

## **PREVALÊNCIA DE SINTOMAS DEPRESSIVOS EM ACADÊMICOS DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE ITAÚNA – MG**

### **PREVAILING OF DEPRESSION IN MEDICINE ACADEMIC AT THE UNIVERSITY OF ITAÚNA - MG**

*Mariele Pereira Silveira<sup>1</sup>, Thaís Ferreira Silva<sup>1</sup>, Ronaldo Santhiago Bonfim de Souza<sup>2</sup>*

#### **RESUMO**

**Introdução:** Os transtornos de humor como, depressão e ansiedade podem ser fatores de risco na formação acadêmica dos estudantes de medicina. O desenvolvimento de sofrimentos psíquicos pode refletir como prejuízos na sua rotina acadêmica, social e profissional. **Objetivo:** Descrever a prevalência de sintomas depressivos entre os estudantes de Medicina da Universidade de Itaúna, no Centro-Oeste mineiro. **Método:** Estudo exploratório, descritivo, transversal e quantitativo com uma amostra de 60 acadêmicos de medicina da Universidade de Itaúna (UIT), do primeiro ao quinto período. Os instrumentos utilizados para avaliação foram o Questionário de Saúde Geral (QSG) e as Escalas Beck. **Resultados:** Por meio dos instrumentos de rastreio foram identificados 56,7% de acadêmicos com sintomas em nível mínimo e 20% com sintomas em nível moderado de depressão. **Discussão:** Os estudantes estão expostos a diversos fatores que podem funcionar como gatilho para o desenvolvimento de psicopatologias como depressão e ansiedade na universidade. Esses adoecimentos aparecem em diferentes níveis, desde a ausência até a presença significativa de sintomas que afetam a vida do futuro médico. **Conclusão:** Estratégias psíquicas voltadas para o controle e tratamento da ansiedade e depressão são necessárias para garantir um melhor desempenho dos alunos no processo de formação e preservar seu bem estar cognitivo e emocional.

**Palavras-chave:** Avaliação educacional. Currículo. Educação médica. Internato e residência.

- 
1. Graduadas em Psicologia pela Universidade do Estado de Minas Gerais (UEMG).
  2. Professor do curso de Psicologia da Universidade do Estado de Minas Gerais.

#### **Correspondência**

Thaís Ferreira Silva – Rua Paraná, 3001, Jardim Belvedere.  
CEP: 35501-170. Divinópolis - MG.

E mail: thaisilva30.ts@gmail.com

## ABSTRACT

**Introduction:** Mood disorders such as depression and anxiety may be risk factors in the academic background of medical students. The development of psychic sufferings can reflect as damages in their academic, social and professional routine. **Objective:** To describe the prevalence of depressive symptoms among medical students at the Itaúna University in the Center-West of Minas Gerais. **Method:** An exploratory, descriptive, cross-sectional and quantitative study with a sample of 60 medical students from the University of Itaúna (ITU), from the first to the fifth period. The instruments used for evaluation were the General Health Questionnaire (GHQ) and the Beck Scales. **Results:** 56.7% of academics with minimal symptoms and 20% with symptoms of moderate depression were identified through screening instruments. **Discussion:** Students are exposed to several factors that can act as triggers for the development of psychopathologies such as depression and anxiety in university. These illnesses appear on different levels, from the absence to the presence means of symptoms that affect the life of the future doctor. **Conclusion:** Psychic strategies aimed at the control and treatment of anxiety and depression are necessary to ensure better performance of students in the training process and to preserve their cognitive and emotional well-being.

**Keywords:** Medical students. Anxiety. Depression. Psychopathology.

## INTRODUÇÃO

A inserção na universidade por diversas vezes se revela como um fator desenvolvedor de pressão e tensão. Nesse campo carregado de variações emocionais como: sofrimentos, tristezas e insatisfações, o estudante pode encontrar dificuldades para lidar com as futuras realizações profissionais, experimentando sucesso ou conflitos pessoais, que podem levar ao fracasso. É importante que haja nesse ambiente uma estabilidade pessoal, institucional e social que garanta o bem-estar do acadêmico em todos estes níveis. O curso de medicina apresenta um nível elevado de dificuldades em suas exigências, uma vez que requer do indivíduo dedicação, sacrifício e resistência física e emocional<sup>1</sup>.

Mediante aos desafios postos pelo curso de graduação é possível relacionar diversos fatores de risco considerados como fontes potenciais e agravantes dos sintomas depressivos. Os estudantes de medicina têm como uma das dificuldades, uma extensa carga horária de dedicação que ultrapassa 8.000 horas de estudo. Nesse cenário, há vários fatores que podem influenciar na existência de depressão entre os discentes, como por exemplo, a vasta quantidade de material teórico e prático; o contato com doenças de diversas ordens; inseguranças em relação ao mercado de trabalho; impossibilidade de mudar o meio externo altamente competitivo e o ingresso em uma sociedade que se encontra cada dia mais exigente<sup>2, 3, 4</sup>.

