

UNIVERSIDADE DE RIBEIRÃO PRETO
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE E EDUCAÇÃO
PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*

EDUARDO MONTEIRO

PREVALÊNCIA DE SINTOMAS DEPRESSIVOS EM ACADÊMICOS DE
MEDICINA DE UM CENTRO UNIVERSITÁRIO DO INTERIOR
PAULISTA

Ribeirão Preto
2021

EDUARDO MONTEIRO

PREVALÊNCIA DE SINTOMAS DEPRESSIVOS EM ACADÊMICOS DE
MEDICINA DE UM CENTRO UNIVERSITÁRIO DO INTERIOR
PAULISTA

Dissertação apresentada a Universidade
de Ribeirão Preto como parte dos
requisitos para obtenção do título de
Mestre em Saúde e Educação.

Orientador: Prof. Dr. Edilson Carlos Caritá.

Ribeirão Preto
2021

Ficha catalográfica preparada pelo Centro de Processamento
Técnico da Biblioteca Central da UNAERP
- Universidade de Ribeirão Preto -

M775p Monteiro, Eduardo, 1970-
Prevalência de sintomas depressivos em acadêmicos de medicina
de um centro universitário do interior paulista / Eduardo Monteiro. - -
Ribeirão Preto, 2021.
100 f.

Orientador: Prof. Dr. Edilson Carlos Carita.

Dissertação (mestrado) - Universidade de Ribeirão Preto,
UNAERP, Saúde e Educação. Ribeirão Preto, 2021.

1. Depressão. 2. Ansiedade. 3. Estudantes de medicina.
4. Estresse. 5. Suicídio. I. Título.

CDD 362

EDUARDO MONTEIRO

**PREVALÊNCIA DE SINTOMAS DEPRESSIVOS EM ACADÊMICOS DE
MEDICINA DE UM CENTRO UNIVERSITÁRIO DO INTERIOR PAULISTA**


Dissertação de Mestrado apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em Saúde e
Educação da Universidade de Ribeirão
Preto para obtenção do título de Mestre
em Saúde e Educação.

Área de Concentração: Ensino de Ciências da Saúde

Data da defesa: 04 de março de 2021

Resultado: Aprovado


BANCA EXAMINADORA



Prof. Dr. Edilson Carlos Caritá
Presidente/UNAERP – Universidade de Ribeirão Preto



Profa. Dra. Maria Eugênia de Simone Brito dos Santos
ESTÁCIO – Centro Universitário Estácio Ribeirão



Profa. Dra. Rosemary Aparecida Furlan Daniel
UNAERP – Universidade de Ribeirão Preto

RIBEIRÃO PRETO
2021

DEDICATÓRIA

Dedico esta dissertação: a meus pais, João e Vilma, pelo apoio e luta para que conseguisse trilhar este caminho em busca da aprendizagem e do conhecimento; a minha esposa, Camila, e aos meus filhos Thales e Enzo, pelo apoio, paciência e incentivo, permanecendo ao meu lado nos momentos de angústias e dúvidas; e ao meu irmão, Marcelo, o qual fez parte do caminho de minha formação junto aos meus pais.

AGRADECIMENTOS

Ao Senhor, nosso Pai, que em sua infinita bondade permitiu me trilhar este caminho na evolução do conhecimento protegendo-me e amparando-me neste momento em que o mundo passou por uma pandemia com milhares de vítimas.

A meus pais que sempre se mantiveram próximos com seu apoio incondicional perante minhas escolhas e decisões.

A minha esposa e meus filhos que sempre me apoiaram e se empenharam em estarem ao meu lado.

A meu irmão e sua família sempre presentes em todos momentos de minha vida.

Ao meu orientador, por sua incansável paciência para comigo, incentivo, compreensão, ajuda, ensinamentos e total competência demonstrada em cada fase do trabalho desenvolvido.

Aos alunos, em quais me inspirei para realização desta pesquisa.

Aos professores do Programa de Mestrado Profissional em Saúde e Educação da Universidade de Ribeirão Preto, pela dedicação e competência.

À coordenação do curso de Medicina do Centro Universitário Estácio de Ribeirão Preto, pela autorização e apoio para a realização desse estudo.

Ao meu amigo Vitor, pelas orientações e ensinamentos.

Enfim, a todos aqueles que de uma maneira ou de outra contribuíram para que este percurso pudesse ser concluído.

*“Nunca tenha certeza de nada. A sabedoria
começa com a dúvida”.*
(Freud)

RESUMO

MONTEIRO, E. Prevalência de Sintomas Depressivos em Acadêmicos de Medicina de um Centro Universitário do Interior Paulista. 100p. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde e Educação), Universidade de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto - SP, 2021.

A depressão entre adolescentes e adultos jovens vem aumentando nos últimos anos, principalmente, entre universitários. O jovem mesmo antes de ingressar no ensino superior passa por um período de extrema ansiedade na escolha da graduação, na cobrança familiar e autocobrança para aprovação no vestibular. Quando se trata de estudantes de medicina, tem-se os fatores de choques emocionais da formação como elevadas cargas de estudo, perdas e envolvimento emocional com pacientes, medo das doenças transmissíveis, dentre outros que interferem em seu perfil psicossocial. O objetivo do presente estudo foi identificar a prevalência dos sintomas preditores de depressão em acadêmicos de medicina de uma Instituição de Ensino Superior privada do interior paulista. Tratou-se de estudo do tipo *survey* exploratório-descritivo, com uma abordagem quantitativa. Foi considerada uma amostra de 244 acadêmicos do 1º, 3º, 5º, 7º, 9º e 11º períodos do curso de Medicina de um Centro Universitário privado, da cidade de Ribeirão Preto. Utilizou-se como instrumento de coleta de dados a escala de depressão de Beck, que foi distribuída aos participantes por meio do aplicativo Whatsapp, devido a necessidade de distanciamento social em virtude da pandemia de Covid-19. Os resultados apontaram que 47,5% dos acadêmicos do curso de medicina apresentaram pelo menos um nível de depressão, com prevalência de depressão de grau leve, principalmente na faixa etária entre 22 a 26 anos. Os resultados ainda indicaram que do 1º ao 5º período letivo mais da metade dos acadêmicos registraram algum nível de depressão. Os acadêmicos do gênero feminino apresentaram maior prevalência de depressão se concentrando na faixa etária dos 22 aos 26 anos. A concentração de prevalência de sintomas de depressão no gênero masculino também foi na faixa etária de 22 a 26 anos. Conclui-se que a aplicação do Inventário BDI permitiu mensurar e detectar a prevalência de sintomas de depressão nos acadêmicos do curso de medicina ao longo dos períodos letivos.

Palavras-chave: Depressão. Ansiedade. Estudantes de medicina. Estresse. Suicídio.

ABSTRACT

MONTEIRO, E. Prevalence of Depressive Symptoms in Medical Students at a University Center in the Interior of São Paulo. 100p. Dissertation (Professional Master's Degree in Health and Education), Universidade de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto - SP, 2021.

Depression among adolescents and young adults has been increasing in recent years, especially among university students. Even before entering at a higher education, young people go through an extreme anxiety period in choosing their undergraduate degree, family charge and self-charging for approval in the university entrance exam. When it comes to medical students, there are training emotional shocking factors of such as high levels of study, losses and emotional involvement with patients, fear of communicable diseases, among others that interfere with their psychosocial profile. The objective of the present study was to identify the prevalence of predictive symptoms of depression in Medical Students from a private Higher Education Institution in the interior of São Paulo. This was an exploratory-descriptive survey, with a quantitative approach. A sample of 244 students from the 1st, 3rd, 5th, 7th, 9th and 11th periods of the medical course at a private University Center in the city of Ribeirão Preto was considered. The Beck depression scale was used as a data collection instrument which was distributed to the participants through the Whatsapp App, due to the need for social distance due to the Covid-19 pandemic. The results showed that 47.5% of the medical course academics had at least one level of depression, with a prevalence of mild depression, especially in the age range between 22 and 26 years old. The results also showed that from the 1st to the 5th school term, more than half of the academics registered some level of depression. Female academics showed a higher prevalence of depression, focusing in the age range between 22 and 26 years old. The prevalence of depression symptoms in men was also focusing in the age range between 22 and 26 years old. It is concluded that the application of the BDI Inventory made it possible to measure and detect the depression symptoms prevalence in medical course academics throughout the school terms.

Keywords: Depression. Anxiety. Medical students. Stress. Suicide.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

APA - *American Psychiatric Association*

BAI - *Beck Anxiety Inventory*

BDI – *Beck Depression Inventory*

BDI-I - *Beck Depression Inventory - Edition I*

BDI-II - *Beck Depression Inventory - Second Edition*

BFP - Bateria Fatorial de Personalidade

CFM - Conselho Federal de Medicina

CFP - Conselho Federal de Psicologia

CGF - Cinco Grandes Fatores

CREMEC - Conselho Regional de Medicina do Estado do Ceará

EAD - Educação a Distância

EBADEP-A - Escala Baptista de Depressão (versão adulto)

EDB - Escala de Depressão de Beck

EFN - Escala Fatorial de Ajustamento Emocional/Neuroticismo

EHAD - Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão

ENADE - Exame Nacional de Desempenho dos Estudantes

FAMEMA - Faculdade de Medicina de Marília

HADS - *Hospital Anxiety and Depression Scale*

HAM-A - Escala de Avaliação de Ansiedade de Hamilton

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDATE - Inventário de Diagnóstico da Ansiedade Traço-Estado

IES – Instituição de Ensino Superior

ISSL - *Lipp's Inventory of Stress Symptoms for Adults*

MEC - Ministério da Educação

NEO-PI-R – NEO *Personality Inventory Revised*

PSS – *Perceived Stress Scale*

UBS - Unidade Básica de Saúde

UNAERP - Universidade de Ribeirão Preto

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição da população amostral quanto ao gênero. Ribeirão Preto, 2020.	46
Tabela 2 - Distribuição da população amostral quanto a faixa etária. Ribeirão Preto, 2020.	47
Tabela 3 - Distribuição da população amostral quanto ao cruzamento de informações de gênero e faixa etária. Ribeirão Preto, 2020.	47
Tabela 4 - Distribuição da população amostral quanto ao período letivo (etapa do curso) e sua distribuição etária. Ribeirão Preto, 2020.	48
Tabela 5 - Distribuição da população amostral feminina quanto ao período letivo (etapa do curso) e sua distribuição etária. Ribeirão Preto, 2020.	50
Tabela 6 - Distribuição da população amostral masculina quanto ao período letivo (etapa do curso) e sua distribuição etária. Ribeirão Preto, 2020.	52
Tabela 7 - Classificação geral de sintomas de Depressão em acadêmicos de medicina. Ribeirão Preto, 2020.	54
Tabela 8 - Classificação de sintomas de Depressão em acadêmicos de medicina quanto ao gênero. Ribeirão Preto, 2020.	55
Tabela 9 - Classificação de sintomas de depressão em acadêmicos de medicina quanto a faixa etária. Ribeirão Preto, 2020.	57
Tabela 10 - Classificação de sintomas de depressão em acadêmicos de medicina quanto ao período letivo. Ribeirão Preto, 2020.	61
Tabela 11 - Classificação de sintomas de depressão em acadêmicos de medicina do gênero feminino em função do período letivo e faixa etária. Ribeirão Preto, 2020 (continua).	63
Tabela 11 - Classificação de sintomas de depressão em acadêmicos de medicina do gênero feminino em função do período letivo e faixa etária. Ribeirão Preto, 2020 (continuação).	64
Tabela 11 - Classificação de sintomas de depressão em acadêmicos de medicina do gênero feminino em função do período letivo e faixa etária. Ribeirão Preto, 2020 (conclusão).	65

Tabela 12 - Classificação de sintomas de depressão em acadêmicos de medicina do gênero masculino em função do período letivo e faixa etária. Ribeirão Preto, 2020 (continua).	67
Tabela 12 - Classificação de sintomas de depressão em acadêmicos de medicina do gênero masculino em função do período letivo e faixa etária. Ribeirão Preto, 2020 (conclusão).....	68

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
1.1 HIPÓTESE	17
1.2 JUSTIFICATIVA	17
1.3 OBJETIVO GERAL	17
1.4 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	18
1.5 ESTRUTURA DA DISSERTAÇÃO.....	18
2 REVISÃO DA LITERATURA	19
2.1 ESTRESSE EM ESTUDANTES DE MEDICINA	19
2.2 ANSIEDADE EM ESTUDANTES DE MEDICINA.....	24
2.3 DEPRESSÃO EM ESTUDANTES DE MEDICINA	30
2.4 INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK	36
3 CASUÍSTICA E MÉTODO.....	40
3.1 NATUREZA DO ESTUDO.....	40
3.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	40
3.3 PROCEDIMENTOS DE COLETA DOS DADOS.....	41
3.3.1 Local de Investigação e Sujeitos.....	41
3.3.2 Critérios de Inclusão	42
3.3.3 Critérios de Exclusão	42
3.3.4 Protocolo de Intervenção.....	42
3.4 FASE DE ANÁLISE.....	43
3.5 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS	44
3.6 CRITÉRIOS PARA SUSPENDER OU ENCERRAR A PESQUISA.....	44
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	46
4.1 PERFIL DOS ACADÊMICOS.....	46
4.2 DISTRIBUIÇÃO DA FREQUÊNCIA DE SINTOMAS DE DEPRESSÃO EM ACADÊMICOS DE MEDICINA.....	53
5 CONCLUSÃO.....	70
REFERÊNCIAS.....	72
APÊNDICE I.....	85
APÊNDICE II.....	87
APÊNDICE III.....	89

APÊNDICE IV.....	90
ANEXO A	96
ANEXO B	98

APRESENTAÇÃO

Eduardo Monteiro é nascido em Ribeirão Preto, Estado de São Paulo, Brasil, aos 11 de janeiro de 1970. Graduou-se em Medicina pela Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA), campus de Marília, Estado de São Paulo, no ano de 1993. Realizou sua residência médica na Especialidade de Cirurgia Geral e Cirurgia do Aparelho Digestivo no Hospital Santa Casa de Ribeirão Preto, de 1994 a 1997. Possui especialização em Gastroenterologia pela Federação Brasileira de Gastroenterologia (2002) e em Cirurgia do Aparelho Digestivo pelo Colégio Brasileiro de Cirurgia Digestiva (1997). Clinicou em hospitais, ambulatórios, postos de saúde e atuou como auditor médico e médico do seguro na Bradesco Saúde (1997 a 2010).

