

PREVALÊNCIA DE TRANSTORNOS DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO ENTRE ESTUDANTES DE MEDICINA DE UMA FACULDADE PARTICULAR DE CASCABEL - PARANÁ

ZUCCHI, Marília Gabriela¹
BRUNELLI, Andressa Samira²
MEZZOMO, Carolina³
SCHUARZ, Josiane Antônio⁴
ANDRIOLLO, Luhza⁵
GRIEP, Rubens⁶
CAVALLI, Luciana Osório⁷

RESUMO

Objetivo: Avaliar se os estudantes de medicina de uma faculdade particular de Cascavel sofrem mais de transtornos mentais como depressão e ansiedade que a população brasileira geral, como também identificar a prevalência, perfil epidemiológico e diferenças de acometimento conforme período no curso. **Material e Método:** Foi um estudo transversal, de campo, do tipo quantitativo, com amostra de 239 estudantes do curso de Medicina de uma faculdade particular de Cascavel – PR. Os dados foram coletados através de questionários de ansiedade e depressão de Beck. **Resultados:** O número total de participantes foi de duzentos e trinta e nove estudantes, sendo que cento e sessenta são do gênero feminino (66,945%) e setenta e nove do gênero masculino (33,054%). Desse total cento e quarenta e seis estudantes estão no primeiro ano (61,087%), setenta e sete no terceiro ano (32,217%), e dezesseis no sexto ano (6,694%). A prevalência geral de estudantes com diagnóstico de depressão foi de 7,949% enquanto que de ansiedade foi de 17,991%. Na avaliação de sintomas depressivos e ansiosos através do questionário de Beck, 53,138% dos estudantes apresentam sintomas depressivos, sendo que em torno de 26,1% esses sintomas são de moderado a grave, enquanto 56,902% dos estudantes apresentam sintomas ansiosos sendo 32,635% destes são de moderado a grave. **Conclusão:** Observou-se índices de ansiedade e depressão bastante elevados se comparados a população geral. Além disso o sexo feminino é mais acometido, assim como os estudantes de períodos mais avançados do curso.

PALAVRAS-CHAVE: Ansiedade, Depressão, Estudante de Medicina.

PREVALENCE OF ANXIETY DISORDERS AND DEPRESSION BETWEEN STUDENTS OF MEDICINE OF A PARTICULAR FACULTY OF CASCABEL - PARANÁ

ABSTRACT

Objective: To evaluate if the medical students of a private college of Cascavel, suffer more from mental disorders such as depression and anxiety than the overall Brazilian population, but also to identify the prevalence, epidemiology and involvement differences according to the period course. **Material and Methods:** It was a cross-sectional study of field, quantitative, with a sample of 239 students of the medical school of a private college of Cascavel - PR. Data were collected by Beck anxiety and depression questionnaires. **Results:** The total number of participants was two hundred and thirty-nine students, of which one hundred and sixty were female (66,945%) and seventy-nine male (33,054%). Of this total, one hundred and forty-six students are in the first year (61,087%), seventy-seven in the third year (32,217%), and sixteen in the sixth year (6,694%). The overall prevalence of students diagnosed with depression was 7,949% while

¹ Acadêmica do Curso de Medicina do Centro Universitário Assis Gurgacz de Cascavel – PR. E-mail: marilia_2159@hotmail.com

² Acadêmica do Curso de Medicina do Centro Universitário Assis Gurgacz de Cascavel – PR. E-mail: andressa.brunelli@hotmail.com

³ Acadêmica do Curso de Medicina do Centro Universitário Assis Gurgacz de Cascavel – PR. E-mail: carol_mezzomo@hotmail.com

⁴ Acadêmica do Curso de Medicina do Centro Universitário Assis Gurgacz de Cascavel – PR. E-mail: joantonio1507@hotmail.com

⁵ Acadêmica do Curso de Medicina do Centro Universitário Assis Gurgacz de Cascavel – PR. E-mail: luh.andriolo@hotmail.com

⁶ Professor Mestre de Medicina da Família e Comunidade do Curso de Medicina do Centro Universitário Assis Gurgacz, Cascavel – PR, Brasil. E-mail: rgriep@gmail.com

⁷ Professor Mestre de Medicina da Família e Comunidade do Curso de Medicina do Centro Universitário Assis Gurgacz, Cascavel - PR, Brasil. E-mail: losoriocavalli@yahoo.com.br

anxiety was 17.991%. In the evaluation of depressive and anxiety symptoms by Beck questionnaire, 53.138% of the students present depressive symptoms, and around 26.1% of these symptoms are moderate to severe, while 56.902% of students have anxiety symptoms being 32.635% of these are of moderate to severe. **Conclusion:** It was observed rates of anxiety and depression quite high compared to the general population. Besides that, the female is most affected, as well as students from more advanced course periods.

KEYWORDS: Anxiety, Depression, Medical Student.

1. INTRODUÇÃO

Segundo Adewuya *et al.* (2006), estima-se que 15% a 25% dos estudantes universitários apresentam algum tipo de transtorno psiquiátrico durante sua formação acadêmica. Entre esses transtornos, Cerchiari, Caetano e Faccenda (2005) relatam como os mais frequentes os distúrbios psicossomáticos como depressão e ansiedade. Um estudo realizado por Eller et al (2006) na Estônia, evidenciou alta porcentagem de estudantes de medicina com transtornos mentais, sendo que 21,9% apresentavam sintomas de ansiedade e 30,6% tinham sintomas de depressão.

Diante dos altos índices destes transtornos mentais em estudantes de medicina, já mostrados em outros trabalhos, é importante avaliarmos os acadêmicos do curso de medicina de uma faculdade particular de Cascavel, buscando saber se a prevalência desses transtornos de ansiedade e depressão é maior que a da população brasileira geral, fazendo-o através de dado estatístico de prevalência, obtendo dessa maneira a situação da saúde mental dos estudantes desta Instituição, afim de tentar melhorar a qualidade de vida dos mesmos.

Então busca-se avaliar, se, comparado à população geral, os estudantes de medicina de uma faculdade particular de Cascavel sofrem mais de transtornos mentais como depressão e ansiedade, além de identificar qual é a prevalência de transtornos mentais, como depressão e ansiedade, qual o perfil epidemiológico desses estudantes portadores dos transtornos, e verificar se existe diferença na prevalência de acordo com o período em que se encontra no curso de Medicina.

2. METODOLOGIA

O trabalho em questão foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos da Faculdade Assis Gurgacz (CEP/FAG) e foi aprovado sob o parecer 1.667.068. Trata-se de um estudo transversal, de campo, do tipo quantitativo, envolvendo alunos que estão no primeiro, terceiro e sexto ano, de uma faculdade de Medicina particular de Cascavel - PR, totalizando um número de 239 participantes. A coleta de dados se deu com a análise de questionários aplicados aos

alunos, lembrando que trata-se de uma pesquisa descritiva, uma vez que os fatos são observados, registrados, analisados, classificados e interpretados sem a interferência do pesquisador.

