



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA**  
**FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA**

Fundada em 18 de fevereiro de 1808



---

**Monografia**

**Prevalência de sintomas depressivos em estudantes de  
Medicina da Universidade Federal da Bahia**

**Elisângela Neves de Oliveira**

Salvador (Bahia)

Agosto, 2013

UFBA/SIBI/Biblioteca Gonçalo Muniz: Memória da Saúde Brasileira

Oliveira, Elisângela

O48 Prevalência de sintomas depressivos em estudantes de Medicina da Universidade Federal da Bahia / Elisângela Oliveira. Salvador: E.Oliveira,2013.

vii; 48 fls.: il.

Anexos.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Aguiar, Wania Márcia de.

Monografia (Conclusão de curso) Universidade Federal da Bahia, Faculdade de Medicina da Bahia, Salvador, 2013.

1.Depressão – Prevalência. 2.Estudantes. 3.Faculdade de Medicina - UFBA. I.Aguiar, Wania Marcia.  
II. Universidade Federal da Bahia. Faculdade de Medicina. III. Título.

CDU – 616.89-008.454



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA**  
**FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA**

Fundada em 18 de fevereiro de 1808



---

**Monografia**

Prevalência de sintomas depressivos em estudantes de  
Medicina da Universidade Federal da Bahia

Elisângela Neves de Oliveira

Professora orientadora: Wania Márcia de Aguiar

Monografia de Conclusão do Componente Curricular MED-B60/2013.1, como pré-requisito obrigatório e parcial para conclusão do curso médico da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia, apresentada ao Colegiado do Curso de Graduação em Medicina.

Salvador (Bahia)

Agosto, 2013

**Monografia:** *Prevalência de sintomas depressivos em estudantes de Medicina da Universidade Federal da Bahia*, de **Elisângela Neves de Oliveira**.

Professora orientadora: **Wania Márcia de Aguiar**

### **COMISSÃO REVISORA**

- **Wania Márcia de Aguiar** (Presidente), Professora Associado IV Doutora em medicina e Chefe do Departamento de Neurociências e Saúde Mental da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia.

Assinatura

- **Ronaldo Ribeiro Jacobina**, Professor Associado IV do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia.

Assinatura

- **Milena Magalhães Aleluia**, Doutoranda do Curso do Programa de Pós-graduação em Patologia Humana e Patologia Experimental (PgPAT) da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia.

Assinatura

**TERMO DE REGISTRO ACADÊMICO:** Monografia avaliada pela Comissão Revisora, e julgada apta à apresentação pública no V Seminário Estudantil de Pesquisa da Faculdade de Medicina da Bahia/UFBA, com posterior homologação do conceito final pela coordenação do Núcleo de Formação Científica e de MED-B60 (Monografia V). Salvador (Bahia), em \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2013.

## **EQUIPE**

- Elisângela Neves de Oliveira, Faculdade de Medicina/UFBA. Correio-e: nev\_eli@yahoo.com.br
- Wania Márcia de Aguiar, Departamento de Neurociências e Saúde Mental, Faculdade de Medicina da Bahia/UFBA.

## **INSTITUIÇÕES PARTICIPANTES**

### **UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA**

- Faculdade de Medicina da Bahia (FMB)

## **FONTES DE FINANCIAMENTO**

- Recursos próprios da Equipe.

## AGRADECIMENTOS

- À minha Professora orientadora **Wania Márcia de Aguiar** por toda a orientação prestada durante o desenvolvimento deste trabalho.
- À Diretora da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia, Doutora Lorene Louise Silva Pinto, pela permissão concedida ao desenvolvimento desta pesquisa junto ao corpo docente desta Faculdade.
- Aos acadêmicos da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia pela fundamental colaboração no desenvolvimento desta pesquisa.

## ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO .....	- 4 -
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA .....	- 7 -
3. OBJETIVO GERAL .....	- 17 -
4. JUSTIFICATIVA.....	- 18 -
5. MÉTODOS.....	- 19 -
6. RESULTADOS.....	- 21 -
7. DISCUSSÃO.....	- 30 -
8. CONCLUSÃO .....	- 33 -
9. REFERÊNCIAS .....	- 34 -
10. ANEXOS .....	- 37 -

## Resumo

**Objetivo:** Conhecer a prevalência de sintomas depressivos em estudantes de Medicina da Universidade Federal da Bahia. **Método:** Estudo de corte transversal realizado com 116 estudantes dos semestres: inicial, intermediário e final do curso de medicina da UFBA. Foram utilizados questionários auto-aplicáveis e anônimos: Inventário de Depressão de Beck e questionário para conhecimento do perfil sociodemográfico dos estudantes. **Resultados:** A maioria dos estudantes que participou da pesquisa era constituída por adultos jovens (74,1%), do sexo feminino (51,7%); solteiro (89,7%); procedente da capital Salvador (58,6%) e morava com os pais (62,9%). A prevalência de sintomas depressivos entre os estudantes foi de 43%, com predomínio de sintomas de depressão leve à moderada; maior prevalência de sintomas depressivos foi encontrada entre as graduandas (27,8%). **Conclusão:** Os dados demonstram elevada prevalência de sintomas depressivos entre estudantes de medicina da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia e a importância do suporte psicológico e psiquiátrico aos estudantes em formação nesta Faculdade.

Palavras – chave: Depressão - Prevalência; Estudantes; Faculdade de Medicina.



## **Abstract**

**Objective:** To determine the prevalence of depressive symptoms among medical students of Federal University of Bahia. **Method:** Cross-sectional study conducted with 116 students in the following stages: beginners, undergraduates and graduates of the Federal University of Bahia School of Medicine. We used self-administered questionnaires: the Beck Depression Inventory questionnaire and knowledge of the demographic profile of students. **Results:** Most students who participated in the survey consisted of young adults (74,1%), female (51,7%), single (89,7%), coming from the capital Salvador (58,6%) and lived with their parents (62,9%). The Prevalence of depressive symptoms among these academics was 43%, with predominance of mild to moderate depression symptoms. Higher prevalence of depressive symptoms was found among undergraduate (27,8%). **Conclusion:** The data show a high prevalence of depressive symptoms among medical students of the Federal University of Bahia School of Medicine and the importance of psychological and psychiatric support to students in training in this Faculty.

**Keywords:** Depression – Prevalence; Students; School of Medicine.

## 1. INTRODUÇÃO

Segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS): “A depressão deve se tornar a doença mais comum do mundo nos próximos 20 anos, acometendo mais pessoas do que o câncer e as doenças cardíacas”<sup>1</sup>.

Atualmente ela é considerada pela OMS o quinto maior problema de saúde pública no mundo, sendo que os países pobres registram o maior número de casos de depressão, o que pode ser explicado pelo grau mais elevado de estresse vivenciado pelas pessoas pobres no dia a dia<sup>1</sup>.

A depressão será a doença que mais gerará custos econômicos e sociais para os governos, devido aos gastos com tratamento para a população e às perdas por afastamento do trabalho. Segundo a OMS há cerca de 121 milhões de pessoas com depressão no mundo, sendo 17 milhões delas no Brasil <sup>1</sup>.

Este transtorno está associada ao aumento da morbidade e mortalidade, tanto pelo maior risco de suicídio, como pela possibilidade de piorar ou aumentar o risco de doenças cardíacas e o diabetes *mellitus* tipo 2 <sup>1</sup>.

Os transtornos depressivos englobam um conjunto de sintomas e alterações do comportamento que necessitam de reconhecimento não só dos psiquiatras, mas dos médicos de todas as especialidades, devido à sua alta prevalência e repercussão negativa na qualidade de vida dos pacientes. No entanto a depressão continua a ser subdiagnosticada, resultando em um tratamento inadequado. A OMS, declara que 75% das pessoas com depressão nunca receberam um tratamento adequado <sup>1</sup>.

Uma série de sintomas físicos da depressão pode levar muitas pessoas a procurar um médico clínico generalista ou especialista de outras áreas antes de procurar um psiquiatra. Assim os médicos, independentemente da especialidade, precisam reconhecer pacientes com transtornos depressivos, muitas vezes mascarados por sintomas físicos, tratá-los quando apresentarem quadros mais leves e encaminhá-los para especialistas em casos mais graves <sup>2</sup>.

Uma em dez pessoas tem um episódio de depressão pelo menos uma vez na vida, podendo ter como causa desencadeante: situação infeliz, estresse constante ou, em alguns casos, doença grave. De acordo com pesquisadores, o distúrbio seria consequência da falta de neurotransmissores no cérebro, ou seu mau funcionamento: dopamina, noradrenalina e, principalmente serotonina, hormônios mediadores do humor, entre outras funções cerebrais <sup>3</sup>.

Os quadros subsindrômicos, que não satisfazem aos critérios propostos para o diagnóstico de depressão, apresentam prevalência de 3% a 9% entre os pacientes que procuram os serviços de saúde. Já os transtornos depressivos podem atingir cerca de 10% dessa população. Sendo assim, até 20% das pessoas atendidas em ambulatórios chegam a ter sintomas de depressão, com possíveis repercussões negativas sobre a efetividade do tratamento clínico. Essas taxas são elevadas no contexto médico geral, uma vez que pacientes com quadros clínicos graves, de curso crônico, com prognóstico desfavorável, têm mais sintomas depressivos que os demais <sup>3</sup>.

As mulheres são duas vezes mais susceptíveis ao risco de desenvolver transtornos depressivos que os homens, diferença que pode ser consequência de fatores psicossociais e biológicos associados ao sexo feminino, visto que as sensações de estresse e bem-estar experimentadas por homens e mulheres resultam da interação diferenciada dos hormônios sexuais com os neurotransmissores <sup>14</sup>.

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais da Associação Psiquiátrica Norte-americana, em sua 4ª edição, descreve como critérios para diagnosticar os transtornos depressivos: humor deprimido na maior parte do tempo; interesse diminuído ou perda de prazer na realização das atividades (anedonia); sensação de inutilidade ou culpa excessiva; indecisão ou diminuição da capacidade de pensar e concentrar-se; fadiga; insônia ou sono excessivo; agitação ou lentidão de movimentos; perda ou ganho significativo de peso; ideias recorrentes de morte ou suicídio <sup>4</sup>.

Os transtornos depressivos são classificados em três grupos, de acordo com a presença dos sintomas acima citados <sup>4</sup>: 1) Depressão menor: dois a quatro sintomas por duas ou mais semanas, incluindo humor deprimido ou anedonia; 2) Distímia: três ou quatro sintomas, incluindo humor deprimido, durante dois anos, no mínimo; 3) Depressão maior: cinco ou mais sintomas por duas semanas ou mais, incluindo humor deprimido ou anedonia.

O tratamento para os sintomas depressivos é principalmente medicamentoso, associada ou não à psicoterapia, mas podem ser utilizadas outras alternativas para pacientes com resistência terapêutica, como por exemplo, a estimulação magnética transcraniana (EMT) e a eletroconvulsoterapia (ECT) <sup>5</sup>.

Muitos estudos epidemiológicos de prevalência realizados no Brasil, têm demonstrado uma situação preocupante quanto as taxas elevadas de sintomas depressivos e ansiosos encontradas em um grupo em particular - Os estudantes de Medicina - estes apresentam taxas

maiores do que a população em geral, o que pode ter relação com o curso médico e com características do próprio indivíduo<sup>7,11,13,14</sup>.

Os estudantes universitários dos diferentes cursos experimentam diferentes exigências quanto a carga horária e as cobranças do curso escolhido: tempo de estudo necessário, quantidade de matérias a serem cumpridas, entre outras pressões.