Os estudantes de medicina apresentam a prevalência nove vezes maior que a da população em geral em relação à sintomatologia depressiva em face dos

desafios do início da vida acadêmica impostos pelo curso. Tais desafios podem acarretar a queda no desempenho acadêmico e prejuízos em atividades sociais, principalmente quando associados ao uso de tóxicos<sup>5</sup>. Há estudos que também comprovam a existência de comorbidades associadas a distúrbios do sono<sup>6</sup> e a transtornos alimentares<sup>7</sup>.

Na antiguidade, o termo depressão era denominado e (re)conhecido por melancolia – um estado de tristeza profunda<sup>8</sup>. Atualmente, segundo a Associação Americana de Psicologia – APA<sup>9</sup>, a depressão é classificada como um transtorno de humor que pode vir a perpassar toda a história do indivíduo que poderá apresentar baixa autoestima; desesperança; tristeza; autorrecriação e pessimismo.

Beck e Alford<sup>8</sup> sugerem que, as avaliações dos sintomas devem levar em consideração os níveis cognitivos, emocionais, físicos e motivacionais, contribuindo para a compreensão dos sintomas sob a visão biopsicossocial. A Terapia Cognitiva Comportamental (TCC) compreende a sintomatologia depressiva a partir da avaliação de sentimentos negativos em relação a si, ao mundo e ao futuro – sendo que tais sentimentos compõem a chamada tríade cognitiva

Segundo essa teoria, as visões negativas de si, do mundo e do futuro podem levar o indivíduo a desenvolver quadros de desesperança, dependência e humor deprimido. Pacientes deprimidos creem nos aspectos negativos a eles atribuídos por outras pessoas, contribuindo, assim, para que se autodesvalorizem e sintam-se inferiorizados perante os outros<sup>8</sup>.

A partir da compreensão do termo depressão, a Organização Mundial de Saúde (OMS)<sup>10</sup> afirma que, para classificar os Transtornos Depressivos (TD), em alguns casos, pode-se citar a presença do humor deprimido. Esse é relacionado à infelicidade, ao desânimo, à sensação constante de vazio, ao prazer diminuído, ao ganho ou perda de peso, à insônia e à fadiga<sup>9</sup>. Segundo Dalgarrondo<sup>11</sup>, a depressão pode estar associada a algumas comorbidades, como os transtornos ansiosos<sup>12</sup>. A ansiedade é vista como uma resposta de origem normal ou patológica, variando entre leve ou grave; episódica ou persistente e de causa física com comorbidades, podendo afetar alguns processos cognitivos básicos<sup>3,13</sup>. Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5)<sup>9</sup>, o transtorno é considerado prejudicial se presente em níveis elevados, quando pode se apresentar incapacitante para o portador.

Conforme dados do DSM - 5, cerca de 150 milhões de pessoas no mundo, sendo que 11 milhões de brasileiros são afetados pelo transtorno depressivo, com frequência estimada, por ano, de 10 a 15% da população geral. A possibilidade de um indivíduo na sociedade desenvolver um transtorno depressivo no decorrer da vida é de 10% a 25% para o sexo feminino e, de 12% a 15 %, para o sexo masculino<sup>9</sup>.

De acordo com estudo realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)<sup>14</sup>, 7,6% do total de brasileiros acima de 18 anos foram diagnosticados com o Transtorno Depressivo, sendo que entre os entrevistados, 3,9% são do sexo masculino e 10,9% do sexo feminino. Em Minas Gerais, cerca de 11% da população com idade acima de 18 anos desenvolve Transtorno Depressivo. Conforme pesquisa realizada pela Fundação Oswaldo Cruz, o diagnóstico da depressão no estado é mais recorrente entre pessoas do sexo feminino, sendo que essas respondem por 15,1% dos casos, contra 6,6% do sexo masculino. Cabe ressaltar que o mencionado estado apresenta uma média superior à registrada no Brasil<sup>15</sup>.

A depressão entre os acadêmicos de medicina é um fator de risco a ser levado em consideração, pois os transtornos emocionais em jovens estudantes e em médicos recém-formados vêm aumentando consideravelmente<sup>16</sup>. Para Souza et al.<sup>7</sup>, alunos de medicina tendem a ter o nível competitivo muito elevado, o que pode aumentar a probabilidade de ocorrência de transtornos como ansiedade e depressão, principalmente, nos períodos iniciais de sua formação.