Os questionários aplicados em questão são o de Ansiedade (BAI) e Depressão de Beck (BDI). Segundo Maluf (2002) o BDI foi desenvolvido por Beck e colaboradores (1961) para ser possível avaliar a presença e intensidade de sintomas depressivos. Seus itens foram derivados de observações clínicas de pacientes deprimidos em psicoterapia e posteriormente foram selecionados aqueles sintomas que pareceram ser específicos da depressão e que encontravam ressonância com critérios diagnósticos do DSM III e da literatura sobre depressão. Segundo seus autores, o BDI revelou-se um instrumento com alta confiabilidade (0,86) e boa validade quando comparado com o diagnóstico realizado por profissionais. De acordo com a mesma autora o BAI foi desenvolvido para avaliar os sintomas ansiosos, através de 21 itens que refletem somaticamente, afetivamente e cognitivamente esses sintomas, mostrando uma boa consistência interna (0,92) e boa confiabilidade.

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1 DEPRESSÃO

De acordo com Teodoro (2010), a depressão tem ganhado destaque no cenário mundial, com um incremento do número de casos de maneira significativa, já sendo denominada de “o mal do século”. Possivelmente irá atingir cerca de 15% e 20% da população mundial, ao menos uma vez na vida.

De acordo com dados da OMS (Organização Mundial de Saúde) divulgados em 2001, a depressão ocupa na atualidade o 4º lugar entre as causas de ônus em doenças degenerativas e mortes prematuras. As informações divulgadas revelam que os índices da doença são crescentes, tendo aumentado 60% nos últimos quarenta e cinco anos e até o ano de 2020 a depressão deverá ocupar o 2º lugar na referida classificação, perdendo apenas para as doenças cardíacas (TEODORO, 2010, p.38).

Em um estudo de âmbito nacional, realizado por Fleck *et al* (2002), as pessoas que sofrem mais com sintomas depressivos, utilizavam mais os serviços de saúde, ficavam mais tempo internados em hospitais, e tinham um índice de falta no trabalho mais elevado que as pessoas menos deprimidas.

Segundo Del Porto (1999, p.6) “o termo depressão, na linguagem corrente, tem sido empregado para designar tanto um estado afetivo normal (a tristeza), quanto um sintoma, uma síndrome e uma (ou várias) doença(s).” O mesmo autor diz que como sintoma a depressão pode estar colocada dentro de inúmeros quadros clínicos como alcoolismo, transtorno de estresse pós traumático, entre outros, e além disso pode ser consequência de algumas situações sociais desfavoráveis. Como síndrome, a depressão não se basta apenas como alteração de humor, ela deve estar associada a algumas outras alterações, como mudança no padrão do sono, do apetite, alterações cognitivas e psicomotoras. Já como doença, a depressão pode ser classificada de várias formas, sendo que essas dependem muito de cada autor, do ponto de vista, e do período histórico. Dessa maneira podemos encontrar a depressão relatada na literatura como transtorno depressivo maior, melancolia, distimia, depressão integrante do transtorno bipolar tipos I e II, depressão como parte da ciclotimia, entre outros.

Vale ressaltar então, segundo o manual de especialização em saúde da família que a depressão como sintoma de transtorno mental comum, é o mais diagnosticado na população, e seu diagnóstico é diferente do transtorno depressivo maior, já que essas pessoas tem sintoma de depressão, mas não se encaixam nos critérios para transtorno depressivo maior (UFSC (2010).

Dessa maneira, o estabelecimento do diagnóstico de episódio depressivo maior se dá baseado em alguns critérios.

Os critérios do DSM-IV-TR para um episódio de depressão maior especificam que o paciente deve ter pelo menos 5 de 9 sintomas de depressão (e um deles deve ser humor deprimido ou perda de interesse ou prazer). Esses sintomas característicos definem a depressão maior e devem estar presentes por pelo menos duas semanas para que possam ser descartadas flutuações transitórias do humor. Os critérios B, D e E servem para descartar outras condições, como o transtorno bipolar (p. ex., presença de um episódio misto), anormalidades no humor devidas ao abuso de uma substância (p. ex., anfetaminas) ou uma condição médica geral (p. ex., mixedema) ou uma perturbação do humor em razão de luto. O critério C especifica que os sintomas devem causar sofrimento ou comprometimento de modo a diferenciar o transtorno de flutuações normais do humor. ANDREASEN e BLACK, 2009, p. 162-3).

De acordo com o DSM-IV, expostos por Del Porto (1999), temos algumas classificações onde o episódio depressivo pode estar enquadrado: Transtorno depressivo maior, episódio único ou recorrente; transtorno distímico; transtorno depressivo sem outra especificação; transtorno bipolar onde pode-se ter o episódio depressivo; transtorno ciclotímico. Além desses no apêndice B, é colocado também algumas outras situações como transtorno depressivo menor; transtorno depressivo breve recorrente; transtorno misto de ansiedade-depressão e transtorno da personalidade depressiva.

O prognóstico para qualquer episódio depressivo, de acordo com Andreasen e Black (2009), é bom. Porém uma parcela irá desenvolver, em algum momento da vida, a recorrência do episódio de depressão. Além disso em torno de 20% irá caminhar para uma forma crônica de transtorno depressivo.

O suicídio é a complicação mais séria e importante da depressão, mas diversas outras complicações sociais e pessoais podem ocorrer. Diminuição da energia, baixa concentração e falta de interesse podem causar baixo desempenho nos estudos ou no trabalho. Apatia e redução no interesse sexual podem levar a conflitos conjugais. Os pacientes podem tentar se automedicar com sedativos, álcool ou estimulantes, iniciando, assim, problemas de abuso de drogas e álcool (ANDREASEN e BLACK, 2009, p. 167).

3.2 ANSIEDADE

Um estudo realizado por D'el Rey *et al.* (2001) com uma população não clínica de São Paulo identificou que 36,25% das pessoas avaliadas apresentavam sintomas de ansiedade moderados e graves, sendo que desses, 60% eram mulheres.

No DSM-IV-TR, exposto por Andreasen e Black (2009), o transtorno de ansiedade é considerado um grande grupo, formado por transtorno de pânico, com ou sem agorafobia; a própria agorafobia; transtorno de ansiedade generalizada; fobia social (transtorno de ansiedade social); fobia específica; transtorno obsessivo-compulsivo; transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) e transtorno de estresse agudo. Cada um deles apresenta particularidades em relação à causa desencadeadora de ansiedade ou angústia.

Segundo o CID-10, o transtorno de pânico se dá em circunstâncias onde não há perigo objetivo, não deve estar confinado a situações conhecidas ou previsíveis, e deve ter relativa liberdade de sintomas ansiosos entre os ataques (ainda que ansiedade antecipatória seja comum).

Além disso ele pode ser classificado em transtorno de pânico com ou sem agorafobia.

