



CENTRO UNIVERSITÁRIO DE ANÁPOLIS

CURSO DE MEDICINA

Arthur Cavalcante Batista de Paiva

Fernando Martins Castanheira Junior

Igor Camargos da Mota

John Henrique Araújo Alden

Murillo César da Costa Borges

**ANÁLISE DOS SINTOMAS DE DEPRESSÃO EM ESTUDANTES DE  
MEDICINA DA UNIEVANGÉLICA**

Anápolis – Goiás  
Dezembro 2017

Arthur Cavalcante Batista de Paiva

Fernando Martins Castanheira Junior

Igor Camargos da Mota

John Henrique Araújo Alden

Murillo César da Costa Borges

**ANÁLISE DOS SINTOMAS DE DEPRESSÃO EM ESTUDANTES DE MEDICINA  
DA UNIEVANGÉLICA**

Trabalho de Curso apresentado como parte de exigência para a graduação no Curso de Medicina do Centro Universitário de Anápolis – UniEVANGÉLICA.

Orientador: Prof. Dr. Thiago Oliveira Pitaluga  
Co-orientador: Prof. Ms. Denis Masashi Sugita

Anápolis – Goiás  
Dezembro de 2017

## **RESUMO**

A pesquisa objetivou investigar a ocorrência e prevalência dos sintomas de depressão em acadêmicos do 1º ao 8º período da faculdade de medicina da UniEVANGÉLICA. Trata-se de um estudo transversal, descritivo, com abordagem quantitativa, realizado em Anápolis (GO) na faculdade de medicina da UniEVANGÉLICA. A população é composta por acadêmicos do 1º ao 8º período do curso, cuja amostra foi de 384 alunos dos 506 matriculados nos períodos analisados, que devidamente preencheram os critérios de inclusão e não se enquadraram nos critérios de exclusão. Ao analisar os preenchimentos da escala de depressão de Beck, foram avaliados 384 alunos. Foi encontrado uma prevalência de 43 acadêmicos com sintomas depressivos moderados, e 17 com sintomas depressivos graves. Ao avaliar o segundo questionário aplicado, a escala de reajustamento social de Holmes-Rahe, uma parcela menor de 344 questionários pôde ser avaliada e demonstrou-se que, 71 deles possuíam risco moderado de desenvolver algum problema de saúde e 41 possuíam probabilidade alta de desenvolverem problemas de saúde. Assim, foi encontrada a porcentagem de 33.59% de acadêmicos com sintomas depressivos moderados e graves, destoando do referencial teórico pesquisado, em que supostamente a média foi 15% da amostra. A hipótese mais plausível para explicar essa discrepância seria o método PBL de ensino utilizado no Centro Universitário de Anápolis além de próprias variações naturais da população, como sexo e idade, que possivelmente influenciaram nos resultados obtidos.

**Palavras-chave:** Escalas. Estudantes de medicina. Transtorno depressivo.

## **ABSTRACT**

In order to investigate the occurrence and prevalence of symptoms of depression in academics from the 1st to 8th period of the medical school of UniEVANGÉLICA. This is a cross-sectional, descriptive study with a quantitative approach, conducted in Anápolis (GO) at UniEVANGÉLICA medical school. The population is made up of academics from the 1st to the 8th period of the course, whose sample was 384 students from the 506 enrolled in the analyzed periods, who duly met the inclusion criteria and did not meet the exclusion criteria. Analyzing the Beck depression scale fills, 384 students were evaluated. A prevalence of 43 academics with moderate depressive symptoms and 17 with severe depressive symptoms were found. When evaluating the second questionnaire applied, Holmes-Rahe's social readjustment scale, a smaller portion of 344 questionnaires, could be evaluated and showed that 71 of them had a moderate risk of developing a health problem and 41 had a high probability of developing problems of health. So the percentage of 33.59% of the students with moderate and severe depressive symptoms was found, disregarding the theoretical referenced questionnaire, in which the average was supposedly 15% of the sample. The most plausible hypothesis to explain this discrepancy would be the PBL method of teaching used at the University Center of Anápolis, as well as the natural variations of the population, such as sex and age, that possibly influenced the results obtained.

**Keywords:** Scores. Medical students. Depressive disorder.

## Sumário

1. Introdução.....	6
2. Revisão de Literatura .....	8
3. Objetivos .....	14
3.1. Geral.....	14
3.2. Específicos .....	14
4. Metodologia .....	14
4.1 Tipologia do estudo .....	14
4.2 Local da pesquisa.....	14
4.3 População estudada.....	14
4.3.1 Amostragem .....	14
4.3.2 Critérios de inclusão na amostra .....	15
4.3.3 Critérios de exclusão na amostra.....	15
4.4 Preparo do campo .....	15
4.5 Aspectos éticos da pesquisa.....	16
4.6 Coleta de dados .....	16
4.7 Análise de dados .....	17
5. Resultados .....	18
6. Discussão.....	21
7. Conclusão.....	25
8. Referências Bibliográficas.....	26
ANEXO A .....	30
ANEXO B .....	33
ANEXO C .....	36
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE).....	36
TERMO CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO ....	39

## 1. Introdução

O fazer-se médico mostra uma estrada tortuosa e complicada, se já não bastasse a extensa carga horária, exigências curriculares e todo o estresse que envolve a formação, ainda se tem que lidar com a vida de outras pessoas a todo o tempo (PERES, 2006). Além de tudo isso, sabe-se que geralmente os estudantes precisam aprender a morar sozinhos em outra cidade, conviver com um contato familiar enfraquecido e sem possuir dependência financeira de algum familiar (QUINTANA et al., 2008).

É importante levar em consideração que o estudo lidou com acadêmicos, em sua maior parte, com pouca idade (adultos jovens), principalmente aqueles que compõem os primeiros períodos. Assim, deve-se entender que nem sempre todos estão maduros e aptos para as responsabilidades que lhes serão exigidas com o curso. A literatura pediátrica no campo da hebiatria confirma que muitos ainda podem estar passando por estágios de afirmação de sua identidade enquanto estão cursando, desse modo, entende-se que os alunos mais jovens possuem uma carga estressante muito maior pelo fato de estarem aprendendo a lidar consigo mesmo, com os ambientes novos e com a vida de outras pessoas sobre sua responsabilidade, assim submetidos ao estresse (QUINTANA et al., 2008).

Já acadêmicos de períodos finais, apresentam maior adequação ao ambiente universitário e a cidade em que vive. Portanto, as causas de ocorrência dos sintomas depressivos são relacionadas à dificuldade dos estudos, preocupação com o internato e à prova de residência o qual serão submetidos para prosseguirem com a carreira médica (BARBOSA et al., 2012).

O estresse é uma reação natural e inerente ao ser humano. Diante de situações de enfrentamento ou fortes emoções, o corpo se prepara para lidar da melhor forma possível com o perigo iminente (WITTER; PASCHOAL, 2010). Tal reação é composta por quatro estágios que podem ser brevemente descritos por: 1) Fase de alerta: onde o organismo busca se preparar para o combate com um maior gasto energético, entusiasmo e atenção, o que pode resultar em um momentâneo aumento da produtividade. 2) Fase de resistência: Nessa o corpo visa recuperar o excesso de energia gasto na etapa anterior, assim podendo gerar desgaste mental e falta de memória. 3) Fase de quase exaustão: o corpo já começa a demonstrar sinais de falência em suas defesas naturais, sendo assim comum o aparecimento de doenças provenientes da baixa da imunidade. 4) Fase de exaustão: aqueles sinais aparentes da primeira fase se mostram mais intensos e o organismo encontra-se quase sem resistência (ROSSETI et

al., 2008). Nesse contexto, surge um campo propício para o surgimento de doenças psicológicas, entre elas a depressão, além de até mesmo poder chegar à morte.

Tamanhas são as exigências e expectativas depositadas, que até mesmo os mais experientes e maduros podem se sentir abalados durante o processo de formação acadêmica, como é evidenciado por Quintana (2008).

Nesse ambiente nota-se a diária exposição ao estresse, devido à constante cobrança dos familiares, insegurança quanto às suas capacidades, medo de um futuro incerto quanto às atuais condições do mercado de trabalho, a dívida que deve ser paga por muitos ao final do curso e até mesmo fatores patogênicos sobre disposições preexistentes, ou não, pode resultar em quadros de neuroses e depressões (REZENDE et al., 2008).

Segundo Quintana et al. (2008), é de fundamental importância o conhecimento de quais são os problemas que atingem os estudantes de medicina, para que dessa forma possa se planejar adequadamente os métodos de intervenção que melhor possam atender às necessidades desses alunos e também para que sejam fornecidos os subsídios necessários à instituição de ensino, com o intuito de auxiliá-la a aprimorar a formação dos discentes e de suas relações interpessoais no ambiente universitário (QUINTANA et al., 2008).

