
ANÁLISE TRANSVERSAL DE SINTOMAS DEPRESSIVOS EM ESTUDANTES DE MEDICINA: PREVALÊNCIA NO PRIMEIRO ANO DE GRADUAÇÃO

CROSS-CURRENT ANALYSIS OF DEPRESSIVE SYMPTOMS IN STUDENTS OF MEDICINE: PREVALENCE IN THE FIRST YEAR OF GRADUATION

Isabella Gil¹

Eliane Cesário Maluf²

Thays Stephanie Costa de Souza³

Juliane Yumi Furuta Silva⁴

Maria Catarino Simões Pinto⁵

RESUMO

O meio universitário é provedor de formação pessoal e capacitação acadêmica do estudante. Experiências vivenciadas no curso, mudanças ideológicas e comportamentos de risco nessa fase da vida vulnerabilizam o indivíduo por exigirem capacidades e habilidades não utilizadas antes. A preocupação com a saúde mental dos estudantes está presente dentro das universidades, porém as demandas sociais necessitam de maior assistência psicológica para fins de prevenção em saúde. Este estudo visa avaliar a saúde mental de estudantes de Medicina de uma universidade em Curitiba-PR, matriculados no primeiro ano do curso de 2018, e correlacionar dados sociodemográficos com a presença de sintomas depressivos. Em junho de 2018 realizou-se um estudo transversal descritivo, utilizando-se um questionário sociodemográfico e o Inventário de Depressão de Beck, anônimos e autoaplicáveis. A participação foi voluntária e todos os entrevistados concordaram com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Entre 100 estudantes pesquisados, predominou o sexo feminino (69%), solteiro (76%), que mora com os pais (43%), com média de 19,48 anos. O uso de medicação contínua estava presente em 52% e o uso de drogas atualmente era 10%. O rastreio demonstrou prevalência de sintomas depressivos mínimos ou ausência de depressão (74%); no entanto, entre os demais (26%), as probabilidades de depressão foram: 19% para leve,

¹ Estudante do 12º período do curso de Medicina, Universidade Positivo, Curitiba-PR, Brasil.
E-mail: bela_gil@hotmail.com

² Professora titular do curso de Medicina, Universidade Positivo, Curitiba-PR, Brasil.
E-mail: eliane.cesario@yahoo.com.br

³ Estudante do 6º período do curso de Psicologia, Universidade Positivo, Curitiba-PR, Brasil.
E-mail: thayscdesouza@gmail.com

⁴ Estudante do 8º período do curso de Medicina, Universidade Positivo, Curitiba-PR, Brasil.
E-mail: Juliane.yumi@gmail.com

⁵ Estudante do 8º período do curso de Medicina, Universidade Positivo, Curitiba-PR, Brasil.
E-mail: maria-psc@hotmail.com

5% para moderada e 2% para grave. Nesse grupo minoritário houve associação com histórico de uso de drogas ($p=0,019$) e ao número de dependentes da renda familiar ($p=0,016$). Os dados demonstraram que os estudantes de Medicina do primeiro ano de 2018 apresentam probabilidade considerável de desenvolverem depressão. Assim, são necessários novos estudos com aumento do tamanho da amostra para aumentar a consistência dos resultados.

Palavras-chave: Depressão; Estudantes de Medicina; Educação Médica.

ABSTRACT

The university environment is a provider of personal training and student empowerment academic. Experiences lived during graduation, ideological changes and risk's behaviors at this stage of life make the individual vulnerable by requiring skills and abilities not demanded before. To date, concern for students' mental health is present within universities, but social demands require more psychological assistance for health-care purposes. This study aims to evaluate the mental health of medical students of a university in Curitiba – Paraná, Brazil - enrolled in the first year of graduation in 2018, and to correlate sociodemographic data with the presence of depressive symptoms. A cross-sectional descriptive study was conducted in June 2018 among medical students enrolled in the first year of college in 2018, using a sociodemographic questionnaire and the Beck Depression Inventory, anonymous and self-administered. Participation was voluntary and all the interviewees agreed with the ICF. Among the 100 students surveyed, the predominance was female (69%), single (76%), who lived with parents (43%), with a average of 19.48 years. The use of continuous medication was present in 52% and the use of drugs today was 10%. Screening showed a prevalence of minimal depressive symptoms or absence of depression (74%); However, among the others, the probability of depression was: 26% for mild, 5% for moderate and 2% for severe. It was observed a history of drug use ($p = 0.019$) and number of family income dependents ($p = 0.016$). The data shows that first-year medical students in 2018 are significantly more likely to develop depression. Still, further studies are required with increasing sample size to increase the consistency of the results.

Keywords: Depression; Medical Students; Medical Education.

INTRODUÇÃO

O meio universitário não é apenas um meio de aprendizado. Existem muitos fatores estressores como as experiências vivenciadas dentro do curso, as dificuldades relacionadas à universidade, as ideologias individuais e em grupo, que apesar de fatores estressores, são relevantes para a formação pessoal e a capacitação do estudante universitário. Segundo Polydoro (2000 apud Silva, 2011), o apoio familiar ou a sua ausência, assim como os comportamentos de risco nessa “fase” da vida também são fatores que devem ser considerados, devido às novas exigências e desafios dentro do contexto da graduação. Durante a formação acadêmica,

segundo Vasconcelos et al. (2014), até um quarto ($\frac{1}{4}$) dos alunos universitários apresentarão algum transtorno psíquico. Os estudantes da área da saúde apresentam taxas superiores à de estudantes de outras áreas e da população brasileira (Leão, Gomes, Ferreira & Cavalcanti, 2018). Por essa razão, deve-se ressaltar o quanto a dinâmica dentro e fora da universidade pode afetar a saúde do universitário, promovendo um comprometimento pessoal e profissional (Almeida & Soares, 2013).

Os universitários passam por um período naturalmente vulnerável do ponto de vista psicológico, e a instituição em que estão inseridos tem a responsabilidade de ajudá-los, conforme citado por Reifler, Liptzin e Hill (1969, apud Cerchiari, Caetanom & Faccenda, 2005). Para isso, é necessário que exista assistência aos estudantes através de programas que priorizem a qualidade psicológica e psiquiátrica, atendendo as demandas sociais de forma adequada, para fins de prevenção e promoção de saúde no contexto universitário. Segundo Baldassim (2010), não se consegue promover saúde quando há estudantes da área médica doentes mentalmente, visto que o comportamento desse grupo é influenciado por suas alterações emocionais. Quando não detectados e tratados, os distúrbios de humor podem se arrastar e se agravar durante vida profissional (Vasconcelos et al., 2014).