Visando uma nova aproximação com a docência universitária, em 2015, realizou Pós-graduação em Gestão e Docência no Ensino Superior, no Centro Universitário Barão de Mauá, Ribeirão Preto, concluindo-a em 2016. Em 2017 foi contratado, por meio de banca seletiva, como docente do Centro Universitário Estácio, em Ribeirão Preto, assim aproximando-se da carreira acadêmica. Atualmente, clínica na Unidade Básica de Saúde (UBS) do bairro Ipiranga em Ribeirão Preto, e em consultório particular, é docente no Centro Universitário Estácio nas disciplinas de Clínica Médica I e II e cursa mestrado profissional em Educação e Saúde, na Universidade de Ribeirão Preto.

O interesse pelo mestrado veio da necessidade do aprimoramento de desempenho como docente, aperfeiçoamento profissional e o interesse pelo conhecimento da pesquisa. A aproximação, a convivência e o acompanhamento dos acadêmicos em suas rotinas, suas inquietudes, ansiedades, e adversidades do cotidiano despertaram o interesse em estudar e elucidar como os jovens acadêmicos vivem atualmente. Dessa forma, diante dessa problemática fez-se a necessidade desse estudo sobre a prevalência de sintomas depressivos em acadêmicos de Medicina.

1 INTRODUÇÃO

Todos os anos, milhares de estudantes concorrem a uma vaga para ingressar na tão sonhada faculdade, sendo o vestibular para o curso de medicina um dos mais concorridos no Brasil. Dessa forma, pela concorrência acirrada é indispensável muitas horas de estudos objetivando alcançar o desejo de se tornar médico (FEODRIPPE et al., 2013).

O curso de medicina é visto por todos como de grande exigência do aluno, pois demanda de muita dedicação, sacrifício, esforço, resistência física e emocional (BENEVIDES-PEREIRA; GONÇALVES, 2009; ROTENSTEIN et al., 2016; STEWART et al., 1995).

São pessoas que acabam de vir de um processo de seleção extremamente competitivo, e apresentam, constantemente, preocupações de como obterem as competências profissionais, como ingressar em programa de residência médica e seu ingresso no mercado de trabalho (CASTRO, 2004; MORRISON; MOFFAT, 2001; RAMOS-CERQUEIRA, 2002).

Associado a essas situações, têm-se o fato dos estudantes muitas vezes residirem sozinhos e distante de casa, do curso ser longo e em tempo integral e de toda influência provida das atividades acadêmicas que influenciam diretamente nas atividades de lazer e sociais, impactando na qualidade de vida dos acadêmicos do curso de medicina (AGUIAR et al., 2009).

Estudos revelam que a população de estudantes de medicina, em muitos casos, adocece mais quando comparada com a população em geral (MILLAN et al., 1998; CAVESTRO; ROCHA, 2006; REZENDE et al., 2008). Portanto, esses estudantes estariam de alguma maneira mais vulneráveis ao estresse e, conseqüentemente, aos distúrbios ansiosos e depressivos.

São listados entre as causas que corroboram com o adoecimento dos alunos de medicina a adaptação ao novo ambiente escolar, sobrecarga de informações, falta de tempo livre, restrições financeiras, fatores estressantes familiares e a competição por altos desempenhos, possuir um emprego ou realizar mais de 15 horas de atividades extracurriculares semanalmente (ALFARIS et al., 2016; DYRBYE; THOMAS; HUNTINGTON, 2006; OHAYON; ROBERTS, 2014). Tem-se

também, as pressões acadêmicas, a qualidade da relação entre professor e aluno, obstáculos e dificuldades para atingirem à realização de metas pessoais e profissionais, a alteração no estilo de vida com a entrada na universidade e mudança do papel do estudante intra e extramuros acadêmicos (SARAVANAN; WILKS, 2014).

Na faculdade, é cobrado dos estudantes o domínio de grande quantidade de conhecimentos e habilidades, que por sua vez resultam visivelmente em sacrifícios pessoais e sociais, a vivência em um ambiente altamente competitivo, que mais uma vez contribuem na forte carga de estresse (KNIGHT, 1981). As excessivas cargas horárias e a ansiedade pelo término do curso geram inquietude nos futuros médicos (ABRÃO; COELHO; PASSOS, 2008).

Todos esses fatores coadjuvam para maiores níveis de transtornos emocionais e alta prevalência de ansiedade e depressão (SHERINA; RAMPAL; KANESON, 2004), refletindo negativamente na saúde, na performance acadêmica, no profissionalismo e na competência (DYRBYE; THOMAS; SHANAFELT, 2005; HOJAT et al., 1993). Associados ao alto nível de estresse, ocorrem aumento de cinismo, queda ou ausência de empatia e falta de vontade de cuidar ou de ouvir os pacientes cronicamente doentes (GHODASARA et al., 2011; SHIRALKAR; HARRIS; EDDINS-FOLENSBEE, 2013). O aumento do uso de substâncias psicoativas (ANDRADE et al., 1997; BALDWIN et al., 2006; BOGOWICZ et al., 2017; CHOI et al., 2013; RONCERO et al., 2015) e do número de suicídios é visto como consequência do adoecimento nesse grupo (DOWNS et al., 2014; ROTENSTEIN et al., 2016; TYSEN; VAGLUM; GRONVOLD, 2001; WALLI; RUNESON, 2003; YANG et al., 2014).

A qualidade de vida dos estudantes de medicina tende a diminuir ao decorrer dos anos de formação acadêmica, quando comparada ao estudante recém-ingresso, principalmente devido ao processo de adaptação à nova realidade e exposição às possíveis influências curriculares e dificuldades inerentes à formação profissional. Entretanto, após o período de transição para a fase clínica, a partir do terceiro ou quarto ano, há uma tendência à melhora, pois o aluno já consegue ajustar-se a realidade do curso, desenvolve domínio psicológico e certo nível de independência como na execução de tarefas diárias, seu desempenho no trabalho e necessidades de intervenção médica com o auxílio de medicações (CHAGAS et al., 2018).

A árdua rotina juntamente com as características pessoais e ambientais podem impactar na qualidade de vida dos estudantes, podendo resultar em desmotivação, irritação, depressão e infelicidade, modificando a interação do indivíduo nas diversas áreas de sua vida (MEYER; GUIMARÃES; MACHADO, 2012). A fadiga e o baixo apoio social, sendo os amigos a principal fonte desse apoio, afetam a qualidade de vida em seus quatro domínios: saúde física, psicológica, relações sociais e ambiental (HWANG et al., 2017).

1.1 HIPÓTESE

A aplicação de um instrumento em acadêmicos de medicina em suas diferentes etapas de formação pode contribuir na detecção de sintomas depressivos.

1.2 JUSTIFICATIVA

Os transtornos mentais e a qualidade de vida dos estudantes de medicina têm sido objeto de crescente preocupação mundial, uma vez que essa população se mostra particularmente vulnerável a transtornos como estresse, ansiedade e depressão (BRAZEAU et al., 2014; DYRBYE; THOMAS; HUNTINGTON, 2006; LUDWIG et al., 2015; PUTHRAN et al., 2016; WALKIEWICZ et al., 2012; YUSOFF et al., 2013). Considerando que, atualmente, a depressão se faz tão evidente entre os jovens, principalmente, entre os acadêmicos, alguns chegando ao extremo com o suicídio, faz-se necessária uma investigação para identificar se há sintomas preditivos de depressão detectáveis e em que fase de sua formação se tornam mais evidentes.

No Brasil ainda são poucos os estudos sobre estresse, ansiedade e depressão com estudantes de medicina.

1.3 OBJETIVO GERAL

O objetivo do estudo é identificar a prevalência dos sintomas preditores de depressão em acadêmicos de medicina de uma Instituição de Ensino Superior privada do interior paulista.

1.4 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Os objetivos específicos são:

- Selecionar um instrumento de coleta de dados para identificar sintomas preditivos de depressão em acadêmicos de medicina;
- Identificar a presença de sintomas depressivos em acadêmicos de medicina do 1º, 3º, 5º, 7º, 9º e 11º período;
- Descobrir em qual etapa de formação acadêmica os sintomas depressivos são mais prevalentes.

1.5 ESTRUTURA DA DISSERTAÇÃO

Esta dissertação está dividida em cinco capítulos, sendo que no primeiro capítulo apresenta-se a Introdução, a Hipótese, a Justificativa, o Objetivo Geral, os Objetivos Específicos e a Estrutura da Dissertação.

No segundo capítulo há a revisão de literatura que contempla as temáticas: o estresse, a ansiedade e a depressão que afligem os estudantes de curso de medicina durante sua formação e como o inventário de depressão de Beck afere os sintomas depressivos.

No terceiro capítulo são descritas as metodologias que foram empregadas na realização do estudo.

No capítulo quatro encontram-se os resultados e a discussão.

No quinto capítulo tem-se a conclusão.

E, por último, são listadas as referências utilizadas para o desenvolvimento dessa dissertação.

2 REVISÃO DA LITERATURA

Nesse capítulo apresenta-se a revisão de literatura que contempla o estresse, a ansiedade e a depressão que afligem os estudantes de curso de medicina durante sua formação e como o inventário de depressão de Beck afere os sintomas depressivos.

2.1 ESTRESSE EM ESTUDANTES DE MEDICINA

O estresse é definido como uma reação não específica do organismo à elevadas exigências ou eventos perturbadores do ambiente, excedendo a capacidade adaptativa do corpo, criando situações que ameace o bem-estar do indivíduo. Ou seja, a exposição às situações ou agentes estressores, advindos de uma situação real ou imaginária que pode promover alterações biológicas, distúrbios psicológicos ou emocionais (HAIDAR et al., 2018; WAHED; HASSAN, 2017; CAMPO-ARIAS et al., 2015).

O estresse pode ser desenvolvido a partir de três parâmetros, sendo: 1 - Ambiental - que envolve os eventos estressores externos; 2 – Psicológico - direcionado para a vivência subjetiva após o evento estressor; 3 – Biomédica - mudanças provocadas pelo estresse no sistema fisiológico (HAIDAR et al., 2018; WAHED; HASSAN, 2017; CAMPO-ARIAS et al., 2015).

Segundo Kaplan e Sadock (2011), o estresse denominado de “estresse favorável” é considerado de nível ótimo, pois possibilita o crescimento pessoal e de aprendizagem, entretanto, o excesso de estresse pode resultar em problemas de saúde física e mental, redução da autoestima, do desempenho acadêmico, além de atrapalhar o desenvolvimento profissional (YUSOFF; RAHIM; YAACOB, 2010).

Os sintomas de estresse em um primeiro momento, atuam como um fator de alerta, ou seja, uma reação do organismo criada para a resolução do fator estressor. Entretanto, de forma crônica, transforma-se em patologia, sendo capaz de causar os distúrbios do sono, a ansiedade, os vícios e as alterações do peso. Os acadêmicos de medicina encontram-se expostos a inúmeros fatores estressores, podendo ser episódios associado ao próprio curso, ou às relações sociais, que podem atingir

diretamente o desempenho acadêmico, além da saúde desses estudantes (HAIDAR et al., 2018; WAHED; HASSAN, 2017; CAMPO-ARIAS et al., 2015).

O estresse é caracterizado como uma das maiores problemáticas no quesito saúde da atualidade, pois está intimamente relacionado ao desenvolvimento e desencadeamento de inúmeras patologias orgânicas e psicológicas (RODRIGUES et al., 2016). Doenças como: úlceras, transtorno do sono, hipertensão arterial sistêmica, doenças cardíacas, alguns tipos de câncer e até infertilidade feminina estão relacionados ao estresse, ou seja, cerca de 70% a 80% de todas as doenças têm como base fatores de estresse (MEYER; GUIMARÃES; MACHADO, 2012).

Cada indivíduo apresenta uma reação estressora, dessa forma, cada pessoa, apresenta atitudes e comportamentos, como por exemplo, o aumento do consumo de substâncias alcoólicas, excesso de uso ou abuso de substâncias psicoativas, isolamento social, maior ingestão de alimentos, podendo ser na frequência ou na qualidade desses alimentos (calóricos e gordurosos), dentre outros (ABDALLAH; GABR, 2014; PENAFORTE et al., 2016).

Segundo o modelo quadrifásico do estresse, Inventário de *Lipp's Inventory of Stress Symptoms for Adults* (ISSL), o estresse pode ser avaliado de forma qualitativa e quantitativa por meio de um modelo quadrifásico, no qual o estresse pode ser dividido em quatro (4) fases (LIPP, 2005):

1. Fase de alerta: ocorrência de reações positivas que o organismo se prepara para agir diante de uma situação estressante, é caracterizado pela ação da adrenalina, que deixa o indivíduo motivado e alerta;
2. Fase de resistência: há efeito cumulativo do estresse, devido ao prolongamento da fase de alerta, promove a quebra do equilíbrio, diminui o rendimento, e há comprometimento da saúde física e mental no dia-a-dia do organismo, pois o ser torna-se mais vulnerável;
3. Fase de quase-exaustão: é desencadeado quando ocorre a quebra da resistência física e mental, devido ter excedido o limite de controle. Situações como rir, trabalhar e tomar decisões tornam-se muito difíceis. Fisiologicamente, essa fase é marcada por altos níveis de cortisol.
4. Fase de exaustão: ocorre o desequilíbrio geral, no qual ocorre a total falta de desenvolvimento de atividades básicas pela pessoa, como trabalhar, seguido de prejuízo funcional e social.

O ISSL é um inventário com intuito de avaliar a presença de estresse. É composto por três quadros (Q) que se referem às quatro fases do estresse, divididos de forma temporal em sintomas das últimas 24 horas (Q1 – 15 sintomas da fase de alerta), última semana (Q2 – 15 sintomas da fase de resistência e quase-exaustão) e último mês (Q3 – 23 sintomas da fase de exaustão). A sintomatologia é dividida em física e psicológica, correspondentes às manifestações mais frequentes do estresse sentidas pelos indivíduos que vivenciam uma situação potencialmente estressora (LIPP, 2000). No ISSL, o diagnóstico positivo é dado a partir da soma dos sintomas de cada quadro do inventário, sendo que ao ultrapassar o número limite em uma fase específica (Q1 > 6 sintomas, indica fase de alarme; Q2 > 3 sintomas, indica fase de resistência ou Q2 > 9 sintomas, indica fase de quase exaustão; e Q3 > 8 sintomas, fase de exaustão (AGUIAR et al., 2009; LIPP, 2005) indicará que a pessoa tem estresse, em qual fase ele se encontra e a sintomatologia predominante.