Atualmente poucos são os estudos que envolvem tais características (QUINTANA et al., 2008; REZENDE, et al. 2008; SILVA et al., 2014). Percebendo que estudantes de medicina buscam a capacidade para lidar com outras vidas humanas, se faz necessário que esses mantenham plenas condições psicológicas, pois podem influenciar em sua formação e futura ocupação. Com isso justifica-se a realização deste trabalho que visa conhecer melhor as condições psíquicas desses acadêmicos, mais especificamente as que guardam relação com a depressão, uma vez que essa se revela uma das morbidades que mais acometem a categoria médica (SILVA et al., 2014).

## 2. Revisão de Literatura

O nível de dedicação e empenho que a faculdade de medicina exige de seu discente é reconhecido como um fator estressante que pode ser capaz de afetar negativamente a performance acadêmica, saúde e bem-estar psicológico. Em meio a tal situação é esperado a ocorrência de distúrbios emocionais, que de acordo com a literatura podem estar presentes em 50% de sua população (TEMPSKI-FIEDLER, 2008; BARBOSA et al., 2010).

Apesar de alguns estudos confluírem dados, outros demonstram que há divergências epidemiológicas. Estudo realizado em São Paulo destaca a exclusão das condições socioeconômicas como fator relevante para os transtornos mentais nos estudantes ao classificá-las como pequenas e por isso não influenciarem nos estudos propostos. Ainda indica a generalização dos sexos nos transtornos mentais, abordando a insignificância estatística do sexo feminino (LIMA; DOMINGUES; CERQUEIRA, 2006).

Em estudo realizado em Uberlândia com 400 acadêmicos, observou por meio do teste t de student, um nível de significância satisfatório 0,05 através de prova bilateral. A frequência de sintomas depressivos - independente do grau - foi de 79% com correlação positiva entre as variáveis “pontuação obtida no BDI” e períodos cursados pelos alunos ( $p < 0,05$ ), indicando que, quanto mais períodos o acadêmico cursou, maiores são seus valores de pontuação no BDI (REZENDE et al., 2008).

A carreira médica como um todo (tanto acadêmicos como graduados) aparenta ser extremamente vulnerável a sintomas depressivos, de tal forma que propicia a chegar ao quadro de depressão. Isso se deve ao contato com portadores de diferentes doenças e diversos prognósticos ruins, a grande carga horária e ao volume de conteúdo a ser estudado, bem como o alto nível de cobrança (não só pela sociedade ou instituição de ensino, como pelo próprio indivíduo e seus familiares) que em conjunto o expõe a constantes crises que, muitas vezes, podem levar a episódios de depressão (QUINTANA et al., 2008; REZENDE et al., 2008; SILVA et al., 2014).

Desde o ingresso, as faculdades de medicina se revelam ambientes hostis, onde impera a competitividade. Durante o processo de formação podem ser observadas três fases psicológicas fundamentais que são enfrentadas por estes discentes. Dessa forma destaca-se: 1) euforia inicial, advinda de suas novas conquistas e responsabilidades obtidas, de onde se originam crenças de caráter onipotente; 2) decepção, proveniente do choque de realidade que acontece logo após o fim da euforia e o reconhecimento a extrema mudança de hábitos do cotidiano e, às vezes, pelo desempenho insatisfatório nas disciplinas; 3) internato, composto

por um período de adaptação, algumas vezes de muito sofrimento pela cobrança e insegurança quanto ao futuro mercado de trabalho que está por vir, o medo de falhar como profissional, frustrações quanto a oportunidades perdidas ao longo da graduação e, ao mesmo tempo, por uma alta competitividade pela residência (REZENDE et al., 2008).

Tais fases psicológicas enfrentadas pelos discentes podem predispor ao surgimento de distúrbios de humor como sintomas depressivos. Segundo estudos realizados os transtornos afetivos, dentre estes a depressão, são os transtornos mentais com maior prevalência na vida, estando entre 17% e 24% na população estudada. Estas análises demonstram que, nesta amostra, a incidência de transtornos afetivos é alta, portanto, convém investigar se esse padrão também é observado nos estudantes de medicina frente às diversas situações por eles enfrentadas (BIJL; RAVELLI; VAN ZERSSEN, 1998; SZADOCZKY et al., 1998; JACOBI et al., 2004). No estudo de Furtado, Falcone e Clark (2003) apontam-se os eventos mais estressores nos acadêmicos médicos no Rio de Janeiro. São eles: professores injustos, a excessiva quantidade de matéria para estudo, a grande quantidade de provas, provas orais, o tempo escasso para diversão, as expectativas como futuro médico e também o medo de fracassar nos estudos, em ordem decrescente. Alguns períodos têm suas particularidades como a crescente preocupação com o futuro médico a partir do 3º ano em razão da preocupação massiva com a aprovação na residência médica.

Há ainda outros fatores relacionados à depressão no acadêmico de medicina como a escassez de repouso. Nos estudantes do segundo ano de universidade pública dos Estados Unidos, muitos (34,3%) relataram menos de 7 h de sono em noites típicas, incluindo 6,5% que normalmente dormem menos de 6 h. O sono típico de baixa sonolência (menos de 6 h vs 6-6,9 h vs 7 ou mais horas) foi associado a: 1) escores maiores de sonolência nos critérios de Epworth; 2) aumento da quantidade de balançadas de cabeça durante a condução automotiva; 3) sintomas de Burnout ou depressão; 4) menor satisfação com a qualidade de vida; e (5) menor sucesso acadêmico (todos os valores de  $p \leq 0,01$ ). (JOHNSON et al., 2017).

O estresse intensificado estimula o acadêmico na busca por drogas que possam de alguma forma mascarar a sua situação preocupante. E as drogas psicoativas mais utilizadas são álcool 92,8% e lança-perfume 46% de 404 questionários aplicados em Salvador, BA. A menor idade verificada para o consumo alcoólico é de 15 anos (LEMOS et al., 2007).

As razões para o uso de tais substâncias seguem uma ordem crescente: estresse 28,7%; para relaxar 39,1% e diversão 58,7%. Apesar da 3ª colocação da resposta estresse,

70% dos estudantes considerou que a formato de vida do estudante de medicina favorece o uso de substâncias psicoativas (LEMOS et al., 2007).

Eisenberg et al. (2007) realizaram um estudo cujo objetivo era estimar a prevalência de depressão, ansiedade e suicídio em universitários, por meio de um questionário online. Este foi respondido por uma amostra de 3106 estudantes aleatórios, dentre elas graduandos e pós-graduandos de diversos cursos. O resultado demonstrou a prevalência de quaisquer dos sintomas de transtornos depressivos ou de ansiedade em 15,6% dos entrevistados e 2% da amostra apresentaram ideação suicida.

Em outra análise realizado por Gollust, Eisenberg e Golberstein (2008), com a mesma amostra universitária, demonstrou que a automutilação nas 4 semanas anteriores ao estudo estava presente em 7% da amostra e que apenas 26% destes procuraram tratamento.

Um estudo brasileiro, realizado por Hirata et al. (2007), cuja amostragem era de 161 estudantes entre 19 e 30 anos, revelou que 32,9% deles apresentaram sintomas depressivos, utilizando o mesmo método BDI.

Em estudo realizado em Campinas, os diagnósticos mais frequentes nos estudantes de medicina foram episódios depressivos ( $n = 480$ ; 38,8%). Uma correlação inédita com o desempenho acadêmico foi realizada e constatou que os estudantes de graduação que receberam cuidados psiquiátricos no Serviço de Apoio Psicológico e Psiquiátrico ao Estudante tiveram um coeficiente médio de desempenho acadêmico ligeiramente inferior ao grupo controle de não-pacientes (0,63, DP = 0,26 versus 0,64, DP = 0,28). Embora pequena, esta diferença foi estatisticamente significativa ( $P = 0,025$ , teste de Mann-Whitney) (CAMPOS et al., 2017).

Outro estudo, realizado por Aniebue; Onyema (2008), com uma amostra de 262 estudantes de medicina nigerianos, entre 16 e 30 anos, demonstraram sintomas depressivos em 23,3% da amostra. Estudo semelhante, feito por Kaya et al. (2007) também avaliou a prevalência de sintomas depressivos entre duas faculdades de saúde, cuja amostra foi dada por 754 estudantes, utilizando o BDI. Revelou-se que 31,8% dos estudantes da Escola Superior de Serviços de Saúde e 21,9% da Faculdade de Medicina apresentaram ideações depressivas.

Mehanna e Richa (2006) promoveram um estudo com todos os estudantes de medicina de uma universidade utilizando o BDI e compararam com estudantes de farmácia da mesma universidade no Líbano. Demonstraram então que não houve diferença relevante entre os dois grupos, porém, os discentes de medicina apresentaram prevalência de 27,63% de sintomas depressivos, estando entre os mais altos índices obtidos.