A agorafobia é uma complicação incapacitante do transtorno de pânico, na qual o indivíduo teme ser incapaz de escapar de um lugar ou situação em tal grau que começa a evitá-los. O termo agorafobia, traduzido literalmente do grego, significa “medo do mercado”, e embora muitos pacientes com esse problema se sintam desconfortáveis em lojas e mercados, seu verdadeiro medo é serem incapazes de obter ajuda no caso de um ataque de pânico. Os pacientes agorafóbicos com freqüência temem ter um ataque de pânico em local público e expor-se a um constrangimento ou ter um ataque de pânico quando não estão perto de seu médico ou da clínica onde se tratam. Eles tendem a evitar lugares muito cheios, como shoppings, restaurantes, teatros e igrejas, porque se sentem presos. Muitos têm dificuldade em dirigir por longas distâncias (porque temem estar longe de suas fontes de auxílio caso ocorra um ataque de pânico), atravessar pontes e dirigir em túneis. Muitos pacientes agorafóbicos insistem em ser acompanhados a lugares que, em outro caso, poderiam evitar.

Em suas apresentações mais graves, a agorafobia leva muitos pacientes a ficar completamente restritos à própria casa (ANDREASEN e BLACK, 2009, p. 191).

Já o transtorno de ansiedade generalizada, segundo Souza (2010), não ocorre súbita e inesperadamente como o transtorno de pânico, e sim de maneira intermitente com tendência a cronificação. “Os sintomas devem estar presentes na maior parte dos dias e causar sofrimento significativo ou comprometimento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes do funcionamento.” (ANDREASEN e BLACK, 2009, p. 200).

De acordo com DSM-5 na fobia social o indivíduo apresenta medo, receio, ansiedade, de situações sociais onde ele poderá ser avaliado, o faz que assuma a posição de esquiva diante dessas ocasiões

Estão inclusas situações sociais como encontrar-se com pessoas que não são familiares, situações em que o indivíduo pode ser observado comendo ou bebendo e situações de desempenho diante de outras pessoas. A ideação cognitiva associada é a de ser avaliado negativamente pelos demais, ficar embarulado, ser humilhado ou rejeitado ou ofender os outros (DSM-5, 2014, p. 190).

A fobia específica, segundo o CID-10, deve ser manifestada com sintomas psicológicos ou autônomos de manifestações primárias de ansiedade e não secundários a outros sintomas tais como delírio ou pensamento obsessivo. Além disso a ansiedade deve estar restrita à presença do objeto ou situação fóbica determinada, e a situação é evitada sempre que possível.

De acordo com o DSM-IV, o TOC é caracterizado pela presença de obsessões e/ou compulsões, capazes de causar sofrimento ao paciente ou a seus familiares, ocupar ao menos uma hora por dia ou interferir significativamente na rotina normal da pessoa, nas suas atividades, no seu funcionamento ocupacional ou nos relacionamentos sociais.

As obsessões são definidas como pensamentos, impulsos ou imagens recorrentes e persistentes, experimentadas como intrusivas e que geram ansiedade ou sofrimento. As compulsões são definidas como comportamentos repetitivos ou atos mentais executados com o objetivo de prevenir ou reduzir o sofrimento e/ou a ansiedade causados pelas obsessões ou por sensações desconfortáveis (NETO e ELKIS, 2007, p. 316-17).

“O TEPT ocorre em pessoas que experienciaram um trauma no qual vivenciaram, testemunharam ou foram confrontadas com um evento que envolveu mortes reais ou ameaças de morte, ferimentos físicos graves ou uma ameaça à integridade física” (ANDREASEN E BLACK, 2009, p. 216).

O transtorno de estresse agudo ocorre em alguns indivíduos após uma experiência traumática e é considerado um precursor do TEPT. Por definição, o indivíduo deve ter pelo

menos três sintomas dissociativos (p. ex., embotamento emocional, desrealização, amnésia) e um ou mais sintomas de intrusão, esquiva ou hiperexcitação; os sintomas devem causar dificuldades clinicamente significativas no funcionamento e durar de 2 dias a 4 semanas (ANDREASEN E BLACK, 2009, p. 220).

Um estudo brasileiro realizado por Andrade *et al.* (2002) em São Paulo (DPM-SP), avaliou a prevalência de transtornos mentais, pela CID-10, em 1464 pessoas, sendo verificado a presença de fobia simples em 4,8%, transtorno de ansiedade generalizada (TAG) em 4,2%, fobia social em 3,5%, agorafobia de 2,1%, transtorno de pânico de 1,6%, transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) de 0,3%.

3.3 TRANSTORNOS MENTAIS EM ESTUDANTES

Segundo Cerchiari (2004) alguns estudos têm demonstrado que os transtornos mentais apresentam maior chance de surgir pela primeira vez no início da vida adulta, principalmente durante o período universitário. Esses jovens, segundo Fernandez e Rodrigues (1993), além de sofrerem com o processo evolutivo normal, sofrem inúmeras outras perdas que podem desencadear situações de crise, como sair da casa dos pais, separar-se de um círculo de amigos e familiar de relacionamento. Conforme Jorge e Rodrigues (1995), para alguns desses jovens, esse momentos acabam sendo responsáveis pelo amadurecimento e fortalecimento da identidade, porém para outros, pode levar à problemas, e até mesmo desenvolvimento de doenças.

Problemas psicossociais, tais como ansiedade, depressão, preocupações com os estudos e dificuldades de relacionamentos, são comumente encontrados em estudantes universitários e, quando não avaliados e tratados adequadamente, podem levar às evasões que são onerosas para o ensino público, para a sociedade e, principalmente, para o próprio estudante (CERCHIARI, 2004, p. 46).

Nos Estados Unidos, na Universidade de Washington, um estudo realizado por Rimmer *et al.* (1982) obteve que 39% dos estudantes ficaram mentalmente doentes em algum momento durante os quatro anos de pesquisa, sendo que os transtornos depressivos foram predominantes.

Cerchiari (2004) lançou mão do instrumento GHQ-60, realizando a pesquisa em 558 estudantes do Mato Grosso do Sul, e encontrou a prevalência de 25% de transtornos mentais menores. Facundes e Ludermir (2005) aplicaram o SRQ-20 e encontraram a prevalência de 34,1% de transtornos mentais comuns nos 443 estudante da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) avaliados.

3.4 TRANSTORNOS DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM ESTUDANTES DE MEDICINA.

Segundo Cataldo (1998) a formação médica, tradicionalmente, é uma das mais difíceis, viabilizando experiências de estresse ao estudante, especialmente nos mais vulneráveis. Na maioria das vezes o estudante não encontra-se preparado para lidar com tais situações, sendo que isso pode trazer repercuções importantes na sua vida pessoal e acadêmica.