Outra forma de avaliar o nível de estresse é a escala denominada *Perceived Stress Scale* (PSS), traduzido para a língua portuguesa como Escala de Estresse Percebido, utiliza-se como níveis de parâmetro de estresse: “muito baixo”, “baixo”; “moderado” e “alto”. A princípio foi apresentada com 14 itens (PSS 14), posteriormente, sendo também validada com dez itens (PSS 10) e quatro questões (PSS 4). Os itens foram designados para verificar o quanto imprevisível, incontrolável e sobrecarregada os entrevistados avaliam suas vidas. A PSS é uma escala geral, que pode ser usada em diversos grupos etários, desde adolescentes até idosos, pois não contém questões específicas do contexto (COHEN et al., 1983).

Muitos são os fatores percursores da alteração da saúde emocional dos acadêmicos de medicina desde situações relacionadas ao próprio curso quanto às relações sociais vividas academicamente, que geram impacto no dia a dia. No primeiro momento existe a euforia resultante da aprovação do processo seletivo (vestibular) e sua entrada na faculdade. Em segundo momento têm-se a frustração pelas disciplinas básico-teórica do curso, com extensa carga horária, responsáveis por significativas mudanças na rotina e nos hábitos dos alunos, ser um curso de longa duração (AGUIAR et al., 2009; ABDALLAH; GABR, 2014; CAMPO-ARIAS et al., 2015).

Associado ao agravamento do quadro do estudante, têm-se a distância familiar e morar sem os pais, as mudanças na renda, a construção de novas

relações no novo ambiente, ao excesso de estudos e a angústia, a demanda de tempo de estudo além das aulas, e cobrança por bons resultados e preocupação do bom desempenho acadêmico durante os seis anos da graduação, a capacidade de lidar com os problemas trazidos pelos pacientes, enfrentamento da morte, a redução de tempo para prática de exercícios, privação de sono e alimentação inadequada (BENEVIDES-PEREIRA; GONÇALVES, 2009; LOUREIRO et al., 2009; PENAFORTE et al., 2016; SANTOS et al., 2017; WAHED; HASSAN, 2017).

Os acadêmicos de medicina que não são capazes de dominar as adversidades e entram em processo de exaustão, sentindo que chegaram ao próprio limite, observando traços de auto exigência, perfeccionismo e obsessividade em sua personalidade. Por sua vez, os fatores estressantes podem resultar em reações maléficas para a saúde e desempenho acadêmico como: desenvolver transtornos de ansiedade, sobrepeso e obesidade, depressão, insônia e vícios em café, álcool, cigarros ou substâncias psicoativas (ABDALLAH; GABR, 2014; PENAFORTE; MATTA; JAPUR, 2016; SILVA et al., 2016).

No Brasil, entre os anos de 1996 e 2001, foi realizado um estudo longitudinal sobre os níveis de estresse e ansiedade em acadêmicos de medicina. Foram avaliados 18 dos 20 alunos ingressantes na Universidade Estadual de Maringá, Paraná, evidenciando que desde o 1º ano os estudantes apresentaram altas médias de estresse comparadas às demais pessoas. Observou-se um aumento de estresse e ansiedade ao decorrer dos anos acadêmicos, sendo os alunos do 4º ano o maior grau, e posteriormente, decrescendo até o 6º ano (BENEVIDES-PEREIRA; GONÇALVES, 2009).

Em uma universidade pública no Ceará, os níveis de estresse mais elevados foram no 4º (67,2%), 1º (41,2%) e 8º (40,6%) períodos, sendo que a maioria dos alunos estudados se encontravam em fase de resistência (85,8%), cerca de 1% na fase de quase exaustão e 4% em exaustão (AGUIAR et al., 2009).

Em outro estudo realizado em uma universidade pública do Rio de Janeiro, foram avaliados estudantes do 1º ao 6º ano de medicina, evidenciou-se que o maior percentual de estudantes com estresse foram respectivamente no 1º (93,1%), no 2º (85,4%) e no 6º ano (68,5%) e que 60,7% deles encontravam-se na fase de resistência, 3,9% na fase de quase exaustão e 0,6% na fase de alerta (FURTADO; FALCONE; CLARK, 2003).

Medeiros et al. (2018) verificaram em um estudo transversal, realizado com 101 acadêmicos que frequentavam o primeiro período de graduação em medicina no segundo semestre letivo de 2015, provenientes das três instituições de ensino superior do município de Montes Claros (MG) que 45,5% destes estudantes sofrem de estresse devido as grandes mudanças, e por já sofrerem as pressões do curso. Por sua vez, Cybulski e Mansani (2017) verificaram a persistência do estresse em todos os anos (ou série) do curso de medicina, em estudantes da Universidade Estadual de Ponta Grossa. Nesse estudo, os níveis de estresse foram classificados em: nulo, baixo, médio e alto. Foi observada a prevalência de estresse no nível alto em todas as séries estudadas do curso, sendo: na 1ª série cerca de 65,63% dos estudantes, na 2ª série 69,05%, na 3ª série 75% dos alunos, na 4ª série com 73,53%, na 5ª série 60% e na 6ª série 66,83% dos estudantes apresentaram nível de estresse alto.

Monteiro et al. (2019) constataram em seus estudos com 154 alunos que cursavam medicina, na Universidade Federal do Para, no ano de 2017, entre o segundo e quinto ano, que dentro da classificação de desempenho (regular, bom, ótimo e excelente) 30% dos estudantes consideravam seu desempenho regular, enquanto 47,4%, avaliaram sua performance acadêmica como boa. Diante dos aspectos relacionados com o baixo rendimento foram citados o tempo, a grande quantidade de assuntos abordados, o volume de trabalhos adicionais, e o cansaço durante as aulas, apontado por 91,4% dos entrevistados, sendo que quase totalidade os entrevistados consideraram que o curso de medicina interfere negativamente em outros aspectos da sua vida pessoal. Outro ponto afirmado por 65% dos estudantes, foi que eles dormem, em média, até 5 horas diárias e que no período da noite dedicam-se para estudos extraclases (83,11%), evidenciando os fatores estressantes do curso.

Lima et al. (2019) verificaram em um estudo realizado com 35 estudantes de medicina, do sexto período, de uma Universidade particular na cidade de Maceió (AL) um índice elevado de estresse relacionado aos sintomas físico (89%), envolvendo questões respiratórias, gastrointestinais, cardiovasculares, saúde geral, musculares, neurológico geniturinário e dermatológico. Em relação aos sintomas psicológicos (83%) apresentavam sintomas de ansiedade e depressão, já em relação aos comportamentos e emoções o estresse estava relacionado à pressa, a

perspectiva de vida, assertividade, emoções e comportamento social. No total geral do equilíbrio entre o estresse e as estratégias de enfrentamento, foco principal da pesquisa, observou-se que a grande maioria dos estudantes (71%) demonstrou índice preocupante.

Kam et al. (2019) em um estudo com 173 alunos do curso de Medicina, de uma Universidade do Alto Tietê (região metropolitana de São Paulo), no ano de 2017, notaram que pelo ISSL, 65% dos alunos do curso, distribuídos em seis períodos, apresentaram algum sintoma de estresse, sendo que a maior parte dos estudantes (53,57%) se encontrava na fase de “resistência”, 1,42% apresentavam sintomas correspondentes à fase de “alerta”; 9,04% estavam na fase de “quase exaustão”; e 0,95% na fase de “exaustão”. Enquanto para o PSS, 49,52% dos alunos apresentaram resultados de estresse “moderado”; 42,62% se enquadravam em níveis “baixos”; 3,33% em “muito baixo”; e 4,52% em “alto”.

2.2 ANSIEDADE EM ESTUDANTES DE MEDICINA

Segundo Castillo et al. (2000), a ansiedade é caracterizada por um sentimento vazio e incômodo de medo e inquietação, qualificado por tensão ou desconforto decorrente de antecipação de perigo, de algo desconhecido ou estranho. O estado de ansiedade é um estado emocional transitório ou condição do organismo humano, que é caracterizado por sentimentos desagradáveis de tensão e apreensão conscientemente percebidos e acompanhados de aumento na atividade do sistema nervoso autônomo. Já o traço refere-se as diferenças individuais relativamente estáveis com relação à propensão à ansiedade, isto é, a diferença na tendência a reagir as situações percebidas como ameaçadoras com elevações de intensidade no estado de ansiedade (MALUF, 2002).

A ansiedade faz parte das experiências humanas e é caracterizada como um estado emocional que apresenta componentes psicológicos e fisiológicos, sendo responsável pelo desempenho cognitivo. Quando se apresenta de forma desproporcional à situação que desencadeia, ou não existe um objeto específico que a desenvolva, ela torna-se patológica. É caracterizada como uma condição psicológica individual e desagradável que pode ser gerada por fatores fisiológicos e

psíquicos e que acompanham situações de medo, perigo, ameaça ou desafio (LEITE et al., 2016).

No cognitivo, a ansiedade, pode-se apresentar com sentimentos de medo, de tensão, e apreensão, enquanto no físico, apresenta-se com aumento da frequência cardíaca, tremores, náuseas e vômitos, insônia, cefaleia e alteração gastrointestinal, contudo, em cada indivíduo e dependendo do estado estressor relacionado, apresenta-se de maneira particular em cada indivíduo (WAHED; HASSAN, 2017; AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION - APA, 2014; SARAVANAN; WILKS, 2014; SILVEIRA et al., 2017).

Deve-se ressaltar também, de grande importância, a diferença entre a ansiedade patológica e a não patológica. A ansiedade patológica apresenta-se como uma ansiedade generalizada, encontrada em diversos transtornos com interferência considerável no desempenho psicossocial, com sintomas ocorrendo de forma recorrente, tendo maiores durações e intensidades, e não apresentando um fator estressor prévio ou conhecido para dar início as crises. Já a ansiedade não patológica é apresentada por um conjunto de sinais e sintomas cognitivos e físicos, que apresenta sinais de ocorrência pelo menos 6 meses, tendo sido desencadeado por um fator estressor conhecido (WAHED; HASSAN, 2017; APA, 2013; DE LIJSTER et al., 2018).

Os acadêmicos de medicina lidam com várias situações que motivam o estresse, e conseqüentemente, resultam em sintomas de ansiedade, desde seu ingresso no curso até a formação médica, como: fase pré-vestibular, o ambiente competitivo dentro do curso, a morte, a personalização do cadáver nas aulas práticas. Associados a isso há as novidades relacionadas aos professores, as cobranças das provas, o sofrimento pessoal, a privação de lazer, a distância da família, exaustiva carga horária, a obrigação de lidar com a realidade do paciente, além das incertezas quanto ao futuro profissional (ANDRADE et al., 2014).

Há a prevalência de sintomas de ansiedade e depressão entre os estudantes de medicina. Tais sintomas, estão entre as principais respostas ao estresse vivido por estudantes de medicina (PADOVANI et al., 2014). Durante a formação médica, podem ter dificuldade em reconhecer que as doenças emocionais são significativas e que requerem tratamento especializado (BAMPI et al., 2013; TJIA; GIVENS; SHEA, 2005). Alguns estudos mostram aproximadamente de 25% a 35% de

estudantes com essas patologias, sendo preocupante o fato de se tratarem menos apropriadamente que a população geral (LINZER et al., 2002; STECKER, 2004).

Segundo pesquisas realizadas por Bampi et al. (2013) com estudantes de medicina, o estresse, a ansiedade e a depressão podem se manifestar de forma física como: alterações do sono, fadiga e dificuldade de concentração. As diversas formas de manifestação da ansiedade, como na psíquica e/ou física, interfere no dia-a-dia dos estudantes, com destaque no desempenho e no social familiar, sendo necessário tratamento psicológico para melhor entendimento dos sintomas.

O estudante de medicina e o médico, por serem, na maioria das vezes, ativos, ambiciosos, competitivos, compulsivos, entusiastas e individualistas, são facilmente frustrados em suas necessidades de realização e reconhecimento. Isso pode ser suficiente para produzir ansiedade, depressão e, conseqüentemente, necessidade de cuidados psiquiátricos (LYMAN, 1961).

Outros fatores que podem promover tais alterações psíquicas nos universitários é o afastamento do núcleo familiar devido à localização da universidade, dependência de drogas ilícitas e drogas psicoativas (ansiolíticos, anfetaminas) sendo justificado seu uso pelos mesmos, devido ao extenso conteúdo curricular a ser estudado, com o intuito de melhorar a atenção e/ou se manter acordados por mais tempo (VASCONCELOS et al., 2015). Já para os profissionais graduados, tem-se acrescido a problemática dos transtornos das poucas horas de sono (menos de seis horas diárias), da insatisfação com a carreira, além de problemas de relacionamento devido a rotina profissional e o fácil acesso as drogas psicoativas (GARCIA JUNIOR et al., 2018).

A maior incidência de sintomas de depressão e ansiedade em acadêmicos de medicina concentram-se nos primeiros anos da graduação (PADOVANI et al., 2014). A ansiedade afeta o estado emocional dos estudantes, uma vez, que quanto melhor é seu desempenho acadêmico, há possibilidade de ocorrência de mais crises de ansiedade, pois, sobre o rendimento de estudos, existe um maior nível de expectativas e exigências. Apesar da ansiedade gerar desconforto físico e psíquico, ela promove maior interesse no aprendizado e nos estudos (SANTOS; GALDEANO, 2009). Tem-se também as restrições decorrentes à nível social, que ressalta a importância de amizades e das trocas de contato com outras pessoas, para

minimizar o sofrimento nos períodos mais exigentes de estudo (ANDRADE et al., 2014).

Um dos momentos considerados estressante e motivador de ansiedade e desencadeador de depressão, ocorre a partir do terceiro ano nos estágios de formação clínica, onde os alunos passam a ter o contato com pacientes gravemente enfermos. Seguidamente, tem-se no internato, a escolha sobre a especialização, que junto dessa decisão, vem a competitividade dos outros candidatos pela vaga além do aumento das atividades extracurriculares (ANDRADE et al., 2014).

A transição da etapa básica para a clínica é um motivo frequente de crises de ansiedade, pois, durante esse período, o acadêmico necessita adquirir o conhecimento e como lidar com os processos de adoecimento e de morte dos pacientes. E na reta final do curso, sexto ano, é comum ocorrer a crise referente as perspectivas da formatura, o ingresso no mercado de trabalho e a escolha da vida profissional a seguir (CHAZAN; CAMPOS, 2013).