O curso de Medicina, em particular, expõe os estudantes que optam por seguir a carreira médica, a variadas situações de estresse: o curso é o mais longo de todos os cursos universitários, com duração mínima de 6 (seis) anos; a carga horária semestral é bastante extenuante; há uma fadiga extrema pelas horas dedicadas aos estudos pré-avaliações, sendo as noites de sono com frequência substituídas por noites de estudos, para muitos destes futuros médicos. Além disso, há uma auto-cobrança para corresponder às próprias expectativas, a de familiares e da sociedade.

As pesquisas apontam o estresse como importante fator implicado no desencadeamento de sintomas depressivos, assim vários estudos tem sido realizados nos últimos anos, afim de verificar a existência de sintomas depressivos desencadeados pela sobrecarga acadêmica cotidiana destes estudantes.<sup>8-13</sup> Em 2004, por exemplo, pesquisou - se sintomas depressivos entre estudantes de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia em Minas Gerais, assim como no segundo semestre de 2009 foi pesquisada a prevalência de sintomas semelhantes em acadêmicos de Medicina da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, ambas no Brasil. Azi, em 2003 encontrou em seu estudo uma taxa de transtornos depressivos de 15,6% entre estudantes de medicina de uma Faculdade de Salvador.

A Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia, inicialmente denominada Escola de Cirurgia da Bahia, criada pela Carta Régia assinada em 18 de fevereiro de 1808, abriga o primeiro curso de Medicina do Brasil, sendo responsável pela formação de médicos há mais de 200 anos. Poucos estudos sobre o tema foram realizados nesta Faculdade, assim diante da situação preocupante relatada pela OMS quanto ao aumento do número de casos de depressão no mundo, chegando esta a ser considerada por alguns estudiosos como o mal do século XXI e a associação relatada em vários estudos entre o curso médico e o risco de desenvolvimento deste transtorno de humor, ressalta-se a importância de se conhecer os riscos de desenvolvimento de sintomas depressivos entre os acadêmicos atualmente em formação nesta Escola, assim como tem sido feito em outras Escolas médicas do País.

## 2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A depressão é o transtorno de humor mais comum no mundo contemporâneo, sendo considerado por estudiosos como “o mal do século XXI”. Nos Estados Unidos, por exemplo, a depressão já representa a segunda causa de internamento por distúrbios psiquiátricos, ficando atrás apenas da esquizofrenia, o uso de antidepressivos aumentou 400% em 20 anos nos EUA<sup>3</sup>.

A Organização Mundial da Saúde acredita que em 2030, ela será a doença mais comum do mundo, à frente de problemas cardíacos e do câncer<sup>6</sup>. A depressão é classificada como um transtorno de humor na 10ª edição da Classificação Internacional das Doenças (CID-10) da OMS, e como depressão maior na 4ª edição do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais<sup>7</sup>.

Em uma pesquisa realizada em 2011, coordenada pela World Mental Health Survey Initiative, projeto da OMS para a saúde mental, foi investigada a prevalência da depressão pelo mundo. Participaram desta pesquisa 18 países, que foram separados em dois grupos: 10 países desenvolvidos (Bélgica, França, Alemanha, Israel, Itália, Japão, Holanda, Nova Zelândia, Espanha e Estados Unidos) e 8 em desenvolvimento (Brasil, com dados apenas de São Paulo, Colômbia, Índia, Shenzhen na China, Líbano, México, África do Sul e Ucrânia)<sup>18</sup>.

De acordo com essa pesquisa, entre os países em desenvolvimento, o Brasil apresentou o maior percentual de pessoas com depressão, 18,4%<sup>24</sup>.

A depressão acomete indivíduos de todas as culturas, de diferentes credos, nível socioeconômico, grau de escolaridade e faixa etária.

Na depressão há uma alteração da percepção do indivíduo em relação a si mesmo, há uma distorção de situações da vida real, que não é suprimida por evidências objetivas. O pensamento da pessoa deprimida caminha geralmente para a auto-depreciação.

### 2.1. História

A condição hoje chamada de depressão foi descrita por alguns autores antigos sob a categoria de “melancolia”. As primeiras referências à melancolia são atribuídas a Homero, que na *Iliada* a descreve em Belerofonte: “Errou, sozinho, através da planície Aleia, consumindo o seu coração, evitando as pegadas dos homens”<sup>3</sup>.

Em textos de Culturas antigas, já há a descrição das mudanças de humor de indivíduos que hoje são enquadrados no espectro psicopatológico-clínico da depressão. Naqueles tempos,

prevalecia uma visão ético-religiosa que não só atribuía a melancolia à intervenção de forças sobrenaturais malévolas ou divinas, mas a considerava uma forma de punição<sup>3</sup>.

A primeira descrição clínica de melancolia foi feita pelo médico grego Hipócrates no século IV a.C., que formulou uma hipótese etiopatogênica “científica”, descrevendo de forma aprimorada as características clínicas e a evolução do quadro melancólico. Hipócrates propôs que o cérebro seria a sede de todas as emoções e atribuiu a depressão à ação de uma substância endógena nesse órgão, a bile negra (daí o termo “melancolia”: mélas – “negro” e cholé - “bile negra”). Sua presença no organismo seria determinada pela umidade e pelas estações<sup>3</sup>.

No início do século XIX, Pinel descreveu a melancolia da seguinte maneira:

Os sintomas geralmente abarcados pelo termo melancolia são taciturnidade, um ar pensativo sério, suspeitas soturnas e amor à solidão. Esses traços, sem dúvida, parecem distinguir a personalidade de alguns homens com boa saúde e frequentemente em circunstâncias prósperas. Contudo, nada pode ser mais abominável do que a figura do melancólico remoendo seus imaginários infortúnios. Se ademais possuído de poder, e dotado de uma disposição perversa e de um coração sanguinário, a imagem torna-se ainda mais repulsiva<sup>6</sup>.

O termo depressão só passou a ser utilizado na Medicina a partir do século XVIII, para designar um estado ligado a melancolia<sup>2</sup>.

## **2.2. Etiopatogenia**

As descrições da depressão mencionadas incluem as características típicas dessa condição. Poucas são as síndromes psiquiátricas que têm descrições clínicas tão constantes ao longo de sucessivas épocas da história. Percebe-se que as descrições históricas da depressão indicam que se observam manifestações desse transtorno em todos os aspectos do comportamento, incluindo as divisões psicológicas tradicionais de afeição e cognição<sup>5</sup>.

Ainda que a depressão seja reconhecida como uma síndrome clínica há mais de dois mil anos, até hoje não foi encontrada uma explicação plenamente satisfatória de suas características intrigantes e paradoxais. Ainda existem importantes questões não resolvidas sobre sua natureza, classificação e etiologia. Entre essas questões estão as seguintes<sup>4</sup>:

A depressão é o exagero de um estado de humor vivenciado por indivíduos normais, ou é qualitativa e quantitativamente diferente de um estado de humor normal?

Quais são as causas, as características definidoras, os resultados e os tratamentos efetivos da depressão?

A depressão é um tipo de reação ou uma doença?

A depressão é causada principalmente por estresse psicológico e conflito, ou está basicamente relacionada a uma desordem biológica?

“Alguns pesquisadores afirmam que a depressão é, sobretudo, um transtorno psicogênico; outras afirmam que ela é causada por fatores orgânicos. Um terceiro grupo defende o conceito de dois tipos diferentes de depressão: um psicogênico e outro orgânico”<sup>6</sup>.

Os aspectos biológicos da depressão têm recebido bastante atenção, milhares de estudos foram feitos com quase todos os constituintes do sangue, da urina e do líquido cefalorraquidiano, foram realizados também estudos patológicos do cérebro e de outros órgãos. Alguns estudos demonstraram relação entre o tamanho reduzido do hipocampo e a depressão, bem como um tamanho aumentado da amígdala e a propensão a episódios depressivos<sup>6</sup>.

Apesar dos inúmeros estudos existentes sobre o assunto, existe pouco conhecimento sólido a respeito do substrato biológico específico da depressão. Nenhum achado laboratorial que diagnostique com certeza um episódio depressivo maior foi identificado<sup>6</sup>.

Os resultados positivos que têm sido associados à depressão incluem níveis excessivos de esteróides, retenção de sódio e alterações nos padrões de EEG, evidenciando déficit nos níveis mais profundos do sono<sup>6</sup>.

Há muitas opiniões sobre a possível natureza e etiologia da depressão e muito ainda há de se pesquisar, mas com o crescente número de casos de pessoas apresentando este transtorno no mundo contemporâneo, percebe-se a necessidade de maior atenção aos sinais e sintomas característicos da depressão<sup>6</sup>.

A teoria mais aceita atualmente para explicar a etiopatogenia da depressão, propõe que um episódio depressivo resultaria da interação de fatores biológicos (resposta ao estresse, fatores neurotróficos), psicológicos (personalidade e relacionamentos pessoais), ambientais (dieta, álcool, ritmos biológicos) e genéticos<sup>7</sup>.

Já se sabe que o transtorno de humor depressivo tem um componente hereditário, e os familiares de primeiro grau de pessoas deprimidas, apresentam um risco aumentado 1,5 a 3

vezes ao da população geral, para o desenvolvimento da depressão. Estima-se que o componente genético represente cerca de 40% da susceptibilidade do indivíduo desenvolver depressão. Além disso, a exposição a estressores tem papel muito importante no desenvolvimento de quadros depressivos<sup>7</sup>.

As pesquisas sobre a neurobiologia da depressão têm encontrado alterações a nível macroscópico e molecular embasando a proposição de alguns modelos para tentar explicar a fisiopatologia da depressão: o modelo monoaminérgico e a teoria da supra-regulação pós-sináptica<sup>7</sup>.

Segundo a hipótese monoaminérgica da depressão, haveria uma diminuição da função monoaminérgica no encéfalo, incluindo a neurotransmissão dopaminérgica, além da diminuição de receptores de serotonina (5-HT) e norepinefrina no córtex pré-frontal e sistema límbico<sup>9</sup>.

Essa hipótese porém, não explica o surgimento do efeito clínico dos antidepressivos somente algumas semanas depois do início de seu uso, assim foi proposta uma nova hipótese para tentar explicar essa latência, denominada, hipótese da regulação pós-sináptica, que propõe que o atraso no surgimento dos efeitos dos antidepressivos, se deve a alterações no número e sensibilidade dos receptores monoaminérgicos<sup>9</sup>.

Atualmente, considera-se que as alterações nos níveis de serotonina e cortisol seriam consequência de estresse celular e não a principal etiologia da depressão. As pesquisas realizadas nas últimas décadas, apontaram o envolvimento de processos inflamatórios e interações imunoneuronais na patogênese, essa hipótese é conhecida como a das citocinas para a depressão<sup>7</sup>.

A alta comorbidade com doenças inflamatórias, como esclerose múltipla, HIV, doença inflamatória intestinal e artrite reumatoide, reforçam esta hipótese. Foram descritas associações entre depressão e ativação das células T, além do aumento dos níveis de várias citocinas pró-inflamatórias, como por exemplo, interleucinas, fator de necrose tumoral alfa e interferon gama<sup>7</sup>.

Na depressão, também ocorre desregulação do eixos hipotálamo-hipófise-adrenal (HHA), tireoidiano e envolvendo o hormônio do crescimento, alterações do padrão de sono,



do ritmo circadiano, anormalidades do sistema imunológico e alterações morfofisiológicas cerebrais<sup>7</sup>.

Tanto o estresse, quanto a depressão e a ansiedade tem em comum a ativação do sistema nervoso simpático (SNS) e do eixo neuroendócrino HHA. O hipotálamo controla as respostas orgânicas às alterações no meio ambiente externo e interno, como por exemplo, aquelas provocadas por agentes estressores, permitindo ao organismo a adaptação afim de manter o equilíbrio. O hipotálamo consegue desempenhar este papel, através do estímulo do sistema nervoso autônomo (SNA) e ativação do eixo HHA<sup>7</sup>.