A revisão sistemática e meta-análise de Rotenstein et al. (2016) embasada nas fontes MEDLINE, EMBASE, ERIC, PsycARTICLES e psycINFO, sem restrição de linguagem para estudos sobre a prevalência de depressão, sintomas depressivos ou ideação suicida em estudantes de medicina publicados antes de dezessete de setembro de 2016. Foram selecionados apenas estudos publicados na literatura com métodos de avaliação validados para estimar a prevalência de depressão, sintomas depressivos e ideação em estudantes de medicina.

A prevalência de sintomas depressivos entre os estudantes de medicina na revisão foi maior do que a relatada na população geral. Foram incluídos na análise cento e noventa e cinco estudos envolvendo um total de 129.123 indivíduos em 47 países. O número médio de participantes por estudo foi 336 (intervalo, 44 - 10.140). Cento e sessenta e sete estudos transversais (n = 116 628) e 16 estudos longitudinais (n = 5728) em 43 países relataram depressão ou prevalência de sintomas depressivos. Vinte e quatro estudos transversais (n = 21 002) em 15 países relataram a prevalência de ideação suicida.

Os resultados meta-analíticos das estimativas de prevalência de depressão ou sintomas depressivos relatados por 183 estudos resultaram uma prevalência bruta de 27,2% (37 933/122 356 indivíduos, IC95%, 24,7% -29,9%). Houve significativa evidência relacionada à heterogeneidade entre os estudos (Q = 16721,1,  $\tau^2$  = 0,78, I<sup>2</sup> = 98,9%, P <0,001). As estimativas de prevalência relatadas pelos estudos individuais variaram de 1,4% a 73,5%.

Foi constatada uma prevalência média de 32,4% (5042/19 160 indivíduos [95% IC, 25,8% -39,7%], Q = 1665,3,  $\tau^2$  = 0,62, I<sup>2</sup> = 98,6%) para o Inventário de Depressão de Beck (BDI) utilizando para classificação as pontuações 10 ou mais.

As estimativas de prevalência de estudos limitados a estudantes pré-clínica médica (4866/25 462 [23,7%; IC95%, 19,5% - 28,5%]) não diferiram significativamente das estimativas de estudos limitados a estudantes clínicos (2917/13 172 [22,4%; IC95%, 17,6% - 28,2%]) (Q = 0,13, P = 0,72).

As estimativas de prevalência não variaram significativamente de acordo com o ano de pesquisa de base (intervalo do ano de inquérito, 1982-2015, inclinação = 0,2% de aumento a cada ano [IC de 95%, -0,2% a 0,7%]; Q = 1,17, P = 0,28). Não houve associação significativa entre prevalência e idade média (declive = 0,2% por 1 ano de aumento [95% CI, -1,4% a 1,8%], Q = 0,07, P = 0,79) ou sexo (declive = -1,1% por percentagem de aumento nos participantes do estudo do sexo masculino [IC 95%, -15,9% a 13,7%], Q = 0,02, P = 0,88).

A heterogeneidade foi parcialmente apontada por estudos realizados exclusivamente nos Estados Unidos, que indicaram uma menor depressão ou estimativas de prevalência de sintomas depressivos do que estudos não-americanos entre os 24 estudos que utilizaram o BDI e um escore de 10 ou mais (13,0% vs 37,5%, respectivamente;  $P < 0,001$ ).

Em análise de 24 estudos, a prevalência bruta de ideação suicida, relatada de forma variável como tendo ocorrido em intervalo entre as últimas duas semanas e os últimos 12 meses, foi de 11,1% (2043/21002 indivíduos, 95% IC, 9,0% -13,7%), com evidências significativas de heterogeneidade entre estudos ( $Q = 547,1$ ,  $\tau^2 = 0,32$ ,  $I^2 = 95,8\%$ ,  $P < 0,001$ ). As estimativas de prevalência relatadas pelos estudos individuais variaram de 4,9% a 35,6%. A análise de sensibilidade mostrou que nenhum estudo individual afetou a estimativa global combinada em mais de 1,9%.

Somente 15,7% dos alunos que apresentaram rastreamento positivo para depressão solicitaram tratamento. Esses achados são preocupantes, uma vez que o desenvolvimento de depressão tem sido associado a aumento do risco de suicídio em curto prazo, bem como um maior risco de futuros episódios depressivos e morbidade em longo prazo (ROTENSTEIN et al., 2016).

Destaca-se ainda o suicídio, prática relevante no profissional médico, inclusive na sua graduação. É a segunda causa mais frequente de morte em estudantes após os acidentes. As tentativas de suicídio são letais devido ao conhecimento pleno da farmacologia e o acesso fácil às medicações através dos hospitais ou mesmo por receituários (MELEIRO., 1998).

Denota-se mais importância para os alunos com melhores performances escolares que estão sujeitos a pressões por terceiros diante de algum deslize. Por não ter todas as respostas, o estudante culpa e sente-se impotente, se predispondo a depressão e ao suicídio. Para desestimular as idealizações de onipotência diante de situações de difícil controle na vida profissional é necessário o preparo do estudante referente às suas reais condições de trabalho futuro (MELEIRO., 1998).

É fundamental o preparo do estudante de medicina diante das reais condições de seu futuro trabalho, não o estimular a utilizar idealizações onipotentes para enfrentar situações de difícil controle durante sua vida profissional (MELEIRO., 1998).

Todos estes estudos supracitados obtiveram resultados semelhantes, tendo os sintomas depressivos apresentados entre aproximadamente 9,3 a 55,9% das amostras pesquisadas. Tal fato demonstra a elevada incidência de sintomas depressivos nos acadêmicos da área de saúde, revelando que estes possuem maior prevalência destes sintomas que a população geral, evidenciando a necessidade de intervenção nessa população, para evitar a

evolução desses sintomas depressivos para uma posterior depressão consolidada no futuro (GRYSCHEK., 2014).

Em revisão de literatura realizada em 2013, foi constatado que a morbimortalidade associada à depressão pode ser prevenida em 70% dos casos a partir da instituição do tratamento correto. Não há relações entre os principais métodos de ensino médico aprovados no Brasil (Aprendizado baseado em problemas-PBL e tradicional) (NORONHA JUNIOR et al., 2013).

Em estudo de Towes et al. (1997) baseado no questionário de escala de Reajuste Social de Holmes & Rahe (SRRS) envolveu 4 escolas medicas canadenses. Foram analisados 1681 questionários respondidos por estudantes de medicina (37%), residentes médicos (38%) e também estudantes de ciências (25%).

A média de idade dos estudantes de medicina correspondeu a 25,9 enquanto a média dos residentes foi de 26,7. As pontuações médias entre 150 e 199 foram apresentadas por estudantes de medicina (150, 98.24) e residentes (163, 105.07) e estão relacionadas a riscos consideráveis de desenvolvimento de doenças no próximo ano.

Com todo esse cenário em mente, nota-se a importância de se ter a saúde mental como uma preocupação inerente à formação do profissional. Sendo essa categoria constituinte de uma população de grande risco para vários distúrbios de comportamento, crises e tentativa de suicídio. Tal fato é confirmado pelo número crescente de acadêmicos de medicina e médicos que optam pela interrupção de suas carreiras, e muitas vezes da própria vida, por conta de transtornos de natureza psíquica (REZENDE et al., 2008).

### **3. Objetivos**

#### **3.1. Geral**

Investigar a ocorrência e prevalência dos sintomas de depressão em acadêmicos do 1º ao 8º período da Faculdade de Medicina da UniEVANGÉLICA.

#### **3.2. Específicos**

- Obter dados quanto a relação: depressão-estudante de medicina, buscando entender o quanto esses dois assuntos podem estar relacionados;
- Analisar os resultados obtidos através da Escala de Depressão de Beck (BDI) e utilizar a escala de reajustamento social de Holmes-Rahe, na identificação de outros eventos estressores relacionados a rotina do curso de medicina.
- Informar os resultados obtidos à secretaria do curso para que se faça ciente da situação em que se encontram os alunos.

### **4. Metodologia**

#### **4.1 Tipologia do estudo**

Estudo transversal, descritivo, com abordagem quantitativa.

#### **4.2 Local da pesquisa**

O estudo foi realizado na cidade de Anápolis (GO), no Centro Universitário de Anápolis (UniEVANGÉLICA).

#### **4.3 População estudada**

O presente estudo é composto pela população de acadêmicos do curso de medicina do 1º ao 8º período, do município de Anápolis. Segundo os dados coletados no Centro Universitário de Anápolis, no ano de 2017.1 haviam 506 alunos matriculados nesses períodos.

##### **4.3.1 Amostragem**

Os pesquisadores desenvolveram a pesquisa no Centro Universitário de Anápolis (UniEVANGÉLICA), a fim de entrar em contato com os acadêmicos de medicina que estudam no local.