Conforme Marcolino et al. (2007), com o objetivo de identificar sintomas de ansiedade e de depressão em pacientes de hospitais clínicos não psiquiátricos e pacientes não internados e sem doenças, há na literatura diversos instrumentos para realizar essa avaliação, dentre eles há:

- a) Escala de Avaliação de Ansiedade de Hamilton – HAM-A (HAMILTON, 1959): compreende 14 itens distribuídos em dois grupos, sendo o primeiro grupo com 7 itens, relacionado a sintomas de humor ansioso e o segundo grupo, também com 7 itens, relacionado a sintomas físicos de ansiedade. O *score* total é obtido pela soma dos valores (graus) atribuídos em todos os 14 itens da escala, cujo resultado varia de 0 a 56. Os graus de ansiedade segundo a Escala de Ansiedade de Hamilton são: Nenhum = 0; Leve = 1; Médio = 2; Forte = 3; Máximo = 4. A soma dos *scores* obtidos em cada item resulta em um *score* total, que varia de 0 a 56. Esse *score* deve ser classificado de acordo com os intervalos a seguir: 0 (zero) caracteriza ausência de ansiedade; 1 a 17 pontos ansiedade leve; 18 a 24 pontos ansiedade moderada; 25 a 56 pontos ansiedade severa ou intensa.
- b) Inventário de Diagnóstico da Ansiedade Traço-Estado – IDATE (SPIELBERGER et al., 1970, traduzido e adaptado para o Brasil por

BIAGGIO; NATALÍCIO, 1979): esse inventário apresenta a interpretação construída sobre conteúdos que expressam a presença ou a ausência de ansiedade. A avaliação da ansiedade pelo IDATE é feita com o uso de duas escalas que medem conceitos distintos: traço de ansiedade (característica da personalidade) e estado de ansiedade (condição cognitivo-afetiva transitória). Cada conteúdo é avaliado por meio de 20 itens seguidos por uma escala psicométrica de 4 pontos. Para evitar vício de resposta, alguns itens são apresentados de maneira inversa e para o cálculo do *escore* devem ter as pontuações invertidas. O *escore* total varia de 20 a 80 para cada escala, ou seja, quanto maior o *escore* maior o nível de ansiedade.

- c) Inventário de ansiedade de Beck (*Beck Anxiety Inventory – BAI*) (BECK et al., 1988): é um instrumento validado de autopreenchimento, que contém 21 questões de múltipla escolha, que o indivíduo deve apontar, em uma escala de quatro pontos, o nível de gravidade do sintoma. O instrumento demonstrou-se apropriado para utilização não somente em pacientes psiquiátricos (sujeitos com transtornos de humor/ansiedade, dependência de álcool ou outras substâncias e quaisquer diagnósticos psiquiátricos com ideação ou tentativa suicida), mas também para a clínica médica (obesos, pessoas com doenças pulmonares ou cardíacas, disfunção erétil e unidade de cuidados primários) e para a população não clínica (universitários, bombeiros, adolescentes, idosos, funcionários de hospital e de outras empresas). Tem como base a intensidade de sintomas de ansiedade e ela foi construída para medir especificamente sintomas de ansiedade que são compartilhados de forma mínima com depressão.
- d) Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (*Hospital Anxiety and Depression Scale – HADS*), traduzido e validado por BOTEGA et al., 1995: é conhecido no Brasil como Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão. É um instrumento para a avaliação da ansiedade e da depressão. Possui 14 itens com 7 para ansiedade (HADS-A) e 7 para depressão (HADS-D). Para cada item há uma pontuação de 0 a 3 com total de 21 pontos para escala. O valor de corte para cada escala é ≥ 9 . Ausência de 0 a 8, com ansiedade ≥ 9 ; ansiedade/depressão leve: 8 a 10,

ansiedade/depressão moderada: 11 a 14, ansiedade/depressão grave: 15 a 21.

No Paraná, foram acompanhados 18 estudantes de medicina no 1º, 3º e 6º anos em relação à ansiedade que mostraram altos níveis nos três momentos avaliados, com aumento significativo do 1º para o 3º ano (BENEVIDES-PEREIRA; GONÇALVES, 2009).

A fim de avaliar o nível de ansiedade de 603 estudantes de medicina da Faculdade de Medicina do ABC em São Paulo, os autores, por meio da aplicação do Inventário de Ansiedade Traço de Spielberger (Idate-T), puderam observar que em cada cinco estudantes de Medicina (20,1%) apresentaram ansiedade de natureza alta e 79,9% desses com quadro de ansiedade média. Entre os que sofriam com ansiedade alta, notou-se um aumento do 1º ano para o 2º e um aumento de duas vezes do 3º para o 6º ano. Nos alunos com quadro médio de ansiedade, contrariamente, houve queda do transtorno do 1º para o 2º ano e do 3º para o 6º ano. A maioria dos estudantes não procura ajuda ou tratamento, permanecendo pessimistas pelo próprio transtorno ou por preconceito de serem julgados como "fracos" ou por temor de que "alguém fique sabendo" (BALDASSIN et al., 2006).

Estudo realizado em Ribeirão Preto mostrou aumento dos índices de ansiedade em 85 estudantes ingressantes de uma escola médica. Foi utilizado o inventário BAI, que demonstrou grande aumento de indivíduos com sintomas de ansiedade até o final do ano, passando de 7,34% para 28,94% (DEL-BEN et al., 2013).

Revisão e metanálise de 59 trabalhos publicados sobre a saúde mental de estudantes de medicina brasileiros demonstraram uma prevalência de ansiedade de 32,9%, impactando significativamente na qualidade de vida e níveis de empatia dos alunos (PACHECO et al., 2017).

Lebedeva et al. (2017) verificaram que o excesso de trabalho/estudo (70%), sono insuficiente (69%), estresse (56%) e ansiedade (27%) foram os principais fatores que desencadearam enxaquecas constantes em estudantes de medicina.

Mendonça et al. (2019) notaram em estudantes de medicina entre o primeiro e oitavo período do curso, alimentam-se inadequadamente, não praticam atividades

físicas regulares, privam-se de sono e se queixam de sintomas gerais, como insônia, cefaleia, dores nas costas, ansiedade e arritmia, e sintomas gástricos, como diarreia, pirose, epigastralgia e refluxo. Todos esses fatores são estressantes e corroboram para crises de ansiedades e desenvolvimento de depressão.

Santos Junior et al. (2019) verificaram em estudantes de medicina em anos iniciais, que a frequência de ansiedade, segundo o BAI, foi de mínimo (36%), leve (37%), moderado (16%) e grave (11%), diferindo do amplamente difundido na literatura, pois no momento das avaliações, os alunos não estavam em um período de intensa demanda acadêmica. Assim, evidenciando que as atividades e o excesso de carga horária e atividades acabam por desenvolver ou acentuar as crises de ansiedade.

Estudos de Rodrigues et al. (2019), em acadêmicos de medicina entre o primeiro e quarto ano, por meio do BAI, evidenciou que 59,3% dos estudantes apresentaram nível de ansiedade mínimo; 26,6%, nível leve; 9,7%, nível moderado, e 4,4, nível grave. A frequência de sintomas de ansiedade entre estudantes dos últimos períodos foi menor do que a encontrada em indivíduos dos períodos iniciais. Os autores sugerem que à adoção de medidas psicoeducativas e estratégias pedagógicas que venham a auxiliar os estudantes com manifestações desse transtorno reduzir esses sintomas, favorecendo o processo ensino--aprendizagem.

2.3 DEPRESSÃO EM ESTUDANTES DE MEDICINA

De acordo com a APA (2014), define-se como Transtorno Depressivo um transtorno mental definido por sintomas de extrema falta de vontade, tristeza, perda de prazer, distúrbios do sono e/ou do apetite, redução do humor, que são resultantes de um conjunto de fatores: ambientais, psicológicos, genéticos e/ou biológicos, associada a uma disfunção de neurotransmissores, com destaque da dopamina, noradrenalina e serotonina.

A depressão está entre as causas de maior morbimortalidade de acordo com o Relatório Mundial de Saúde, sendo a combinação da urbanização, do envelhecimento e das mudanças globalizadas nos estilos de vida os agravantes da doença (LOPEZ et al., 2011).

Na depressão quase sempre está presente, em algum grau, a perda de interesse ou de prazer. Há relatos de menor interesse por lazer, falta de interesse e preocupação ou ausência de prazer com qualquer atividade que antes era considerada agradável. A família nota, com frequência, um afastamento social e desmotivação das atividades prazerosas. Em alguns pacientes, há relatos da redução considerável nos níveis de desejo sexual (SCHWAN, 2011).

Define-se como Episódio Depressivo Maior, quando o enfermo possui sintomas há mais de duas semanas com humor depressivo e/ou perda de interesse ou prazer, caso apresente os dois sintomas referidos associados aos sinais ou sintomas seguintes: insônia ou hipersonia; perda de peso ou aumento do apetite; lentificação ou agitação psicomotora; sentimento de desvalorização ou culpa desproporcional; fadiga ou perda de energia; indecisão ou perda de concentração ou da capacidade de pensamento; ideação ou tentativas de suicídio, ou pensamentos recorrentes acerca da morte (APA, 2014). O Transtorno Depressivo Maior pode surgir em qualquer idade, porém as chances aumentam com o início da puberdade (DUAILIBI; SILVA, 2014).

O humor deprimido é o principal sintoma que direciona ao quadro de transtorno depressivo no diagnóstico clínico, contudo, outros sintomas devem ser considerados, sendo que a falha em identificar os sintomas depressivos associados será capaz de resultar em tratamento e reabilitação ineficazes. Deve-se ater aos sintomas habitualmente queixados, como: insônia ou fadiga; negação inicial de tristeza, que poderá ser descoberta por meio de entrevista ou por fâcies depressiva típica ou atitudes do indivíduo (APA, 2014).

A depressão pode afetar o desempenho acadêmico, além de comprometer a saúde e, em casos mais severos, colaborar com o suicídio (STEPTOE et al., 2007). Por sua vez, os estudantes da área de saúde apresentam prevalência alarmante de sintomas depressivos, sendo que os estudantes de medicina possuem um nível mais elevado de sofrimento psicológico em relação à demais pessoas (AKINSOLA; NWAJEI, 2013; ALFARIS et al., 2016), havendo uma prevalência de sintomas depressivos os mais diversos (MAYER et al., 2016; ROTENSTEIN et al., 2016; PACHECO et al., 2017).

Dyrbye, Thomas e Huntington (2006) realizaram uma revisão sistemática e evidenciaram que estudantes de medicina são propensos a adoecer de depressão,

ansiedade e outros transtornos psicológicos de forma consistentemente maior que a população geral, sendo que ocorre variação no número de sintomas depressivos, referente a cada período que o aluno está cursando.

Vários são os fatores que podem promover índices de transtornos de humor nos estudantes de medicina, contudo, os mais relatados são: a intensa carga horária, a elevada quantidade de conteúdo ensinado, a cobrança da instituição de ensino e a autocobrança, o contato com pacientes com doenças graves e prognósticos ruins, e o que mais causa preocupação é a insegurança com relação ao mercado de trabalho e a cobrança da sociedade. Há ainda como os principais estressores: as avaliações, a falta de tempo para o lazer e a cobrança pela excelência que o curso impõe aos seus alunos (APA, 2014).

Embora seja elevado o nível de estudantes de medicina que apresentam transtornos emocionais e mentais, estes procuram menos tratamento que a população geral, alegando falta de tempo, dificuldade em reconhecer a patologia em si mesmos, estigma associado ao uso de serviços de saúde mental, receio de falta de confidencialidade, falta de tempo, medos e receios quanto ao estigma de ser portador de um transtorno psiquiátrico, custo e medo de intervenções indesejadas, além da possibilidade da automedicação (VASCONCELOS et al., 2015). Além disso, os acadêmicos de medicina podem enxergar o transtorno mental como forma de fraqueza, resistindo à ajuda médica (MCNEILL; KERR; MAVOR, 2014).

Em recente revisão sistemática e metanálise foi estimada a prevalência de depressão, sintomas de depressão e ideação suicida em estudantes de medicina em estudos de 43 países, sendo 167 transversais e 16 longitudinais. A prevalência total agregada de depressão ou de sintomas depressivos foi de 27,2%. As prevalências individuais variaram de 9,3% a 55,9%, com grande variedade de instrumentos usados. A prevalência de sintomas depressivos se manteve relativamente constante nos anos estudados, de 1982 a 2015. As estimativas de prevalência não diferiram significativamente entre os estudos de estudantes no pré-clínico e no ciclo clínico (23,7% versus 22,4%) (ROTENSTEIN et al., 2016).

Com o atraso do tratamento, tem-se prejuízo no rendimento e na aprendizagem do aluno, devido a sua baixa autoestima e insegurança, sendo capaz de gerar médicos com formações inadequadas em suas habilidades profissionais,

além da redução de qualidade de vida, em alguns casos abandono do curso, e em casos extremos, o suicídio (VASCONCELOS et al., 2015).