Adewuya et al.<sup>5</sup>, avaliaram 101 estudantes e constataram que cerca de 15% a 25% dos acadêmicos da Nigéria inseridos no Ensino Superior desenvolveram Transtornos Mentais no decorrer de sua trajetória formativa. Já Rimmer, Halikas e Schuckit<sup>17</sup>, identificaram como critérios diagnósticos de doenças comportamentais, no decorrer de aproximadamente quatro anos, a incidência apresentada dessas foram de 39% de doenças psiquiátricas em 14% a 19% dos acadêmicos. A depressão foi pontuada pelos autores como a patologia mais relevante naquele contexto.

Dentre as doenças psiquiátricas, há uma ampla gama de transtornos. Em futuros médicos é possível constatar, também, a existência de sintomas de ansiedade<sup>4</sup>. Com base em pesquisa realizada na Universidade Federal do Rio

Grande do Norte (UFRN), estima-se que alunos das áreas de tecnologia e ciências humanas não têm os escores de ansiedade tão elevados como os de estudantes da área biomédica que possuem um percentual maior – 43,32%. O aumento da ansiedade entre estudantes dessa área foi relacionado também às demandas sociais, culturais e econômicas do campo, sendo consideradas de maior intensidade e impacto na vida desses sujeitos. Entre as diversas profissões da área de ciências biológicas, a medicina é alvo de grandes agentes ansiosos e estressores da atualidade, não só pelo prestígio da profissão, mas, também, pelos desafios que a formação e a profissão acarretam<sup>3</sup>.

Outra pesquisa realizada na Universidade Federal de São Paulo constatou que, cerca de 28,7% dos acadêmicos de medicina apresentaram manifestações de ansiedade e depressão devido aos altos níveis de aflição dos alunos. Destes, 8% a 15% buscaram os serviços psiquiátricos durante sua formação<sup>4</sup>. Quando avaliados os prejuízos deste adoecimento, verificou-se que o abandono do curso chegou a 15%, sendo que a intenção de fazê-lo atinge 41% dos acadêmicos<sup>18</sup>.

Vallilo et al.<sup>19</sup> e Amaral, Gomide e Batista<sup>2</sup>, argumentam que, aparentemente, os transtornos depressivos são mais predominantes no sexo feminino devido ao fato das mulheres serem mais emotivas para encararem as situações impostas pelo cotidiano. Os referidos autores citam também a importância de alguns indícios cognitivos que levam ao pensamento negativo, como a culpa e a autoacusação. Em um estudo feito por Porcu, Fritzen e Helber<sup>20</sup>, foi identificada a predominância no sexo masculino de 55,6% dos casos. Já na pesquisa de Olson e Von Knorring<sup>21</sup>, foi constatado que, a cada três casos de depressão, dois são de mulheres e um de homem, sendo que esses estudos não foram realizados especificamente entre médicos.

Em relação ao tratamento, há muita negação e medo do estigma. Por isso, muitos não procuram assistência<sup>20,2</sup>. Quando o sujeito passa por situações de desconforto que interferem na produtividade, na qualidade de vida ou nas habilidades sociais, ocorre sofrimento psíquico ou dor moral, também chamado de depressão reativa, decorrente de um evento marcante ou pressão psicológica<sup>22</sup>.

Outra causa a ser mencionada é a idade de ingresso no curso, pois os acadêmicos de medicina se encontram em processo de amadurecimento cognitivo e físico, já que, geralmente, muitos ingressam na vida acadêmica no findar da

adolescência, com grandes dúvidas em relação à escolha profissional e ao fato de alguns terem que mudar de cidade para fazer o curso – aspectos que prejudicam o aluno. O processo de aprendizado é intenso devido ao contato diário diretamente com a morte e o sofrimento de pacientes<sup>2,4</sup>.

Tendo em vista a necessidade da identificação de psicopatologias em estudantes e o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento, assim como a busca de ferramentas para o auxílio na redução de sintomas e sofrimentos, o presente trabalho tem por objetivo descrever a prevalência de sintomas depressivos entre os estudantes de Medicina da Universidade de Itaúna no Centro-Oeste mineiro.

## **MÉTODO**

O presente estudo é de cunho exploratório, descritivo, transversal e quantitativo abrangendo acadêmicos de medicina da Universidade de Itaúna, no centro-oeste mineiro.

### **Participantes**

A população estudada é constituída por estudantes matriculados do 1º ao 5º período do curso de Medicina da Universidade de Itaúna, totalizando 220 alunos. A amostra foi selecionada a partir do interesse dos alunos em participar do estudo, sendo a amostra constituída por conveniência composta por 60 acadêmicos de ambos os sexos. A faixa etária dos estudantes variou de 18 a 28 anos (Média: M= 20,67; Desvio Padrão: DP= 2,31), adotando-se como critério de inclusão, a idade mínima de 18 anos e a condição de matriculado no curso de medicina da mencionada universidade.