A constante ativação do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal e do SNS e a liberação de adrenalina, levam a uma situação crônica de estresse e depressão que provocam alterações na integridade do cérebro<sup>8</sup>.

Macroscopicamente, são encontradas alterações no córtex pré-frontal, na amígdala, no córtex anterior do cíngulo, no hipocampo, entre outros. Estudos com tomografia por emissão de pósitrons (PET scan) demonstram a diminuição do fluxo sanguíneo no córtex pré-frontal ao longo da linha média e do metabolismo. Sendo que este último é restabelecido com o uso de antidepressivos, enquanto o primeiro teria um caráter persistente mesmo após uso de medicação. O córtex pré-frontal mantém fortes conexões com as vias paralímbicas, que são relacionadas com aspectos emocionais do indivíduo<sup>8</sup>.

O hipocampo apresenta alterações volumétricas, redução da sua massa, segmentares ou da sua forma, indicando importante papel na fisiopatologia da depressão. Além disso, o hipocampo é bastante susceptível à neurotoxicidade provocada por eventos estressores, devido ao seu papel de interligação entre as vias de resposta ao mesmo<sup>7,8,9</sup>.

A amígdala, por sua vez, aumenta de atividade e de tamanho, logo no início de episódio de depressão maior. Esta área do cérebro está relacionada ao aprendizado emocional, e estudos têm demonstrado que na depressão, parece haver uma redução do metabolismo cerebral anterior e um aumento do metabolismo de glicose em várias regiões límbicas, principalmente na amígdala. Este hipermetabolismo amigdaliano funcionaria como um amplificador emocional que distorceria o grau de determinado problema, tornando maiores os sinais de estressores relativamente menores em pessoas vulneráveis. O uso de medicação adequada reverteria esse quadro<sup>8,9</sup>.

O córtex temporal, também parece estar envolvido nas depressões, devido em grande parte pela correlação entre a depressão e a alteração do eixo hipotálamo-hipófise- adrenal, que resulta em efeitos adversos do estresse sobre o hipocampo e a amígdala, que são áreas fortemente relacionadas com o córtex pré-frontal <sup>8</sup>.

O córtex anterior do cíngulo organiza o comportamento com base em “pré-concepções” de origem emocional <sup>10</sup>. Quanto menor a atividade de sua porção dorsal, a qual está relacionada com as vias cognitivas, maior a severidade da depressão <sup>9</sup>. Já a porção ventral do cíngulo parece estar relacionada com a desregulação da motivação e da resposta autônoma simpática <sup>9</sup>.

### **2.3. Epidemiologia**

Vários estudos demonstram que o gênero influencia aspectos dos transtornos psíquicos, desde os sintomas e reações aos medicamentos até a progressão do distúrbio ao longo da vida. As meninas têm duas a três vezes mais propensão a manifestar o distúrbio durante a puberdade, já os meninos tem maior probabilidade de desenvolver a patologia depressiva na infância <sup>10</sup>.

Em relação à forma de manifestação dos sintomas depressivos tem se observado também diferenças de manifestação entre homens e mulheres: de uma maneira geral, as mulheres apresentam-se tristes, sensíveis e desanimadas enquanto os homens se mostram mais raivosos, inquietos e desatentos <sup>10</sup>.

Estudos recentes indicam que a prevalência anual da depressão na população varia entre 3% a 11% e que a maior parte dos casos de depressão ocorre entre os 20 e os 50 anos de idade <sup>11</sup>.

### **2.4. Depressão, exercício da Medicina e estudantes de Medicina**

Uma categoria profissional em particular, a médica, que é preparada para reconhecer os sintomas depressivos na população, entre outras patologias, tem chamado a atenção de pesquisadores, por aparecer em estudos como um grupo extremamente vulnerável ao desenvolvimento de tais sintomas, e com prevalência significativa dos mesmos quando comparada a população em geral <sup>10</sup>.

Estudos realizados em diversas partes do mundo têm mostrado situações estressantes na vida do médico que comprometem a sua qualidade de vida. Segundo o Conselho Federal de Medicina, em pesquisa divulgada em 2007, mais da metade dos médicos brasileiros

apresentam distúrbios psiquiátricos como, depressão e ansiedade<sup>16</sup>. Alguns destes estudos apontam para a existência de fatores estressantes ainda no período da graduação<sup>4,10</sup>.

O aprendizado do exercício da medicina há muito é conhecido como fonte de estresse, para os graduandos nesta área. Os estudantes são pressionados pela grande quantidade de conteúdo que precisam aprender, pela dificuldade de aquisição de livros, pelo contato com doentes graves, com a morte e portanto com o sofrimento, pela competição entre os colegas e pela cobrança da própria instituição de ensino e da sociedade e pela falta de tempo para as atividades sociais<sup>10-14</sup>.

O interesse pelos aspectos psicológicos dos estudantes de medicina e do médico é bastante antigo. Hipócrates (460-377 a.C.) já chamava a atenção para o risco do médico tornar-se onipotente: “o sábio é aquele que procura aprender; quem acredita que a tudo conhece é ignorante”. Fazendo referência a característica do médico e daquele que aspira um dia sê-lo, de acreditar ser um semideus<sup>10</sup>.

Porém foi apenas no século XX que os aspectos psicológicos dos médicos passaram a ser estudados de forma sistemática<sup>10</sup>. No Brasil, desde a década de 50, a saúde mental dos estudantes de medicina tem sido tema de estudos.

A admissão a uma escola médica no Brasil, assim como em outros países, como Portugal, por exemplo, requer que o aspirante a carreira médica, tenha disposição para enfrentar uma disputa acirrada por uma das vagas no curso pretendido, precisando dedicar-se mais que os vestibulandos de outros cursos para o ingresso na universidade.

O vestibular para o curso médico é extremamente concorrido, os estudantes precisam abdicar do convívio com amigos e familiares, assim como se privar de horas de descanso, do lazer e de atividades físicas para conseguir alcançar o tão sonhado objetivo da aprovação.

Os alunos que conseguem ingressar no curso médico, já o fazem desta maneira, com grande nível de estresse, decorrente do período que passaram se preparando para a concorrida seleção. A maioria destes acadêmicos é constituída por jovens que recentemente deixaram a adolescência e logo tiveram que decidir pela carreira que irão seguir pelo resto de suas vidas, o que contribui para aumentar a expectativa quanto ao futuro, a auto-cobrança e o risco de desenvolvimento de quadros depressivos e ansiosos.

Entre os transtornos mentais comuns mais encontrados nos acadêmicos de medicina descritos na literatura, estão a depressão e a ansiedade<sup>10-14</sup>.

Os estudantes que ingressam nas Faculdades de Medicina tem um perfil descrito em muitos estudos como competitivo, perfeccionista, exigentes com eles mesmos e mais susceptíveis a depressão, por não admitirem falhas<sup>7,8,9,10,12</sup>.

As alunas apresentam prevalência de depressão duas vezes maior que seus colegas do sexo masculino, assim como as mulheres da população em geral<sup>10</sup>.

Determinados períodos do curso são apontados como mais favoráveis ao desenvolvimento de transtornos do humor. O estudante de Medicina passa por basicamente três fases psicológicas ao longo do curso médico: a primeira fase corresponde a euforia inicial, resultado do ingresso na Universidade, da conquista de um sonho; a segunda corresponde a decepção, decorrente de toda a cobrança experimentada no curso, na mudança de hábitos e às vezes no desempenho insatisfatório nas disciplinas; a terceira fase é representada pelo internato composto por um período de adaptação e ao mesmo tempo de preocupação com competição pelas vagas da residência médica<sup>10</sup>.

Para alguns pesquisadores, o primeiro semestre do curso médico representa o período mais crítico para o surgimento de transtornos de humor, como a depressão e a ansiedade, transtornos que são intimamente relacionados. Em outros estudos, o internato corresponde a fase de maior fonte de preocupação para os já quase médicos, quando acaba a fase teórico-prática do curso e inicia-se a fase puramente prática que encerra o curso acadêmico<sup>10,11</sup>.

A preocupação com a saúde dos estudantes, fez com que algumas Universidades Brasileiras instituíssem um núcleo de assistência psicológica ao estudante de Medicina. O primeiro serviço de atendimento a estes estudantes foi criado na Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pernambuco, em 1957, sendo chamado de Serviço de Higiene mental e Psicologia Clínica. Em anos posteriores, outros foram surgindo, como por exemplo, o Núcleo de Atendimento Psicológico ao Corpo Discente (NUADI) da Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA), formado por uma equipe constituída por psiquiatra, psicóloga e uma secretária, este núcleo funciona em local próximo a Faculdade e ao mesmo tempo em um local reservado, afim de facilitar o acesso do discente sem constrangimento por estar procurando apoio psicológico. No NUADI, o corpo discente e também o docente tem um local para compartilhamento de experiências, para relato das angústias pertinentes a vivência no curso médico<sup>10</sup>.

A Faculdade de Medicina de São Paulo (FMUSP), a semelhança da FAMEMA, criou o Grupo de Assistência Psicológica ao Aluno da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (GRAPAL), criado em 1983 que oferece aos estudantes de medicina um local para

o relato de seus problemas ao longo do curso médico e a obtenção do devido apoio psiquiátrico e psicológico. O GRAPAL está localizado da mesma maneira que o NUADI, em um local de fácil acesso e no caso da FMUSP, dentro da própria Faculdade. Demonstrando a preocupação das Faculdades com adesão dos estudantes em situação de risco. Ambas relatam a boa adesão por parte dos acadêmicos de medicina que incorporaram a procura pelo apoio destes núcleos na rotina acadêmica <sup>12</sup>.

O Memorial da Faculdade de Medicina da Bahia<sup>15</sup> registra em 1988 a criação do CAE (Comissão de assuntos estudantis), que foi seguida pelo NOÉ (Núcleo de Orientação Estudantil), depois denominada NOÁ (Núcleo de Orientação Acadêmica) e, posteriormente pelo POE (Programa de Orientação Estudantil), estruturas que se dedicavam a identificar alunos que necessitavam de apoio psicopedagógico. Integravam o corpo de apoio aos estudantes, funcionárias ligadas ao Colegiado de Curso (Norma de Jesus e Marita Ventura) e um professor orientador, Professor Ronaldo Jacobina. As funcionárias identificavam os alunos com problemas no desempenho do curso e, com a anuência deles, se comunicavam com o professor orientador, que buscava o contato com o aluno e seus familiares, quando indicado, mantendo o sigilo adequado. No período de 1996-2001, funcionou o NAPS – Núcleo de Apoio Psicológico e Social, na gestão do Prof. José Antônio de Almeida Souza sob a coordenação da professora Solange Rubim de Pinho.

Após algum tempo de funcionamento pouco ativo, o Colegiado de Curso de Medicina da FMB, constituiu oficialmente o Núcleo de Apoio Psicopedagógico da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia (NAPP-FMB-UFBA), através Portaria 18/2012 da diretoria da Faculdade de Medicina. Esse Núcleo tem como objetivos, auxiliar: na identificação de estratégias resolutivas diante de situações ligadas à instância pedagógica; na promoção da saúde mental do estudante de Medicina e na prevenção de possíveis agravos desenvolvidos durante o curso. O NAPP é constituído por professores/preceptores convidados, até o momento.

Este Núcleo funciona em uma sala compartilhada com o Setor de Assistência à Saúde Mental, no 1º andar do Complexo Hospital Universitário Professor Edgar Santos, que é o Hospital Escola da Faculdade de Medicina da Bahia.