A saúde, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), é um bem-estar físico, emocional, espiritual, mental e social, não estando relacionada à ausência ou presença de doença (Organização Mundial de Saúde, 1948). No contexto da saúde mental é importante correlacionar o funcionamento pessoal, familiar e social com os transtornos mentais comuns, como os sintomas ansiosos, depressivos e somatoformes – caracterizados como um “limiar” entre a saúde e a doença (Souza, Baptista, & Baptista, 2010). Atualmente, a depressão é considerada pela OMS o quinto maior problema de saúde do mundo e deve se tornar a doença mais comum do mundo nos próximos 20 anos (Magalhães, 2011 apud Oliveira, 2013). Em 2020 ela está projetada para ocupar o segundo lugar no ranking dos “anos de vida perdidos ajustados por incapacidade” para todas as idades e sexos (Valillo, Danzi, Gobbo, Novo & Hubner, 2011). É considerada a principal causa de incapacitação mundial (World Health Organization, 2017).

Há uma estimativa de que mais da metade dos alunos que ingressam no ensino universitário enfrentam dificuldades neste período, e, de acordo com Almeida e Soares (2003), esse é o motivo pelo qual há um aumento nos níveis de psicopatologias nesta população. De acordo com Osse (2013), entre os sinais de sofrimento psíquico encontram-se: atenção e concentração reduzidas, desejos e motivação prejudicados, humor depressivo, alterações no sono e no apetite, ansiedade e isolamento social, suspeição, irritabilidade e funcionamento prejudicado das funções psíquicas.

O ambiente familiar atua de maneira profilática contra o desenvolvimento do transtorno depressivo (Tabalipa, 2017). O apoio social pode funcionar como um agente protetor aos transtornos mentais comuns, desde que ampare o indivíduo, minimize os fatores estressores, promova bem-estar e facilite a adaptação à situação-problema. Para Vasconcelos et al. (2014), existe um risco aumentado de depressão entre os estudantes procedentes de cidades distantes da universidade e que permanecem afastados do seio familiar. Por outro lado, a família também pode atuar como agente estressor, colaborando para o desenvolvimento de doenças mentais em seus membros (Féres-Carneiro, 1992 apud Souza et al., 2010).

A busca pelo apoio fora do meio de convivência é um fator de extrema importância, visto que os universitários com transtornos mentais dificilmente têm uma concepção real do problema. Dos estudantes de Medicina, 8 a 15% procuram assistência psíquica durante a sua formação, justificado por falta de tempo, custos, estigma social pela utilização de serviços de saúde mental, medo das consequências a nível curricular (Vasconcelos et al., 2014).

Somado a isso, em uma pesquisa realizada entre estudantes, os dados demonstraram que muitos jovens acreditam que os tipos de tratamento disponíveis (terapêuticos ou medicamentosos) são poucos úteis ou não são eficazes para os distúrbios mentais apresentados (Eisenberg, Gilberstein, & Gollust, 2007). Por essa razão o conceito de saúde é essencial, conforme enfatizou Silva (2011), pois influencia a percepção do indivíduo sobre a sua própria saúde e conseqüente melhor compreensão da situação em que se encontra, motivando-o a buscar ajuda.

Os fatores de risco físico, social, psicológico e ambiental podem interferir na saúde dos estudantes de ensino superior e na percepção dessa saúde. De acordo com Silva (2011), a universidade faz com que jovens estabeleçam sua identidade, desenvolvam relações interpessoais mais maduras, explorem papéis sociais e questões de intimidade, comprometam-se com objetivos pessoais e profissionais, assumam uma relevância particular naquele meio e estipulem metas após cada desafio, ou seja, esse período é marcado por um desenvolvimento psicossocial, em que o indivíduo exige de si respostas para novas situações de vida.

Dentro do curso de Medicina, por exemplo, as experiências emocionalmente tensas, como o contato com pacientes graves, com a morte, a agressividade nas intervenções, a dificuldade de comunicar más notícias, a formação de grupos e o desempenho escolar podem ser consideradas fatores de risco para a depressão. Além desses fatores, a carga horária altíssima, o elevado volume de matérias, a insegurança com o ingresso no mercado de trabalho, as cobranças da sociedade e da instituição de ensino, bem como a autoavaliação (Vasconcelos et al., 2014). Como consequência do estresse na formação e na prática médica, segundo Lima, Domingues e Cerqueira (2006), deve-se advertir para o surgimento do abuso e da dependência de substâncias psicoativas, a síndrome da sobrecarga de trabalho e a síndrome do estresse profissional. Estudos revelam que os estudantes de Medicina apresentam maiores prevalências de transtornos mentais que a população geral, deixando evidências do sofrimento psíquico durante a formação médica. No entanto, existem ainda dúvidas sobre as causas do surgimento de sintomas psiquiátricos e transtornos mentais durante a graduação médica, podendo estes terem se iniciado antes da escolha profissional ou durante o processo de formação vivenciado na graduação.

Este estudo visa avaliar a saúde mental de estudantes de Medicina de uma universidade em Curitiba-PR, matriculados no primeiro ano do curso em 2018, e correlacionar dados sociodemográficos com a presença de sintomas depressivos. Objetiva-se também conhecer a frequência desses sintomas e a probabilidade de depressão no primeiro ano da graduação.

MATERIAIS E MÉTODOS

Foi realizado um estudo transversal descritivo entre estudantes de Medicina matriculados no primeiro ano da faculdade em 2018, utilizando-se um questionário sociodemográfico e o Inventário de Depressão de Beck – segunda edição (IDB-II), ambos anônimos e autoaplicáveis.

O questionário sociodemográfico foi produzido pelos autores, visando avaliar as seguintes variáveis: sexo, idade, status de relacionamento, motivo da escolha da Medicina, com quem mora na residência, renda familiar aproximada, número de dependentes da renda, atividades de lazer, frequência das atividades de lazer, quantidade de horas dormidas por noite, avaliação individual do sono, uso de medicação contínua, e uso de drogas (histórico e atualmente).