### **Instrumentos**

Neste estudo utilizou-se o Questionário de Saúde Geral (QSG) e as Escalas Beck. O QSG que é constituído por questões que têm por objetivo coletar informações sobre as condições econômicas, sociais, de saúde, demográficas, entre outros aspectos que possam contribuir para um conhecimento mais amplo do voluntário. O questionário é estruturado a partir dos seguintes elementos:

identificação do voluntário; dados familiares; dados econômicos; dados de estado de saúde, entre outros.

As Escalas Beck são indicadas para pesquisa com indivíduos que possuem a idade entre 17 e 80 anos, tendo por objetivo, fazer uma triagem de sintomas psicopatológicos. No Brasil, o uso dos instrumentos é permitido entre profissionais qualificados, com experiência clínica e treinamento, ou por graduandos em psicologia desde que sob a supervisão de um profissional psicólogo. É uma medida de autoavaliação de depressão, ansiedade, desesperança e ideação suicida amplamente utilizada tanto em pesquisa quanto em clínica. O referido instrumento tem tradução e validação no Brasil e em outros diferentes países<sup>23</sup>. O Inventário de Ansiedade (BAI)<sup>24</sup> foi criado com o objetivo fornecer informações psicométricas. Com o escore produzido pela escala de 21 itens é possível identificar os níveis de ansiedade apresentados.

A Escala de Desesperança de Beck (BHS)<sup>24</sup> é dicotômica à medida que mensura a dimensão do pessimismo ou a extensão das atitudes negativas frente ao futuro, descrevendo assim, sua atitude na direção da desesperança. O BHS contempla a última semana, incluindo também, o dia que em que é aplicado sendo composto por 20 itens.

O Inventário de Depressão (BDI)<sup>24</sup> possui 21 itens que possibilitam descrever como o sujeito vinha se sentindo nas duas últimas semanas que antecedem ao estudo, inclusive no próprio dia da aplicação. Estes itens dizem respeito a níveis de gravidade crescentes de depressão. A pontuação final é classificada nos seguintes níveis: mínimo, leve, moderado e grave, indicando assim, a intensidade da depressão.

A Escala de Ideação Suicida (BSI)<sup>24</sup> é um instrumento de autorrelato composto por 21 itens e objetiva a identificação da presença de ideação suicida, além de avaliar os planos, comportamentos e atitudes encontrados no paciente que podem levá-lo ao suicídio.

## **Procedimentos**

A pesquisa foi apresentada à Coordenação do curso de medicina e aos alunos no segundo semestre do ano de 2016. Após o primeiro contato e convite para participação voluntária dos discentes, os pesquisadores receberam individualmente

os voluntários para a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e aplicação dos instrumentos. O tempo médio de resposta foi de 40 minutos lembrando que os instrumentos utilizados eram autoaplicados. Durante o processo de preenchimento dos instrumentos, os pesquisadores observaram, avaliaram e monitoraram todo o desenvolvimento, tendo como critério, o respeito às condições físicas e psicológicas dos participantes na avaliação.

### **Análise de dados**

Foram realizadas análises estatísticas descritivas para caracterização da amostra e sumarização dos dados coletados. Análises estatísticas inferenciais, como o Teste T de Student e o Teste de Correlação de Person foram utilizados para verificar a existência da relação entre os resultados obtidos pelos indivíduos em comparação ao sexo, período, níveis de sintomas depressivos e ansiedade com comparação intra e entre grupos. Todas as análises foram conduzidas a partir do software estatístico SPSS versão 22.0, à exceção da randomização da amostra que foi realizada por meio do programa Microsoft Excel (Windows 10).

### **Considerações éticas**

Todas as recomendações éticas foram seguidas em todas as etapas do processo em consideração ao direito e ao respeito humano. O presente trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética da UEMG com base no Parecer de N° 1.756.720.

## **RESULTADOS**

Do total de 60 participantes voluntários da pesquisa (N= 60), encontram-se 37 mulheres (61,7%) e 23 homens (38,3%). O total da amostra foi dividido em cinco períodos referentes ao curso de medicina, totalizando 12 alunos (20%) de cada, respectivamente (M= 3,00; DP= 1,42).

Os resultados encontrados na Escala de Depressão (BDI: M= 1,63; DP= 0,802) foram de 34 indivíduos em nível mínimo (56,7%), 14 em nível leve (23,3%), 12 em nível moderado (20%) e zero em nível grave (0%), dos quais 16 mulheres (47,06%) e 18 homens (52,94%) no nível mínimo; 9 mulheres (64,28%) e 5 homens (35,72%) no nível leve e 12 mulheres (91,6%) e 1 homem (8,4%) no moderado. Destacam as mulheres com mais sintomas depressivos (Tabela 1).