No Brasil existem diversos instrumentos autorrelatos aprovados pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP, 2013), e alguns se baseiam no modelo dos Cinco Grandes Fatores de personalidade (CGF). O modelo CGF compreende a personalidade humana em cinco fatores: neuroticismo, agradabilidade/socialização, abertura para experiência, extroversão e conscienciosidade/realização. Dessa forma, tem-se os seguintes testes:

- a) Inventário de Depressão de Beck Versão I e II (*Beck Depression Inventory*: BDI-I e BDI-II): o BDI – I original, publicado em 1961, consistia de 21 questões sobre como o indivíduo se sentiu na última semana (BECK et al., 1961). É um teste de autorrelato desenvolvido para avaliar sintomas de depressão, sendo amplamente empregado na investigação da intensidade dos sintomas depressivos, tanto em clínica como em pesquisas. Em sua escala são identificados os itens de insatisfação, tristeza, punição, pessimismo, sentimento de fracasso, autoaversão, indecisão, retraimento social, ideias suicidas, choro, mudança na autoimagem, insônia, dificuldade de trabalhar, perda de libido, perda de apetite e peso, fadigabilidade e preocupações somáticas. A pontuação da escala é em formato escala de 4 pontos (0, 1, 2 e 3), podendo ter pontuações de 0 a 63, nos 21 itens. Possui capacidade de identificar 77% dos casos de depressão corretamente (sensibilidade) e 95% dos casos negativos corretamente (especificidade). O BDI-II é resultado da revisão realizada em 1996, desenvolvida em resposta à publicação da quarta edição do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* pela American Psychiatric Association's, que alterou muitos dos critérios diagnósticos do Transtorno Depressivo. Itens que envolviam mudanças em imagem corporal, hipocondria e dificuldade para trabalhar foram substituídos (BECK et al., 2011). Também é um teste de autorrelato possuindo 21 itens, tem como objetivo mensurar a intensidade da depressão. A pontuação da escala é em formato do tipo escala de 4 pontos (0, 1, 2 e 3). A aplicação pode ser feita de forma individual ou

coletiva, sem tempo limite para o preenchimento do teste (mas que dura em média entre cinco a dez minutos);

- b) Escala Baptista de Depressão (versão adulto) – EBADEP-A (BAPTISTA, 2012): baseado no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais IV (APA, 1995), objetiva absorver o maior número possível de informações sobre a sintomatologia da depressão, como, na Classificação Internacional de Doenças (CID-10; OMS, 2008). Apresenta 45 questões, sendo que cada questão possui uma frase positiva e uma negativa, tendo como opção de resposta uma escala do tipo escala de 4 pontos (0, 1, 2 e 3). Dessa forma, o indivíduo deve assinalar a alternativa que corresponde como ele se sente diante das situações propostas. A mínima pontuação a ser atingida é 0; e a máxima é 135. O teste é composto de 28 indicadores de depressão, os indicadores são: humor deprimido, choro, perda ou diminuição de prazer, desamparo, desesperança, indecisão, sentimentos de inadequação, sentimento de incapacidade, negativismo, carência/dependência, queda de produtividade, esquiva de situações sociais, autocrítica exacerbada, inutilidade, culpa, diminuição de concentração, autoestima rebaixada, pensamento de morte, falta de perspectiva sobre o presente, falta de perspectiva sobre o futuro (incorporado à desesperança), hipocondria, alteração de peso, alteração de apetite, lentidão/agitação psicomotora, insônia/hipersonia, fadiga/ perda de energia, perda de libido e irritação;
- c) Escala Fatorial de Ajustamento Emocional/Neuroticismo - EFN (HUTZ; NUNES, 2001): é um teste que objetiva mensurar o desajuste emocional, tendo como base as CGF. Avalia especificamente o fator neuroticismo: que possui quatro facetas que avaliam a predisposição para a vulnerabilidade, desajustamento psicossocial, ansiedade e depressão. É constituído por 82 itens distribuídos em uma escala de 1 a 7 pontos. Tem como objetivo avaliar os sintomas em adolescentes a partir dos 16 anos de idade até a idade adulta;
- d) Bateria Fatorial de Personalidade – BFP (NUNES et al., 2013): baseada nos CGF, o teste apresenta 126 itens, que apresenta o grau de concordância/identificação com as afirmativas. O teste é do tipo escala,

que varia de 1 a 7. A depressão é avaliada como uma das fatias de Neuroticismo. É indicador individual ou coletiva, indicado para pessoas de 10 a 92 anos;

- e) Inventário de Personalidade NEO Revisado ou NEO *Personality Inventory Revised* - NEO-PI-R (COSTA JUNIOR; MCCRAE, 2007): pautada no CGF, refere-se a um teste amplamente empregado em todo o mundo em pesquisas, demonstrando utilidade em diferentes culturas. O instrumento possui 240 questões, respondidas em escala que varia de 1 a 5, propondo o nível de concordância conforme as descrições das frases. É um teste autorrelato atribuído ao público adulto de modo amplo. Também avalia o fator Neuroticismo, com 12 itens destinados à sua avaliação.

Estudos realizados em São Paulo, observaram a frequência e as características dos sintomas de depressão em acadêmicos de medicina. Os grupos foram divididos em básico, que correspondiam ao 1º e 2º anos; em intermediário, referindo-se ao 3º e 4º anos e em internato, fazendo parte desse grupo o 5º e 6º anos. Dos resultados obtidos 38% do total de estudantes apresentavam sintomas depressivos, e dos estudantes pertencentes ao grupo do internato foram constatados sintomatologia afetiva, cognitiva e somática. No geral, foi observado que 24,9% dos alunos apresentavam sintomas de leve depressão; 11%, de depressão moderada; e 2,3%, de depressão severa (BALDASSIN et al., 2008).

Oliveira (2013) verificou que 43% dos estudantes de medicina apresentaram sintomas de depressão, sendo 6,9% sintomas de depressão moderada ou severa e 34,5% leve à moderada. Os motivos que levaram a sintomas de depressão dos alunos na faculdade de Medicina foram à sobrecarga de estudos, hostilidade, carga horária exaustiva, a competitividade anterior e posterior a entrada no curso (referentes aos processos seletivos do vestibular e residência), o contato com doentes graves, com a morte e o sofrimento, dentre outros.

No Recife, avaliou-se transversalmente, por meio da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (EHAD), a prevalência de sintomas de ansiedade e depressão em 234 estudantes de medicina do 1º ao 6º ano. Os resultados

mostraram que 19,7% apresentavam sintomas de ansiedade e 5,6% tinham sintomas de depressão (VASCONCELOS et al., 2015).

No Ceará, uma pesquisa avaliou a prevalência de sintomas de depressão entre 1024 estudantes do 1º ao 12º semestre do curso. A prevalência dos sintomas depressivos encontrada foi de 28,8%, contrastando com os 7% encontrados na população geral. As mulheres foram mais acometidas que os homens (DOS et al., 2014).

Bührer et al. (2019) por meio de questionário em estudantes de medicina entre a primeira e sexta série, identificaram que 28,65% apresentavam diagnóstico de depressão ou outra patologia crônica psiquiátrica, 26,56% faziam uso de medicamentos psiquiátricos e 55,38% relataram diagnóstico de depressão na família. Poucos alunos (13%) dormiam bem e se sentiam descansados “quase sempre” e mais da metade (56%) referiram relaxar “algumas vezes” a “quase nunca” em seu tempo de lazer. Observou-se que metade dos universitários apresentava dieta balanceada. Em relação a isso, verificou-se que 44% dos participantes da pesquisa faziam ‘uso de dois a quatro itens em excesso’, que são açúcar, sal, gordura animal e bobagens e salgadinhos.

Diante do cenário de desgaste e adoecimento, uma vez que os acadêmicos de medicina apresentam maior vulnerabilidade em relação aos transtornos depressivos, houve a implantação de serviços de assistência psicológica, social e pedagógica em algumas universidades brasileiras, objetivando atender esses estudantes (OLIVEIRA, 2013).

2.4 INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK

O *Beck Depression Inventory* – BDI, em português, Inventário de Depressão de Beck, refere-se a uma escala de autoavaliação, com a finalidade do levantamento da intensidade dos sintomas depressivos (BECK et al., 1961). Provavelmente, seja a escala de autorrelato de depressão mais amplamente utilizada (MEDEIROS et al., 2018; CYBULSKI; MANSANI, 2017).

Devido suas características psicométricas bastante convincentes, tornou-se um dos instrumentos mais confiável e utilizado para a veemência dos sintomas depressivos (MCREYNOLDS, 1989; NEYMEYER; FEIXAS, 1992).

Em 1996 este mecanismo de avaliação passou por uma revisão importante resultando em uma segunda edição, objetivando uma maior aderência aos critérios diagnósticos para episódios de depressão maior e também se destinando a medir a potencialidade da depressão, tanto em pacientes psiquiátricos como em indivíduos da população geral (BECK et al., 1996).

O BDI é largamente empregado tanto por pesquisadores quanto na prática clínica há muitos anos no Brasil, devido a função que exerce nesses setores, a confiabilidade dos resultados obtidos, a amplitude de itens para avaliação da intensidade e gravidade da depressão (PARANHOS et al., 2010; GOMES-OLIVEIRA et al., 2012).

Vários estudos já foram desenvolvidos com o BDI, com o mesmo sendo adaptado a diferentes línguas e culturas (ALANSARI, 2005; KOJIMA et al., 2002; VANVOORTHIS; BLUMENTRITT, 2007).

O BDI é composto por 21 questões referentes a transtornos depressivos, que geram um *score* que varia de 0 a 63 pontos. Este formulário avalia questões referentes a tristeza, pessimismo, sensação de fracasso, falta de satisfação, sensação de culpa e de punição, autodepreciação, autoacusações, ideias suicidas, crises de choro, irritabilidade, retração social, indecisão, distorção da imagem corporal, inibição para o trabalho, distúrbio do sono, fadiga, perda de apetite e de peso, preocupação somática e diminuição da libido (BECK et al., 1961; BECK; STEER; BROWN, 2000).

Com base nas informações, os pontos são somados e se obtém a Escala de Depressão de Beck (EDB), que pode ser estratificada da seguinte maneira: inferior a 10 pontos não há depressão ou depressão mínima; de 11 a 16 pontos para distúrbio moderado do humor; de 17 a 20 pontos para depressão clínica *borderline*; de 21 a 30 pontos para depressão moderada; de 31 a 40 pontos para depressão severa; e escores superiores a 40 pontos para depressão extrema (BECK et al., 1961).

Estudos encontrados em literatura que empregam o BDI, mostram em sua maioria pesquisas realizadas com estudantes universitários (COELHO et al., 2002; KOJIMA et al., 2002; SANZ et al., 2003; OSMAN et al., 2004; GHASSEMZADEH et al., 2005; ALANSARI, 2005; BARROS et al., 2018; COITÉ et al., 2019; SILVA et al., 2019; ROCHA et al., 2019).

Barros et al. (2018) estudando sintomas e prevalência de depressão em alunos de medicina do Centro Universitário Maurício de Nassau de Recife, utilizando-se do BDI para avaliar esses níveis, verificaram que cerca de 30% dos alunos desenvolvem problemas psicológicos ao decorrer do curso, evidenciou-se que a menor incidência dos sintomas de depressão era dos alunos do quinto e oitavo períodos e a maior incidência e prevalência de sintomas foram encontrados nos alunos dos primeiros períodos do curso.

Coité et al. (2019), em pesquisa com estudante do curso de medicina do primeiro ao oitavo semestre e maiores de 18 anos, do Centro Universitário UNIFTC, em Salvador, por meio do BDI, notaram que 30,2% dos alunos que deixaram o ambiente familiar tiveram algum diagnóstico psiquiátrico previamente estabelecido. Das pessoas que necessitaram de tratamento, 67,5% faziam tratamento farmacológico. A prevalência de sintomas de depressão entre os estudantes da amostra foi de 40,7% de depressão moderada, seguido de 28,9% com sintomas de depressão grave e 9,76% dos acadêmicos não apresentaram sintomas significativos de depressão. Correlacionando a ocorrência de sintomas depressivos com o ano do curso, identificou-se que os estudantes do 4º ano apresentaram uma maior frequência de sintomas depressivos, 91,18% demonstraram algum grau de sintoma, dentre esses 51,4% com características moderadas, enquanto que no 3º ano de curso 41,8% apresentaram sintomas graves.

Silva et al. (2019) analisando estudantes de medicina dos 1º e 4º anos de universidades pública e particular em Belém - PA, por meio do BDI, verificaram que 59,5% se apresentavam sem depressão ou com depressão mínima e que 3,6% apresentavam um quadro de depressão grave. Os alunos que estavam cursando o 1º ano da graduação, demonstraram-se sem depressão ou com depressão mínima (56,7%) e com depressão leve a moderada (32,5%), semelhantes foram os achados com os alunos do 4º ano. Contudo, ao se comparar os graus mais graves de depressão, entre os alunos do 1º e 4º ano, percebe-se uma maior prevalência desses sintomas nos do 4º ano, sendo que 8% apresentaram grau moderado a grave e 4% grave, devido ao contato maior com pacientes doentes e com prognósticos ruins.

Rocha et al. (2019) verificaram em estudantes de medicina do 1º ao 6º ano, por meio do BDI, que em todas as etapas do curso existem estudantes com

intensidades variadas de sintomas depressivos, variando de 26% a 42% na análise global. No 1º ano, 10% dos alunos com depressão leve, 8% depressão moderada e 8% depressão grave. No 2º ano, 28% dos estudantes apresentavam depressão leve, 12% depressão moderada e 4% depressão grave. No 3º ano 14% apresentavam depressão leve, 10% moderada e 10% depressão grave. No 4º ano 18% dos alunos apresentavam depressão leve, 6% depressão moderada e 4% grave. No 5º ano 20% apresentavam depressão leve, 14% moderada e apenas 2% grave. E no 6º ano 22% apresentavam depressão leve, 16% moderada e 4% grave. Pôde ser observado, analisando a média geral, que os sintomas depressivos não foram quase notados em nenhuma das etapas.

O BDI já provou sua eficiência no que diz respeito a medir, de forma precisa, a intensidade de depressão, e, pelo que se tem verificado em nosso país, seu desempenho satisfatório continuará se repetindo.

3 CASUÍSTICA E MÉTODO

Nesse capítulo apresenta-se a metodologia que foi utilizada no desenvolvimento do referido estudo.

3.1 NATUREZA DO ESTUDO

Trata-se de estudo do tipo *survey* exploratório-descritivo, com uma abordagem quantitativa.

Um *survey* exploratório-descritivo tem como requisitos, segundo Forza (2002), o uso de um único instrumento de coleta de dados, geralmente um questionário, claramente definido com questões apropriadas para a hipótese, com um tamanho de amostra suficiente para representar a população de interesse, com o objetivo de fornecer elementos básicos para construção de uma teoria ou para refiná-la.

A abordagem quantitativa tem como principal característica a captura de evidências da pesquisa por meio da mensuração das variáveis.

Segundo Bryman (1989), este tipo de abordagem traz como principais preocupações:

- Mensurabilidade em que as variáveis podem ser medidas, criando-se dados para testar a hipótese.
- Causalidade procurando explicar como as coisas são, não podendo o pesquisador manipular as variáveis diretamente.
- Generalização com a possibilidade destes resultados serem generalizados além dos limites da pesquisa.
- Replicação com a possibilidade da pesquisa ser repetida por outro pesquisador encontrando outros resultados.

3.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população desse estudo refere-se a acadêmicos de um curso de medicina de um Centro Universitário privado, localizado na cidade de Ribeirão Preto, estado de São Paulo.

Considerando uma população de 265 indivíduos matriculados no (1º, 3, 5º, 7º, 9º e 11º período) um intervalo de confiança de 95% e um erro amostral de 1,8%, tamanho da amostra foi de 244 indivíduos.

Este Centro Universitário possui no corrente ano, 496 alunos matriculados, quando incluídos também os alunos pertencentes aos períodos que não fizeram parte deste estudo (2º, 4º, 6º, 8º, 10º e 12º período).

3.3 PROCEDIMENTOS DE COLETA DOS DADOS

Nessa seção são apresentados os procedimentos de coleta dados, como o local de investigação e os sujeitos, critérios de inclusão e exclusão e protocolo de intervenção.

3.3.1 Local de Investigação e Sujeitos

O estudo foi realizado em um Centro Universitário privado, certificado como Sociedade Empresária Ltda. do município de Ribeirão Preto, Estado de São Paulo.

Ribeirão Preto é uma cidade do interior do estado de São Paulo, localizada a noroeste da capital do estado, distando cerca de 315 km da capital. Tem uma população estimada em 2019 de 703.293 habitantes (604.682 habitantes pelo último censo de 2010). A cidade é um polo estudantil contado, atualmente, com 4 faculdades de Medicina, entre elas a que foi o local escolhido deste estudo (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE, 2020).

