza, S. (2018). Combining genetic and epigenetic parameters of the serotonin transporter gene in obsessive-compulsive disorder. *Journal of psychiatric research*, 96, 209-217.
  19. Tobin, V. (2018). Obsessive-Compulsive Disorder in Children and Adolescents. *Journal of psychosocial nursing and mental health services*, 56(3), 15-18.
  20. Timpano, K. R., Çek, D., Fu, Z. F., Tang, T., Wang, J. P., & Chasson, G. S. (2015). A consideration of hoarding disorder symptoms in China. *Comprehensive psychiatry*, 57, 36-45.
  21. Leibovici, V., Murad, S., Cooper-Kazaz, R., Tetro, T., Keuthen, N. J., Hadayer, N., ... & Odlaug, B. L. (2014). Excoriation (skin picking) disorder in Israeli University students: prevalence and associated mental health correlates. *General hospital psychiatry*, 36(6), 686-689.
  22. Selles, R. R., McGuire, J. F., Small, B. J., & Storch, E. A. (2016). A systematic review and meta-analysis of psychiatric treatments for excoriation (skin-picking) disorder. *General hospital psychiatry*, 41, 29-37.
  23. Bohne, A., Keuthen, N. J., Wilhelm, S., Deckersbach, T., & Jenike, M. A. (2002). Prevalence of symptoms of body dysmorphic disorder and its correlates: a cross-cultural comparison. *Psychosomatics*, 43(6), 486-490.