**TABELA 01 – Frequência e sintomas depressivos segundo as escalas BDI e BAI por sexo e nível mínimo, leve, moderado e grave dos estudantes de medicina**

	Mínimo	Leve	Moderado	Grave
BDI	34	14	12	0
Feminino	16	9	11	0
Masculino	18	5	1	0
BAI	20	22	14	4
Feminino	9	13	12	3
Masculino	11	9	2	1

Dos resultados encontrados no BDI, as alternativas mais marcadas e significativas para a pesquisa foram as que diziam “sou crítico em relação a mim por minhas fraquezas ou erros” (48,33%); “fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que costumava” (46,66%); “estou menos interessado pelas outras pessoas do que costumava estar” (43,33%); “não durmo tão bem como costumava” (45%) e “fico cansado mais facilmente do que costumava” (70%).

Na Escala de Ansiedade (BAI: M= 2,03; DP= 0,920) foram encontrados 20 em nível mínimo (33,3%); 22 em nível leve (36,7%); 14 no moderado (23,3%) e 4 no grave (6,7%), distribuídos entre 11 homens (55%) e 9 mulheres (45%) em nível mínimo; 9 (41%) e 13 (59%) em leve; 2 (14,29%) e 12 (85,71%) em nível moderado e, 1 (25%) e 3 (75%) em nível grave, respectivamente. O sexo feminino apresenta maiores níveis de ansiedade. (Tabela 2).

**TABELA 02 - Frequência de nível de sintomas depressivos e de ansiedade segundo os períodos do curso por nível mínimo, leve, moderado e grave dos estudantes de medicina**

	Mínimo (BDI/BAI)	Leve (BDI/BAI)	Moderado (BDI/BAI)	Grave (BDI/BAI)
1º	3/0	4/5	5/5	0/2
2º	7/8	3/1	2/3	0/0
3º	7/2	3/5	2/5	0/0
4º	8/5	2/6	2/0	0/1
5º	9/5	2/5	1/1	0/1

Na escala BAI, as respostas mais marcadas de valor significativo para o presente trabalho são as questões classificadas em nível moderado (que

correspondem às que puderam suportar, mas que foi desagradável) “incapaz de relaxar” (38,33%), “medo que aconteça o pior” (35%) e “nervoso” (46,66%).

Na Escala de Desesperança (BHS; M= 1,37; DP= 0,663) foram encontrados 43 em nível mínimo (71,7%), 13 em nível leve (21,7%), três em nível moderado (5%) e um em nível grave (1,7%), sendo 19 homens (44,19%) e 24 mulheres (55,81%) em nível mínimo, dois homens (15,39%) e 11 mulheres (84,61%) no leve, um homem (33,33%) e duas mulheres (66,67%) no moderado e um (100%) homem em grave. Assim, conforme apresentam os dados, as mulheres pontuam mais que os homens.

E na Escala de Ideação Suicida (BSI: M= 1,888; DP= 0,324) foram encontrados sete casos positivos para esta ideação (11,7%) e 53 negativos (88,3%) – cinco mulheres (71,42%) e dois homens (28,58%) com maior nível de ideação no sexo feminino.

A partir das aplicações do BDI por período (do 1º ao 5º), os dados mais relevantes encontrados (Tabela 3) foram: no 1º período, três voluntários encontram-se em nível mínimo (5%) e cinco em moderado (8,33%). No 2º, sete em nível mínimo (11,66%); no 3º sete em nível mínimo (11,66%). No 4º período, oito em nível mínimo (13,33%) e no 5º, nove nesse mesmo nível (15%).

<b>TABELA 3 - Test t dos resultados relacionados ao dos estudantes de medicina segundo as Escalas Beck</b>				
	<b>Teste</b>	<b>Feminino</b>	<b>Masculino</b>	<b>Significância</b>
BDI	Média	14,19	9,13	<0,05
	DP	8,44	6,36	
BAI	Média	17,3	12	<0,05
	DP	9,67	8,7	
BHS	Média	3,76	3,39	>0,05
	DP	2,37	3,91	
BSI	Média	0,43	0,26	>0,05
	DP	1,3	0,86	

O Teste T Student comparou o sexo (homens e mulheres) com os resultados (Tabela 4) das Escalas Beck, nos quais os números obtidos foram estatisticamente significativos em BAI e BDI ( $p < 0,05$ ). Já nas escalas BHS e BSI, não foram significativas, indicando  $p > 0,05$ .

	<b>BDI</b>	<b>BAI</b>	<b>BHS</b>	<b>BSI</b>
<b>BDI</b>	-	0,59	0,32	-0,16
<b>BAI</b>	0,59	-	0,23	-0,21
<b>BHS</b>	0,32	0,23	-	-0,27
<b>BSI</b>	-0,16	-0,21	-0,27	-

Foi realizada, a partir do resultado de BDI, a correlação com os dados das outras escalas, obtendo-se resultados estatisticamente significativos em apenas duas escalas BAI ( $r = 0,59$ ;  $p < 0,05$ ) e BHS ( $r = 0,32$ ;  $p < 0,05$ ). A escala BSI ( $r = -0,16$ ;  $p > 0,05$ ) não foi favorável para a presente correlação.