Segundo Miyazaki (1997), os estudantes de medicina parecem ter uma vulnerabilidade maior para problemas psicológicos, além de apresentarem um número de suicídio maior em relação a população geral. Roberts *et al.* (2001) realizaram uma pesquisa no Estados Unidos, entrevistando um total de 1.027 estudantes de medicina (sendo 483 mulheres e 539 homens), encontrando uma prevalência de 46% de sintomas psiquiátricos.

Uma pesquisa realizada na Universidade Federal de São Paulo por Baldassin *et al.* (2008) mostrou que 38,2% dos alunos do curso de Medicina apresentavam sintomas depressivos.

Em relação à ansiedade, 26,9% (63) dos estudantes já haviam realizado tratamento psicológico e 25,6% (60) já tinham usado algum medicamento para tratar a ansiedade. O escore médio da Ehad para ansiedade foi de 6,7 (+/- 3,4), e 34,3% (80) dos estudantes apresentaram sintomas falso-positivos, sendo que 19,7% (46) manifestaram sintomas sugestivos de tal transtorno (VASCONCELOS *et al.*, 2015, p. 137).

Como vimos os estudantes de medicina tem uma tendência grande a desenvolver problemas psiquiátricos. Segundo Yiu (2005) uma das dificuldades para o cuidado desses estudantes é que eles tendem a não procurar ajuda médica para seus problemas. De acordo com SHAW *et al.* (2006) estudos mostraram que por mais que sofram altos níveis de aflição, apenas 8% a 15% dos estudantes de Medicina, buscam cuidado psiquiátrico durante a sua formação.

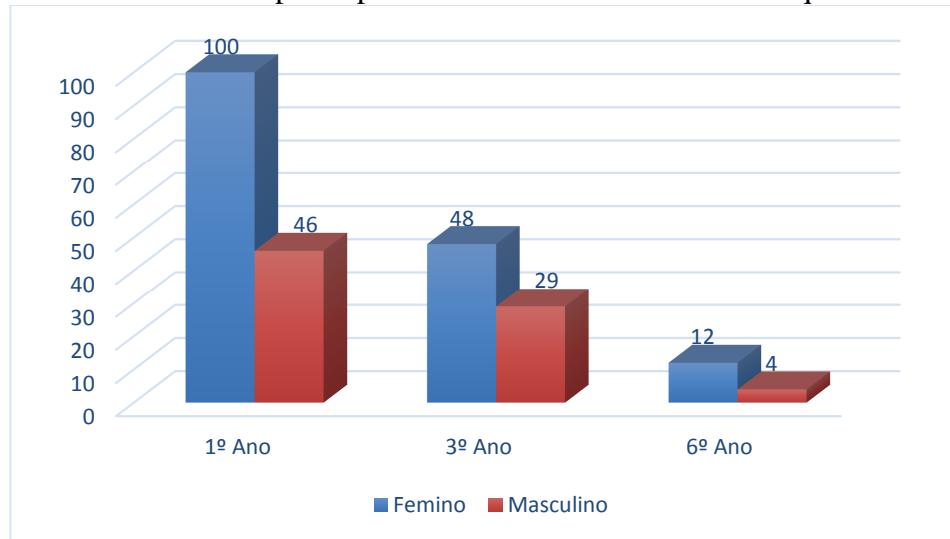
4. ANÁLISES E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O total de participantes foi de duzentos e trinta e nove estudantes, sendo cento e sessenta do gênero feminino (66,945%) e setenta e nove do gênero masculino (33,054%). Desse total cento e quarenta e seis estudantes estão no primeiro ano (61,087%), setenta e sete no terceiro ano (32,217%), e dezesseis no sexto ano (6,694%).

Conforme vemos no gráfico 1 entre os estudantes do primeiro ano, tem-se cem (68,493%) do sexo feminino e quarenta e seis (31,506%) do sexo masculino; do terceiro ano foram avaliados quarenta e oito (62,337%) do sexo feminino, e vinte e nove (37,662%) do sexo masculino; e entre

os estudantes do sexto ano avaliados, doze (75%) são do sexo feminino e quatro (25%) do sexo masculino.

Gráfico 1- Sexo dos participantes conforme ano do curso em que se encontram.

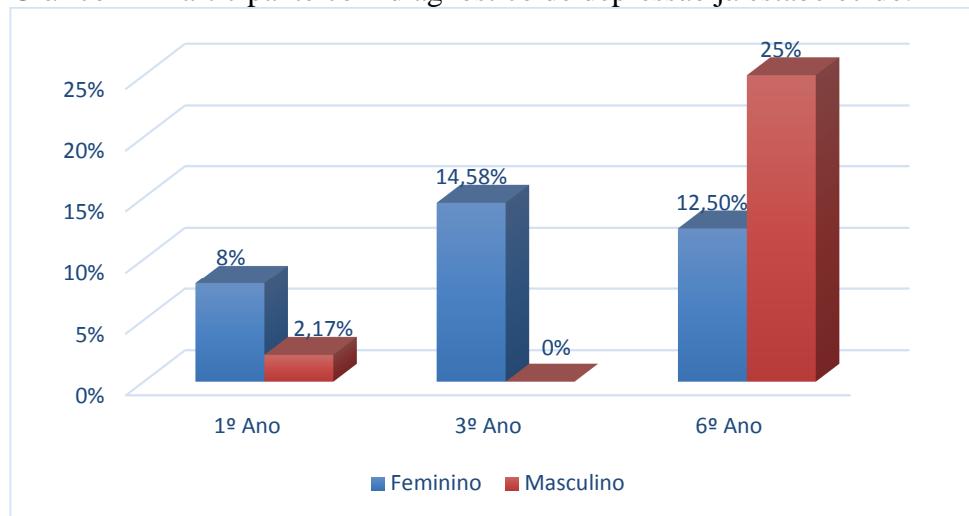


Fonte: Dados da pesquisa

Em relação a depressão, de acordo com Teodoro (2010), tem ganhado destaque no cenário mundial, com um incremento do número de casos de maneira significativa, já sendo denominada de “o mal do século”. Possivelmente irá atingir cerca de 15% e 20% da população mundial, ao menos uma vez na vida.

Na avaliação das mulheres do primeiro ano, buscando diagnósticos de depressão já estabelecidos, observamos no gráfico 2 que oito (8%) mulheres apresentam o diagnóstico. Desses casos diagnosticados, três mulheres apresentam depressão e ansiedade em associação. Entre os homens apenas um (2,173%) tem o diagnóstico estabelecido. No terceiro ano sete (14,583%) mulheres apresentam o diagnóstico. Desses casos duas mulheres apresentam associação de depressão e ansiedade. Nenhum estudante do sexo masculino do terceiro ano apresenta diagnóstico de depressão. Entre os estudantes do último ano do curso, duas (12,5%) mulheres apresentam diagnóstico de depressão. Desses casos, uma apresenta associação de ansiedade e depressão. Entre os homens um (25%) apresenta depressão.

Gráfico 2 – Participante com diagnóstico de depressão já estabelecido.