O Inventário de Depressão de Beck (IDB), desenvolvido por Aaron Beck, é um instrumento de autoavaliação de depressão utilizada amplamente em pesquisa e na clínica, e é validado no Brasil. A primeira edição foi validada em 2001 e a segunda em 2011. O IDB-II é um questionário que contém 21 itens que visam avaliar a severidade de sintomas depressivos por meio de notas que variam de 0 a 3 para cada resposta, caracterizando ausência de depressão ou depressão mínima quando o indivíduo totalizar 0 a 9 pontos; depressão leve quando totalizar 10 a 16 pontos; depressão moderada quando totalizar 17 a 29 pontos; depressão grave quando totalizar 30 a 63 pontos. Essa nova versão divide-se em duas subescalas: cognitiva-afetiva (itens do 1 ao 13) e físicos-somáticos (itens do 14 a 21). Esse inventário não permite diagnosticar depressão e é utilizado como teste de rastreio de sintomas. Foi orientado aos pesquisados que o questionário continha 21 grupos de afirmações e que a resposta marcada deveria ser aquela que melhor descrevesse como o pesquisado tinha se sentido na última semana, incluindo a data da aplicação.

A aplicação destes questionários ocorreu no primeiro semestre do ano de 2018, durante o segundo bimestre do curso, após aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP), cujo parecer é 2.718.696. A participação foi voluntária e todos os entrevistados concordaram com o TCLE.

Foi realizada uma análise descritiva e exploratória dos dados sociodemográficos por meio de tabelas de frequência e gráficos com apresentação de quantidades e percentuais. Para a comparação entre variáveis qualitativas utilizou-se os testes de qui-quadrado, teste exato de Fisher, teste de Tukey e teste de ANOVA. Nível de significância: $p < 0,05$.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra deste estudo é composta por 100 indivíduos, o que corresponde a 55,55% da população geral de alunos (180). Todos os entrevistados são estudantes de Medicina matriculados no primeiro ano da universidade no ano de 2018 e participaram voluntariamente da pesquisa. Destes, 69 (69%) pertencem ao sexo feminino e 31 (31%) pertencem ao sexo masculino. A idade dos indivíduos pesquisados variou entre 17 e 29 anos, sendo a mediana 19 e a média 19,48 (Desvio Padrão = 1,92). Esses dados se assemelham ao estudo realizado por Valillo et al. (2011) com 400 alunos, cuja idade média foi de 22,56 anos, e com predomínio do sexo feminino (56%).

Em relação ao *status* de relacionamento, 76 (76%) estudantes consideraram-se solteiros e 24 (24%) namoravam. Em comparação, houve diferença do estado civil entre os estudantes pesquisados por Elisângela Oliveira (2013), com 89,7% indivíduos solteiros, 7,8% casados, 0,9% divorciados e 1,2% outros (não especificados), em uma amostra de 116 participantes. Informações sobre *status* de relacionamento são relevantes, tendo em vista que problemas conjugais geralmente afrontam a saúde mental devido às responsabilidades impostas, gerando situações estressantes e elevando os riscos para depressão (Vasconcelos et al., 2014). Ainda na pesquisa de

Oliveira (2013), a situação de moradia dos entrevistados foi de 7,8% morando sozinho, 45,7% com os pais, 17,2% com outros familiares, 8,6% com o cônjuge, 9,5% em pensionato/hotel e 5,2% em outros (não especificados). Em contrapartida, nesse estudo foi possível observar que 25% da população entrevistada mora com amigos/colegas, 21% moram sozinhos, 43% moram com os pais, 7% moram com os irmãos e 4% moram com outros parentes. Na Tabela 1 é possível detectar características de renda familiar e número de dependentes da família, que através de uma estimativa comparativa demonstrou um predomínio de renda entre 10 e 30 mil reais (41%) e com 4 pessoas dependentes da renda (40%).

Tabela 1

Dados sócios-demográficos: frequência e distribuição percentual

Renda Familiar (reais)	n (%)
< 3 mil	8 (9.5)
3 a 6 mil	11 (13.1)
6 a 10 mil	15 (17.9)
10 a 30 mil	41 (48.8)
Mais de 30 mil	9 (10.7)
Dependentes da Renda	
1	1 (1)
2	11 (11.3)
3	30 (30.9)
4	40 (41.2)
5	15 (15.5)

Nota: N corresponde ao número de respostas.

Fonte: Os autores

Nesta pesquisa também foi possível avaliar o motivo da escolha da medicina pelos participantes, que poderiam escolher opções ou escrever suas razões. Entre as opções havia: “Decidi no último ano do ensino médio”, “É muito rentável”, “Minha família me incentivou”, “Sempre sonhei em ser médico”. Nenhum aluno escreveu outro motivo da escolha do curso. A resposta mais prevalente foi “sempre sonhei em ser médico”, com 65% (Tabela 2).

Tabela 2

Motivo da escolha do curso de Medicina

continua

Motivo de Escolha Medicina	Quantidade (%)
	100 (100%)
Decidi no último ano do ensino médio	20 (20)
É muito rentável	6 (6)
Minha família me incentivou	8 (8)
Minha família me incentivou, Decidi no último ano do ensino médio, É muito rentável	1 (1)
Sempre sonhei em ser médico	56 (56)

Tabela 2

Motivo da escolha do curso de Medicina

conclusão

Motivo de Escolha Medicina	Quantidade (%)
Sempre sonhei em ser médico, É muito rentável	1 (1)
Sempre sonhei em ser médico, Minha família me incentivou	6 (6)
Sempre sonhei em ser médico, Minha família me incentivou, É muito rentável	2 (2)
Motivo de Escolha Medicina	Por opções (%)
Decidi no último ano do ensino médio	21 (18.6)
É muito rentável	10 (8.8)
Minha família me incentivou	17 (15)
Sempre sonhei em ser médico	65 (57.5)

Fonte: Os autores

Segundo Pillon, O'Brien e Chaves (2005), um número reduzido de atividades de lazer, o uso de cigarro, o uso de álcool, e uso de substâncias psicoativas são considerados comportamentos de risco. O tabagismo, inclusive, está ligado a transtorno depressivo, principalmente depressivo-maior, majoritariamente no sexo feminino (Vasconcelos et al., 2014). Quando questionados sobre o uso de drogas e medicamentos, 52% dos estudantes apresentaram resposta afirmativa para o uso de medicações de uso contínuo, 25% apresentaram histórico de uso de drogas e 10% responderam fazer uso de substâncias psicoativas atualmente. Por outro lado, em relação ao lazer e à prática de atividades físicas, 53% da amostra afirma ter lazer em família, mas 47% não o tem; sendo esta mesma porcentagem na opção "lazer noturno" (47%). Mais da metade da amostra não pratica exercícios físicos (51%), como observado na Tabela 3. Nesta situação, o "namoro" foi classificado como atividade de lazer. Além disso, a prática de ouvir música apresentou relevância, haja vista a quantidade de indivíduos que assinalaram a atividade como lazer.