O acesso ao NAPP pode ser feito por: oferta programada; encaminhamentos (colegas, professores, chefes de departamento ou colegiado) e demanda espontânea.

Mas apesar de serem relatados em todo o mundo os riscos de desenvolvimento de distúrbios psicológicos aos quais estão sujeitos os acadêmicos de medicina em decorrência do estresse do curso, estes riscos parecem negligenciados no contexto educacional.

### 3. OBJETIVO GERAL

Conhecer a prevalência de sintomas depressivos em estudantes de Medicina da Universidade Federal da Bahia.

#### 4. JUSTIFICATIVA

Alertar acadêmicos e corpo docente da primeira Faculdade de Medicina do País, através de dado estatístico de prevalência, a situação da saúde mental dos estudantes desta Instituição, no que diz respeito ao surgimento de sintomas depressivos em diferentes estágios do curso de medicina, afim de que sejam implementadas medidas de avaliação dos possíveis fatores geradores de tensão/estresse em estudantes dentro deste curso, bem como de acompanhamento e orientação dos acadêmicos, afim de melhorar a qualidade de vida destes.



## 5. METÓDOS

O desenho do estudo foi do tipo corte transversal, por amostra de conveniência. A população de referência foi constituída por todos os alunos matriculados no primeiro, sétimo e décimo segundo semestres do curso de Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia, no segundo semestre do calendário acadêmico de 2012.

O projeto de pesquisa foi inicialmente exposto aos estudantes, e após foi solicitado assinatura do Termo de consentimento livre e esclarecido (ANEXO A) àqueles que manifestaram desejo em participar da pesquisa, bem como o preenchimento dos instrumentos de coleta de dados da pesquisa (uma ficha contendo os dados demográficos e o Inventário de Beck para Depressão - IDB).

O instrumento utilizado para subsidiar a identificação da prevalência de sintomas depressivos nos estudantes universitários em questão, foi a Escala ou Inventário de Depressão de Beck (Beck Depression Inventory - ANEXO B). Aplicou-se também um questionário para coletar dados sobre o perfil sóciodemográfico da população em estudo (ANEXO C).

O Inventário de Beck, desenvolvido por Aaron Beck, é o instrumento de auto-avaliação de depressão mais utilizado em pesquisa e em clínica, tendo sido traduzido para vários idiomas e já foi validada no Brasil. Esta Escala consta de 21 itens relacionados a sintomas como: tristeza, pessimismo, sensação de fracasso, sensação de punição, autodepreciação, ideias suicidas, irritabilidade, retração social, distúrbio do sono, alterações do apetite, entre outros itens identificadores de transtornos de depressão<sup>10</sup>.

Para avaliar o resultado, um valor de 0 até 3 é determinado para cada resposta e o resultado final é comparado a uma chave para determinar o grau de depressão. Os valores básicos são: 0 à 9 indicam que não há depressão, 10 à 18 indicam depressão leve a moderada, 19 à 29 indicam depressão moderada a severa, 30 à 63 indicam depressão severa<sup>10</sup>.

O Inventário de Beck não dá diagnóstico de depressão, é utilizado apenas para rastrear sintomas depressivos na população. Para o estabelecimento do diagnóstico, após a obtenção do resultado, o indivíduo precisa ser avaliado por um especialista<sup>10</sup>.

### **5.1. Análise dos dados**

Foi conduzida uma análise descritiva e exploratória dos dados sócio demográficos, com o uso de tabelas de frequência e gráficos. As tabelas foram utilizadas para mostrar os resultados das variáveis categóricas e os box-plots ilustram os resultados da variável IDB (numérica). A variável idade foi categorizada segundo a distribuição dos dados, utilizando-se a informação dos quartis (25%, 50% e 75%). Para verificar a associação entre os fatores sócios demográficos e o IDB, aplicou-se o teste de Qui-quadrado a um nível de significância de 5%. As análises foram realizadas com o auxílio do programa STATA 10.0<sup>16</sup>.

### **5.2. Aspectos Éticos**

Este Projeto de pesquisa foi submetido à apreciação do Comitê de Ética Médica em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) do Hospital Universitário Professor Edgar Santos (HUPES) de Salvador, recebendo parecer de “aprovado” em 19 de abril de 2012.

## 6. RESULTADOS

Participaram voluntariamente da pesquisa 116 estudantes matriculados no primeiro, sétimo e décimo segundo semestres do curso de medicina da Faculdade de medicina da UFBA, respondendo ao questionário sociodemográfico e o Inventário de depressão de Beck (IDB) nos meses de janeiro e fevereiro de 2013.

Quarenta e três por cento dos participantes apresentaram sintomas de depressão, sendo que destes 8,6% apresentaram sintomas de depressão moderada ou severa e 34,5% apresentaram sintomas de depressão leve a moderada (Tabela 1).

**Tabela 1** – Classificação dos sintomas entre os participantes da pesquisa (2013)

<b>IDB</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>% acumulada</b>
Sem sintomas depressivos	66	56,9	100,0
Depressão leve à moderada	40	34,5	43,1
Depressão moderada à severa	8	6,9	8,6
Depressão severa	2	1,7	1,7
<b>Total</b>	<b>116</b>	<b>100,0</b>	

### Características dos participantes

A grande maioria dos participantes (74,1%) era de adultos jovens, com idade até 25 anos, solteiros (89,7%), procedentes de Salvador (58,6%) e a maioria declarou morar com os pais ou familiares (62,9%) e não exercem atividade remunerada (62%), porém 20,7% dos participantes realizavam atividade acadêmica (PET, bolsa de estágio, monitoria). Em relação ao gênero dos participantes, 51,7% eram mulheres e 45,7% eram homens. A distribuição dos participantes por semestre foi equilibrada, com 35,3% dos participantes do primeiro semestre, 37,1% de alunos do sétimo semestre e 27,6% de alunos do décimo segundo semestre (Tabela 2).

**Tabela 2** – Análise descritiva dos dados sócio-demográficos

<b>Variável</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Idade em anos</b>		
Entre 18 e 22 anos	36	31,0
Mais de 22 até 25 anos	50	43,1
Mais de 25 anos	26	22,4
<b>Estado Civil</b>		
Solteiro	104	89,7
Casado	9	7,8
Divorciado	1	0,9
Outros	2	1,7
<b>Local de procedência</b>		
Salvador	68	58,6
Outro Município da Bahia	40	34,5
Outro Estado	1	0,9
<b>Situação de Moradia</b>		
Sozinho	9	7,8
Com os Pais	53	45,7
Com outros familiares	20	17,2
Com o cônjuge	10	8,6
Pensionato/hotel	11	9,5
Outros	6	5,2
<b>Atividade Remunerada</b>		
Nenhuma	72	62,1
Trabalho remunerado	13	11,2
Atividade acadêmica	24	20,7
<b>Sexo</b>		
Mulheres	60	51,7
Homens	53	45,7
<b>Semestre</b>		
Primeiro	41	35,3
Sétimo	43	37,1
Décimo segundo	32	27,6

*Análise do IDB*

A análise exploratória dos fatores investigados no estudo mostrou que o escore obtido no IDB é maior para os participantes com mais de 25 anos e para os que têm idade entre 18 e 22 anos (Gráfico 1). Encontraram-se diferenças para o IDB entre as faixas de idade, porém tal diferença não foi significativa do ponto de vista da estatístico ( $p$  valor = 0,206).

Os itens mais pontuados no IDB foram 8,11,16 e 17 que traduziam os sentimentos de irritabilidade, fadiga, distúrbios do sono e culpa dos estudantes.

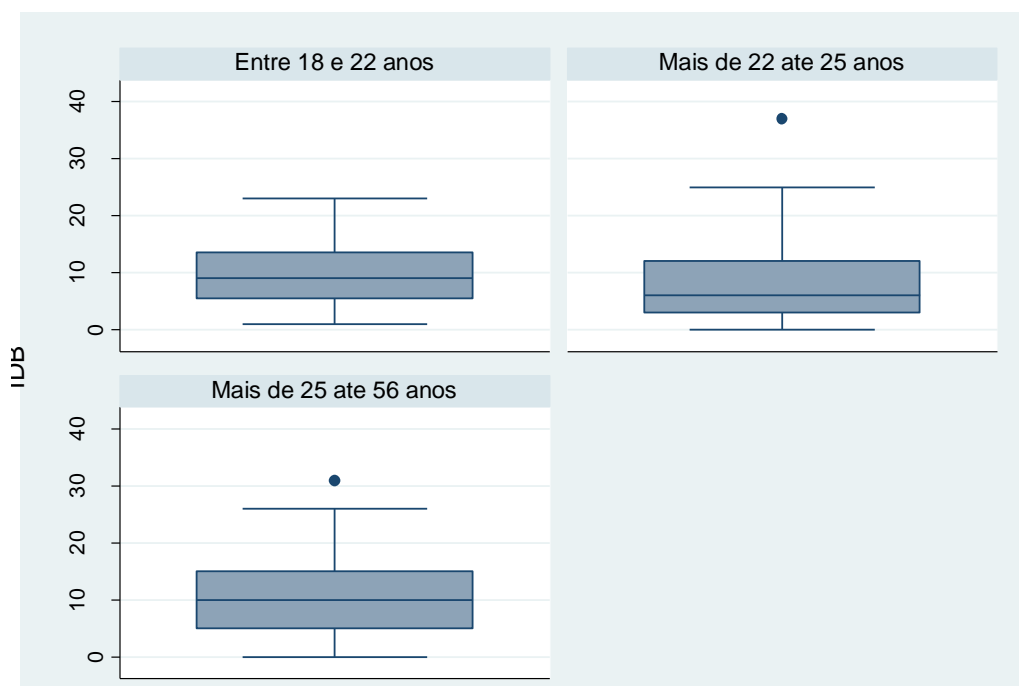


Gráfico 1 – Escore do IDB por faixa etária

A análise considerando o sexo dos participantes mostrou que 46,7% das mulheres apresentaram uma pontuação no IDB maior do que o homens (37,7%) (Tabela 4), mas a diferença observada (Gráfico 2) não foi estatisticamente significativa ( $p$  valor = 0,338).



Gráfico 2 - Escore IDB por sexo/ Prevalência de sintomas depressivos entre estudantes de Medicina da UFBA, de acordo com o sexo, 2013.

Na comparação entre os sexos, 50% das mulheres apresentaram um escore até nove pontos, enquanto 50% dos homens tiveram um escore de seis pontos.

Analisando IDB nos semestres pesquisados, observou-se que este apresenta um resultado igual ou superior a 10 pontos com maior frequência no primeiro e décimo segundo semestres (Gráfico 3). Porém as diferenças observadas também não foram estatisticamente significantes (p valor = 0,110) (Tabela 4).