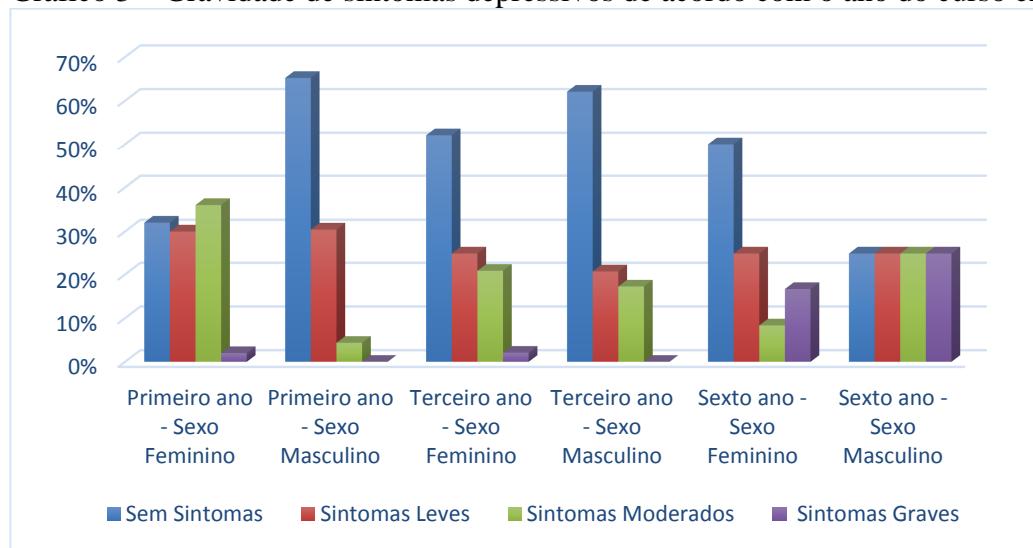
Fonte: Dados da pesquisa

Portanto analisando a prevalência geral de depressão nos estudantes de Medicina analisados, observamos a alta taxa da doença, sendo que dezenove dos duzentos e trinta e nove (7,949%) apresentam depressão já diagnosticada e em tratamento. Esses 7,949% de diagnósticos já feitos, já demonstram uma taxa mais elevada que a população geral brasileira que segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios de 2008 divulgada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, a depressão, identificada por profissional de saúde, atinge 7,8 milhões de brasileiros, o que corresponde a 4,1% da população. As taxas da doença em todo o mundo segundo Sadock *et al.* (2000) variam de 4% a 10% na população em geral. Um estudo de Kohn *et al.* (2005), que reuniu várias publicações da América Latina e do Caribe, entre 1980 e 2004 mostrou uma prevalência de depressão de 4,9% no ano.

Na avaliação com o questionário de Beck, os resultados foram divididos conforme a pontuação em sem depressão ou ansiedade, sintomas leve, moderado e grave, e estão representados no gráfico 3 a seguir. Em relação a depressão, na avaliação das participantes do primeiro ano do sexo feminino trinta e duas (32%) tiveram pontuação mínima, trinta (30%) sintomas leves, trinta e seis (36%) sintomas moderados e duas (2%) sintomas graves. Já entre os participantes do sexo masculino, trinta (65,217%) apresentaram pontuação mínima, quatorze (30,434%) apresentam sintomas leves, dois (4,347%) sintomas moderados, e nenhum apresentou sintoma grave. Das participantes do terceiro ano, vinte e cinco (52,083%) não apresentam sintomas ou seja obtiveram pontuação mínima, doze (25%) apresentam sintomas leves, dez (20,833%) sintomas moderados, e uma (2,083%) sintomas graves. No sexo masculino, dezoito (62,068%) participantes não apresentam sintomas, seis (20,689%) têm sintomas leves, e cinco (17,241%) sintomas moderados. No sexto ano do curso, seis (50%) mulheres não apresentam sintomas, três (25%) sintomas leves,

uma (8,33%) sintomas moderados e duas (16,66%) sintomas graves. No sexo masculino um (25%) não apresenta sintomas, um (25%) tem sintomas leves, um (25%) sintomas moderados, e um (25%) sintomas graves.

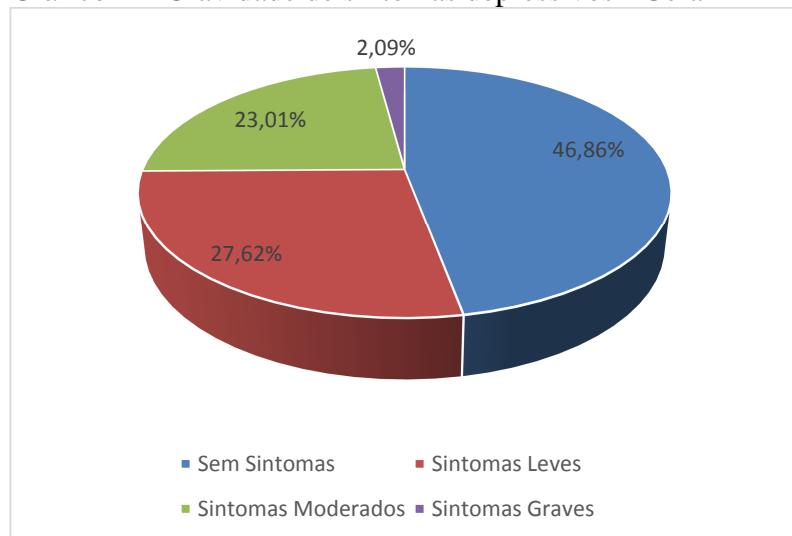
Gráfico 3 – Gravidade de sintomas depressivos de acordo com o ano do curso em que se encontram.



Fonte: Dados da pesquisa

Avaliando de uma maneira geral em relação aos sintomas depressivos de acordo com o Inventário de Depressão de Beck (BDI) observa-se um alto índice de sintomas depressivos representados no gráfico 4. No total 46,861% dos participantes tiveram pontuação mínima, não tendo sintomas depressivos, enquanto 27,615% apresentam sintomas leves de depressão, 23,012% sintomas moderados e 2,092% sintomas graves. Sendo assim, 53,138% dos estudantes apresentam sintomas depressivos de acordo com o questionário de Beck, sendo que em 26,1% esses sintomas são de moderado a grave. Esses resultados são compatíveis e até mais expressivos se comparados com uma pesquisa realizada na Universidade Federal de São Paulo por Baldassin *et al.* (2008) a qual mostrou que 38,2% dos alunos do curso de Medicina apresentavam sintomas depressivos.