Este Centro Universitário possui categoria administrativa privada com fins lucrativos com credenciamento junto ao Ministério da Educação (MEC) em categorias Presencial e Educação a Distância (EAD), oferecendo 20 cursos de graduação na unidade de Ribeirão Preto, na modalidade presencial, entre eles, o curso de Medicina, em grau de bacharelado, iniciado em 23 de julho de 2014, com carga horária mínima de 8.060 horas em período integral, dividido em 12 etapas semestrais (ESTÁCIO DE SÁ, 2020).

No segmento de pós-graduação *lato sensu*, na modalidade presencial, oferece 11 cursos, possui uma infraestrutura com salas climatizadas, espaço de

convivência, anfiteatro de 200 e 600 lugares, biblioteca com mais de 900 m² e diversos laboratórios (ESTÁCIO DE SÁ, 2020).

Possui um núcleo de atendimento Psicopedagógico que é um órgão de apoio acadêmico, formado por uma equipe multidisciplinar, que tem como principal finalidade acompanhar os acadêmicos ao longo da graduação, assistindo-os em suas dúvidas e ansiedades, favorecendo o desenvolvimento pessoal, social e cultural essenciais a formação deste futuro profissional (ESTÁCIO DE SÁ, 2020).

O presente estudo ocorreu com os acadêmicos do curso de Medicina da referida Instituição de Ensino Superior (IES) nos seguintes períodos 1°, 3°, 5°, 7°, 9° e 11°.

3.3.2 Critérios de Inclusão

Foram incluídos no estudo os acadêmicos de 1°, 3°, 5°, 7°, 9° e 11° períodos do curso de Medicina, de um Centro Universitário privado do interior paulista, que se dispuseram a participar do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice I).

3.3.3 Critérios de Exclusão

Foram excluídos do estudo os acadêmicos do curso de Medicina, do Centro Universitário privado do interior paulista, que se recusaram a assinar o TCLE, após ciência dos objetivos da pesquisa, e ainda que por algum motivo não responderam todas as questões do instrumento de coleta de dados.

3.3.4 Protocolo de Intervenção

Todos os 265 acadêmicos, dos períodos 1°, 3°, 5°, 7°, 9° e 11° do curso de Medicina, de um Centro Universitário do interior paulista, foram convidados a participarem deste estudo, houve uma triagem para garantir os critérios de inclusão, e a assinatura do TCLE.

Foi utilizado um instrumento de coleta de dados conhecido como escala de depressão de Beck, que consiste em um questionário de 21 questões de múltipla

escolha, abordando questionamentos sobre sintomas depressivos como desesperança, irritabilidade e cognições como culpa, bem como sintomas físicos como fadiga, perda ponderal, entre outros, pois pretendia-se verificar, por meio das respostas, a possibilidade de identificar possível comportamento depressivo nestes acadêmicos de Medicina (Anexo A).

De acordo com os pareceres CFM nº 36/10 (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA - CFM, 2010) e CREMEC nº 10/2016 (CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO CEARÁ - CREMEC, 2016), o BDI-II é o instrumento de autoavaliação de depressão, mais amplamente usado por profissionais de saúde e pesquisadores em uma variedade de contextos, tanto em pesquisa como em clínica, podendo ser utilizado por médicos e psicólogos.

O pesquisador fez contato telefônico com os participantes do centro universitário e distribuiu o instrumento de coleta de dados do estudo em questão por meio do aplicativo de mensagens WhatsApp, para que pudesse ser respondido pelo participante, no momento e local que desejar, respeitando o prazo de devolutiva estipulado pelo pesquisador. O referido processo de coleta de dados foi embasado no procedimento adotado por Anunciação, Caregnato e Silva (2019) que utilizaram recursos tecnológicos para a aplicação do BDI-II com usuários da rede social Facebook.

Os participantes imprimiram o questionário e o TCLE, responderam o questionário, assinaram o TCLE, digitalizaram ou fotografaram e fizeram a devolutiva também via WhatsApp.

O pesquisador ficou à disposição dos participantes para apoiar os participantes e esclarecer eventuais dúvidas. Os participantes também tem a disposição o Núcleo de Apoio ao Estudante de Medicina da Instituição, o qual dá suporte psicológico ao aluno.

3.4 FASE DE ANÁLISE

A análise quantitativa dos dados ocorreu com o uso do *software* Excel 2016 da empresa Microsoft Corporation com a utilização das funções SOMA () e SE () e da ferramenta Tabela Dinâmica. As funções e a ferramenta permitiram a classificação dos resultados, que posteriormente foram apresentados em

frequências relativa e absoluta expressas em tabelas. O teste Qui-quadrado foi usado para inferir se havia diferença estatisticamente significativa entre os resultados encontrados por gênero.

3.5 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS

O tipo de abordagem desse estudo foi classificado como de mínimo risco de desconforto ou constrangimento, de acordo com a Resolução nº 466/2012, do Ministério da Saúde/Conselho Nacional de Saúde, que trata sobre a condução de pesquisa envolvendo seres humanos.

Os procedimentos realizados preservaram os seguintes princípios da Bioética: beneficência, por meio da proteção dos sujeitos da pesquisa contra danos físicos e psicológicos; respeito à dignidade humana, estando o mesmo livre para controlar suas próprias atividades, inclusive, de sua participação neste estudo; e justiça, pois foi garantido o direito de privacidade, por meio do sigilo e sua identidade.

O estudo cumpriu as seguintes etapas: solicitação de autorização da coordenação do curso de graduação em Medicina da IES onde foi realizado o estudo (Apêndice II), encaminhamento do projeto para análise pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade de Ribeirão Preto (Apêndice III) e obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) assinado pelos sujeitos (Apêndice I).

A autorização da coordenação do curso de graduação em Medicina da IES onde o estudo foi realizado foi concedida em 10/10/2019 por deferimento no ofício de solicitação de autorização (Apêndice II).

O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade de Ribeirão Preto sob o CAAE nº 23874819.5.0000.5498 e parecer nº 3.705.951, em 14/11/2019 (Anexo B).

3.6 CRITÉRIOS PARA SUSPENDER OU ENCERRAR A PESQUISA

O participante poderia rever seu consentimento a qualquer momento para deixar de participar deste estudo, sem que isto trouxesse prejuízo ou penalização aos indivíduos pesquisados (item contemplado no TCLE).

A pesquisa poderia ser suspensa diante da percepção de algum risco ou dano aos sujeitos do estudo ou diante de outro estudo que tivesse os mesmos propósitos ou apresentasse superioridade metodológica.

Contudo, as situações citadas não ocorreram permitindo, portanto, a realização de todas as etapas propostas na pesquisa.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados provenientes da coleta de dados foram obtidos por meio do BDI com uma amostra de 244 acadêmicos de curso de medicina do 1º, 3º, 5º, 7º, 9º e 11º períodos letivos (etapas) de um Centro Universitário privado do interior paulista.

4.1 PERFIL DOS ACADÊMICOS

Em relação ao perfil dos acadêmicos levantou-se como estava distribuída a referida amostra de acadêmicos de medicina quanto ao gênero, faixa etária e período letivo.

Dessa forma, tem-se que há prevalência do gênero feminino (71,3%), enquanto que o gênero masculino registrou 28,7% (Tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição da população amostral quanto ao gênero. Ribeirão Preto, 2020.

Gênero	n	%
Feminino	174	71,3%
Masculino	70	28,7%
Total	244	100%

Fonte: O autor (2020).

Referente a distribuição quanto a idade (Tabela 2), a amostra apresentou idade média de 24,5 anos (CV = 4,5%), tendo 18,4% dos alunos com idade entre 17 a 21 anos; 62,7% com idade entre 22 a 26 anos; 12,3% com idade entre 27 a 31 anos; 3,7% com idade entre 32 a 36 anos; 1,6% entre 37 a 41 anos; 0,8% com idade entre 42 a 46 anos e 01 pessoa com idade igual ou superior a 47 anos (54 anos). Dessa forma, compreende-se que há uma amplitude de idades dentro da amostra, variando entre 17 a 54 anos.

Nota-se que a distribuição não é homogênea, havendo uma maior concentração de acadêmicos com idades entre 22 e 26 anos (Tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição da população amostral quanto a faixa etária. Ribeirão Preto, 2020.

Faixa Etária	n	%
17 --- 21	45	18,4%
22 --- 26	153	62,7%
27 --- 31	30	12,3%
32 --- 36	9	3,7%
37 --- 41	4	1,6%
42 --- 46	2	0,8%
>= 47	1	0,4%
Total	244	100%

Fonte: O autor (2020).

Efetuando-se a correlação das informações sobre gênero e faixa etária (Tabela 3), pôde-se evidenciar que tanto para o gênero feminino (45,5%) quanto para o gênero masculino (17,2%), há uma maior concentração de acadêmicos na faixa etária de 22 a 26 anos, com prevalência para o gênero feminino.

Tabela 3 - Distribuição da população amostral quanto ao cruzamento de informações de gênero e faixa etária. Ribeirão Preto, 2020.

Gênero	Faixa Etária	N	%
Feminino	17 --- 21	34	13,9%
	22 --- 26	111	45,5%
	27 --- 31	22	9,0%
	32 --- 36	5	2,0%
	37 --- 41	1	0,4%
	42 --- 46	1	0,4%
	>= 47	0	0,0%
Total Feminino		174	71,3%
Masculino	17 --- 21	11	4,5%
	22 --- 26	42	17,2%
	27 --- 31	8	3,3%
	32 --- 36	4	1,6%
	37 --- 41	3	1,2%
	42 --- 46	1	0,4%
	>= 47	1	0,4%
Total Masculino		70	28,7%
Total		244	100%

Fonte: O autor (2020).

Quanto a distribuição dos acadêmicos no período letivo em que estavam cursando medicina (etapa do curso), foram obtidas as seguintes informações (Tabela 4): 16% dos acadêmicos estavam no 1º período e o mesmo percentual foi encontrado para o 3º período; 18% cursavam o 3º período; 15,6% estavam no 7º período, e tanto no 9º quanto no 11º período foram identificados 17,2%. Pode-se observar uniformidade na distribuição amostral quanto o período letivo.

Tabela 4 - Distribuição da população amostral quanto ao período letivo (etapa do curso) e sua distribuição etária. Ribeirão Preto, 2020.

Período Letivo	Faixa Etária	n	%
1º	17 --- 21	28	11,5%
	22 --- 26	9	3,7%
	27 --- 31	1	0,4%
	32 --- 36	1	0,4%
Total 1º Período Letivo		39	16,0%
3º	17 --- 21	7	2,9%
	22 --- 26	25	10,2%
	27 --- 31	4	1,6%
	32 --- 36	1	0,4%
	37 --- 41	1	0,4%
	>= 47	1	0,4%
Total 3º Período Letivo		39	16,0%
5º	17 --- 21	9	3,7%
	22 --- 26	28	11,5%
	27 --- 31	3	1,2%
	32 --- 36	2	0,8%
	37 --- 41	2	0,8%
Total 5º Período Letivo		44	18,0%
7º	17 --- 21	1	0,4%
	22 --- 26	25	10,2%
	27 --- 31	9	3,7%
	32 --- 36	2	0,8%
	42 --- 46	1	0,4%
Total 7º Período Letivo		38	15,6%
9º	22 --- 26	32	13,1%
	27 --- 31	7	2,9%
	32 --- 36	1	0,4%
	42 --- 46	1	0,4%
Total 9º Período Letivo		42	17,2%
11º	22 --- 26	34	13,9%
	27 --- 31	6	2,5%
	32 --- 36	2	0,8%
Total 11º Período Letivo		42	17,2%
Total Geral		244	100%

Fonte: O autor (2020).

Já quanto a distribuição da população amostral referente a faixa etária dentro de cada período letivo (Tabela 4) tem-se no 1º período letivo um maior percentual de acadêmicos na faixa de 17 a 21 anos (11,5%), no 3º período letivo um maior número de acadêmicos entre 22 a 26 anos (10,2%), no 5º, 7º, 9º e 11º períodos letivos ainda houve a prevalência da faixa etária entre 22 a 26 anos, com 11,5%; 10,2%; 13,1% e 13,9%, respectivamente.

Ao realizar-se uma análise mais aprofundada acerca do perfil dos acadêmicos respondentes do gênero feminino quanto a correlação das informações período letivo do curso e a faixa etária (Tabela 5) tem-se o seguinte:

- 1º Período Letivo: 9,4% tinham faixa etária entre 17 a 21 anos; 3,3% entre 22 a 26 anos e 0,4% entre 27 a 31 anos;
- 3º Período Letivo: 2,0% tinham faixa etária entre 17 a 21 anos; 7,4% entre 22 a 26 anos; 0,8% entre 27 a 31 anos e 0,4% entre 32 a 36 anos;
- 5º Período Letivo: 2,5% tinham faixa etária entre 17 a 21 anos; 8,2% entre 22 a 26 anos; 1,2% entre 27 a 31 anos; 0,4% entre 32 a 36 anos e 0,4% entre 37 a 41 anos;
- 7º Período Letivo: 7,0% entre 22 a 26 anos; 2,5% entre 27 a 31 anos e 0,4% entre 32 a 36 anos;
- 9º Período Letivo: 9,0% entre 22 a 26 anos; 2,0% entre 27 a 31 anos; 0,4% entre 32 a 36 anos e 0,4% entre 42 a 46 anos;
- 11º Período Letivo: 10,7% entre 22 a 26 anos; 2,0% entre 27 a 31 anos e 0,4% entre 32 a 36 anos.

A idade média dentro do gênero feminino para o 1º período letivo foi de 20,81 anos, no 3º período letivo foi de 23,26, no 5º período letivo foi de 24,12 anos, no 7º período letivo foi de 24,45 anos, no 9º período letivo foi de 25,58 anos e no 11º período letivo foi de 25,53 anos.

Em uma análise geral, pode-se verificar que a partir do 5º período letivo há uma distribuição percentual uniforme nos intervalos de faixa etária entre 22 a 26 anos, 27 a 31 anos e 32 a 36 anos (Tabela 5).

Tabela 5 - Distribuição da população amostral feminina quanto ao período letivo (etapa do curso) e sua distribuição etária. Ribeirão Preto, 2020.