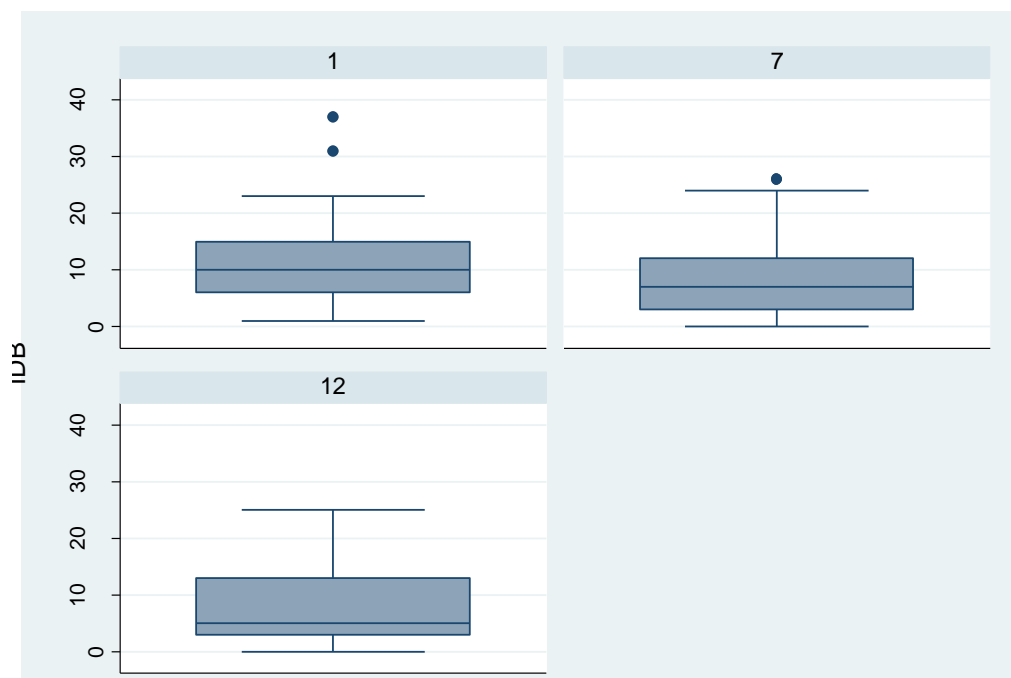


Gráfico 3 – IDB por semestre/ Prevalência de sintomas depressivos em estudantes de Medicina da UFBA, em três períodos do Curso, 2013.

Observa-se que o escore do IDB reduz na medida em que os graduandos avançam no curso (Gráfico 3). Cinquenta por cento dos graduandos do primeiro semestre tem um escore até 10 pontos, no sétimo semestre cai para sete e no último semestre 50% dos formandos apresentaram um escore do IBD de 5 pontos.

Comparando-se os três períodos do curso pesquisado, foi encontrada maior prevalência de sintomas depressivos em estudantes do 1º semestre de Medicina (Gráfico 3).

### Sintomas depressivos e sua gravidade

A análise da pontuação obtida em cada semestre no IDB mostrou que no 1º período do curso, 48,8% dos alunos foram classificados como portadores de sintomas de depressão leve à moderada; 41,5% não apresentaram sintomas depressivos; 2 estudantes (4,9%) apresentaram sintomas compatíveis com depressão moderada a severa; 2 (4,9%) estudantes com sintomas de depressão severa e 1 aluno (0,9%) não respondeu (Gráfico 4).

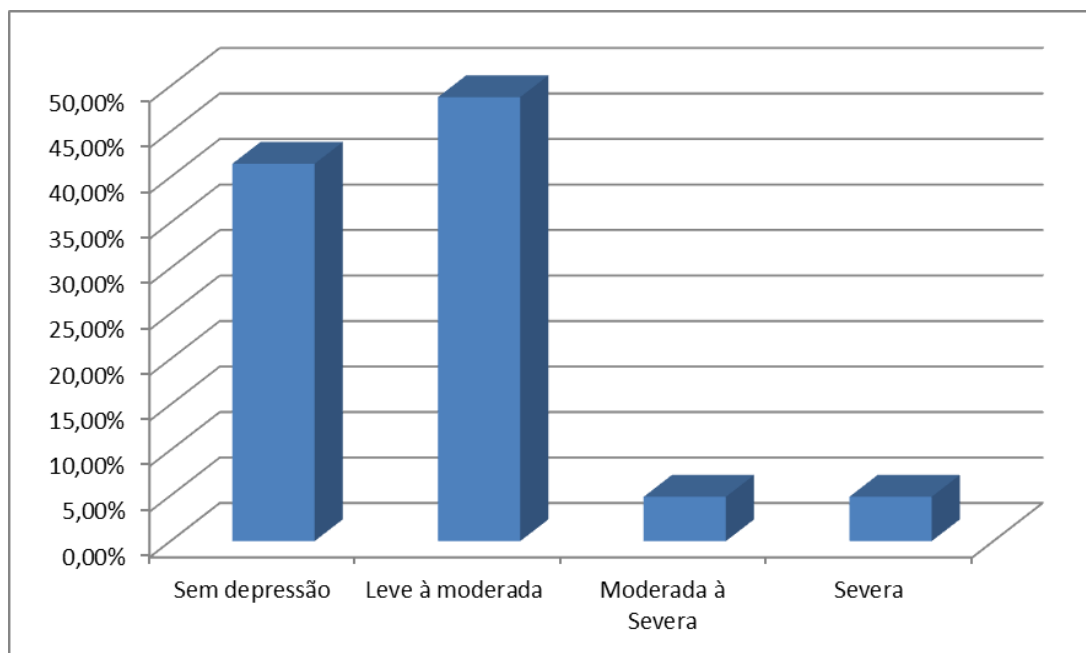


Gráfico 4. Classificação do grau de depressão dos estudantes do 1º semestre de Medicina da UFBA, de acordo com sintomas do IDB.

Entre os acadêmicos do 7º semestre, a maioria (67,4%) não apresentou sintomas depressivos, já 27,9% foram classificados com depressão leve à moderada, 2 estudantes (4,7%) depressão moderada à severa, não havendo sujeitos com depressão severa.

A pontuação obtida pelos alunos do último período do internato foi a seguinte: sem sintomas depressivos (62,5%); com depressão leve à moderada 10 (31,2%) estudantes, 2 (6,2%) estudantes e nenhum indivíduo foi classificado com depressão moderada à severa (Gráfico 5).

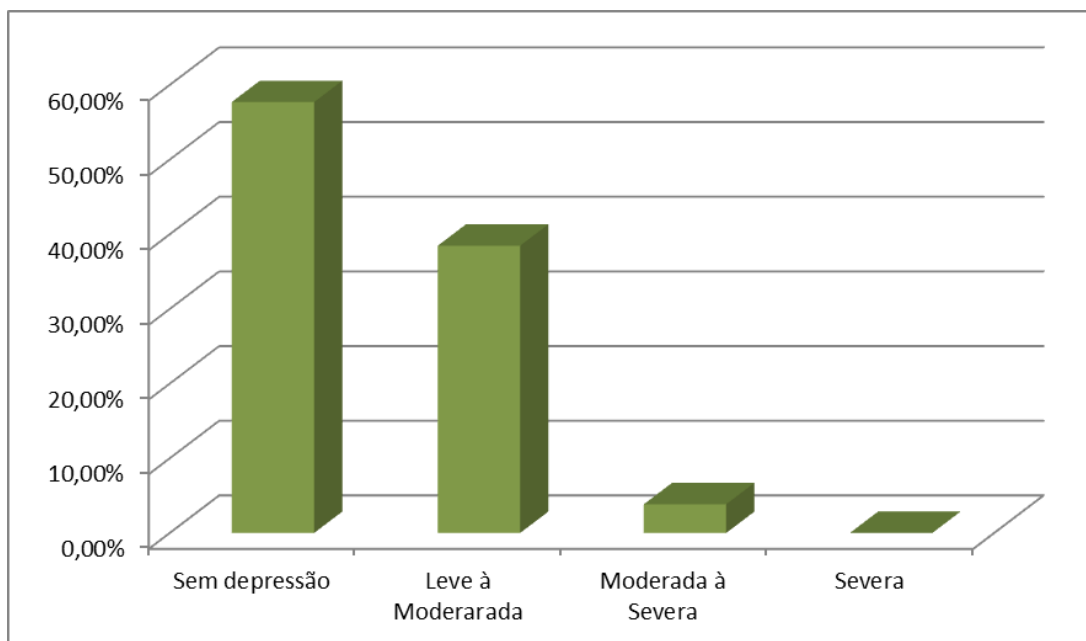


Gráfico 5. Classificação do grau de depressão dos estudantes do 12º semestre de Medicina da UFBA, de acordo com os sintomas do IDB, 2013.

### **Tratamento, lazer e satisfação com o curso**

Em relação ao tratamento psicoterápico 17,2% afirmaram que já realizaram este tipo de tratamento e 3,5% estão presentemente em tratamento. Sete por cento dos participantes submeteram-se a tratamento psiquiátrico e 2,6% ainda o realizam.

Dedicam-se a atividades de lazer regularmente 32,8% dos graduandos: atividades como: ir ao cinema, ouvir música, praticar esportes, etc. Quase quarenta por cento (39,7%) dos acadêmicos informaram que realizam atividades de lazer apenas esporadicamente, enquanto 19,8% raramente tem este tipo de atividade.

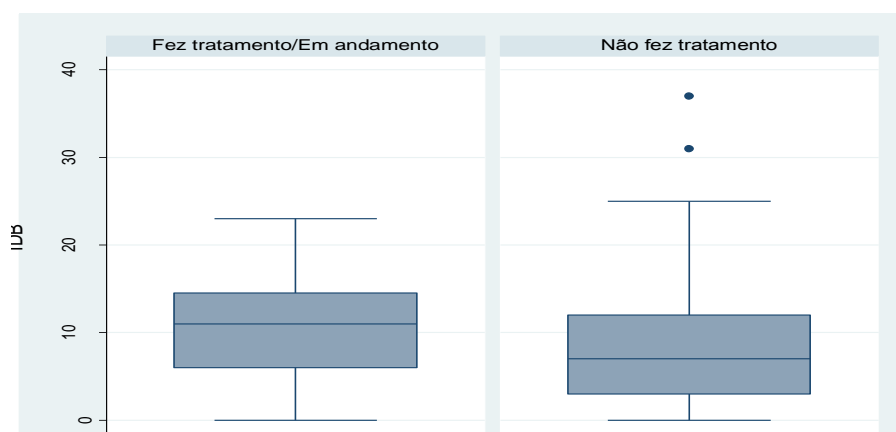
A grande maioria dos estudantes se declarou satisfeita (58,6%) com o curso de medicina da UFBA (Tabela 3).



**Tabela 3** – Análise descritiva dos dados de tratamento psicoterápico, psiquiátrico e atividades de lazer.

Variável		n	%
<b>Tratamento Psicoterápico</b>			
	Sim	20	17,2
	Não	85	73,3
	Em andamento	4	3,5
<b>Tratamento Psiquiátrico</b>			
	Sim	8	6,9
	Não	97	83,6
	Em andamento	3	2,6
<b>Atividade de Lazer</b>		<b>n</b>	<b>%</b>
	Sempre	38	32,8
	Esporadicamente	46	39,7
	Raramente	23	19,8
<b>Satisfação com o Curso</b>			
	Ruim	8	6,9
	Razoável	32	27,6
	Bom	49	42,2
	Excelente	19	16,4

Analisando o IDB entre o grupo dos participantes que relataram que fizeram ou ainda estão em tratamento psicoterápico, verificou-se que neste grupo existe uma maior ocorrência de sintomas depressivos (Tabela 4) com uma pontuação do IDB igual ou superior a 10 pontos (Gráfico 6). A significância estatística ficou limítrofe para este fator.



**Gráfico 6** – Escore do IDB por Tratamento psicoterápico

Entre os que fazem ou fizeram tratamento psicoterápico, 50% obteve escore até 11 pontos e o grupo dos que não fez tratamento obteve escore de sete pontos.

A análise do fator relacionado às atividades de lazer, encontramos evidências de que existe associação entre não realizar tais atividades e a presença de sintomas depressivos (p valor = 0,002) observou-se que no grupo que raramente tem atividades de lazer a frequência de sintomas depressivos é mais que o dobro (73,9%) do que no grupo que relatou ter alguma atividade de lazer (31%) ou ainda fazer estas atividades esporadicamente (34,8%) (Tabela 4). Tal diferença aparece ilustrada no Gráfico 7.