Tabela 3

Quantidades e percentuais das atividades de lazer

continua

	Quantidade (%)
Artes	
Não	87 (87)
Sim	13 (13)
Atividade física	
Não	51 (51)
Sim	49 (49)
Ballet	
Não	99 (99)
Sim	1 (1)
Cozinhar	
Não	99 (99)

Tabela 3

Quantidades e percentuais das atividades de lazer

conclusão

	Quantidade (%)
Sim	1 (1)
Filmes	
Não	21 (21)
Sim	79 (79)
Igreja/Grupo de jovens	
Não	96 (96)
Sim	4 (4)
Jogos/Videogame	
Não	99 (99)
Sim	1 (1)
Lazer em família	
Não	47 (47)
Sim	53 (53)
Lazer noturno	
Não	53 (53)
Sim	47 (47)
Leituras não acadêmicas	
Não	73 (73)
Sim	27 (27)
Namoro	
Não	72 (72)
Sim	28 (28)
Ouvir música	
Não	98 (98)
Sim	2 (2)

FONTE: Os autores

Quanto às horas dormidas por noite, as respostas variaram com o mínimo de 4,5 horas por noite e o máximo de 10 horas por noite, sendo a média de 6,61 horas e a mediana 7 horas, com desvio padrão igual a 0,97. Cerca de 52% dos entrevistados consideram ter o sono reparador (Tabela 4). A opção “outros” está relacionada às respostas abertas, como “às vezes”; “é pior antes das provas”; “durmo mais quando estou cansado”.

Tabela 4

Avaliação pessoal do sono: frequência e distribuição percentual

Considera ter sono reparador	n (%)
Não	31 (31)
Outros	17 (17)
Sim	52 (52)

FONTE: Os autores

Para a investigação de sintomas depressivos entre os estudantes, o instrumento utilizado foi o Inventário de Depressão de Beck, pelo qual foi possível observar diferentes modalidades em relação à presença de sintomas depressivos. Pode-se concluir que 76% não apresentam tristeza, porém há incidência de 43% de sentimento de fracasso e de culpa, autoacusação e fadigabilidade em 72%, insônia em 52%, irritabilidade e mudança da imagem corporal em 51%.

Tabela 5

Resposta do Inventário de Depressão de Beck (BDI-II): frequência e percentual de cada resposta

	Quantidade (%)
Q1 – Tristeza	
0 Eu não me sinto triste	76 (76)
1 Eu me sinto triste	24 (24)
2 Eu me sinto triste o tempo todo e não consigo sair dessa	0 (0)
3 Eu sou tão triste e infeliz que não suporto	0 (0)
Q2 – Pessimismo	
0 Eu não me sinto desmotivado em relação ao futuro	87 (87)
1 Eu me sinto desmotivado em relação ao futuro	13 (13)
2 Nada me motiva	0 (0)
3 Eu sinto que não há esperança para o futuro e as coisas não vão melhorar	0 (0)
Q3 – Sentimento de fracasso	
0 Eu não me sinto uma falha	57 (57)
1 Eu sinto que falhei com os demais	39 (39)
2 Ao olhar para minha vida tudo o que consigo ver são falhas	1 (1)
3 Eu sinto que sou uma falha como pessoa	3 (3)
Q4 - Insatisfação	
0 Eu sinto tanta satisfação com as coisas quanto antes	60 (60)
1 Eu não sinto tanta satisfação quanto eu costumava sentir	38 (38)
2 Nada me satisfaz	1 (1)
3 Eu me sinto insatisfeito ou entediado com tudo	1 (1)

Tabela 5

Resposta do Inventário de Depressão de Beck (BDI-II): frequência e percentual de cada resposta continua

	Quantidade (%)
Q5 - Culpa	
0 Eu não sinto culpa	57 (57)
1 Eu sinto culpa boa parte do tempo	39 (39)
2 Eu sinto muita culpa a maior parte do tempo	4 (4)
3 Eu sinto culpa o tempo todo	0 (0)
Q6 – Expectativa de punição	
0 Eu não sinto que estou sendo punido	93 (93)
1 Eu sinto que talvez eu esteja sendo punido	5 (5)
2 Eu espero ser punido	0 (0)
3 Eu sinto que estou sendo punido	2 (2)
Q7 – Autodepreciação	
0 Eu não me sinto decepcionado comigo mesmo	62 (62)
1 Eu estou decepcionado comigo mesmo	37 (37)
2 Eu sinto nojo de mim mesmo	0 (0)
3 Eu me odeio	1 (1)
Q8 – Autoacusação	
0 Eu não me sinto pior que os outros	18 (18)
1 Sou crítico de minhas fraquezas e erros	68 (68)
2 Eu me culpo por todas as minhas falhas	11 (11)
3 Eu me culpo por tudo de ruim que acontece	3 (3)
Q9 – Ideias suicidas	
0 Não cogito me matar	77 (77)
1 Já pensei em me matar mas não levei a sério	23 (23)
2 Eu gostaria de me matar	0 (0)
3 Eu me mataria se tivesse chance	0 (0)
Q10 - Choro	
0 Eu não choro mais que o normal	73 (73)
1 Hoje choro mais que antes	21 (21)
2 Eu choro o tempo todo	3 (3)
3 Eu costumava conseguir chorar, mas agora não consigo nem que eu queira	3 (3)

Tabela 5

Resposta do Inventário de Depressão de Beck (BDI-II): frequência e percentual de cada resposta **continua**