A amostra desejada foi composta pela população total dos acadêmicos do 1º ao 8º período do curso de Medicina da UniEVANGÉLICA. Sendo que haviam 86 alunos do

primeiro período, 64 do segundo período, 56 do terceiro período, 71 do quarto período, 52 do quinto período, 62 do sexto período, 53 do sétimo período e 62 alunos do oitavo período, totalizando 506 alunos matriculados no curso no primeiro semestre de 2017.

Em nossa amostragem o período entendido como Internato (2 últimos anos do curso) teve de ser excluído por conta de dificuldades de acesso às turmas, visto que essas encontram-se divididas em 3 cidades e não frequentam regularmente a faculdade.

Fazendo uso do cálculo amostral proposto por Andrade (1994) e Barbetta (2002) a obtenção de uma amostra representativa necessária para o presente estudo deveria compor um  $n=252$ . Desta amostra, os autores sugerem um acréscimo de mais 10%, para cobrir possíveis perdas. Assim, 252 mais seus 10% aproximado de 26 alunos resultam numa amostra representativa (nr) de 278 alunos.

#### **4.3.2 Critérios de inclusão na amostra**

- Ser acadêmico atuante do curso de Medicina no Centro Universitário de Anápolis-GO (UniEVANGÉLICA);
- Concordar com a pesquisa e assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

#### **4.3.3 Critérios de exclusão na amostra**

- Aqueles acadêmicos que, porventura, desistirem da pesquisa.
- Não concordar com a pesquisa e não assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).
- Aqueles que preencherem o questionário de modo que não possa ser aproveitado.
- Acadêmicos com idade inferior a 18 anos

#### **4.4 Preparo do campo**

Os pesquisadores entraram em contato com o Centro Universitário de Anápolis (UniEVANGÉLICA) afim de obter autorização para ser realizada a pesquisa em seu espaço, bem com os participantes que se enquadrem nos critérios de inclusão supracitados no item 6.3.1. Foi realizada uma abordagem explicativa sobre a pesquisa, a distribuição do TCLE e solicitação de sua leitura. Mediante interesse em participar foi requerida a assinatura do termo para então ocorrer a aplicação do questionário. Foi estimado 15 minutos para preenchimento adequado das escalas, de forma que não fosse cansativo e não atrapalhasse os estudos destes acadêmicos.

#### **4.5 Aspectos éticos da pesquisa**

A avaliação do projeto de pesquisa foi realizada mediante a Resolução 466/2012 do CNS (Conselho Nacional de Saúde) que contém as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Esta resolução defende os referenciais básicos da Bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça.

Baseado nesses princípios, o estudo foi analisado pelo Comitê de Ética de Pesquisa (CEP) e outorgado (Número do parecer: 1.969.899), para que as entrevistas com os sujeitos da pesquisa ocorressem.

O objetivo maior desse estudo foi identificar a ocorrência de casos de depressão, assim como seus sintomas, nos acadêmicos de medicina da faculdade estudada, podendo, assim, sugerir aos alunos o encaminhamento ao Núcleo de Apoio Psicopedagógico ao Discente (NAPED), visando contribuir para o controle do transtorno nesses estudantes, com acompanhamento psicoterápico e, caso seja necessário, psiquiátrico, com profissionais capacitados.

Os participantes da pesquisa tiveram autonomia para deixarem o estudo antes, durante e após a coleta de dados, não sofrendo qualquer tipo de prejuízo caso desistam de participar.

Em consonância às normas éticas, serão assegurados sigilo e anonimato dos dados coletados. Esses estarão sob a guarda dos pesquisadores por cinco anos, contados a partir da data de aprovação do estudo. Após este prazo, serão incinerados. O nome dos participantes não constará em qualquer lugar na pesquisa, salvo o TCLE, o qual ficará em sigilo. Assim, fica resguardado o anonimato dos integrantes do estudo.

Os resultados obtidos a partir desse estudo poderão ser utilizados no Programa de Bolsa de Iniciação Científica (PBIC), divulgados em congressos, reuniões, literatura científicas e/ou revistas da área e para o Trabalho de Curso.

#### **4.6 Coleta de dados**

Os pesquisadores abordaram os alunos da UniEVANGÉLICA em sala de aula, com autorização prévia do professor, antes do início da aula, e explicaram como funcionaria o estudo e como os alunos deveriam preencher os questionários e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Assim os acadêmicos tiveram a liberdade para decidir se participariam ou não do estudo.

#### **4.7 Análise de dados**

Os dados do presente estudo foram analisados no programa SPSS, com análise quantitativa, utilizando-se o teste Qui-quadrado e frequência simples. Por meio dos dados coletados buscou-se investigar os índices de ocorrência de depressão nos acadêmicos de medicina, na população estudada.

## 5. Resultados

O presente estudo, no que refere à utilização da escala BDI, obteve um total de 384 alunos dos 506 matriculados do primeiro ao oitavo (**Figura 1 e 2**). Tal valor já supera o estimado para se obter uma amostra representativa (nr=278).

Figura 1: Escala BDI

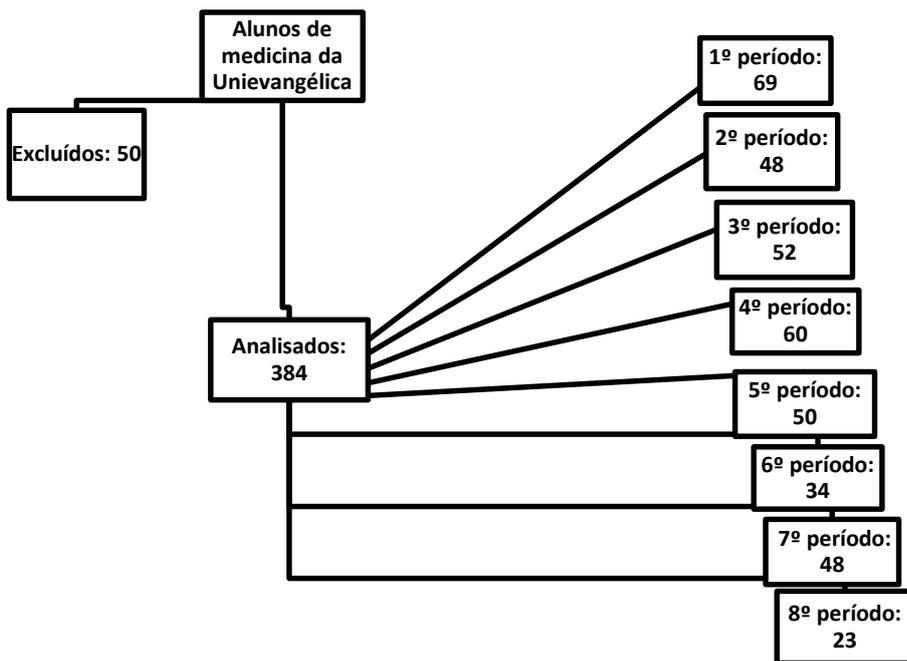
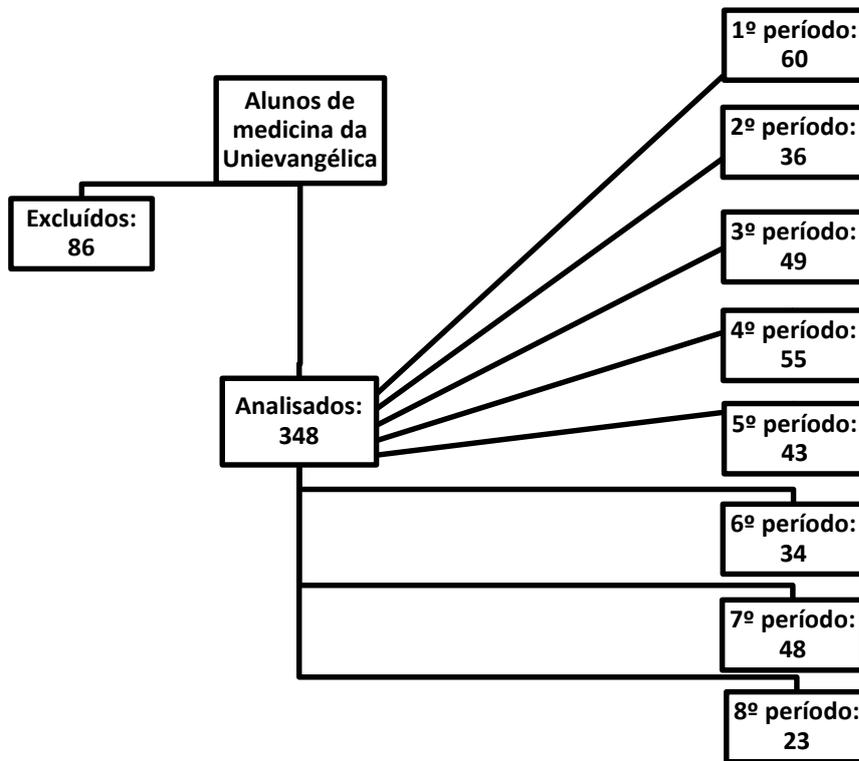


Figura 2: Escala de Reajustamento Social



Dos dados avaliados, os que mostraram maior relevância foram os acadêmicos do 6º e 8º períodos, sendo que, os alunos do 6º obtiveram maior percentual de depressão leve (82%), e os do 8º, apresentaram maior índice de sintomas graves (13%). Demais informações encontradas na tabela 1.