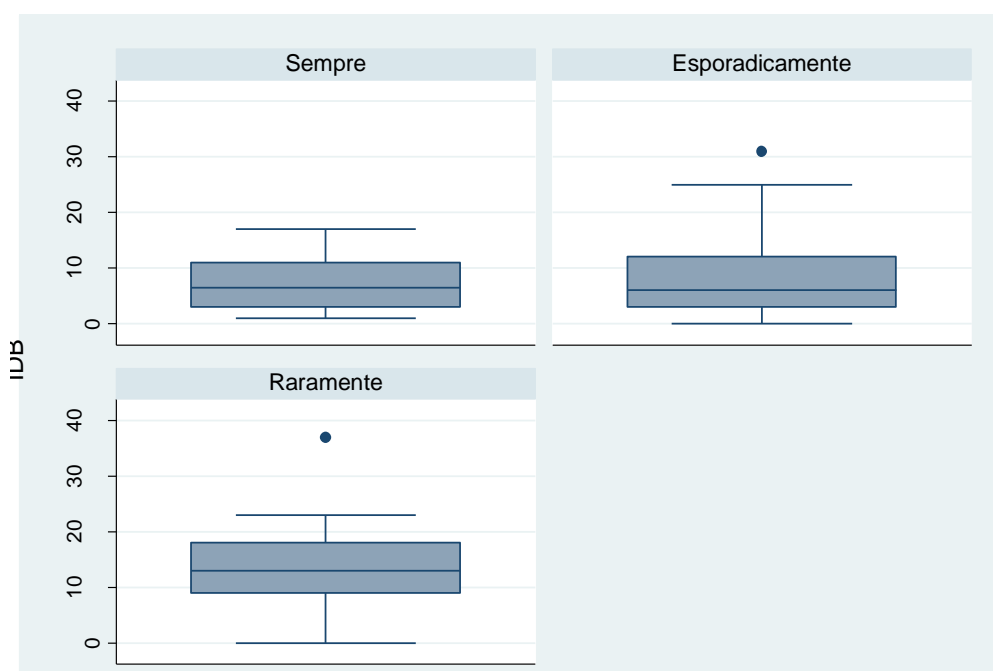


Gráfico 7 - IDB por frequência de atividades de lazer

No grupo que declarou sempre realizar alguma atividade de lazer, 50% dos alunos apresentou um escore IDB de 6,5 pontos, no grupo dos que esporadicamente tem alguma atividade, 50% tiveram escore de seis pontos e no grupo que raramente tem alguma atividade de lazer, 50% apresentou escore de 13 pontos.

**Tabela 4** – Associação entre os fatores investigados e a ocorrência de sintomas de depressão IDB.

Fatores	IDB		P valor*
	Sem sintomas	Com sintomas	
	n (%)	n (%)	
<b>Idade em anos</b>			
Entre 18 e 22 anos	19	17(47,2)	0,206
Mais de 22 até 25 anos	33	17(34)	
Mais de 25 anos	12	14(53,9)	
<b>Estado Civil</b>			
Solteiro	61	43	0,358
Casado/Divorciado/outros	5	7	
<b>Local de procedência</b>			
Salvador	41	27	0,666
Outro Município da Bahia ou outro Estado	23	18	
<b>Situação de Moradia</b>			
Sozinho	34	19	0,262
Com os Pais/familiares/outros	30	26	
<b>Atividade Remunerada</b>			
Nenhuma	39	33	0,178
Trabalho remunerado/atividade acadêmica	25	12	
<b>Sexo</b>			
Mulheres	32	28(46,7)	0,338
Homens	33	20(37,7)	
<b>Semestre</b>			
Primeiro	18	23(56,1)	0,110
Sétimo	28	15(34,9)	
Décimo segundo	20	12(37,5)	
<b>Tratamento Psicológico</b>			
Sim ou Em andamento	10	14(58,3)	0,055**
Não	54	31(36,47)	
<b>Tratamento Psiquiátrico</b>			
Sim ou Em andamento	5	6	0,520
Não	58	39	
<b>Atividade de Lazer</b>			
Sempre	26	12(31,6)	0,002€
Esporadicamente	30	16(34,8)	
Raramente	6	17(73,9))	
<b>Satisfação com o Curso</b>			
Ruim/Razoável	21	19	0,346
Bom/Excelente	42	26	

\* Teste Qui Quadrado de Pearson ou Teste Exato de Fisher usando um nível de significância de 5%.

\*\*Associação com valor limítrofe para o fator e o IDB

€ Associação altamente significativa entre o fator e o IDB

## 7. DISCUSSÃO

Os estudos na área da saúde, referentes à depressão e aos demais sofrimentos psíquicos (risco de suicídio, uso de drogas, distúrbios conjugais e profissionais), concentram-se em sua grande maioria, nos estudantes de medicina e nos médicos.

Nesse estudo procurou-se evitar viés de informação, através do anonimato das respostas e agrupamento em separado do TCLE e Inventário de depressão de Beck.

Esta pesquisa corrobora os achados de outros estudos<sup>12,13,19,20,21,22,26</sup>, sobre a prevalência superior a da população em geral de sintomas depressivos entre estudantes de Medicina, já que no presente estudo foi encontrada a prevalência de 43% de tais sintomas entre estes estudantes, enquanto na população brasileira os mesmos sintomas correspondem a cerca de 10%, na Rússia a 8,2%, nos EUA a 7,1% e no Japão a 4,5%<sup>24</sup>.

Houve variação nas taxas de prevalência de sintomas depressivos, entre os estudantes dos três semestres pesquisados. A maior prevalência foi observada entre os acadêmicos do 1º semestre de medicina. A maior ocorrência neste período estaria relacionada à mudança da rotina dos estudantes que ingressam no curso médico e que passam a receber uma grande quantidade de informações, aumento da carga horária exigida de estudos diários e mudança no método de estudo<sup>17</sup>. Além disso, há trabalhos que relatam que estes estudantes já ingressariam no curso médico com sintomas depressivos, pois é sabido que enfrentam uma das seleções mais concorridas do país<sup>23</sup>.

Apesar dos estudantes do primeiro semestre terem apresentado a maior taxa (56,1%) de prevalência para sintomas característicos do transtorno de humor em estudo, as porcentagens obtidas pelo sétimo semestre (34,9%) e pelos internos do último ano do curso (37,5%), não podem ser negligenciadas, pois todos os três períodos apresentaram taxas elevadas de sintomas de depressão, quando considerada a taxa da mesma patologia na população em geral.

O achado de prevalências maiores nos extremos do curso pode ser explicado pelas fases comportamentais que os acadêmicos experimentam ao longo da graduação médica. No início, há uma fase de euforia pelas mudanças no estilo de vida, alta exigência das disciplinas, seguido por uma fase de melhora no meio do curso e posteriormente surge novamente o período de angústia pela proximidade com o fim da graduação, a preocupação com a residência e com o mercado de trabalho e pelas limitações do conhecimento médico<sup>22</sup>.

Houve predomínio de sintomas de depressão leve à moderada entre os estudantes de medicina da UFBA. A detecção de sintomas ainda leves possui relevante papel na prevenção de depressão maior, que incapacita indivíduos para a realização de suas atividades diárias e tem maior risco de suicídio. A prevalência de sintomas de intensidade leve à moderada, no entanto, não deve diminuir ou anular a importância dos cuidados com aqueles que apresentaram de acordo com pontuação do IDB, sintomas de depressão moderada à severa e depressão severa, visto que aí situa-se o maior risco de suicídio <sup>2</sup>.

Quanto a faixa etária, pôde-se observar que a média de idade de 37 anos dos estudantes, foi superior a de estudantes de outras Universidades no mesmo período do curso médico, no entanto, estudantes compreendidos dentro da faixa de idade dos 20 aos 40 anos esperada para o início do surgimento de sintomas depressivos <sup>5</sup>.

A análise da pontuação obtida no IDB, maior em estudantes do gênero feminino (46,7%), contra 37,7% do gênero masculino, reforça os dados da literatura<sup>12</sup>, que apontam as mulheres como mais susceptíveis ao desenvolvimento de sintomas depressivos, quer sejam elas pertencentes ao grupo de acadêmicas de medicina ou pertencentes à população em geral. Isto pode resultar, do fato das mulheres terem mais facilidade em expressar seus sentimentos, enquanto os homens são mais resistentes em abordar seus problemas emocionais. Tal resistência se deve a aspectos ligados à masculinidade, ao papel social, familiar e pessoal de cada indivíduo <sup>19</sup>.

O presente estudo não mostrou correlações estatisticamente significativas entre procedência e moradia dos estudantes com os resultados obtidos no IDB. Entretanto, a literatura sobre a relação entre amparo familiar e depressão, tem demonstrado a importância do suporte familiar como fator de proteção contra depressão <sup>10</sup>.

A maioria não exercia atividade remunerada no momento, e para conseguir exercer atividade remunerada praticando Medicina é preciso permanecer pelo menos seis anos dentro da graduação, e no mínimo mais dois anos para especializar-se. Um longo período que pode gerar angústia, ansiedade e até depressão, pois estes estudantes por muitos anos ficam dependentes financeiramente de seus pais.

Não houve diferença significativa entre as questões mais pontuadas no IDB, pelos estudantes das três diferentes fases do curso médico. Os itens mais pontuados referentes à irritabilidade, fadiga e distúrbios do sono, podem estar intimamente relacionados, porque é prática comum entre estudantes de Medicina, substituir noites de descanso por horas de estudo em vésperas de prova, avaliação acadêmica que ocorre

com elevada frequência. Também esta pontuação pode ter relação com a carga horária semestral bastante extenuante e com a falta de tempo para lazer. A sensação de culpa pode estar associada à presença de sintomas negativos, medo e insegurança <sup>22</sup>.

Os estudantes que participaram da pesquisa, em sua maioria nunca realizaram tratamento psicológico ou psiquiátrico. Diante dos resultados obtidos nesta pesquisa, percebe-se a necessidade de acompanhamento destes acadêmicos, a fim de prevenir riscos de adoecimento psíquico.

Quanto à prática de atividades de lazer (esportes, música, dança, cinema, dentre outros) verificou-se que entre os estudantes do primeiro semestre, esta prática é prevalentemente “esporádica”, seguida por “raramente”, e sendo a resposta “sempre realizar atividades de lazer”, a menos declarada no questionário sociodemográfico. Já entre os internos pesquisados a resposta “sempre praticam atividades de lazer” foi a mais prevalente. Correlacionando-se o item lazer com a prevalência de sintomas depressivos, observou-se que quanto maior a frequência das práticas de atividades de lazer, menores são as taxas de prevalência de sintomas de depressão, e quanto menos tempo destinado ao lazer, maior a prevalência de tais sintomas <sup>25</sup>. Esta relação se mostrou altamente significativa.

A boa satisfação com o curso médico da Faculdade de Medicina da Bahia, declarada pela maioria dos estudantes, apresentou correlação negativa e estatisticamente significativa com a pontuação do IDB, isto significa que quanto maior a satisfação do estudante com o curso, maior é o seu envolvimento, a sua dedicação e o seu rendimento acadêmico, reduzindo os sintomas depressivos. Quando não há satisfação com o que se faz, pior é o rendimento do estudante e maior é o risco de desenvolvimento de sintomas de depressão <sup>25</sup>.

Estudos transversais têm como limitação a impossibilidade de atribuição de causalidade ou consequência às associações encontradas, pois analisam desfecho e exposição simultaneamente. No entanto, apontam as direções nas quais os fatores preditivos se associam com o desfecho estudado <sup>26</sup>.