	Quantidade (%)
Q11 - Irritabilidade	
0 Eu não me sinto mais irritado que o usual	49 (49)
1 Eu tenho estado mais irritado que o usual	43 (43)
2 Eu me sinto irritado a maior parte do tempo	8 (8)
3 Eu me sinto irritado o tempo todo	0 (0)
Q12 – Retraimento social	
0 Eu não perdi o interesse em outras pessoas	75 (75)
1 Eu não me interesso tanto nos outros quanto antes	17 (17)
2 Eu perdi meu interesse em outras pessoas	6 (6)
3 Eu não tenho o interesse em outras pessoas	2 (2)
Q13 - Indecisão	
0 Eu tomo decisões como sempre tomei	62 (62)
1 Eu evito tomar decisões	9 (9)
2 Eu tenho dificuldade em tomar decisões	27 (27)
3 Eu não consigo tomar decisões	2 (2)
Q14 – Mudança na imagem corporal	
0 Eu não sinto que minha aparência física está pior	49 (49)
1 Me preocupo que estou parecendo velho ou pouco atraente	23 (23)
2 Eu sinto que houveram mudanças na minha aparência física e que me fazem parecer pouco atraente	21 (21)
3 Eu me sinto feio	7 (7)
Q15 – Dificuldade no trabalho	
0 Sou tão produtivo quanto sempre fui	31 (31)
1 Preciso me esforçar para começar a fazer alguma coisa	61 (61)
2 Eu tenho que me forçar para fazer qualquer coisa	7 (7)
3 Eu não consigo fazer nada	1 (1)
Q16 - Insônia	
0 Eu durmo bem	48 (48)
1 Eu não durmo tão bem quanto antes	47 (47)
2 Eu acordo uma ou duas horas mais cedo e tenho dificuldade para voltar a dormir	2 (2)
3 Eu acordo no meio da noite e não consigo voltar a dormir	3 (3)

Tabela 5

Resposta do Inventário de Depressão de Beck (BDI-II): frequência e percentual de cada resposta conclusão

	Quantidade (%)
Q17 – Fatigabilidade	
0 Eu não me sinto cansado	28 (28)
1 Eu me canso mais que o normal	57 (57)
2 Eu me canso por qualquer coisa	14 (14)
3 Eu me sinto cansado para fazer qualquer coisa	1 (1)
Q18 – Perda de apetite	
0 Meu apetite é normal	83 (83)
1 Meu apetite não é tão bom quanto antes	13 (13)
2 Meu apetite está bem pior	3 (3)
3 Não tenho apetite mais	1 (1)
Q19 – Perda de peso	
0 Eu não perdi peso	80 (80)
1 Eu perdi mais que 2 kg recentemente	16 (16)
2 Eu perdi mais que 5 kg recentemente	3 (3)
3 Eu perdi mais que 10 kg recentemente	1 (1)
Q20 – Preocupação somática	
0 Eu não me preocupo excessivamente com a minha saúde	56 (56)
1 Eu me preocupo com problemas físicos como dores, náuseas e constipação	42 (42)
2 Eu me preocupo tanto com os meus problemas físicos que chega a ser difícil pensar em outra coisa	2 (2)
3 Eu sou tão preocupado com meus problemas físicos que eu não penso em outra coisa	0 (0)
Q21 – Perda de libido	
0 Não percebi nenhuma mudança na minha libido	92 (92)
1 Minha libido diminuiu	8 (8)
2 Eu quase não tenho mais libido	0 (0)
3 Eu não tenho mais vontade de fazer sexo	0 (0)

FONTE: Os autores

Além disso, observou-se que em 74% dos indivíduos há ausência ou depressão mínima. Todavia, entre os demais, 19% apresentaram depressão leve; 5% apresentaram depressão moderada e 2% apresentaram depressão grave. Em um estudo realizado na Faculdade de Medicina Universidade Federal da Bahia com a aplicação do IDB entre estudantes do 1º, 7º e 12º períodos do curso, os autores observaram resultados semelhantes aos desta pesquisa em

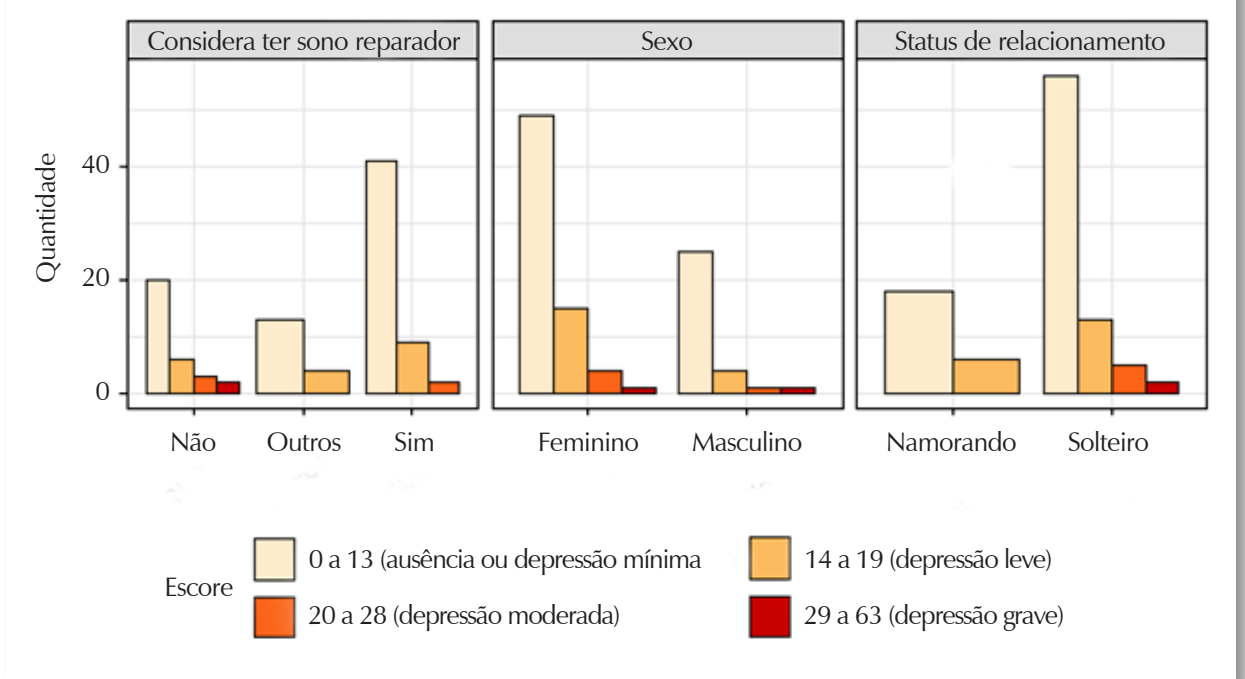
relação à incidência de sintomas depressivos moderados a graves, com ausência de depressão em 56,9% dos estudantes, escore sugestivo de depressão leve em 34,5%, sugestivo de depressão moderada em 6,9% e sugestivo de depressão grave em 1,7% (Oliveira, 2013).