Tabela 1 – Dados coletados através da escala BDI

<b>Período</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Leve</b>	<b>Moderado</b>	<b>Grave</b>
	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>
<b>1º Período</b>	<b>52 (75%)</b>	<b>12 (18%)</b>	<b>03 (04%)</b>	<b>02 (03%)</b>
<b>2º Período</b>	<b>31 (65%)</b>	<b>09 (19%)</b>	<b>06 (12%)</b>	<b>02 (04%)</b>
<b>3º Período</b>	<b>27 (52%)</b>	<b>08 (15%)</b>	<b>13 (25%)</b>	<b>04 (08%)</b>
<b>4º Período</b>	<b>41 (68%)</b>	<b>14 (23%)</b>	<b>03 (05%)</b>	<b>02 (04%)</b>
<b>5º Período</b>	<b>34 (68%)</b>	<b>10 (20%)</b>	<b>03 (06%)</b>	<b>03 (06%)</b>
<b>6º Período</b>	<b>28 (82%)</b>	<b>04 (12%)</b>	<b>01 (03%)</b>	<b>01 (03%)</b>
<b>7º Período</b>	<b>30 (62%)</b>	<b>09 (19%)</b>	<b>09 (19%)</b>	<b>00 (00%)</b>
<b>8º Período</b>	<b>12 (52%)</b>	<b>03 (13%)</b>	<b>05 (22%)</b>	<b>03 (13%)</b>

No que tange a escala de Reajustamento Social, o número de questionários avaliados foi menor devido às perdas na amostragem por preenchimento inadequado, sendo assim, somente 344 puderam ser aproveitados.

Quanto à probabilidade de se desenvolver algum problema de saúde, encontramos no sétimo período a maior porcentagem de indivíduos com o risco baixo (79%), enquanto no 2º período encontramos o maior quantitativo percentual de indivíduos com risco social severo (23%). Demais dados encontram-se na tabela 2.

Tabela 2 – Dados coletados através da escala de Holme-Rahe

<b>Período</b>	<b>Baixo</b>	<b>Moderado</b>	<b>Médio</b>	<b>Severo</b>
	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>
<b>1º Período</b>	<b>20 (33%)</b>	<b>13 (22%)</b>	<b>17 (28%)</b>	<b>10 (17%)</b>
<b>2º Período</b>	<b>11 (30,5%)</b>	<b>06 (17%)</b>	<b>08 (22%)</b>	<b>11 (30,5%)</b>
<b>3º Período</b>	<b>18 (37%)</b>	<b>04 (08%)</b>	<b>18 (37%)</b>	<b>09 (18%)</b>
<b>4º Período</b>	<b>31 (56%)</b>	<b>12 (22%)</b>	<b>09 (16%)</b>	<b>03 (06%)</b>
<b>5º Período</b>	<b>22 (51%)</b>	<b>09 (21%)</b>	<b>08 (19%)</b>	<b>04 (09%)</b>
<b>6º Período</b>	<b>20 (67%)</b>	<b>03 (10%)</b>	<b>05 (17%)</b>	<b>02 (06%)</b>
<b>7º Período</b>	<b>38 (79%)</b>	<b>05 (10%)</b>	<b>04 (09%)</b>	<b>01 (02%)</b>
<b>8º Período</b>	<b>15 (65%)</b>	<b>05 (22%)</b>	<b>02 (09%)</b>	<b>01 (04%)</b>

## 6. Discussão

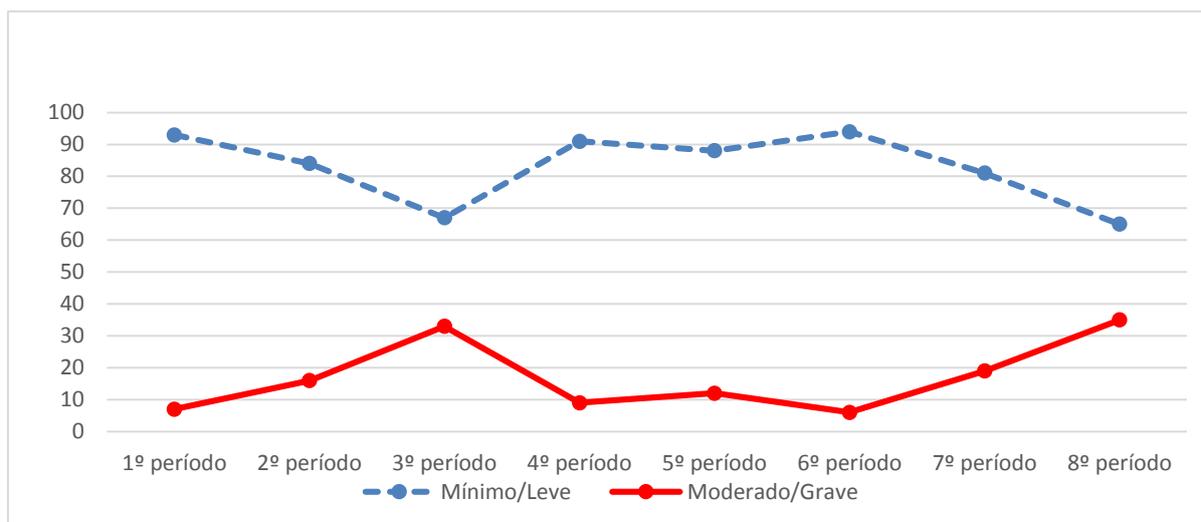
O presente estudo, baseado em 25 artigos, por meio da aplicação da escala de Beck (BDI) encontrou uma prevalência de sintomas depressivos, na população estudada, de 33.59%, com base no achado de 129 alunos com sintomas depressivos leves, moderados ou graves, da amostra até então coletada (n= 384 alunos).

Finger (2008), em seu estudo de validação da escala BDI, afirma que é clinicamente relevante considerar apenas os escores moderado e grave da escala, sendo assim, dentro destes parâmetros seria encontrado uma prevalência de 15.62% (60 dos 384 alunos).

Segundo o DSM-IV–TR (2002) o estágio Leve diz respeito à um indivíduo que apresenta pouco ou nenhum sintoma, resultando em mínimas alterações sociais/ocupacionais. Enquanto no estágio moderado essas manifestações já geram prejuízo funcional (leve ou grave). O especificador grave, de acordo com o Manual, engloba muitos sintomas, sendo estes mais do que os exigidos para os diagnósticos, ou esses são por si só graves ou ainda, o prejuízo social/ocupacional é muito elevado.

Dentro dessa ótica de relevância clínica das classificações, a amostra do presente estudo foi subdividida em 2 grupos, o grupo de sintomas mínimos/leves (Grupo I), e o grupo de sintomas moderados/graves (Grupo II); e, por meio da análise da curva, obtivemos uma correlação inversamente proporcional entre os grupos. Tal correlação é validada pela estatística de regressão que indica um R-quadrado ajustado de -1,6 (**figura 3**).

Figura 3 - Dados coletados através da escala BDI



Dando seguimento à avaliação dos dados coletados e apresentados na figura 3, foi encontrado no 1º período o maior percentual de componentes do grupo I enquanto o 3º período apresentou maior quantidade de acadêmicos com sintomas moderados/graves. Observando a progressão das curvas percebe-se que, referente à curva do grupo II, até o 3º

período essa assume um comportamento ascendente e logo após tende a regredir, aproximando-se dos valores iniciais. De acordo com a revisão bibliográfica esperava-se que a quantidade de participantes com sintomas clinicamente relevantes voltasse a aumentar nos períodos finais, uma vez que a literatura indica uma tendência a piora dos sintomas com a progressão do curso.

Dentro do primeiro ano de curso já era esperado que houvesse um baixo aparecimento do número de integrantes do Grupo II, uma vez que, segundo Rezende (2008), é a fase de euforia inicial, marcada pelas novas conquistas e responsabilidades adquiridas assim que ingressam no curso.

Já para o início do segundo ano, era esperado uma elevação nos sintomas depressivos, uma vez que começaria a fase de decepção de Rezende (2008), a qual é marcada pelo choque de realidade, mudança de hábitos e cotidiano, bem como desempenho insatisfatório no curso. Porém, essa piora não deveria ser tão significativa no início do segundo ano em relação ao início do primeiro ano, pois as evidências bibliográficas apontam para uma piora de caráter progressivo e gradual ao longo de todo o curso. O mesmo não deveria ocorrer ao final do segundo ano, em que a porcentagem de integrantes do Grupo II é menor que as do final do primeiro ano.