## 8. CONCLUSÃO

- 1- Nesse estudo, foi encontrada maior prevalência de sintomas depressivos em estudantes do primeiro semestre do curso médico, o que não era o esperado, pois a expectativa inicial era de que os graduandos do internato apresentassem maior prevalência de tais sintomas, como encontrado em outros estudos. A alta prevalência encontrada pode estar associada a fatores presentes antes do início da graduação. Houve diferença entre as taxas de sintomas depressivos também entre os sexos, com as mulheres apresentando taxas maiores que os homens.
- 2- Assume importante papel nesse contexto, a oferta de apoio psiquiátrico e psicológico aos estudantes em todos os períodos do curso, visando a oferecer suporte para lidarem com situações de sofrimento psíquico.
- 3- A prática de atividades de lazer demonstrou uma associação negativa com a ocorrência de sintomas depressivos, o que pode apontar para que elas possam funcionar como um fator de proteção.
- 4- Esse estudo pode servir de estímulo para a avaliação dos currículos atualmente em vigência nas Faculdades de Medicina, a fim de promover adequações as reais necessidades da formação médica sem prejuízo da saúde física e mental dos estudantes de medicina.

## 9. REFERÊNCIAS

1. Magalhães CC. P. Depressão a doença do século XXI? *Psique Ciência & Vida*, ano VI, n. 69, setembro, São Paulo: Escala; 2011; ano VI, n. 69, setembro.
2. Cordeiro Q, Michelon L, Vallada H. Múltiplas faces da depressão. *Mente & Cérebro*. São Paulo: Duetto; 2010.
3. Maldonato M. O eclipse da esperança. *Mente & Cérebro*. São Paulo: Duetto; 2010; n.4.
4. Beck AT; Alford BA. Depressão: causas e tratamento. 2a ed, São Paulo: Artmed; 2011.
5. Horta M. *Mentes transtornadas: Depressão*. Super interessante, edição 290. São Paulo: Abril; 2011.
6. Ribeiro FT. O preço da depressão. *Mente & Cérebro*, ano XIX, n. 226, novembro São Paulo: Abril; 2011.
7. Torres AR, Oliveira AM, Azevedo AP, Flores ACF, West ACA, Kleinman A, et al. *Compêndio de Clínica Psiquiátrica*. São Paulo: Manole; 2012. p.296-314.
8. Rozenthal M, Laks J, Engelhardt E. Aspectos neuropsicológicos da depressão. *R. Psiquiatr. RS: Revista de Psiquiatria*, 26 (2): 204 -212 [acesso em 13 mar 2013] 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rprs/v26n2/v26n2a10.pdf>
9. Lage JT. *Neurobiologia da Depressão*. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto [acesso em 12 abr 2013] 2009-2010. Disponível em: [repositorio-aberto.up.pt/bistream/10216/53466/2/Neurobiologia%20da%20Depressão.pdf](http://repositorio-aberto.up.pt/bistream/10216/53466/2/Neurobiologia%20da%20Depress%C3%A3o.pdf)
10. Rezende CH, et al. Prevalência de sintomas depressivos entre estudantes de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia. Minas Gerais: **Revista Brasileira de Educação Médica**, 32(3): 315 – 323 [acesso em 10 nov 2011] 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem>
11. Baldassin, S. Ansiedade e depressão no estudante de Medicina: Revisão de Estudos Brasileiros. *Cadernos ABEM*, vol. 6, outubro [acesso em 02 dez 2011] 2010. Disponível em: [http://www.sumarios.org/sites/default/files/pdfs/56951\\_6617.pdf](http://www.sumarios.org/sites/default/files/pdfs/56951_6617.pdf)
12. Colares MFA. *As Fontes de tensão no curso médico: um estudo psicométrico*. Ribeirão Preto [acesso em 02 dez 2011] 1999. Mestrado [Dissertação]. Universidade de São Paulo. Disponível em: <http://www.bases.bireme.br>



13. Furtado ES, Falcone E M, 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*, 7 (2), p. 43-51, 2003 [acesso em 12 nov 2011]. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/psicologia/article/view/3222/2584>
14. Bruch TP, Carneiro EA, Jornada LK. Presença de sintomas psiquiátricos em estudantes de medicina de Universidade do sul do Brasil. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, vol.38,n.4, 2009.[acesso em 2 dez 2011]Disponível em: <http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/770.pdf>
15. Jacobina, RR. Memória histórica do bicentenário da Faculdade de Medicina da Bahia (2008): Os Professores encantados, a visibilidade dos Servidores e o protagonismo dos Estudantes da FAMEB (Volume 3).Salvador: Faculdade de Medicina da Bahia/UFBA, 2013.
16. Siqueira, LS, Tibórcio, DT. Estatística na área da Saúde: Conceitos, metodologia, aplicações e prática computacional. São Paulo, Coopmed; 2011.
17. Alves JGB, Tenório M, Anjos AG, Figueroa JN. Qualidade de vida em estudantes de Medicina no início e no final do curso: avaliação pelo whoqol-bref. *Revista Brasileira de Educação Médica*,vol.34, n.1,Rio de Janeiro: [ editora desconhecida] ; 2010.[ acesso em 20 out 2012]. Disponível em:[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-55022010000100011&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-55022010000100011&script=sci_arttext)
18. Schnell K, Walter H, Schramm E. Jeitos de tratar a depressão. *Mente & Cérebro*. São Paulo: Duetto; 2013.
19. Brandtner M, BardagiM.Sintomatologia da Depressão e ansiedade em Estudantes de uma Universidade Privada do Rio grande do Sul[acesso em 29 jun 2012].Disponível em : <<http://www.fafich.ufmg.br/gerais/index.php/gerais/article/viewFile/67/49>
20. Rocha FL, Cavestro JM. Prevalência de depressão entre estudantes universitários.[acesso em 08 jul 2012]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v55n4/a01v55n4.pdf>
21. Gorestein C, Andrade L. Inventário de depressão de Beck : propriedades psicométricas da versão em português. [acesso em 02 de maio de 2013] Disponível em: <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol25/n5/depre255b.htm>
22. Vallilo NG, Júnior RD, Gobbo R, Novo NF, Hubner CVK. Prevalência de sintomas depressivos em estudantes de Medicina. [acesso em 20 jun 2013]. Disponível em: [files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2011/V9N1/A1720.pdf](http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2011/V9N1/A1720.pdf)

23. Daltro MR, Pondé MP. Atenção Psicopedagógica no Ensino Superior: Uma Experiência Inovadora na Graduação de Medicina. [acesso em 20 jun 2013] Disponível em: [pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=1415-69542011000100010....sic...](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=1415-69542011000100010....sic...)

24. Castro C, Kist C, Deursen FV. Como lidar com a tristeza. Super Interessante. São Paulo:Abril; 2013.

25. Júnior JCRL, Silva ACR et al. Sintomas depressivos acometem mais de 27% dos estudantes de Medicina.[acesso em 20 jun 2013] Disponível em: [www.conhecer.org.br/enciclop/2010b/sintomas.pdf](http://www.conhecer.org.br/enciclop/2010b/sintomas.pdf)

26. Fiorotti CP. Transtornos mentais comuns entre os estudantes do curso de Medicina : prevalência e fatores associados[acesso em 7 jul 2012].Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v59n1/v59n1a03.pdf>

10. ANEXOS

## ANEXO A

## Parecer Consubstanciado de Projeto

Título do Projeto: Prevalência de Sintomas Depressivos em Estudantes de Medicina

Pesquisador Responsável : Wania Márcia de Aguiar

Data da Versão 31/03/2012

Cadastro 10/12

Data do Parecer 19/04/2012

Grupo e Área Temática III - Projeto fora das áreas temáticas especiais

## Objetivos do Projeto

Conhecer a prevalência de sintomas depressivos em estudantes de Medicina da Universidade Federal da Bahia.

## Sumário do Projeto

Trata-se de um Estudo de corte transversal realizado com estudantes de medicina dos 1<sup>o</sup>, 7<sup>o</sup>, e 12<sup>o</sup> semestres do curso de Medicina da UFBA com o objetivo de conhecer a prevalência de sintomas depressivos dentro desse grupo acadêmico. Utilizar-se-á os seguintes questionários auto-aplicáveis: Inventário de Depressão de Beck e, questionário para conhecimento do perfil sócio demográfico dos acadêmicos. As três diferentes fases do Curso de Medicina selecionadas para rastreamento de sintomas depressivos apresentam peculiaridades que podem favorecer o surgimento de tais sintomas mais intensamente do que em outros períodos do Curso. Assim, espera-se encontrar ao final desta pesquisa uma maior prevalência de tais sintomas no último semestre do curso médico, quando há uma maior preocupação com a competitividade do mercado de trabalho e com as vagas da residência médica, bem como pela decisão de qual especialidade escolher.

Aspectos relevantes para avaliação	Situação
Título	Adequado
Relação dos Pesquisadores	Adequada
Local de Origem na Instituição	Adequado
Projeto elaborado por patrocinador	Não
Local de Realização	Própria instituição
Outras instituições envolvidas	Não
Condições para realização	Adequadas
Introdução	Adequada
Objetivos	Adequados
Método	
Tipo de projeto	Pesquisa em Seres Humanos
Delineamento	Adequado
Tamanho de amostra	Total 70 Na Instituição 70
Cálculo do tamanho da amostra	Não informado
Participantes pertencentes a grupos especiais	Estudantes
Seleção equitativa dos indivíduos participantes	Adequada
Crêterios de inclusão e exclusão	Adequados
Relação risco- benefício	Adequada
Uso de placebo	Não se aplica
Período de suspensão de uso de drogas (wash out)	Não se aplica
Monitoramento da segurança e dados	Adequado
Armazenamento de material biológico	Não se aplica
Instrumentos de coleta de dados	Adequados
Avaliação dos dados	Adequada - quantitativa
Privacidade e confidencialidade	Adequada
Termo de Consentimento	Adequado
Adequação às Normas e Diretrizes	Sim
Cronograma	Adequado
Data de início prevista	08/2012
Data de término prevista	09/2012

Orçamento	Adequado
Solicita recursos à instituição	Não
Fonte de financiamento externa	Não
Referências Bibliográficas	Adequadas

Recomendação

Aprovar

Comentários Gerais sobre o Projeto

O projeto de pesquisa cumpriu todos os requisitos da Resolução CNS 196/96.

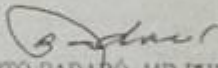
• O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 - Item IV.1.f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2.d).

• O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III.3.z), aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa (Item V.3) que requeiram ação imediata.

• O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, inicialmente em \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ e ao término do estudo.

Projeto Aprovado.

  
ROBERTO BADARÓ, MD PHD  
Coordenador CEP  
CHUPES

## ANEXO B - Inventário de Depressão de Beck

Data da Aplicação : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### Instruções

Neste questionário existem grupos de afirmações. Por favor leia cuidadosamente cada uma delas. A seguir selecione a afirmação, em cada grupo, que melhor descreve como se sentiu NA SEMANA QUE PASSOU, INCLUINDO O DIA DE HOJE. Desenhe um círculo em torno do número ao lado da afirmação selecionada. Se escolher dentro de cada grupo várias afirmações, faça um círculo em cada uma delas. Certifique-se que leu todas as afirmações de cada grupo antes de fazer a sua escolha.