Gráfico 4 – Gravidade de sintomas depressivos - Geral



Fonte: Dados da pesquisa

Tratando-se de ansiedade, não existem muitos estudos que tragam a prevalência de transtornos ansiosos. No Brasil, Mello *et al.* apresentam, em seu livro Epidemiologia da saúde mental no Brasil, alguns estudos populacionais realizados com a população brasileira. Nesta revisão consta um importante estudo desenvolvido por Andrade *et al.* (2002) que avaliou a prevalência de transtornos mentais, pela CID-10, em 1464 pessoas, e mostra as prevalências de alguns transtornos mentais na vida, no ano e no mês respectivamente, sendo que a respeito do transtorno de ansiedade tem-se 12,5%, 7,7%, 6%. Esse mesmo estudo demonstrou que entre os transtornos ansiosos tem-se a presença de fobia simples em 4,8%, transtorno de ansiedade generalizada (TAG) em 4,2%, fobia social em 3,5%, agorafobia de 2,1%, transtorno de pânico de 1,6%, transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) de 0,3%.

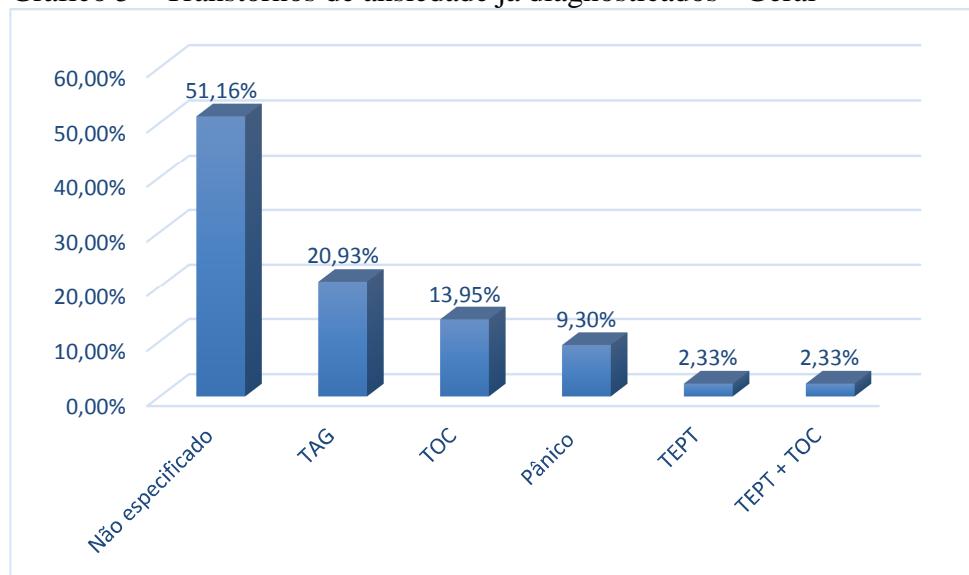
Das mulheres do primeiro ano analisadas, dezenove (19%) possuem algum transtorno de ansiedade já diagnosticado, sendo três (15,789%) casos de TAG, dois (10,526%) de TOC, dois (10,526%) de pânico, um (5,263%) de TEPT e onze (57,894%) de transtornos de ansiedade não especificados. Entre os quarenta e seis homens do primeiro ano, sete (15,217%) apresentam algum transtorno de ansiedade diagnosticado, sendo um (14,285%) caso de TOC, dois (28,571%) casos de pânico e quatro (57,142%) de transtorno não especificado.

Das mulheres do terceiro ano, dez (20,833%) possuem algum transtorno de ansiedade já diagnosticado, sendo quatro (40%) casos de TAG, um (10%) de TOC associado a TEPT e cinco (50%) de transtornos de ansiedade não especificados. Dos homens três (10,344%) apresentam algum diagnóstico de ansiedade, sendo dois (66,66%) casos de TOC, e um (33,33%) de ansiedade não especificada.

No sexto ano, entre o sexo feminino, três (18,75%) apresentam ansiedade, sendo um (33,33%) caso de TAG, um (33,33%) caso de TOC e um (33,33%) caso de ansiedade não especificada. Entre os homens um (25%) apresenta diagnóstico de ansiedade, sendo TAG.

Analizando novamente de maneira geral, a prevalência de ansiedade, assim como a de depressão se apresentou elevada. Observamos que quarenta e três dos duzentos e trinta e nove (17,991%) estudantes apresentam transtorno de ansiedade já diagnosticado e em tratamento. Os principais diagnósticos como vemos no gráfico 5 foram de TAG com nove (20,93%) diagnósticos dos quarenta e três, pânico com quatro diagnósticos (9,302%), TOC teve seis diagnósticos (13,953%), TEPT um diagnóstico (2,325%), TEPT em associação com TOC um diagnóstico (2,325%), e transtorno de ansiedade não especificado vinte e dois (51,162%).

Gráfico 5 – Transtornos de ansiedade já diagnosticados - Geral



Fonte: Dados da pesquisa

Entre os diagnósticos estabelecidos, vemos que se equivale ao estudo de Andrade *et al.* onde TAG era o mais prevalente. Além disso percebe-se que esse estudo coincide com resultados elevados de diagnóstico de ansiedade já demonstrados no estudo de Vasconcelos *et al.* (2015), que identificou que 25,6% dos estudantes já haviam usado medicamento para tratar a ansiedade, e portanto apresentam o diagnóstico.

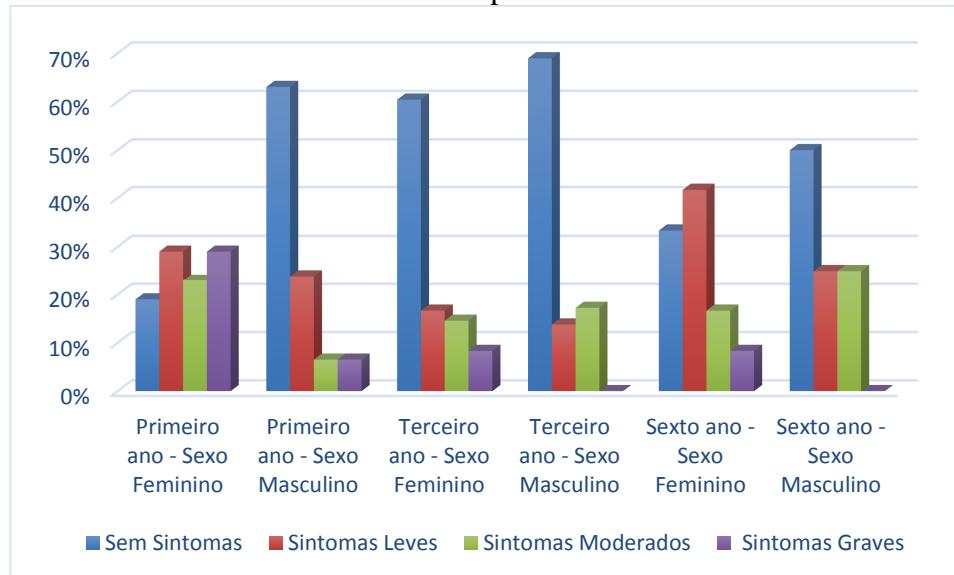
A prevalência mais alta se deu em mulheres e homens do sexto ano sendo de 25% em cada sexo, seguida por mulheres do terceiro ano com prevalência de 20,833% e do primeiro ano com 19%. Depois segue-se com sexo masculino do primeiro ano com 15,217% e sexo masculino do terceiro ano com 10,34%.