Uma possível explicação para o ocorrido seria justificada pela metodologia de ensino utilizada nas escolas médicas dos estudos avaliados, a qual baseia-se no método tradicional, diferentemente do Centro Universitário de Anápolis, que utiliza o método Problem Based Learning (PBL) de ensino, ainda sendo reduzido o número de estudos realizados sob a ótica do PBL. As limitações do estudo transversal e quantitativo impossibilitam a determinação da causa exata para essa alteração tão discrepante.

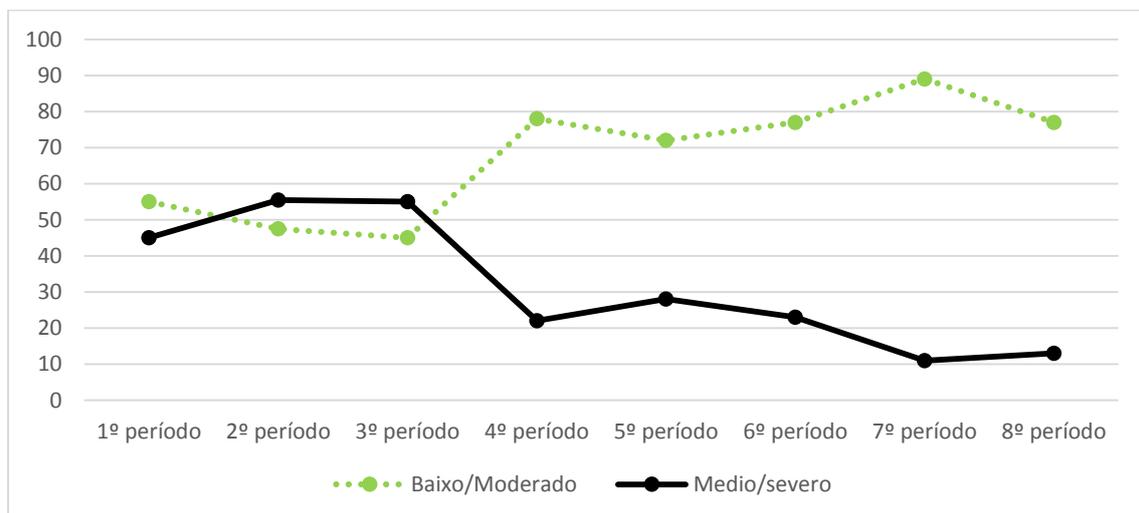
Ao fim do segundo e início do terceiro ano já se nota uma retomada da prevalência mais próxima à inicial (7% e 16% respectivamente), indo ao encontro dos valores estimados pela literatura. Este fato se deve ao seguimento do padrão da segunda fase de Rezende (2008) ou fase de decepção, a qual os estudantes ainda passam por choque de realidade, atribuída as novas responsabilidades adquiridas.

Já o final do quarto ano foi o que apresentou maior porcentagem de alunos no Grupo II (35%), apesar do resultado inesperado, segundo a literatura, do sétimo período ter nenhum formulário entre os sintomas graves. Não foram identificados motivos para fundamentá-lo. A manutenção do 7º período entre os 3 maiores do Grupo II deveu-se à porcentagem de alunos que apresentaram sintomas moderados (19%).

Ao analisar os dados coletados através da Escala de Reajustamento Social (**Figura 4**), o primeiro ano obteve os maiores índices de Médio/Severo risco de desenvolver problemas de saúde, já esperado por ser, constatado pela literatura, um período de maiores mudanças no estilo de vida, como mudanças de cidade, hábitos de vida e distanciamento da faculdade, bem como novas responsabilidades.

Porém, para o terceiro período, não era esperado grau tão alto de risco de desenvolver problemas de saúde, segundo a escala de reajuste social, uma vez que, segundo Rezende (2008), as mudanças mais intensas na vida do acadêmico seriam esperadas no primeiro e segundo períodos, estabilizando no terceiro, voltando a subir apenas no período compreendido como internato, em que aproxima-se o término do curso.

Figura 4 – Dados coletados através da escala de Holmes-Rahe



Na tentativa de criar uma correlação entre o grau de mudanças ambientais e o aparecimento ou possíveis alterações de sintomas depressivos, fez-se uso da escala de reajuste social de Holmes-Rahe, instrumento até então não utilizado por nenhum dos estudos da literatura geral em associação com a escala BDI. Contudo, o preenchimento inadequado da escala de reajuste social fez diferir a quantidade de participantes avaliados pela escala de Beck dentro de cada período, o que dificultou uma comparação fiel entre seus resultados.

De toda forma, a amostra de ambos os instrumentos utilizados foi representativa, porém o resultado comportou-se de maneira paradoxal em relação ao esperado, uma vez que os períodos com maior risco de desenvolver problemas de saúde foram os que menos apresentaram sintomas moderados a graves de depressão. A única exceção está no terceiro período, em que essa comparação se mostrou positiva, sendo o único período em que o maior

risco de desenvolver problemas de saúde foi o que apresentou maiores sintomas moderados a graves de depressão.

Para explicar as incongruências encontradas, principalmente no terceiro período, foram aventadas duas hipóteses tendo como embasamento os dados de prevalência contidos na DSM V (APA,2013). A primeira está relacionada à faixa etária dos discentes, situando entre 18 a 28 anos. Nesta faixa etária, a prevalência de depressão é três vezes maior que em indivíduos acima de 60 anos, porém, o não preenchimento deste dado por grande parcela da amostra, inviabilizou sua análise. A segunda hipótese, mais fácil de ser levantada com os TCLE preenchidos, relaciona-se com o número de indivíduos do sexo feminino, uma vez que, a predisposição de desenvolver depressão é de 1,5 a 3 vezes maior nas mulheres se comparado ao sexo oposto. De fato, o 3º período foi o que teve maior porcentagem do sexo feminino na turma, representando 71% dela, colaborando com a epidemiologia da DSM V e com a hipótese levantada.

## 7. Conclusão

O objetivo principal deste estudo, foi levantar informações suficientes e analisar o que esses dados significam, para assim validar na realidade acadêmica dos graduandos em medicina. Deste modo o Inventário de Depressão de Beck – BDI, e a Escala de Reajustamento Social de Holmes-Rahe, ambos traduzidos e validados para a língua portuguesa, são instrumentos cruciais para essa análise, fazendo-se importante citar o pioneirismo no uso dessas duas escalas combinadas.

Com todos dados coletados em mãos, foi encontrado a porcentagem de 33.59% de acadêmicos com sintomas depressivos moderados e graves, destoando do referencial teórico pesquisado, em que supostamente a média foi 15% da amostra. A hipótese mais plausível para explicar essa discrepância seria o método PBL de ensino utilizado no Centro Universitário de Anápolis além de próprias variações naturais da população, como sexo e idade, que possivelmente influenciaram turmas como a do 3º período. Sobre o método de ensino, é importante ressaltar que será necessário esperar estudos em multicêntricos para uma avaliação mais profunda de quanto ele influenciaria nos sintomas, já que há uma escassez de dados sobre o tema.

Outro aspecto a ser considerado é o aumento dos sintomas depressivos de 7% para 33% em relação ao primeiro para o terceiro período, havendo um decréscimo para 12% no quinto período. Esta oscilação nos achados pode ser por conta de uma adaptação dos acadêmicos à vida universitária, ou pelo método de ensino da faculdade, exigindo mais dos graduandos no começo do curso.

O presente estudo teve suas limitação, sendo o preenchimento inadequado da escala de Reajustamento Social, gerando um déficit em representatividade ao não possibilitar a análise quantitativa e transversal com o Inventário de Beck.

Nota-se que os acadêmicos de medicina ainda estão vulneráveis a sofrerem transtornos mentais ao longo do curso e de sua vida profissional, portanto vale salientar que saúde mental é uma preocupação de todos, que afeta o cotidiano e a vida dos indivíduos, por dada razão se tem a importância de continuar pesquisas nesse ramo, para que sejam desvendadas as maneiras de evitar tais disfunções.

## 8. Referências Bibliográficas

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision (DSM-IV-TR). Washington DC, American Psychiatric Association 2000.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-V). Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2013.

ANIEBUE, P. N.; ONYEMA, G. O. Prevalence of depressive symptoms among Nigerian medical undergraduates. **Tropical Doctor**, v. 38, n. 3, p.157-158, 2008.

BARBOSA, K. K. S. et al. Sintomas depressivos e ideação suicida em enfermeiros e médicos da assistência hospitalar. **Revista de Enfermagem da Ufsm**, [s.l.], v. 2, n. 3, p.515-522, 27, 2012.

BIJL, R. V.; RAVELLI, A.; VAN ZESSEN, G. Prevalence of psychiatric disorder in the general population: Results of the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, v. 33, n. 12, p. 587–595, 1998.