Período Letivo	Faixa Etária	n	%
1º	17 --- 21	23	9,4%
	22 --- 26	8	3,3%
	27 --- 31	1	0,4%
Total 1º Período Letivo		32	13,1%
3º	17 --- 21	5	2,0%
	22 --- 26	18	7,4%
	27 --- 31	2	0,8%
	32 --- 36	1	0,4%
Total 3º Período Letivo		26	10,7%
5º	17 --- 21	6	2,5%
	22 --- 26	20	8,2%
	27 --- 31	3	1,2%
	32 --- 36	1	0,4%
	37 --- 41	1	0,4%
Total 5º Período Letivo		31	12,7%
7º	22 --- 26	17	7,0%
	27 --- 31	6	2,5%
	32 --- 36	1	0,4%
Total 7º Período Letivo		24	9,8%
9º	22 --- 26	22	9,0%
	27 --- 31	5	2,0%
	32 --- 36	1	0,4%
	42 --- 46	1	0,4%
Total 9º Período Letivo		29	11,9%
11º	22 --- 26	26	10,7%
	27 --- 31	5	2,0%
	32 --- 36	1	0,4%
Total 11º Período Letivo		32	13,1%
Total Gênero Feminino		174	71,3%
Total		244	100%

Fonte: O autor (2020).

Quanto a análise mais aprofundada acerca do perfil dos acadêmicos respondentes do gênero masculino e sua distribuição referente ao período letivo do curso e a faixa etária (Tabela 6) tem-se:

- 1º Período Letivo: 2,0% tinham faixa etária entre 17 a 21 anos; 0,4% entre 22 a 26 anos e 0,4% entre 32 a 36 anos;
- 3º Período Letivo: 0,8% tinham faixa etária entre 17 a 21 anos; 2,9% entre 22 a 26 anos; 0,8% entre 27 a 31 anos e 0,4% tanto entre 37 a 41 quanto ≥ 47 anos;
- 5º Período Letivo: 1,2% tinham faixa etária entre 17 a 21 anos; 3,3% entre 22 a 26 anos e 0,4% tanto entre 32 a 36 quanto 37 a 41 anos;
- 7º Período Letivo: 0,4% tinham faixa etária entre 17 a 21 anos; 3,3% entre 22 a 26 anos; 1,2% entre 27 a 31 anos e 0,4% tanto entre 32 a 36 quanto 42 a 46 anos;
- 9º Período Letivo: 4,1% entre 22 a 26 anos; 0,8% entre 27 a 31 anos e 0,4% entre 37 a 41 anos;
- 11º Período Letivo: 3,3% entre 22 a 26 anos; 0,4% entre 27 a 31 anos e 0,4% entre 32 a 36 anos;

A média de idade do gênero masculino para o 1º período letivo foi de 22 anos, no 3º período letivo foi de 27,77 (um estudante possuía 54 anos), no 5º período letivo foi de 25,69 anos, no 7º período letivo foi de 26,57 anos, no 9º período letivo foi de 25,84 anos e no 11º período letivo foi de 26,1 anos.

Quanto a faixa etária evidencia-se que não há uma distribuição percentual uniforme por período letivo como visto para o gênero feminino (Tabela 5). Pode-se ressaltar ainda que amostra masculina por período letivo é mais velha do que a feminina (idade média).

De acordo com a última Demografia Médica no Brasil de 2020, publicada pelo Conselho Federal de Medicina – CFM (SCHEFFER et al., 2020), a diferença relacionada ao gênero vem reduzindo ao longo dos últimos anos para a classe médica. Em 1990 a classe médica feminina representava 30,8%, em 2015 era de 42,5% e em 2020 as mulheres já eram 46,6% do total de médicos com registro no Brasil.

Tabela 6 - Distribuição da população amostral masculina quanto ao período letivo (etapa do curso) e sua distribuição etária. Ribeirão Preto, 2020.

Período Letivo	Faixa Etária	n	%
1º	17 --- 21	5	2,0%
	22 --- 26	1	0,4%
	32 --- 36	1	0,4%
Total 1º Período Letivo		7	2,9%
3º	17 --- 21	2	0,8%
	22 --- 26	7	2,9%
	27 --- 31	2	0,8%
	37 --- 41	1	0,4%
	>= 47	1	0,4%
Total 3º Período Letivo		13	5,3%
5º	17 --- 21	3	1,2%
	22 --- 26	8	3,3%
	32 --- 36	1	0,4%
	37 --- 41	1	0,4%
Total 5º Período Letivo		13	5,3%
7º	17 --- 21	1	0,4%
	22 --- 26	8	3,3%
	27 --- 31	3	1,2%
	32 --- 36	1	0,4%
	42 --- 46	1	0,4%
Total 7º Período Letivo		14	5,7%
9º	22 --- 26	10	4,1%
	27 --- 31	2	0,8%
	37 --- 41	1	0,4%
Total 9º Período Letivo		13	5,3%
11º	22 --- 26	8	3,3%
	27 --- 31	1	0,4%
	32 --- 36	1	0,4%
Total 11º Período Letivo		10	4,1%
Total Gênero Masculino		70	28,7%
Total		244	100%

Fonte: O autor (2020).

Já quanto aos grupos mais jovens, o mesmo censo demográfico (SCHEFFER et al., 2020), mostra que em 2020 as mulheres já são maioria e representam 58,5% entre os médicos de até 29 anos de idade e também são maioria na faixa etária entre 30-34 anos (55,3%).

Quando se analisa os dados sociodemográficos predominantes dos estudantes concluintes dos cursos de medicina que prestaram o Exame Nacional de Desempenho dos Estudantes (ENADE) em 2019, verifica-se que o gênero feminino representa 59% do total de médicos formados nas universidades brasileiras (BRASIL, 2020).

Ou seja, há uma evolução mais recente na participação das mulheres na medicina nos novos registros de CRM, principalmente entre 2000 e 2019. É nítida a evolução crescente da feminização da carreira médica ao longo do último século no país (SCHEFFER et al., 2020).

Tem-se também que ocorreu um juvenescimento dos médicos no Brasil, tendo a média de idade destes profissionais em atividade de 45 anos (\pm 15 anos), resultado do aumento da oferta de vagas e cursos de graduação em Medicina e resultando na entrada de um número alto de jovens médicos no mercado de trabalho, segundo o CFM (SCHEFFER et al., 2020).

De acordo com dados do ENADE 2019, estas estatísticas se confirmam evidenciando que 79% dos concluintes de medicina apresentavam idade entre 25 a 33 anos, 13% abaixo dos 24 anos e 8% acima dos 34 anos (BRASIL, 2020).

4.2 DISTRIBUIÇÃO DA FREQUÊNCIA DE SINTOMAS DE DEPRESSÃO EM ACADÊMICOS DE MEDICINA

Em relação, a análise geral, do nível de depressão dos participantes do estudo (Tabela 7), tem-se que, cerca de metade dos acadêmicos do curso de medicina (52,5%) não apresentaram sintomas de depressão, enquanto a outra metade tinha pelo menos um nível de sintomas de depressão, sendo 35,2% com sintomas de depressão leve, 7,8% com sintomas de depressão moderada e 4,5% com sintomas de depressão severa.

Destaca-se no presente estudo, na Tabela 7, que a maioria dos estudantes que apresentaram sintomas de depressão o tiveram com um grau leve (35,2%), os presentes dados corroboram aos de Pacheco et al. (2017) e Leão et al. (2018).

Tabela 7 - Classificação geral de sintomas de Depressão em acadêmicos de medicina. Ribeirão Preto, 2020.

Classificação da Depressão	n	%
sem sintomas de depressão	128	52,5%
sintomas de depressão leve	86	35,2%
sintomas de depressão moderada	19	7,8%
sintomas de depressão severa	11	4,5%
Total Geral	244	100%

Fonte: O autor (2020).

Sabe-se que a depressão é um transtorno psiquiátrico que permeia os estudantes de graduação de medicina. Na literatura é unânime e relatado por diversos autores como esses acadêmicos sofrem com esse tipo de transtorno, sendo considerado um grupo de pessoas que comparado com a população geral, destaca-se com elevados índices, uma vez que a graduação na formação médica, é associada a um curso que promove o desgaste emocional (NORONHA JÚNIOR et al., 2015; VASCONCELOS et al, 2015; TEH et al., 2015; PALMEIRA, 2016).

A graduação em medicina é vista como um gatilho para o desenvolvimento de transtornos psicológicos, seja de ansiedade ou depressão, devido atuar como um agente estressor decorrente da intensa dedicação dos acadêmicos, longas horas de estudos, ser um curso longo e por lidar com vidas humanas (VASCONCELOS et al, 2015). Associado a isso, tem-se que ao longo de sua formação acadêmica o aluno passa pelo questionamento, dúvidas e incertezas de seu futuro profissional, em especial aqueles discentes que não conseguiram dedicar-se em estágios, formações complementares e desenvolver e aprimorar suas habilidades e técnicas profissionais, o que reflete no senso pessoal de competência (MELO; SIEBRA; MOREIRA, 2017).

Quando analisada a classificação da depressão quanto ao gênero (Tabela 8), teve-se que dentro do total do gênero feminino o percentual de acadêmicos que

apresentaram algum tipo de sintomas de depressão foi de 52,9% e dentro do total geral, englobando o gênero feminino e masculino, classificou-se em 37,71%.

Ainda referente ao gênero feminino, 37,9% dos acadêmicos apresentaram sintomas de depressão leve, 9,8% sintomas de depressão moderada e 5,2% sintomas de depressão severa, enquanto que na classificação do total geral teve-se respectivamente 27,0%; 7,0% e 3,7% (Tabela 8).

Tabela 8 - Classificação de sintomas de Depressão em acadêmicos de medicina quanto ao gênero. Ribeirão Preto, 2020.

Gênero	Classificação Depressão	Total	Total (%)	Total Geral (%)
Feminino	sem sintomas	82	47,1%	33,6%
	sintomas leves	66	37,9%	27,0%
	sintomas moderados	17	9,8%	7,0%
	sintomas severos	9	5,2%	3,7%
Total Gênero Feminino		174	100%	71,3%
Masculino	sem sintomas	46	65,7%	18,9%
	sintomas leves	20	28,6%	8,2%
	sintomas moderados	2	2,9%	0,8%
	sintomas severos	2	2,9%	0,8%
Total Gênero Masculino		70	100%	28,7%
Total Geral		244	-	100%

Fonte: O autor (2020).

Quanto ao gênero masculino o percentual de acadêmicos que apresentaram algum tipo de sintomas de depressão foi de 34,3% e dentro do total geral, englobando o gênero feminino e masculino, classificou-se em 9,8% (Tabela 8).

Quanto ao gênero masculino, dentro do total de sua categoria analisada, 28,6% dos acadêmicos apresentaram sintomas de depressão leve, 2,9% sintomas de depressão moderada e 2,9% sintomas de depressão severa, enquanto que na classificação do total geral teve-se respectivamente 8,2%; 0,8% e 0,8% (Tabela 8).

Nota-se que o percentual de acadêmicos, do gênero feminino, com sintomas de depressão foi superior ao do gênero masculino. Contudo, o número de acadêmicos do gênero feminino é superior aos acadêmicos masculino, cerca de 250% a mais.

Para testar se havia diferença estatisticamente significativa dos sintomas depressivos em relação aos acadêmicos por gênero foi calculado o Qui-quadrado, obtendo-se como resultado um *p-value* de 0,008. Portanto, pode-se evidenciar que existe proporção estatisticamente significativa entre os gêneros.

De acordo com Paro et al. (2019), as mulheres estão cada vez mais presentes nos cursos de todas as regiões do país, no qual foi constatado que o gênero feminino contribui com 52,9% do total dos acadêmicos.

Contudo, deve-se ressaltar que tanto na literatura nacional quanto internacional, há relatos de prevalência de depressão no sexo feminino, independentemente da idade ou da profissão (ALTMANN; CAMPOS, 2017; SOUZA et al., 2017). As mulheres apresentam maiores chances de manifestarem um transtorno depressivo, bipolar ou de ansiedade do que homens com índices 1,5 a 3 vezes superiores ao masculino, começando no início da adolescência (APA, 2014).

Tem-se justificativa a questão de gênero feminino apresentar maior percentual de sintomas de depressão sua exposição à sobrecarga em suas atividades sociofamiliar, como a jornada de trabalho dupla, no trabalho e no lar (APA, 2014; SOUZA et al., 2017). Pode-se ressaltar, ainda, como hipótese para ocorrência de maior incidência de depressão, a questão genética e sua ação do cromossomo X e dos hormônios gonodais (KAPLAN; SADOCK; GREBB, 1994).

Quanto a classificação de sintomas de depressão em função da faixa etária dos acadêmicos de medicina (Tabela 9), nota-se que na faixa entre 17 a 21 anos, 53,3% da amostra apresentou algum sintoma de depressão, tendo no total geral amostrado representatividade de 9,8%. Dentro da categoria etária de 17 a 21 anos foram registrados 31,1% dos acadêmicos com sintomas de depressão leve, 8,9% com sintomas de depressão moderada e 13,3% com sintomas de depressão severa. Já no contexto total geral amostrado, tem-se respectivamente 5,7%; 1,6% e 2,5% respectivamente.

Na faixa etária de 22 a 26 anos (Tabela 9), tem-se que 46,4% da amostra apresentou algum sintoma de depressão, o que no total geral representou 29% dos participantes. Na faixa etária de 22 a 26 anos foram registrados 34,6% dos acadêmicos com sintomas de depressão leve, 9,2% com sintomas de depressão moderada e 2,6% com sintomas de depressão severa. Já no contexto total geral, tem-se respectivamente 21,7%; 5,7% e 1,6% respectivamente.

Tabela 9 - Classificação de sintomas de depressão em acadêmicos de medicina quanto a faixa etária. Ribeirão Preto, 2020.

Faixa Etária	Classificação Depressão	Total	Total (%)	Total Geral (%)
17 --- 21	sem sintomas	21	46,7%	8,6%
	sintomas leves	14	31,1%	5,7%
	sintomas moderados	4	8,9%	1,6%
	sintomas severos	6	13,3	2,5%
Total 17 --- 21		45	100%	18,44%
22 --- 26	sem sintomas	82	53,6%	33,6%
	Sintomas leves	53	34,6%	21,7%
	sintomas moderados	14	9,2%	5,7%
	sintomas severos	4	2,6%	1,6%
Total 22 --- 26		153	100%	62,7%
27 --- 31	sem sintomas	15	50%	6,1%
	sintomas leves	13	43,4%	5,3%
	sintomas moderados	1	3,3%	0,4%
	sintomas severos	1	3,3%	0,4%
Total 27 --- 31		30	100%	12,3%
32 --- 36	sem sintomas	6	66,7%	2,5%
	sintomas leves	3	33,3%	1,2%
	sintomas moderados	0	0,0%	0,0%
	sintomas severos	0	0,0%	0,0%
Total 32 --- 36		9	100%	3,7%
37 --- 41	sem sintomas	3	75%	1,2%
	sintomas leves	1	25%	0,4%
	sintomas moderados	0	0,0%	0,0%
	sintomas severos	0	0,0%	0,0%
Total 37 --- 41		4	100%	1,6%
42 --- 46	sem sintomas	0	0,0%	0,0%
	sintomas leves	2	100%	0,8%
	sintomas moderados	0	0,0%	0,0%
	sintomas severos	0	0,0%	0,0%
Total 42 --- 46		2	100%	0,8%
>= 47	sem sintomas	1	100%	0,4%
	sintomas leves	0	0,0%	0,0%
	sintomas moderados	0	0,0%	0,0%
	sntomas severos	0	0,0%	0,0%
Total >= 47		1	100%	0,4%
Total Geral		244	-	100%

Fonte: O autor (2020).