Na avaliação com o questionário de Beck, vemos no gráfico 6 que dos alunos do primeiro ano, dezenove (19%) das cem participantes do sexo feminino apresentaram a pontuação mínima na escala de Beck para ansiedade, portanto não apresentam sintomas ansiosos. Vinte e nove (29%) apresentaram sintomas leves, vinte e três (23%) sintomas moderados, e vinte e nove (29%) sintomas grave de ansiedade. Já entre os quarenta e seis participantes do sexo masculino do primeiro ano em relação a ansiedade, vinte e nove (63,043%) tiveram pontuação mínima, ou seja sem sintomas de ansiedade, onze (23,913%) tiveram sintomas leve, três (6,521%) sintomas moderados, e três (6,521%) sintomas graves.

Entre os alunos do terceiro ano das quarenta e oito participantes do sexo feminino, vinte e nove (60,416%) apresentaram pontuação mínima para ansiedade, não apresentando sintomas. Oito (16,66%) apresentam sintomas leves, sete (14,583%) sintomas moderados, e quatro (8,33%) sintomas graves de ansiedade. Em relação a depressão. Dos vinte e nove participantes do sexo masculino vinte (68,965%) não apresentam sintomas ansiosos, quatro (13,793%) apresentam sintomas leves e cinco (17,241%) sintomas moderados.

Das doze participantes do sexo feminino do sexto ano, quatro (33,33%) não apresentam sintomas ansiosos, cinco (41,66%) sintomas leves, duas (16,66%) sintomas moderados, e uma (8,33%) sintomas graves. Em relação a sintomas depressivos, seis (50%) não apresentam sintomas, três (25%) sintomas leves, uma (8,33%) sintomas moderados e duas (16,66%) sintomas graves. Dos quatro participantes do sexo masculino, dois (50%) não apresentam sintomas ansiosos, um (25%) apresenta sintomas leves, e um (25%) sintomas moderados. Sobre sintomas depressivos um (25%) não apresenta sintomas, um (25%) sintomas leves, um (25%) sintomas moderados, e um (25%) sintomas graves.

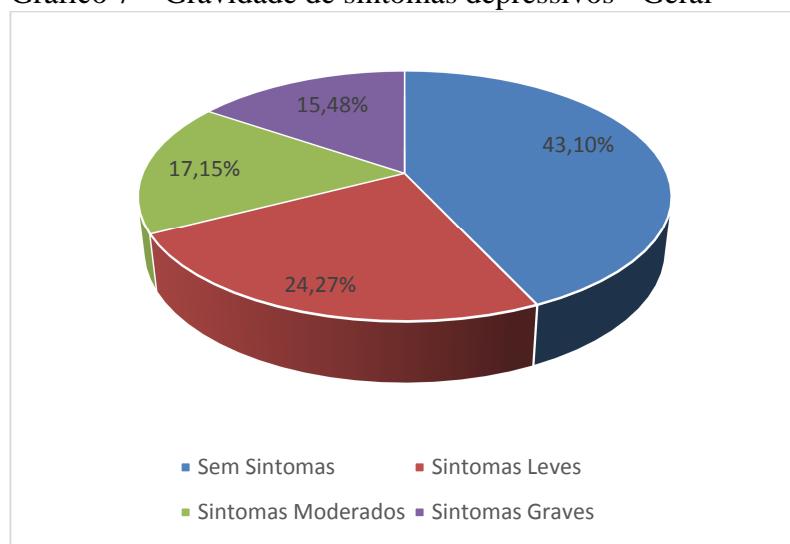
Gráfico 6 - Gravidade de sintomas depressivos de acordo com o ano do curso em que se encontram.



Fonte: Dados da pesquisa

Dessa maneira em relação a avaliação de sintomas ansiosos de acordo com o Inventário de Ansiedade de Beck (BAI) observa-se um alto índice de sintomas ansiosos, como podemos ver no gráfico 7. No geral 43,096% dos participantes tiveram pontuação mínima, não tendo sintomas ansiosos, enquanto 24,267% apresentam sintomas leves de ansiedade, 17,154% sintomas moderados e 15,481% sintomas graves. Sendo assim, 56,902% dos estudantes apresentam sintomas ansiosos de acordo com o questionário de Beck, sendo que em torno de 32,635% desses sintomas são de moderado a grave, novamente tendo uma prevalência de ansiedade maior que a da população brasileira geral.

Gráfico 7 – Gravidade de sintomas depressivos - Geral



Fonte: Dados da pesquisa

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo demonstrou a importância de se pensar em ampliar os cuidados com a saúde mental dos estudantes de Medicina, visto que a prevalência dos transtornos de depressão e ansiedade apresentaram-se elevadas se comparadas à prevalência da população brasileira e mundial geral.

As evidências encontradas que afirmam ser o sexo feminino mais acometido pelos sintomas ansiosos e depressivos bem como o aumento da prevalência dessas patologias conforme avança o semestre cursado foram confirmadas no presente estudo.

REFERÊNCIAS

- ADEWUYA, A. O.; OLA, B. A.; ALOBA, O. O.; MAPAYI, B. M.; ORGINNI, O. O. Depression amongst Nigerian university students. **Social psychiatry and psychiatric epidemiology**, v. 41, n. 8, p. 674-678, 2006. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16680408>> Acesso em: 03 mar 2016.
- ANDRADE, L.; WALTERS, E. E.; GENTIL, V.; LAURENTI, R. Prevalence of ICD-10 mental disorders in a catchment area in the city of São Paulo, Brazil. **Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol**, v. 37, n. 7, p. 316-25, 2002. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12111023>> Acesso em 24 mar 2016.
- ANDREASEN, N. C.; BLACK, D. W. **Introdução à psiquiatria**. 4^a Ed. São Paulo: Artmed, 2009. 672 p.
- BALDASSIN, S.; ALVES, T. C. T. F.; ANDRADE, A. G.; MARTINS, L. A. N. The characteristics of depressive symptoms in medical students during medical education and training: a cross-sectional study. **BMC Medical Education**, v.8, p, ni, 2008. Disponível em: <<http://bmcmemeduc.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6920-8-60>> Acesso em 17 abr 2016.
- CATALDO, N. A.; CAVALET D.; BRUXEL, D. M.; KAPPES, D. S.; SILVA, D. O. F. O estudante de medicina e o estresse acadêmico. **Revista Médica da PUCRS**, v. 8, p. 6-12, 1998. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=213447&indexSearch=ID>> Acesso em 17 abr 2016.
- CERCHIARI, E. A. N.; CAETANO, D.; FACCENDA, O. **Prevalência de transtornos mentais menores em estudantes universitários**. Estudos de Psicologia [online]. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2005000300010> Acesso em: 03 mar 2016.
- CERCHIARI, E. A. N. **Saúde mental e qualidade de vida em estudantes universitários**. 2004. Disponível em: <<http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=vtls000341653&fd=y>> Acesso em 17 abr 2016.

Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. CID-10. 2008. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/WebHelp/cid10.htm>> Acesso em: 21 mar 2016.

DEL PORTO, J. A. Conceito e diagnóstico. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 21, p. 6-15, 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44461999000500003> Acesso em 17 mar 2016.

D'EL REY, G. J. F; MONTIEL, J. M; DILEVE, V; JACOB, A. P. Sintomas de ansiedade em população não clínica de uma área da cidade de São Paulo-SP. **Arq. Ciênc. Saúde Unipar**, v.5, p. 235-238, 2001. Disponível em: <<http://revistas.unipar.br/?journal=saudes&page=article&op=view&path%5B%5D=1135&path%5B%5D=997>> Acesso em 20 mar 2016.

ELLER T.; ALUOJA, A.; VASAR V.; VELDI M. **Symptoms of anxiety and depression in Estonian medical students with sleep problems**. *Depress Anxiety [online]*. 2006. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16555263>> Acesso em: 05 mar 2016.

FACUNDES, V. L. D.; LUDELMIR, A. B. Common mental disorders among health care students. **Rev. Brasileira Psiquiatria**, v. 27, n.3, p. 194-200, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462005000300007> Acesso em 17 abr 2016.

FERNANDES, J. M.; RORIGUES, C. R. C. Estudo retrospectivo de uma população de estudantes de medicina atendidos no ambulatório de clínica psiquiátrica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. **Medicina, Ribeirão Preto**, v. 26, p. 258-69, 1993. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=128945&indexSearch=ID>> Acesso em 17 abr 2016.

FLECK, M. P. A.; LIMA, A. F. B. S.; LOUZADA, S.; SCHESTASKY, G.; HENRIQUES, A.; BORGES, V. R.; CAMEY, S. GRUPO LIDO. Associação entre sintomas depressivos e funcionamento social em cuidados primários à saúde. **Revista Saúde Pública**, São Paulo v.36, p. 431-8, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v36n4/11761.pdf>> Acesso em 18 mar 2016.

IBGE. **Síntese de indicadores sociais 2008**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/sinteseindicsociais2008>> Acesso em 28 out 2016.

JORGE, M. S.; RODRIGUES, A. R. F. Serviços de apoio ao estudante oferecidos pela escola de enfermagem no Brasil. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 3, p. 59-68, 1995. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11691995000200005> Acesso em 17 abr 2016.

KOHN, R.; LEVAV, I.; ALMEIDA, J. M.; VICENTE, B.; ANDRADE, L.; CARAVEO-ANDUAGA, J. J.; SAXENA, S.; SARACENO, B. Mental disorders in Latin America and the Caribbean: a public health priority. **Revista Panam Salud Publica**. 2005. v. 18, p. 229-40. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16354419>> Acesso em 28 out 2016.

MALUF, T. P. G. Avaliação de sintomas de depressão e ansiedade em uma amostra de familiares de usuários de drogas que frequentam grupos de orientação familiar em um serviço assistencial para dependentes químicos. São Paulo, 2002. Disponível em: <http://www.proad.unifesp.br/pdf/dissertacoes_teses/tese_thais.pdf> Acesso em: 28 out 2016.

MIYAZAKI, M. C. O. S. Psicologia na formação médica: subsídios para prevenção e trabalho clínico com universitários. São Paulo, 1997. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=210246&indexSearch=ID>> Acesso em 17 abr 2016.

NETO, M. R. L.; ELKIS, H. Psiquiatria básica. 2^a Ed. São Paulo: Artmed 2007, 712 p.

RIMMER, J.; HALIKAS, J. A.; SCHUCKIT, M.A. Prevalence and incidence of psychiatric illness in college students: a four year prospective study. **Journal of American College Health Association**, v. 30, p. 207-11, 1982. Disponível em: <<http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/07448481.1982.9938892>> Acesso em: 17 abr 2016.

ROBERTS, L. W.; WARNER, T. D.; LYKETSOS, C.; FRANK, E.; GANZINI, L.; CARTER, D. Perceptions of academic vulnerability associated with personal illness: a study of 1,027 students at nine medical schools. **Comprehensive Psychiatry** v. 42, p.1-15, 2001. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11154710>> Acesso em 17 abr 2016.

SADOCK, B. J.; SADOCK, V. A.; RUIZ, P. R. **Mood disorders epidemiology in kaplan and sadock comprehensive textbook of psychiatry.** 7^a ed. 2000, v. 5, p. 1298-302.
SHAW, D. L.; WEDDING, D.; ZELDOW, P. B.; DIEHL, N. **Special Problems of Medical Students.** 2006. Disponível em: <<http://www.hogrefe.de/programm/media/catalog/Book/chapter6.pdf>> Acesso em 17 abr 2016.

SOUZA, L. **Prevalência de sintomas depressivos, ansiosos e estresse em acadêmicos de medicina.** p. 1-233, 2010. Disponível em: <http://www.incor.usp.br/sites/incor2013/docs/egressos-teses/2011/Jan_2011_Luciano_Tese.pdf> Acesso em 21 mar 2016.

SPRICIGO, J. S.; TAGLIARI, L. V.; OLIVEIRA, W. F. **Especialização em Saúde da Família.** Eixo II - Assistência e Processo de Trabalho na Estratégia Saúde da Família. Módulo 9: Saúde Mental e Dependência Química. Florianópolis, 2010.

TEODORO, W. L. G. **Depressão. Corpo, mente e alma.** 3^a Ed. Uberlândia, 2010. 240 p.

VASCONCELOS, T. C.; DIAS, B. R. T.; ANDRADE, L. R.; MELO, G. F.; BARBOSA, L.; SOUZA, E. **Rev. bras. educ. med.** v.39, n.1, p. 135-42, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v39n1/1981-5271-rbem-39-1-0135.pdf>> Acesso em 17 abr 2016.

WEISSMAN, M. M.; BLAND, R. C.; CANINO, G. J.; FARAVELLI, C., GREENWALD, S.; HWU, H. G.; JOYCE, P. R.; KARAM, E. G.; LEE, C. K.; LELLOUCH, J.; LÉPINE, J. P.; NEWMAN, S. C.; RUBIOSTIPEC, M.; WELLS, J. E.; WICKRAMARATNE, P. J.; WITTCHEN, H.; YEH, E. K. **Cross-national epidemiology of major depression and bipolar disorder.** 1996. V. 276, n. 4, p. 293-9. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8656541>> Acesso em: 28 out 2016.

YIU, V. Supporting the well-being of medical students. **Canadian Medical Association Journal**, v. 172, p 889-90, 2005. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC554874/>> Acesso em: 17 abr 2016.