CAMPOS, C. R. F. et al . Academic performance of students who underwent psychiatric treatment at the students' mental health service of a Brazilian university. **Sao Paulo Med. J.**, São Paulo , v. 135, n. 1, p. 23-28, 2017.

EISENBERG, D. et al. Prevalence and correlates of depression, anxiety, and suicidality among university students. **The American journal of orthopsychiatry**, v. 77, n. 4, p. 534–542, 2007.

FINGER, I. R. Validade de construto do Inventário de Depressão de Beck-II (BDI-II) em uma população universitária. Dissertação de Mestrado. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008.

FURTADO, E.; FALCONE, E.; CLARK, C. Avaliação do estresse e das habilidades sociais na experiência acadêmica de estudantes de medicina de uma universidade do Rio de Janeiro. **Interação em Psicologia**, v. 7, n. 2, p. 43–51, 2003.

GOLLUST, S. E.; EISENBERG, D; GOLBERSTEIN, E. Prevalence and Correlates of Self-Injury Among University Students. **Journal of American College Health**, v. 56, n. 5, p. 491–498, 2008.

GRYSCHKEK, R. J. G. **Transtorno mental comum nos estudantes de medicina da Faculdade de Medicina de Botucatu-UNESP: uma análise longitudinal**. 2014. 83 f. Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Faculdade de Medicina de Botucatu, 2014.

HIRATA, F. C. et al. Depression in medical school: the influence of morningness-eveningness. **Chronobiology international**, v. 24, n. 5, p. 939–946, 2007.

JACOBI, F. et al. Prevalence, co-morbidity and correlates of mental disorders in the general population: results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). **Psychological Medicine**, [s.l.], v. 34, n. 4, p.597-611, 2004.

JOHNSON, K. M. et al. Amount of Sleep, Daytime Sleepiness, Hazardous Driving, and Quality of Life of Second Year Medical Students. **Academic Psychiatry**, [s.l.], p.1-5, 2017.

KAYA, M. et al. Prevalence of depressive symptoms, ways of coping, and related factors among medical school and health services higher education students. **Turkish journal of psychiatry**, v. 18, n. 2, p. 137–146, 2007.

LEMOS, K. M. et al. Uso de substâncias psicoativas entre estudantes de medicina de Salvador (BA). **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 34, n. 3, p. 118–124, 2007.

LIMA, M. C. P.; DOMINGUES, M. DE S.; CERQUEIRA, A. T. DE A. R. Prevalência e fatores de risco para transtornos mentais comuns entre estudantes de medicina. **Revista de Saúde Pública**, v. 40, n. 6, p. 1035–1041, 2006.

LIPP, M. E. N.; MALAGRIS, L. E. N. O stress emocional e seu tratamento. **In B. Rangé (Org). Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria** p.475-490, 2001.

MEHANNA, Z.; RICHA, S. Prevalence of anxiety and depressive disorders in medical students. Transversal study in medical students in the Saint-Joseph University of Beirut. **L'Encéphale**, 32(6), 976-982, 2006.

MELEIRO, A.M.A.S. Suicídio entre médicos e estudantes de medicina. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 44, n. 2, p. 135-140, 1998.

NORONHA JÚNIOR, M. A. G. et al. Depressão em estudantes de medicina. **Rev. méd. Minas Gerais**, v. 25, n. 4, 2015.

PERES, C. M. **Atividades extracurriculares: percepções e vivências durante a formação médica.** 2006. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

QUINTANA, A. M. et al. A angústia na formação do estudante de medicina. **Rev bras educ med**, v. 32, n. 1, p. 7-14, 2008.

REZENDE, C. H. A. et al. Prevalência de sintomas depressivos entre estudantes de medicina da Universidade Federal de Uberlândia. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 32, n. 3, p. 315–323, 2008.

ROSSETTI, M. O. et al. O inventário de sintomas de stress para adultos de lipp (ISSL) em servidores da polícia federal de São Paulo. **Rev. bras. ter. cogn.**, Rio de Janeiro , v. 4, n. 2, p. 108-120, 2008.

ROTENSTEIN, L. S. et al. Prevalence of Depression, Depressive Symptoms, and Suicidal Ideation Among Medical Students. **Jama, American Medical Association (AMA)**. v. 316, n. 21, p.2214-2236, 2016.

SILVA, A. G.; CERQUEIRA, A. T. DE A. R.; LIMA, M. C. P. Social support and common mental disorder among medical students. **Brazilian journal of epidemiology**, v. 17, n. 1, p. 229–242, 2014.

SZADOCZKY, E. et al. The prevalence of major depressive and bipolar disorders in Hungary. Results from a national epidemiologic survey. **J Affect Disord**, v. 50, n. 2–3, p. 153–162, 1998.

TEMPSKI-FIEDLER, P. Avaliação da qualidade de vida do estudante de medicina e da influência exercida pela formação acadêmica. **Medicina**, p. 308, 2008.

TOEWS, J. A. et al. Analysis of stress levels among **medical students, residents, and graduate students at four Canadian schools of medicine**. **Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges**, 1997.

WITTER, G. P.; PASCHOAL, G. A. Estresse Profissional na Base SciELO/Occupational stress in SciELO database. **Brazilian Journal of Health**, v. 1, n. 3, 2012.

## ANEXO A

### Escala de Depressão de Beck (BDI)

Numero/Código: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Depois de ler cuidadosamente cada grupo, faça um círculo em torno do número (0, 1, 2 ou 3) próximo à afirmação, em cada grupo, que descreve **melhor** a maneira que você tem se sentido na **última semana, incluindo hoje**. Se várias afirmações num grupo parecerem se aplicar igualmente bem, faça um círculo em cada uma. **Tome cuidado de ler todas as afirmações, em cada grupo, antes de fazer sua escolha.**

<b>1</b>	0 Não me sinto triste 1 Eu me sinto triste 2 Estou sempre triste e não consigo sair disto 3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar	<b>7</b>	0 Não me sinto decepcionado comigo mesmo 1 Estou decepcionado comigo mesmo 2 Estou enjoado de mim 3 Eu me odeio
<b>2</b>	0 Não estou especialmente desanimado quanto ao futuro 1 Eu me sinto desanimado quanto ao futuro 2 Acho que nada tenho a esperar 3 Acho o futuro sem esperanças e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar	<b>8</b>	0 Não me sinto de qualquer modo pior que os outros 1 Sou crítico em relação a mim por minhas fraquezas ou erros 2 Eu me culpo sempre por minhas falhas 3 Eu me culpo por tudo de mal que acontece
<b>3</b>	0 Não me sinto um fracasso 1 Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum 2 Quando olho pra trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos 3 Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso	<b>9</b>	0 Não tenho quaisquer idéias de me matar 1 Tenho idéias de me matar, mas não as executaria 2 Gostaria de me matar 3 Eu me mataria se tivesse oportunidade
<b>4</b>	0 Tenho tanto prazer em tudo como antes 1 Não sinto mais prazer nas coisas como antes 2 Não encontro um prazer real em mais nada	<b>10</b>	0 Não choro mais que o habitual 1 Choro mais agora do que costumava 2 Agora, choro o tempo todo

	3 Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo		3 Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo, mesmo que o queria
<b>5</b>	<p>0 Não me sinto especialmente culpado</p> <p>1 Eu me sinto culpado grande parte do tempo</p> <p>2 Eu me sinto culpado na maior parte do tempo</p> <p>3 Eu me sinto sempre culpado</p>	<b>11</b>	<p>0 Não sou mais irritado agora do que já fui</p> <p>1 Fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que costumava</p> <p>2 Agora, eu me sinto irritado o tempo todo</p> <p>3 Não me irrita mais com coisas que costumavam me irritar</p>
<b>6</b>	<p>0 Não acho que esteja sendo punido</p> <p>1 Acho que posso ser punido</p> <p>2 Creio que vou ser punido</p> <p>3 Acho que estou sendo punido</p>	<b>12</b>	<p>0 Não perdi o interesse pelas outras pessoas</p> <p>1 Estou menos interessado pelas outras pessoas do que costumava estar</p> <p>2 Perdi a maior parte do meu interesse pelas outras pessoas</p> <p>3 Perdi todo o interesse pelas outras pessoas</p>