No QSG dos acadêmicos de Medicina que mencionaram ter histórico familiar de doenças psiquiátricas, 10 voluntários que apresentam sintomas depressivos se encontram em nível mínimo (50%); seis em leve (30%) e quatro em moderado (20%).

Em relação à pressão, à tensão e ao estresses gerados pelos trabalhos da universidade apresentados no QSG, 31,66% dos estudantes relataram sentir muita pressão, apresentando sintomas depressivos leves e moderados. A correlação foi fraca ( $r = 0,34$ ), porém, foi estatisticamente significativa ( $p < 0,01$ ).

## **DISCUSSÃO**

No estudo com os acadêmicos de Medicina da Universidade de Itaúna os resultados obtidos mostram que a ansiedade é mais significativa do que a depressão, corroborando com resultados encontrados por Vasconcelos et al.<sup>4</sup>, e Ferreira et al.<sup>3</sup>, que apontam um maior índice de ansiedade entre acadêmicos da área. Em estudos sobre fatores associados à ansiedade entre os discentes, os autores acima mencionados<sup>3</sup>, encontraram uma relação entre os desafios e prestígios que a profissão acarreta, destacando que a medicina é alvo de grandes

agentes estressores e ansiosogênicos na atualidade. Contradizendo esses autores, Rimmer, Halikas e Schuckit<sup>17</sup> apontaram o TD como mais relevante para os acadêmicos.

Os resultados encontrados nas escalas BDI e BAI demonstraram níveis de ansiedade estatisticamente mais relevantes entre os acadêmicos de medicina, evidenciando maior fator de risco para os Transtornos de Ansiedade. Segundo o DSM-5, estes podem ser classificados por várias formas de transtornos, desde o Transtorno de Ansiedade Social até os Transtornos de Ansiedade Não Especificados (APA)<sup>9</sup>.

As investigações e atividades acadêmicas não estiveram fora da esfera do aumento da ansiedade, sendo cada vez maior a identificação desses casos nos cursos de graduação. Tais casos têm sido associados a problemas de desempenho. Os desafios da academia, juntamente à inexperiência e despreparo para as situações e interferências de horas de estudo têm sido associados ao aumento de ansiedade e estresse entre universitários<sup>13</sup>.

Conforme os resultados da pesquisa, relacionando os escores da escala de depressão com os períodos correspondentes, pode-se descrever estatisticamente, que acadêmicos de medicina apresentam maiores índices de Transtorno Depressivo nos períodos iniciais do curso. Souza et al.<sup>7</sup>, em suas pesquisas ressaltaram que os acadêmicos tendem a ter sintomas depressivos mais no início do curso, pois o nível competitivo é mais elevado do que nos períodos que se seguem. Corroborando com os resultados encontrados que indicam que os níveis de sintomas depressivos apresentados no primeiro período são maiores que os níveis encontrados no quinto.

Participantes do sexo feminino demonstram pontuações maiores na escala de depressão, o que corrobora a ideia que essas são mais vulneráveis ao TD. Dados também confirmados nos estudos feitos por Vallilo et al.<sup>19</sup> e Amaral, Gomide e Batista<sup>2</sup>, afirmam que mulheres são mais emotivas e negativas, possuindo assim dificuldades de enfrentamento em situações cotidianas.

O porquê de mulheres serem mais depressivas ainda não é um caso concluído; há hipóteses biológicas que são levadas em consideração, por exemplo, as questões hormonais que geram mudanças de humor como a tensão pré-menstrual, gravidez e o período perimenopausal. Além das mudanças hormonais, há diferenças de funções reprodutivas, neuroendócrinas, estruturas e funções

cerebrais, juntamente com as mudanças psicológicas e socioculturais que englobam o status social diminuído em relação aos homens e os efeitos na sociedade<sup>25</sup>.

Quanto aos resultados obtidos no QSG em relação ao histórico familiar de doenças psiquiátricas, apresentaram acadêmicos de medicina com níveis variados de sintomas depressivos, obtendo valores significativos entre a relação familiar. Esse resultado relaciona-se com a ideia de Rodrigues<sup>26</sup> que afirma que, fatores hereditários são as principais causas para o desenvolvimento de tal doença, caracterizando a psicoterapia cognitiva como tratamento eficiente para a depressão.

Os índices de tensão e estresse na universidade são retratados pelos acadêmicos em níveis moderados e leves de depressão, nos quais apontam muita pressão. Benevides e Gonçalves<sup>1</sup> revelam que a universidade é um lugar de tensão e pressão por ser um campo carregado de variações emocionais, no qual são encontradas dificuldades para lidar com as realizações ou insatisfações pessoais. Segundo os autores, o processo de formação em medicina apresenta um nível elevado de exigências que requer do estudante resistência física e emocional necessária para seu desenvolvimento acadêmico-profissional.