Em relação à incidência de depressão no sexo feminino, em uma amostra de 69 pessoas, houve pontuação de 0-13 em 71%; 14-19 em 21,7%; 20-28 em 5,8% e 29-63 em 1,4%. Por outro lado, no sexo masculino, a pontuação de 0-13 correspondeu a 80,6%; 14-19 a 12,9%; 20-28 a 3,2%; e 29-63 a 3,2%. Essa informação corrobora a maior incidência de ausência de depressão ou depressão mínima em ambos os sexos, mas atenta às incidências de sintomas depressivos em graus mais elevados. Segundo Tabalipa (2017), o fato do sexo feminino ter prevalência de sintomas depressivos ocorre devido a fatores hormonais, a melhor expressão de sentimentos, a menor autoconfiança e a maior exposição aos fatores de risco para a depressão.

Na Figura 1 é possível visualizar a categorização dos escores dos sintomas depressivos dentro dos diferentes grupos, relacionados à consideração do sono ser reparador, aos sexos e ao *status* de relacionamento. Pode-se inferir que a maioria dos indivíduos que apresentam ausência de depressão ou depressão mínima e consideram ter o sono reparador são do sexo feminino e são solteiros. Em contrapartida, observa-se que os dois indivíduos que apresentam escores mais elevados para depressão não consideram ter o sono reparador; um é do sexo feminino e outro é do sexo masculino e ambos são solteiros. A insatisfação com o sono e a insônia estão associadas com a depressão entre os estudantes universitários, visto a importância do sono para a saúde física e emocional do aluno, com a sua ausência acarretando dificuldades de atenção, memória e fadiga (Leão, 2018).

Figura 1

Comparativo das características pessoais com sintomas depressivos



Fonte: Os autores

Informações como renda familiar mensal, dependentes de renda familiar e número de pessoas na residência também foram relacionadas aos escores do inventário de depressão de Beck (Tabela 6). Desta forma, pode-se inferir que a presença de depressão apresenta relação estatística com o número de dependentes da renda, devido ao $p=0,024$; $p(\text{aov})=0,016$.

Tabela 6

Comparativo das características familiares com sintomas depressivos

continua

	0 a 13 (ausência ou depressão mínima)	14 a 19 (depressão leve)	20 a 28 (depressão moderada)	29 a 63 (depressão grave)	p-valor	Média (Desv- pad)	p-valor (aov)
Renda Familiar					0.9		0.42 (aov)
< 3 mil	6 (75)	1 (12.5)	0 (0)	1 (12.5)		12.5 (7.89)	
3 a 6 mil	9 (81.8)	2 (18.2)	0 (0)	0 (0)		8.45 (5.13)	
6 a 10 mil	12 (80)	3 (20)	0 (0)	0 (0)		7.8 (4.25)	
10 a 30 mil	31 (75.6)	7 (17.1)	2 (4.9)	1 (2.4)		9.46 (6.81)	
Mais de 30 mil	6 (66.7)	2 (22.2)	1 (11.1)	0 (0)		11.22 (5.93)	
Depen- dentes da Renda					0.024		0.016 (aov)
2 ou menos	5 (41.7)	4 (33.3)	1 (8.3)	2 (16.7)		14.92 (10.54)	b
3	24 (80)	6 (20)	0 (0)	0 (0)		8.83 (4.83)	a
4	33 (82.5)	4 (10)	3 (7.5)	0 (0)		8.55 (5.45)	a
5	11 (73.3)	3 (20)	1 (6.7)	0 (0)		9.6 (5.04)	ab
Pessoas da Residência					0.412		0.835 (aov)

Tabela 6

Comparativo das características familiares com sintomas depressivos

conclusão

Amigos/ colegas	18 (72)	4 (16)	2 (8)	1 (4)		9.28 (8.43)	
Irmãos	5 (71.4)	2 (28.6)	0 (0)	0 (0)		9 (4)	
Mãe	3 (75)	1 (25)	0 (0)	0 (0)		7.5 (5.51)	
Mãe, Irmãos	1 (50)	1 (50)	0 (0)	0 (0)		13 (2.83)	
Moro sozinho	12 (57.1)	8 (38.1)	0 (0)	1 (4.8)		11.67 (6.18)	
Outros parentes	4 (100)	0 (0)	0 (0)	0 (0)		8.25 (3.1)	
Pai, Irmãos	1 (100)	0 (0)	0 (0)	0 (0)		6 (NA)	
Pai, Mãe	11 (84.6)	2 (15.4)	0 (0)	0 (0)		8.46 (4.1)	
Pai, Mãe, Irmãos	19 (82.6)	1 (4.3)	3 (13)	0 (0)		9.43 (6.26)	

Nota. (t) Indica comparativo pelo teste t. (aov) Indica Comparativo pelo teste de anova. As letras em cada categoria (a, b, c, etc) representação grupos que não possuem diferença entre si pelo teste de Tukey.

Fonte: Os autores

Para que fosse possível correlacionar o uso de medicamentos e outras drogas com os sintomas depressivos, os dados também foram avaliados conforme a graduação dos sintomas. Sendo assim, com um $p=0,019$ observou-se que o histórico de uso de drogas apresenta relevância estatística quando relacionado à presença de depressão, tendo em vista que metade dos alunos com histórico de uso de drogas apresentam escore mais elevado para depressão, com razão de prevalência maior que 1, indicando que o histórico de uso de drogas é fator de risco para a depressão (Tabela 7).