<b>13</b>	<p>0 Tomo decisões tão bem quanto antes</p> <p>1 Adio as tomadas de decisões mais do que costumava</p> <p>2 Tenho mais dificuldades de tomar decisões do que antes</p> <p>3 Absolutamente não consigo mais tomar decisões</p>	<b>18</b>	<p>0 O meu apetite não está pior do que o habitual</p> <p>1 Meu apetite não é tão bom como costumava ser</p> <p>2 Meu apetite é muito pior agora</p> <p>3 Absolutamente não tenho mais apetite</p>
<b>14</b>	<p>0 Não acho que de qualquer modo pareço pior do que antes</p> <p>1 Estou preocupado em estar parecendo velho ou sem atrativo</p> <p>2 Acho que há mudanças permanentes na minha aparência, que me fazem parecer sem atrativo</p> <p>3 Acredito que pareço feio</p>	<b>19</b>	<p>0 Não tenho perdido muito peso se é que perdi algum recentemente</p> <p>1 Perdi mais do que 2 quilos e meio</p> <p>2 Perdi mais do que 5 quilos</p> <p>3 Perdi mais do que 7 quilos</p> <p>Estou tentando perder peso de propósito, comendo</p>

			menos: Sim _____ Não _____
<b>15</b>	<p>0 Posso trabalhar tão bem quanto antes</p> <p>1 É preciso algum esforço extra para fazer alguma coisa</p> <p>2 Tenho que me esforçar muito para fazer alguma coisa</p> <p>3 Não consigo mais fazer qualquer trabalho</p>	<b>20</b>	<p>0 Não estou mais preocupado com a minha saúde do que o habitual</p> <p>1 Estou preocupado com problemas físicos, tais como dores, indisposição do estômago ou constipação</p> <p>2 Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa</p> <p>3 Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa</p>
<b>16</b>	<p>0 Consigo dormir tão bem como o habitual</p> <p>1 Não durmo tão bem como costumava</p> <p>2 Acordo 1 a 2 horas mais cedo do que habitualmente e acho difícil voltar a dormir</p> <p>3 Acordo várias horas mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir</p>	<b>21</b>	<p>0 Não notei qualquer mudança recente no meu interesse por sexo</p> <p>1 Estou menos interessado por sexo do que costumava</p> <p>2 Estou muito menos interessado por sexo agora</p> <p>3 Perdi completamente o interesse por sexo</p>
<b>17</b>	<p>0 Não fico mais cansado do que o habitual</p> <p>1 Fico cansado mais facilmente do que costumava</p> <p>2 Fico cansado em fazer qualquer coisa</p> <p>3 Estou cansado demais para fazer qualquer coisa</p>		

## ANEXO B

### Escala de reajustamento social

Número/Código: \_\_\_\_\_

Assinale os eventos que ocorreram no último ano

1. Morte do cônjuge	100
2. Divórcio	73
3. Separação do casal	65
4. Prisão	63
5. Morte de alguém da família	63
6. Acidentes ou doenças	53
7. Casamento	50
8. Perda do emprego	47
9. Reconciliação com o cônjuge	45
10. Aposentadoria	45
11. Doença de alguém da família	43
12. Gravidez	40
13. Dificuldades sexuais	39
14. Nascimento de criança na família	39
15. Mudança no trabalho	39
16. Mudança na sua condição financeira	38
17. Morte de um amigo íntimo	37
18. Mudança na linha de trabalho	36
19. Mudança na frequência de brigas com o cônjuge	35

20. Compra de casa de valor alto	31
21. Término de pagamento de empréstimo	30
22. Mudança de responsabilidade no trabalho	29
23. Saída de filho (a) de casa	29
24. Dificuldade com a polícia	29
25. Reconhecimento de feito profissional de realce	28
26. Cônjuge começou ou parou de trabalhar	26
27. Começo ou abandono dos estudos	26
28. Acréscimo ou diminuição de pessoas morando na casa	25
29. Mudança de hábitos pessoais	24
30. Dificuldade com o chefe	23
31. Mudança no horário de trabalho	20
32. Mudança de residência	20
33. Mudança de escola	19
34. Mudança de atividades recreativas	19
35. Mudanças de atividades religiosas	18
36. Mudanças de atividades sociais	17
37. Compra a crédito de valor médio	16
38. Mudança nos hábitos de dormir	15
39. Mudança na frequência de reuniões familiares	15
40. Mudança nos hábitos de alimentação	13

41. Férias	12
42. Natal	12
43. Recebimento de multas ao cometer pequenas infrações	11
<b>Nota obtida</b>	<b>Probabilidade de ter problemas de saúde</b>
Moderada (150-119)	
Média (200-299)	37%
Severa (de 300 a mais)	51%
	79%

Traduzido por Lipp (1984) do original de Holmes & Rahe (1967).

## ANEXO C

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezado(a) estudante,

Você está sendo convidado(a) para participar da pesquisa intitulada: **ANÁLISE E INVESTIGAÇÃO DOS SINTOMAS DE DEPRESSÃO EM ESTUDANTES DE MEDICINA DA UNIEVANGÉLICA**. Desenvolvida por **Arthur Cavalcante Batista de Paiva, Fernando Martins Castanheira Junior, Igor Camargos da Mota, John Henrique Araújo Alden e Murillo César da Costa Borges**, discentes de Graduação em Medicina do Centro Universitário UniEVANGÉLICA, sob orientação do Professor **Thiago de Oliveira Pitaluga**, pesquisador responsável, e co-orientação do Professor **Denis Masashi Sugita**.

O objetivo central do estudo é: Investigar a ocorrência e prevalência dos sintomas de depressão em acadêmicos do 1º ao 8º período da Faculdade de Medicina da UniEVANGÉLICA., por meio da Escala de Depressão de Beck (BDI) e da Escala de Reajustamento Social de Holmes-Rahe.

O convite a sua participação se deve ao fato de você ser estudante do Curso de Medicina do Centro Universitário de Anápolis. Este estudo faz-se relevante por ampliar o conhecimento dos problemas que atingem os estudantes do curso de medicina. O que é de fundamental importância na execução de planejamento adequado para atender às suas solicitações e também para fornecer subsídios à instituição de ensino, com o intuito de auxiliá-la no aprimoramento da formação discente e de suas relações interpessoais no ambiente escolar.

Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Esta participação não gera nenhum custo e você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa.

Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas. Os questionários serão codificados, de forma que o nome, idade, período, não sejam identificados por outros, senão a equipe. Qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa e o material será armazenado em local seguro.

A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo.

A sua participação consistirá em preencher dois questionários do projeto.

O tempo de duração dos questionários é de aproximadamente quinze minutos.

Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo sob guarda do pesquisador responsável (orientador) por pelo menos 5 anos, conforme Resolução CNS 466/12 e orientações do CEP/UniEVANGÉLICA.

Esta pesquisa trará o benefício de atenta-lo quanto a sua saúde mental, quanto ao que diz respeito ao tema da depressão e à possibilidade de ter acompanhamento no NAPED (Núcleo de Apoio Psicopedagógico ao Discente), onde terá profissionais capacitados para auxilia-lo.

Como risco, destacamos um possível constrangimento acerca de temas dolorosos, desagradáveis ou delicados. E você poderá eventualmente desistir de sua participação a qualquer momento.

Para minimizar estes riscos, você pode solicitar responder os questionários em um outro momento ou em lugar privado. Os pesquisadores estão aptos a atender as necessidades de cada um.

Gostaríamos de salientar que esta pesquisa não tem fins diagnósticos. Portanto, não será feita uma busca ativa caso apresente um escore de moderado a elevado, no entanto, a você será oferecida uma ação educativa, na forma de palestra, anteriormente à aplicação dos questionários, explicitando sobre a depressão, o que é, seus sintomas e como buscar ajuda, para que você busque como e quando desejar.

Os resultados serão divulgados em apresentações e artigos científicos, bem como no Trabalho de Conclusão, e também em um dia que marcaremos o retorno à escola, lembrando que serão garantidas a confidencialidade e privacidade das informações.

Este Termo de três páginas é redigido em duas vias, sendo esta primeira para o participante e a outra para o pesquisador.

---

**Pesquisador Responsável**

**Professor Thiago de Oliveira Pitaluga**

***Contato com o(a) pesquisador(a) responsável:***

Endereço: Avenida Universitária, Km 3,5 Cidade Universitária – Anápolis/GO CEP: 75070-290. Telefone para contato: (62) 33106741; à cobrar, 9090 (62) 8134-0013. E-Mail: pitalugat@gmail.com

***Comitê de Ética em Pesquisa da UniEVANGÉLICA:***

Tel e Fax - 9090 (62) 33106736

E-Mail: [cep@unievangelica.edu.br](mailto:cep@unievangelica.edu.br)

**TERMO CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO**

Eu, \_\_\_\_\_, RG n° \_\_\_\_\_ abaixo assinado, concordo voluntariamente em participar do estudo acima descrito, como sujeito. Declaro ter sido devidamente informado e esclarecido pelo pesquisador \_\_\_\_\_ sobre os objetivos da pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como possíveis riscos e benefícios envolvidos na minha participação. Foi-me dada a oportunidade de fazer perguntas e recebi telefones para entrar em contato, a cobrar, caso tenha dúvidas. Fui orientado(a) para entrar em contato com o CEP-UniEVANGÉLICA (fone 3310 6736), caso me sinta lesado ou prejudicado. Foi-me garantido que não sou obrigado a participar da pesquisa e posso desistir a qualquer momento, sem qualquer penalidade. Recebi uma via desse documento.

Anápolis, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2017.

\_\_\_\_\_

Assinatura do(a) Participante

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do sujeito em participar:

Testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_