Com base dos resultados concebidos, compreende-se a importância de atualizações e realizações de novas pesquisas sobre o assunto no Brasil, em especial, incluindo um número maior de universidades e abrangendo mais acadêmicos, para que assim, abram-se possibilidades de avançar nos estudos sobre depressão e ansiedade presentes no curso de medicina, como também, aumentar as possibilidades de uso dos instrumentos e intervenções após as avaliações, visando assistência na saúde mental.

## **CONCLUSÃO**

No presente estudo foi possível, a partir dos dados coletados, analisar a prevalência de sintomas depressivos nos acadêmicos de Medicina da Universidade de Itaúna, o que sinaliza uma possibilidade de vulnerabilidade para o desenvolvimento de psicopatologias nos sujeitos estudados. A compreensão da depressão e a ansiedade, assim como as demais psicopatologias, se fazem necessária para melhor identificação e análise dos fatores de risco que possam contribuir para o desenvolvimento de sofrimento psicológico nos estudantes ao longo de todo o processo acadêmico.

Contudo, a partir dos resultados obtidos podemos inferir que, no início do curso, os estudantes são mais propensos a desenvolver sintomas depressivos, considerando o nível competitivo que os cercam, o estresse e os processos de adaptação. Para minimizar estes impactos deve-se pensar em estratégias voltadas para a adaptação de disciplinas no início do curso com foco no desenvolvimento de vínculos saudáveis e no manejo e educação das emoções e cognições. Estes conteúdos podem auxiliar os acadêmicos nas novas rotinas e também no enfrentamento de dificuldade ao longo da vida do acadêmico.

Em relação ao gênero, grupos de educação em saúde direcionados às mulheres devem ser adotados como possibilidade de intervenção com foco na prevenção de agravos como os citados ao longo do trabalho. Estas ações devem ser adotadas para que as estudantes possam desenvolver resiliência e maior assertividade ao longo da formação, o que possibilitaria a redução de sofrimentos e melhoria da saúde mental.

Visando à melhoria na qualidade de vida dos acadêmicos, momentos de lazer devem ser estimulados, assim como são priorizadas as atividades acadêmicas. Tendo como objetivo a redução dos níveis de ansiedade, práticas voltadas para o relaxamento e alívio de tensões por meio de atividades esportivas e dinâmicas podem ser trabalhadas para que os estudantes se sintam mais à vontade ao estarem no ambiente universitário, que muitas vezes se apresenta como aversivo.

A implementação de grupos de apoio com atendimento psicológico e a criação do plantão psicológico podem se constituir como serviços essenciais no curso. O atendimento psicológico pode auxiliar os acadêmicos a lidarem com pensamentos disfuncionais e na regulação de suas emoções, por meio do plantão, que é uma prática de psicoterapia breve e acessível. Este espaço de escuta tem como objetivo aliviar os sintomas e reduzir o sofrimento por meio da prevenção ao risco de adoecimentos psíquicos.

A Terapia Cognitiva Comportamental trabalha no desenvolvimento da autonomia do indivíduo, buscando a instrumentalização frente a suas dificuldades. Este modelo teórico tem como referência pesquisas empíricas em psicologia com práticas baseadas em evidências. Assim, pode-se pensar em intervenções junto aos acadêmicos que priorizem o desenvolvimento de estratégias de *coping*, de reestruturação cognitiva e de prevenção de recaídas.

A partir do presente estudo, abre-se possibilidades e intervenções disponíveis entre a Psicologia e o curso de Medicina, como é possível usar a Terapia Cognitiva Comportamental para integrar e intervir positivamente nas dificuldades encontradas ao longo do processo de formação. O que permite ao aluno uma posição saudável frente às dificuldades encontradas, como reconhecimento dos fatores adoecedores, avaliação das suas cognições e emoções e ativação de habilidades funcionais para a manutenção do seu bem estar biopsicossocial.