- |   |   |
|---|---|
| 1.  | 6.  |
| 0 Não me sinto triste.  | 0 Não me sinto que esteja a ser unido(a).               |
| 1 Sinto-me triste.  | 1 Sinto que posso ser punido(a).                        |
| 2 Sinto-me triste o tempo todo e não consigo evitá-lo.                                | 2 Sinto que mereço ser punido(a).                       |
| 3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar.                               | 3 Sinto que estou a ser punido(a).                      |
| 2.  | 7.  |
| 0 Não estou particularmente desencorajado(a) em relação ao futuro.                    | 0 Não me sinto desapontado(a) comigo mesmo(a).          |
| 1 Sinto-me desencorajado(a) em relação ao futuro.                                     | 1 Sinto-me desapontado(a) comigo mesmo(a).              |
| 2 Sinto que não tenho nada a esperar.   | 2 Sinto-me desgostoso(a) comigo mesmo(a).               |
| 3 Sinto que o futuro é sem esperança e que as coisas não podem melhorar.              | 3 Eu odeio-me.  |
| 3.  | 8.  |
| 0 Não me sinto fracassado(a).   | 0 Não me sinto que seja pior que qualquer outra pessoa. |
| 1 Sinto que falhei mais do que um indivíduo médio.                                    | 1 Critico-me pelas minhas fraquezas ou erros.           |
| 2 Quando analiso a minha vida passada, tudo o que vejo é uma quantidade de fracassos. | 2 Culpo-me constantemente pelas minhas faltas.          |
| 3 Sinto que sou um completo fracasso.   | 3 Culpo-me de todas as coisas más que acontecem.        |

4.

0 Eu tenho tanta satisfação nas coisas, como antes.

1 Não tenho satisfações com as coisas, como costumava ter.

2 Não consigo sentir verdadeira satisfação com alguma coisa.

3 Estou insatisfeito(a) ou entediado(a) com tudo.

5.

0 Não me sinto particularmente culpado(a).

1 Sinto-me culpado(a) grande parte do tempo.

2 Sinto-me bastante culpado(a) a maior parte do tempo.

3 Sinto-me culpado(a) durante o tempo todo.

11.

0 Não me irrito mais do que costumava.

1 Fico aborrecido(a) ou irritado(a) mais facilmente do que costumava.

2 Atualmente, sinto-me permanentemente irritado(a).

3 Já não consigo ficar irritado(a) com as coisas que antes me irritavam.

12.

0 Não perdi o interesse nas outras pessoas.

1 Interesse-me menos do que costumava pelas outras pessoas.

2 Perdi a maior parte do meu interesse nas outras pessoas.

3 Perdi todo o meu interesse nas outras pessoas.

13. 0 Tomo decisões como antes.

1 Adio as minhas decisões mais do que costumava.

9.

0 Não tenho qualquer ideia de me matar.

1 Tenho ideias de me matar, mas não sou capaz de as concretizar.

2 Gostaria de me matar.

3 Matar-me-ia se tivesse uma oportunidade.

10.

0 Não costumo chorar mais do que o habitual.

1 Choro mais agora do que costumava fazer.

2 Atualmente, choro o tempo todo.

3 Eu costumava conseguir chorar, mas agora não consigo, ainda que queira.

17.

0 Não fico mais cansado(a) do que o habitual.

1 Fico cansado(a) com mais dificuldade do que antes.

2 Fico cansado(a) ao fazer quase tudo.

3 Estou demasiado cansado(a) para fazer qualquer coisa.

18.

0 O meu apetite é o mesmo de sempre.

1 Não tenho tanto apetite como costumava ter.

2 O meu apetite, agora, está muito pior.

3 Perdi completamente o apetite.

- 2 Tenho maior dificuldade em tomar decisões do que antes. 19.
- 3 Já não consigo tomar qualquer decisão. 0 Não perdi muito peso, se é que perdi algum ultimamente.
14. 1 Perdi mais de 2,5 kg.
- 0 Não sinto que a minha aparência seja pior do que costumava ser. 2 Perdi mais de 5 kg.
- 1 Preocupo-me porque estou a parecer velho(a) ou nada atraente. 3 Perdi mais de 7,5 kg.
- 2 Sinto que há mudanças permanentes na minha aparência que me tornam nada atraente. Sim \_\_\_\_ Não \_\_\_\_
- 3 Considero-me feio(a). 20.
15. 0 A minha saúde não me preocupa mais do que o habitual.
- 0 Não sou capaz de trabalhar tão bem como antes. 1 Preocupo-me com problemas físicos, como dores e aflições, má disposição do estômago, ou prisão de ventre.
- 1 Preciso de um esforço extra para começar qualquer coisa. 2 Estou muito preocupado(a) com problemas físicos e torna-se difícil pensar em outra coisa.
- 2 Tenho que me forçar muito para fazer qualquer coisa. 3 Estou tão preocupado(a) com os meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa.
- 3 Não consigo fazer nenhum trabalho. 21.
16. 0 Não tenho observado qualquer alteração recente no meu interesse sexual.
- 0 Durmo tão bem como habitualmente. 1 Estou menos interessado(a) na vida sexual do que costumava.
- 1 Não durmo tão bem como costumava. 2 Sinto-me, atualmente, muito menos interessado(a) pela vida sexual.
- 2 Acordo 1 ou 2 horas antes que o habitual e tenho dificuldade em voltar a adormecer. 3 Perdi completamente o interesse na vida sexual.
- 3 Acordo várias vezes mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir.

**Total:** \_\_\_\_\_

**Classificação:** \_\_\_\_\_



## ANEXO C– Questionário Sociodemográfico

Data da aplicação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Dados Pessoais:

Idade:                      Sexo: ( ) Feminino        ( ) Masculino

Semestre:

Estado Civil:

- ( ) Solteiro
- ( ) Casado
- ( ) Viúvo
- ( ) Divorciado
- ( ) Outros

Local de Procedência:

- ( ) Salvador
- ( ) Outro município da Bahia
- ( ) Outro Estado
- ( ) Outro País

Situação atual de moradia:

- ( ) sozinho
- ( ) com os pais
- ( ) com outros familiares
- ( ) com o cônjuge
- ( ) pensionato/hotel/república
- ( ) outros

Atividade remunerada:

- nenhuma
- trabalho remunerado
- atividade acadêmica (PET, bolsa de estágio, pesquisa, monitoria, etc)

Já fez tratamento psicológico?

- sim
- não
- em andamento

Já fez tratamento psiquiátrico?

- sim
- não
- em andamento

Faz atividades de lazer, como esportes, música, dança, cinema entre outros?

- sempre
- esporadicamente
- raramente

Como você classificaria seu grau de satisfação com o curso atual?

- péssimo
- ruim
- razoável
- bom
- excelente

### Comando do programa estatístico

```
*** Elisangela ***
*** TCC - IDB ***

*** analise descritiva ***
tab sexo ,m
tab sexo

tab idade,m
tab idade
sum idade
sum idade, detail

hist idade, freq
graph box idade

** categorizando a idade
gen IdNova=.
replace IdNova=1 if idade>=18 & idade<= 22
replace IdNova=2 if idade>22 & idade<= 25
replace IdNova=3 if idade>25 & idade<= 56
tab IdNova
tab IdNova,m

label variable IdNova "Faixa etária"
label define IdNova 1 "Entre 18 e 22 anos" 2 "Mais de 22 ate 25 anos" 3
"Mas de 25 ate 56 anos"
label values IdNova IdNova
tab IdNova,m

tab est_civil,m
tab est_civil

tab semestre,m
tab semestre

tab procedncia,m
tab procedncia

tab moradia,m
tab moradia

tab ati_remu,m
tab ati_remu

tab tratpsico,m
tab tratpsico

tab tratpsiqu,m
tab tratpsiqu

tab lazer,m
tab lazer

tab satcurso,m
tab satcurso

tab idb,m
tab idb
```

```
hist idb, freq
graph box idb

** categorizando IDB
gen IDBNova=.
replace IDBNova=1 if idb>=0 & idb<=9
replace IDBNova=2 if idb>=10 & idb<=18
replace IDBNova=3 if idb>=19 & idb<=29
replace IDBNova=4 if idb>=30 & idb<=63
tab IDBNova,m
tab IDBNova

set logtype text
log using d:IDB2.doc, replace

*** cruzamentos IDB ***
gen IDBNova2=.
replace IDBNova2=1 if idb>=0 & idb<=9
replace IDBNova2=2 if idb>=10 & idb<=63
tab IDBNova2,m
tab IDBNova2
label variable IDBNova2 "Classificação IDB"
label define IDBNova2 1 "Sem sintomas de depressão" 2 "Com sintomas de
Depressão"
label values IDBNova2 IDBNova2
tab IDBNova2,m

* Por idade
tab IdNova IDBNova2 , chi
graph box idb, by(IdNova)
hist idb, by(IdNova)freq

sort IdNova
by IdNova: tab IDBNova2

* estado civil
tab est_civil,m
gen NovoCivil =est_civil
recode NovoCivil 4=2 5=2
tab NovoCivil ,m
tab NovoCivil IDBNova2 , chi exact

* Por procedencia
tab procedncia IDBNova2 , chi

gen Novapro=.
replace Novapro=1 if procedncia==1
replace Novapro=2 if procedncia==2
replace Novapro=2 if procedncia==3
tab Novapro,m
tab Novapro IDBNova2 , chi
graph box idb, by(Novapro)
hist idb, by(Novapro)freq
sort Novapro
by Novapro: tab IDBNova2

* Por moradia
gen NovaMor=.
replace NovaMor=1 if moradia==2
replace NovaMor=2 if moradia==1
replace NovaMor=2 if moradia==3
```

```
replace NovaMor=2 if moradia==4
replace NovaMor=2 if moradia==5
replace NovaMor=2 if moradia==6
tab NovaMor,m

tab NovaMor IDBNova2 , chi
graph box idb, by(NovaMor)
hist idb, by(NovaMor)freq

sort NovaMor
by NovaMor: tab IDBNova2

** atividade remunerada
tab ati_remu IDBNova2 , chi exact

gen NovaAtiv=.
replace NovaAtiv=1 if ati_remu==1
replace NovaAtiv=2 if ati_remu==2
replace NovaAtiv=2 if ati_remu==3
tab NovaAtiv

tab NovaAtiv IDBNova2 , chi exact

* Por sexo
tab sexo IDBNova2 , chi
graph box idb, by(sexo)
hist idb, by(sexo)freq

sort sexo
by sexo: tab IDBNova2

label variable sexo "Gênero"
label define sexo 1 "Mulher" 2 "Homem"
label values sexo sexo
tab sexo,m

* Por semestre
tab semestre IDBNova2 , m chi row col
tab semestre IDBNova , m chi row col

graph box idb, by(semestre)
hist idb, by(semestre)freq

sort semestre
by semestre: tab IDBNova2

* Por tipo tratamento

tab tratpsico,m
tab tratpsico

gen NovoTPsico = tratpsico
recode NovoTPsico 3=1
tab NovoTPsico ,m
tab NovoTPsico IDBNova2 , chi

label variable NovoTPsico "Tratamento Psicológico"
label define NovoTPsico 1 "Fez tratamento/Em andamento" 2 "Não fez
tratamento"
label values NovoTPsico NovoTPsico
tab NovoTPsico ,m
```

```
graph box idb, by(NovoTPsico )
hist idb, by(NovoTPsico )freq

sort NovoTPsico
by NovoTPsico : tab IDBNova2

tab tratpsiqu,m
tab tratpsiqu

gen NovoTPsiq = tratpsiqu
recode NovoTPsiq 3=1
tab NovoTPsiq ,m
tab NovoTPsiq IDBNova2 , chi exact

* Por lazer
tab lazer,m
tab lazer
tab lazer IDBNova2 , chi exact

label variable lazer "Atividade de lazer"
label define lazer 1 "Sempre" 2 "Esporadicamente" 3 "Raramente"
label values lazer lazer
tab lazer ,m

graph box idb, by(lazer)
hist idb, by(lazer)freq

sort lazer
by lazer: tab IDBNova2

tab satcurso,m
tab satcurso

tab satcurso IDBNova2 , chi exact
gen NovaSat=satcurso
recode NovaSat 3=2 5=4
tab NovaSat,m
tab NovaSat IDBNova2 , chi exact
```