Na faixa etária de 27 a 31 anos (Tabela 9), tem-se que 50% apresentou algum sintoma de depressão o que no total geral representou 6,1% dos participantes. Na faixa etária de 27 a 31 anos foram registrados 43,4% dos acadêmicos com sintomas de depressão leve e 3,3% tanto para sintomas de depressão moderada quanto depressão severa. Já no contexto total geral, tem-se respectivamente 5,3%; 0,4% e 0,4% respectivamente.

Já na faixa etária de 32 a 46 anos (Tabela 9), tem-se que 33,3% da amostra apresentou algum sintoma de depressão, o que no total geral representou 1,2% dos indivíduos. Foi registrado para essa categoria apenas sintomas de depressão no nível leve (33,3% na categoria e 1,2% na categoria geral).

Na faixa etária de 37 a 41 anos (Tabela 9), tem-se que 25% da amostra apresentou algum sintoma de depressão, o que no total geral representou 0,4% da amostra. Foi registrado apenas sintomas de depressão leve no acadêmico respondente (25% na categoria e 0,4% do total geral). Na faixa etária de 42 a 46 anos (Tabela 9), foram contabilizados apenas dois respondentes com sintomas de depressão leve, o que representou 100% da categoria e 0,8% da população total amostrada.

Na faixa etária ≥ 47 anos (Tabela 9), houve apenas um respondente, que não apresentou sintomas de depressão. Nota-se pelas informações descritas na Tabela 9, que a faixa etária de 22 a 26 anos apresentou o maior número de acadêmicos com sintomas de depressão, mas também deve-se ressaltar que é a faixa etária com maior número de pessoas

De acordo com DSM-5 há a prevalência de transtornos depressivos em cerca de 5,85% na população brasileira, sendo maior em indivíduos jovens de 18 a 29 anos do sexo feminino (FERRARI et al., 2013; OMS, 2017).

Percebe-se ainda, que há uma tendência de redução dos sintomas de depressão a medida em que a faixa etária aumenta, pode-se referir essa mudança do quadro clínico, possivelmente, ao próprio processo de amadurecimento pessoal ou profissional do estudante, bem como de sua vivência.

Com exceção da faixa etária ≥ 47 anos (Tabela 9) há uma prevalência de sintomas de depressão leve nas demais. As informações evidenciadas neste estudo corroboram as de Roh et al. (2010) que evidenciaram que acadêmicos de medicina com idade inferior a 21 anos apresentam chances 1,8 vezes maiores de

desenvolverem sintomas depressivos, do que os graduandos com idade superior a 26 anos. Bassols et al. (2014) também identificam essa prevalência em acadêmicos de medicina mais jovens, principalmente nos alunos do primeiro ano, provavelmente como efeito secundário ou colateral do processo de admissão.

Quando analisado a classificação de sintomas de depressão em função do período letivo, apresentados na Tabela 10, percebeu-se que 69,2% dos acadêmicos do 1º período letivo apresentavam algum sintoma de depressão, do total da amostra esses acadêmicos representam 11,1%. Dessa forma, pôde-se verificar dentro do 1º período letivo que 38,5% dos alunos apresentam sintomas de depressão leve, 12,8% sintomas de depressão moderada e 17,9% sintomas de depressão severa. Quando analisado esses valores à amostra total, essas informações representam 6,2%, 2,1% e 2,9% respectivamente. Houve um alto percentual de depressão leve (38,5%) seguido de depressão severa (17,9%).

Coité et al. (2019) relatam que os maiores índices de depressão provem de alunos que deixaram o ambiente familiar e estão longe de suas famílias, devido a universidade ser em outra cidade e em algum momento de sua vida tiveram algum diagnóstico psiquiátrico previamente estabelecido.

No 3º período letivo, observou-se que 56,4% dos acadêmicos possuíam algum nível de sintoma depressivo, sendo que neste período letivo 43,6% possuíam sintomas de depressão leve, 7,7% sintomas de depressão moderada e 5,1% sintomas de depressão severa (Tabela 10). Comparados as informações ao total geral, teve-se que essa amostra representou, 7,0% para sintomas de depressão leve, 1,2% sintomas de depressão moderada e 0,8% para sintomas de depressão severa. No 3º período letivo, ainda nota-se uma prevalência de sintomas de depressão leve, contudo há alteração, pois os sintomas de depressão moderada toma lugar da segunda maior ocorrência, diferente do 1º período letivo em que se evidenciou como segundo sintomas de depressão mais notado a severa.

De acordo com Melo, Siebra e Moreira (2017), o maior nível de depressão prevalecer nos primeiros anos de graduação está associado a exposição dos discentes às questões relacionadas a vida e a morte, nascimento e finitude. O aumento ou prevalência dos sintomas de depressão e ansiedade ao longo do curso pode estar associado, como já citado anteriormente, devido às exaustivas horas de estudo, inserção ao ciclo clínico, elevadas exigências curriculares e poucas horas de

sono, o que pode resultar em conflito intrapsíquico devido à falta de controle sobre atividades acadêmicas e vida social (VASCONCELOS et al., 2015).

No 5º período letivo, tem-se que 45,5% dos acadêmicos apresentaram sintomas de depressão leve, 6,8% sintomas de depressão moderada, mas já não houve registros de sintomas de depressão severa, ou seja, 52,3% dos acadêmicos do 5º período letivo apresentaram algum sintoma depressivo, o que refere a 9,4% do total geral de acadêmicos (Tabela 10). No 7º período letivo o percentual de acadêmicos com sintomas de depressão reduziu para 47,4%, o que representa 7,4% da amostra (Tabela 10). Assim, pôde-se notar que 34,2% dos estudantes possuíam sintomas de depressão leve, 10,6% sintomas de depressão moderada e 2,6% sintomas de depressão severa. Transpondo esses dados para o total de acadêmicos analisados, tem-se que no geral 5,3% dos acadêmicos eram do 7º período letivo e tinham sintomas de depressão leve, 1,6% sintomas de depressão moderada e 0,4% sintomas de depressão severa.

Os dados Chagas et al. (2018) corroboram com os deste estudo, uma vez que há redução do nível de depressão ao longo dos períodos letivos do curso. Os autores afirmam que essa redução se dá ao ajuste da realidade do aluno com o curso, seu domínio do psicológico e de independência como na execução de tarefas diárias, seu desempenho no trabalho e controle emocional.

No 9º período letivo, 42,9% dos acadêmicos apresentavam algum sintoma de depressão, ou seja, 35,7% com sintomas leves, 4,8% com sintomas moderados e 2,4% com sintomas severos (Tabela 10). No total amostrado, verifica-se que os acadêmicos com sintomas de depressão representam 7,4% e que os sintomas de depressão leve correspondem a 6,2% do total, sintomas de depressão moderada 0,8% e sintomas de depressão severa 0,4%.

Na análise do 11º período letivo notou-se uma significativa redução do nível de sintomas de depressão. Cerca de 19% dos acadêmicos desse período apresentaram algum sintoma de depressão. Ou seja, comparados ao 1º período letivo foi uma redução de cerca de 50% (Tabela 10). Pôde-se observar que em sua maioria os registros foram de sintomas de depressão leve (14,3%) e sintomas de depressão moderada (4,7%). Realizando a análise total, apenas 3,3% da amostra representam esse grupo, sendo 2,5% referente à sintomas de depressão leve e 0,8% sintomas de depressão moderada.

Observou-se que ao longo dos anos letivos houve uma tendência de redução da prevalência de sintomas de depressão nos acadêmicos estudados (Tabela 10). Do 1º para o 3º período letivo houve uma redução de 12,8% de sintomas de depressão, do 3º para o 5º período letivo redução de 4,1%, do 5º para o 7º período letivo diminuiu 4,9%, do 7º para o 9º período letivo 4,5% de redução e do 9º para o 11º período letivo 23,9% de redução de sintomas de depressão nos acadêmicos.

Tabela 10 - Classificação de sintomas de depressão em acadêmicos de medicina quanto ao período letivo. Ribeirão Preto, 2020.

Período Letivo	Classificação Depressão	Total	Total (%)	Total Geral (%)
1º	sem sintomas	12	30,8%	4,9%
	sintomas leves	15	38,5%	6,2%
	sintomas moderados	5	12,8%	2,1%
	sintomas severos	7	17,9%	2,9%
Total 1º Período Letivo		39	100%	16,0%%
3º	sem sintomas	17	43,6%	7,0%
	sintomas leves	17	43,6%	7,0%
	sintomas moderados	3	7,7%	1,2%
	sintomas severos	2	5,1%	0,8%
Total 3º Período Letivo		39	100%	16,0%
5º	sem sintomas	21	47,7%	8,6%
	sintomas leves	20	45,5%	8,2%
	sintomas moderados	3	6,8%	1,2%
	sintomas severos	0	0,0%	0,00%
Total 5º Período Letivo		44	100%	18,0%
7º	sem sintomas	20	52,6%	8,2%
	sintomas leves	13	34,2%	5,3%
	sintomas moderados	4	10,6%	1,6%
	sintomas severos	1	2,6%	0,4%
Total 7º Período Letivo		38	100%	15,6%
9º	sem sintomas	24	57,1%	9,8%
	sintomas leves	15	35,7%	6,2%
	sintomas moderados	2	4,8%	0,8%
	sintomas severos	1	2,4%	0,4%
Total 9º Período Letivo		42	100%	17,2%
11º	sem sintomas	34	81,0%	13,9%
	sintomas leves	6	14,3%	2,5%
	sintomas moderados	2	4,7%	0,8%
	sintomas severos	0	0,0%	0,00%
Total 11º Período Letivo		42	100%	17,2%
Total Geral		244	-	100%

Fonte: O autor (2020).

Em todos períodos letivos houve registro de prevalência de sintomas de depressão nos acadêmicos de medicina, contudo com redução para o último período analisado.

Não é de se surpreender que os acadêmicos da graduação em medicina, em seus primeiros anos, apresentem-se e tenham sentimentos de estresse, pois são reflexos da grande demanda de atividades a serem gerenciadas, principalmente, do elevado conteúdo teórico disposto nesses primeiros semestres que não se apresentam associados as práticas clínicas (PUTHRAN et al., 2016). Contudo, de acordo com Lima et al. (2016), esses sentimentos tendem a ser reduzidos ao longo da formação acadêmica, pois os discentes desenvolvem técnicas e estratégias para lidarem com os fatores estressantes que foram identificados nos primeiros momentos do curso.

Na Tabela 11 é encontrada a Classificação de Sintomas de Depressão para o gênero feminino categorizados por período letivo e faixa etária.

Dessa forma, observou-se que no 1º período letivo, o gênero feminino representou 56,4% do total de estudantes dessa etapa do curso e a faixa etária de 17 a 21 anos representou 38,4% da amostra total com depressão desse período, tendo 17,9% dessas acadêmicas com sintomas de depressão leve, 7,7% com sintomas de depressão moderada e 12,8% com sintomas de depressão severa (Tabela 11). Em relação a amostra essa categoria classificou-se como 6,10% do total, com 2,9% do grupo com sintomas de depressão leve, 1,2% com sintomas de depressão moderada e 2,0% com sintomas de depressão severa.

Ainda no 1º período letivo a faixa etária feminina de 22 a 26 correspondeu a 17,9% do total dessa etapa do curso com prevalência de sintomas de depressão leve nessa categoria (10,3%) e no total geral 2,80% (Tabela 11). No 1º período letivo do curso de medicina o gênero feminino com sintomas de depressão corresponde a 56,40% dessa etapa do curso.

No 3º período letivo o gênero feminino correspondeu a 38,60% dos acadêmicos do curso nessa etapa com algum sintoma de depressão, tendo o maior percentual encontrado na faixa etária 22 a 26 anos, com sintomas de depressão leve (23,1%).

No 5º período letivo, o gênero feminino representou 40,9% dessa etapa com acadêmicos com sintomas de depressão com destaque novamente para a faixa etária 22 a 26 anos (29,5%).

Tabela 11 - Classificação de sintomas de depressão em acadêmicos de medicina do gênero feminino em função do período letivo e faixa etária. Ribeirão Preto, 2020 (continua).

Período Letivo	Faixa Etária	Classificação Depressão	Total	Total (%)	Total Geral (%)	
1º	17 --- 21	sem sintomas	8	20,5%	3,2%	
		sintomas leves	7	17,9%	2,9%	
		sintomas moderados	3	7,7%	1,2%	
		sintomas severos	5	12,8%	2,0%	
	Total 17 --- 21			23	59,0%	9,4%
	22 --- 26	sem sintomas	1	2,6%	0,8%	
		sintomas leves	4	10,3%	1,6%	
		sintomas moderados	2	5,1%	0,8%	
		sintomas severos	1	2,6%	0,4%	
	Total 22 --- 26			8	20,5%	3,7%
	27 --- 31	sem sintomas	1	2,6%	0,4%	
	Total 27 --- 31			1	2,6%	0,4%
	Total 1º Período Letivo			39	100%	13,1%
3º	17 --- 21	sem sintomas	3	7,7%	1,2%	
		sintomas leves	2	5,1%	0,8%	
	Total 17 --- 21			5	12,8%	2,0%
	22 --- 26	sem sintomas	7	17,9%	2,9%	
		sintomas leves	9	23,1%	3,7%	
		sintomas moderados	1	2,6%	0,4%	
		sintomas severos	1	2,6%	0,4%	
	Total 22 --- 26			18	46,2%	7,4%
	27 --- 31	sem sintomas	1	2,6%	0,4%	
		sintomas leves	1	2,6%	0,4%	
	Total 27 --- 31			2	5,1%	0,8%
	32 --- 36	sintomas leves	1	2,6%	0,4%	
	Total 32 --- 36			1	2,6%	0,4%
Total 3º Período Letivo			39	100%	10,7%	