Tabela 7

Comparativo de uso de substâncias com sintomas depressivos

continua

	0 a 13 (ausência ou depressão mínima)	14 a 19 (depressão leve)	20 a 28 (depressão moderada)	29 a 63 (depressão grave)	p-valor	Média (DV)	p-valor (aov)
Uso contínuo de medica- mento					0.966		0.363 (t)

Comparativo de uso de substâncias com sintomas depressivos

conclusão

	0 a 13 (ausência ou depressão mínima)	14 a 19 (depressão leve)	20 a 28 (depressão moderada)	29 a 63 (depressão grave)	p-valor	Média (DV)	p-valor (aov)
Não	35 (72.9)	10 (20.8)	2 (4.2)	1 (2.1)		9.02 (6.18)	
Sim	39 (75)	9 (17.3)	3 (5.8)	1 (1.9)		10.17 (6.42)	
Uso de Drogas (histórico)					0.019		0.052 (t)
Não	59 (78.7)	14 (18.7)	1 (1.3)	1 (1.3)		8.8 (5.68)	
Sim	15 (60)	5 (20)	4 (16)	1 (4)		12.08 (7.47)	
Uso de Drogas atualmente					0.629		0.991 (t)
Não	67 (74.4)	17 (18.9)	4 (4.4)	2 (2.2)		9.62 (6.37)	
Sim	7 (70)	2 (20)	1 (10)	0 (0)		9.6 (5.93)	

Nota. (t) Indica comparativo pelo teste de Tukey. (aov) Indica comparativo pelo teste de ANOVA. (DV) Indica desvio-padrão. Porcentagens somadas na horizontal totalizam 100%.

Fonte: Os autores

Em relação às atividades de lazer, dentre os 49 indivíduos que praticam atividade física, 41 não apresentam sintomas sugestivos de depressão ou apresentam depressão mínima, 6 apresentam depressão leve, 1 apresenta depressão moderada e 1 apresenta probabilidade de depressão grave. Dentro dessa mesma categoria, dentre os 51 indivíduos que não praticam atividades físicas, 33 apresentam ausência de depressão ou depressão mínima, 13 apresentam depressão leve, 4 apresentam depressão moderada e 1 apresenta depressão grave (Tabela 8). A atividade física como atividade de lazer pode ser fator protetor para depressão leve, moderada e grave, tendo em vista que nesses grupos apresentou razão de prevalência menor que 1. Apesar de novos estudos serem necessários para confirmar a hipótese levantada. Para Leão (2018), a atividade física é uma oportunidade para o convívio social, agregando as interações afetivas, muito importante como agente terapêutico contra a depressão.

Quando se analisa de forma discriminada as atividades de lazer (Tabela 8), pode-se observar que na categoria “lazer em família” a maioria dos indivíduos que convivem com as suas famílias não apresentam depressão ou apresentam depressão mínima (77,4%). Além disso, constata-se que essa atividade é fator de proteção nos casos de depressão moderada (razão de prevalência menor que 1). O estudo intitulado “Relação entre suporte familiar, saúde mental e comportamentos de risco em estudantes universitários” mostrou que demonstrações de afeto e carinho, expressões verbais e não verbais, habilidade na resolução de situações-problema, sentimentos positivos (inclusão e compreensão), estabelecimento de relações de confiança e liberdade e privacidade entre membros da família estão associados a uma menor sintomatologia de estresse psíquico, distúrbios do sono, desconfiança no próprio desempenho, desejo de morte, distúrbios psicossomáticos e severidade da doença mental, e que são essenciais na vida do indivíduo (Souza et al., 2010). Outro dado interessante nesta pesquisa é que “ouvir música” apresenta relação estatística com sintomas depressivos ($p=0,031$), porém essa informação pode ser considerada um viés dentro da pesquisa, com base no fato de que a maioria dos pesquisados não escutam música como atividade de lazer, e somente duas pessoas (uma com depressão leve e outra com depressão moderada) o fazem.

Tabela 8

Comparativo de pontuação de sintomas depressivos com atividades de lazer continua

	0 a 13 (ausência ou depressão mínima)	14 a 19 (depressão leve)	20 a 28 (depressão moderada)	29 a 63 (depressão grave)	p-valor
Artes					0.218
Não	64 (73.6)	18 (20.7)	4 (4.6)	1 (1.1)	
Sim	10 (76.9)	1 (7.7)	1 (7.7)	1 (7.7)	
Atividade física					0.124
Não	33 (64.7)	13 (25.5)	4 (7.8)	1 (2)	
Sim	41 (83.7)	6 (12.2)	1 (2)	1 (2)	
Ballet					1
Não	73 (73.7)	19 (19.2)	5 (5.1)	2 (2)	
Sim	1 (100)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
Cozinhar					1
Não	73 (73.7)	19 (19.2)	5 (5.1)	2 (2)	
Sim	1 (100)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
Filmes					0.319
Não	14 (66.7)	4 (19)	2 (9.5)	1 (4.8)	
Sim	60 (75.9)	15 (19)	3 (3.8)	1 (1.3)	

Tabela 8

Comparativo de pontuação de sintomas depressivos com atividades de lazer **conclusão**

	0 a 13 (ausência ou depressão mínima)	14 a 19 (depressão leve)	20 a 28 (depressão moderada)	29 a 63 (depressão grave)	p-valor
Igreja/Grupo de jovens					0.686
Não	70 (72.9)	19 (19.8)	5 (5.2)	2 (2.1)	
Sim	4 (100)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
Jogos/Videogame					1
Não	73 (73.7)	19 (19.2)	5 (5.1)	2 (2)	
Sim	1 (100)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
Lazer em família					0.204
Não	33 (70.2)	8 (17)	4 (8.5)	2 (4.3)	
Sim	41 (77.4)	11 (20.8)	1 (1.9)	0 (0)	
Lazer noturno					0.781
Não	38 (71.7)	12 (22.6)	2 (3.8)	1 (1.9)	
Sim	36 (76.6)	7 (14.9)	3 (6.4)	1 (2.1)	
Leituras não acadêmicas					0.561
Não	51 (69.9)	16 (21.9)	4 (5.5)	2 (2.7)	
Sim	23 (85.2)	3 (11.1)	1 (3.7)	0 (0)	
Namoro					0.409
Não	53 (73.6)	12 (16.7)	5 (6.9)	2 (2.8)	
Sim	21 (75)	7 (25)	0 (0)	0 (0)	
Ouvir música					0.031
Não	74 (75.5)	18 (18.4)	4 (4.1)	2 (2)	
Sim	0 (0)	1 (50)	1 (50)	0 (0)	

Nota. A análise está relacionada ao número de pessoas que praticam as atividades de lazer e apresentam pontuação de sintomas depressivos, variando de 0 a 63.