## REFERÊNCIAS

1. Benevides-Pereira AMT, Gonçalves MB. Transtornos emocionais e a formação em Medicina: um estudo longitudinal. *Rev. Bras. Educ. Med.* 2009; 33 (1): 10 - 23.
2. Amaral GF, Gomide LMP, Batista MP. Sintomas depressivos em acadêmicos de medicina da Universidade Federal de Goiás: um estudo de prevalência. *Rev Psiquiatr (RS)*. 2008; 30(2): 124-130.
3. Ferreira CL, Almondes KM, Braga L P, Mata ANS, Lemos CA, Maia EM C. Universidade, contexto ansiogênico? Avaliação de traço e estado de ansiedade em estudantes do ciclo básico. *Rev. Ciência & Saúde Coletiva*. 2009; 14(3): 973-81.
4. Vasconcelos TC, Dias BRT, Andrade LR, Melo GF, Barbosa L, Souza E. Prevalência de Sintomas de Ansiedade e Depressão em Estudantes de Medicina. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2015; 39 (1): 135-42.
5. Adewuya AO, Ola BA, Aloba OO, Mapayi BM, Oginni OO. Depression amongst Nigerian university students. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2006 Aug; 41(8): 674-678.
6. Loayza MP, Ponte TS, Carvalho CG, Pedrotti MR, Nunes PV, Souza MC, Zanette CB, Voltolini S, Chaves MLF. Association between mental health screening by self-report questionnaire and insomnia in medical students. *Arq Neuro-psiquiatr*. 2001; 59(2A):180-5.
7. Souza FGM, Martins MCR, Monteiro FCC, Menezes Neto GC, Ribeiro IB. Anorexia e bulimia nervosa em alunas da faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará – UFC. *Rev Psiquiatr Clín (São Paulo)*. 2002. 29(4):172-80
8. Beck AT, Alford BA. *Depressão: causas e tratamento*. 2ª edição. São Paulo: Artmed; 2011.
9. American Psychiatric Association (APA). *Referência rápida aos critérios diagnósticos do DSM-5*. Porto Alegre: Artmed; 2015.

10. OMS. Organização Mundial de Saúde. Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.

11. Dalgalarondo P. Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais. 2ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul; 2008. p.190-93.

12. Kessler RC, Greenberg PE, Mickelson KD, Meneades LM, Wang PS. The Effects of Chronic Medical Conditions on Work Loss and Work Cutback. J Occup Environ Med. 2001 Mar; (3): 218-25.

13. Santos LAS, Sandin GR, Sakae TM. Associação de cefaleia e ansiedade em estudantes de Medicina de uma universidade do sul de Santa Catarina. Revista da AMRIGS. Porto Alegre, 2010, jul.-set. 54(3): 288-93.

14. INSTITUTO Brasileiro de Geografia e Estatística (BR). Diretoria de Pesquisas. Coordenação de Trabalho e Rendimento. Sistema Integrado de Pesquisas Domiciliares (SIPD) [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2013. [acesso em 25 abr. 2016].

15. Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) [Internet]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2013.

16. Smith JW, Denny WF, Witzke DG. Emotional impairment in internal medicine house staff. JAMA. 1986 Mar 7; 255(9):1155-8.

17. Rimmer J, Halikas JA, Schuckit MA. Prevalence and incidence of psychiatric illness in college students: a four year prospective study. Journal of the American College Health Association. 1982 Apr. 30(5): 207-11.

18. Bruch TP, Carneiro EA, Jornada LK. Presença de sintomas psiquiátricos em estudantes de medicina de Universidade do sul do Brasil. ACM Arq. Catarin. Med; 2009 out.-dez.; 38(4): 61-65.

19. Vallilo NG, Danzi Júnior R, Gobbo R, Ferreira Novo N, Hübner CVK. Prevalência de sintomas depressivos em estudantes de medicina. Rev. Bras Clin Med [online]. São Paulo. 2011 jan-fev; 9(1): 36-41. [acesso em 24 outubro 2016] Disponível e <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2011/v9n1/a1720.pdf>

20. Porcu M, Fritzen VC, Helber C. Sintomas depressivos nos estudantes de Medicina da Universidade Estadual de Maringá. Psiquiatria na Prática Médica [online]. 2001 jan-mar. 34(1). [acesso em 21 setembro 2016] Disponível em: [http://www2.unifesp.br/dpsiq/polbr/ppm/original5\\_01.htm](http://www2.unifesp.br/dpsiq/polbr/ppm/original5_01.htm) .

21. Olson G, Von Knorring AL. Beck's Depression Inventory as a screening instrument for adolescent depression in Sweden: gender differences. Acta Psychiatrica Scandinavica. 1997 apr. 95 (4): 277-82.

22. Coutinho MPL, Saldanha AAW. Representações sociais e práticas em pesquisa. João Pessoa, PB: Editora Universidade Federal da Paraíba; 2005.

23. Gorenstein C, Andrade L. Inventário de Depressão de Beck: Propriedades psicométricas da versão em português. Rev. Psiq. Clinica. 2005; 25 (5); 245-250.

24. Beck AT, Steer RA. Beck Depression Inventory. Manual. San Antonio: Psychology Corporation, 1993.

25. Komstein S. Gender differences in depression: Implications for treatment. Journal of Clinical Psychiatry. 1997; 58(15, Suplemento); 12-18.

26. Rodrigues, MJSF. O Diagnóstico de Depressão. Psicologia USP. 2000. 1(11) 2000: 155-87.