Fonte: Os autores

CONCLUSÃO

A elevada incidência de sintomas depressivos possibilitada pela avaliação graduada do Inventário de Depressão de Beck – entre os graus ausente/depressão mínima e depressão leve, moderada e grave – revelou maior frequência de sintomas depressivos entre o sexo feminino em relação ao sexo masculino, porém em ambos prevaleceram ausência de depressão ou depressão mínima. Isso não exclui o fato de que esse assunto precisa ser abordado e que há necessidade de se oferecer ajuda para os estudantes de Medicina.

Fatores como o uso contínuo de medicamentos, presente em mais da metade dos entrevistados; ausência de prática de atividade física, em 51% dos participantes; fadigabilidade em 72% e insônia em 52% também remetem à importância da relação dos estudantes com os sintomas depressivos. Constata-se também que o histórico de uso de drogas é um fator de risco para depressão, assim como preocupações econômicas e a sua relação com presença de sintomas depressivos apresentaram relevância estatística, considerando-se o número de indivíduos dependentes da renda familiar nesse contexto.

Por se tratar de uma análise transversal, os autores sugerem novas avaliações com aumento do tamanho da amostra para aumentar a consistência dos resultados, visando acompanhar estes alunos durante os próximos anos da graduação, para posteriormente correlacionar os fatores circunstanciais e causativos de depressão durante o curso de Medicina. Além disso, sugere-se a assistência pela psicóloga do curso para minimizar os índices.

REFERÊNCIAS

- Almeida, L. S., & Soares, A. P. (2003). Os estudantes universitários: sucesso escolar e desenvolvimento psicossocial. In E. Mercuri, & S. A. J. Polydoro (Orgs.). *Estudante universitário: características e experiências de formação*. Taubaté: Cabral.
- Baldassin, S. (2010). Ansiedade e depressão no estudante de Medicina: revisão de estudos brasileiros. *Cadernos ABEM*, 6(0), 19-26. Recuperado em 24, novembro, 2018, de <http://docplayer.com.br/14923626-Ansiedade-e-depressao-no-estudante-de-medicina-revisao-de-estudos-brasileiros.html>
- Cerchiari, E. A. N., Caetano, D., & Faccenda, O. (2005). Utilização do serviço de saúde mental em uma universidade pública. *Psicologia, Ciência e Profissão*, 25(2), 252-265.
- Eisenberg, D., Gliberstein, E., & Gollust, S. E. (2007). Help-Seeking and Access to Mental Health Care in University Student Population. *Medical Care*, 45(7), 594-601.
- Féres-Carneiro, T.(1992). Família e Saúde Mental. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 8(supl), 485-493.
- Leão, A. M., Gomes, I. P., Ferreira, M. J. M., Cavalcanti, L, P. G. (2018). Prevalência e fatores associados à depressão e ansiedade entre estudantes universitários da área da saúde de um grande centro urbano do Nordeste do Brasil. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 42(4), 55-65. Recuperado em 24, novembro, 2018, de https://www.researchgate.net/publication/328726047_Prevalencia_e_Fatores_Associados_a_Depressao_e_Ansiedade_entre_Estudantes_Universitarios_da_Area_da_Saude_de_um_Grande_Centro_Urbano_do_Nordeste_do_Brasil

- Lima, M. P., Domingues, M. S., & Cerqueira, A. T. A. R. (2006). Prevalência e fatores de risco para transtornos mentais comuns entre estudantes de medicina. *Revista de Saúde Pública*, 40(6), 1035-1041.
- Oliveira, E. N. (2013). *Prevalência de sintomas depressivos em estudantes de Medicina da Universidade Federal da Bahia* (Monografia), Faculdade de Medicina da Bahia, Universidade Federal da Bahia, BA, Salvador, Brasil.
- Osse, C. M. C. (2013). *Saúde mental de universitários e serviços de assistência estudantil: estudo multiaxial em uma universidade brasileira*. (Tese de Doutorado), Universidade de Brasília, DF, Brasília, Brasil.
- Pillon, S. C., O'brien, B., & Chavez, K. A. P. (2005). A relação entre o uso de drogas e comportamentos de risco entre universitários brasileiros. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* (Ribeirão Preto), 13(número especial), 1169-1176. Recuperado em 29, novembro, 2018, de http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13nspe2/pt_v13nspe2a11.pdf
- Souza, M. S., Baptista, A. S. D., & Baptista, M. N. (2010). Relação entre suporte familiar, saúde mental e comportamentos de risco em estudantes universitários. *ACTA Colombiana de Psicologia*, 13(1),143-154.
- Silva, R. R. (2011). *O perfil de saúde de estudantes universitários: um estudo sob enfoque da psicologia da saúde* (Dissertação de mestrado), Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, RS, Brasil.
- Tabalipa, F. O., Souza, M.F., Pfützenreuter, G., Lima V.C., Traebert, E., Traebert, J. (2015). Prevalence of Anxiety and Depression among Medical Students. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 39(3), 388-394. Recuperado em 24, novembro, 2018, de <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v39n3/1981-5271-rbem-39-3-0388.pdf>
- Valillo, N. G., Danzi Júnior, R., Gobbo, R.; Novo, N. F., Hubner, C. V. K. (2011). Prevalência de sintomas depressivos em estudantes de medicina. *Revista Brasileira de Clínica Médica* (São Paulo), 9(1), 36-41.
- Vasconcelos, T. C., Dias, B. R. T., Andrade, L. R., Melo, G. F., Barbosa, L. & Souza, E. (2014). Prevalência de sintomas de ansiedade e depressão em estudantes de Medicina. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 39(3), 135-142. Recuperado em 29, novembro, 2018 de <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v39n1/1981-5271-rbem-39-1-0135.pdf>
- World Health Organization. (2017). *Depression and other common mental disorders: global health estimates*. Geneva: World Health Organization. Recuperado em 29, novembro, 2018, de <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf;jsessionid=D47CCD796F82467B7A17DED013182A81?sequence=1>

Recebido em: 05-11-2018

Primeira decisão editorial: 16-11-2018

Aceito em: 27-11-2018