

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE MEDICINA

LUCIANO SOUZA

**Prevalência de sintomas depressivos, ansiosos e estresse em
acadêmicos de medicina**

SÃO PAULO

2010

LUCIANO SOUZA

**Prevalência de sintomas depressivos, ansiosos e estresse
em acadêmicos de medicina**

Tese apresentada à Faculdade de Medicina
Universidade de São Paulo para a obtenção
do título de Doutor em Ciências

Programa de: Cardiologia

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Bellkiss Wilma
Romano

São Paulo

2010

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Souza, Luciano

Prevalência de sintomas depressivos, ansiosos e estresse em
acadêmicos de medicina / Luciano Souza. -- São Paulo, 2010.

Tese (doutorado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
Programa de Cardiologia.

Orientadora: Bellkiss Wilma Romano.

Descritores: 1.Estudantes de medicina 2.Depressão 3.Ansiedade 4.Estresse
5.Suicídio 6.Estudos transversais

USP/FM/DBD-427/10

DEDICATÓRIA

À minha mãe pelo amor e carinho

Aos médicos que inspiram “ser” médico

Aos estudantes de medicina

A todos aqueles que estiveram juntos nessa caminhada

AGRADECIMENTOS

À Prof^a. Dr^a. Bellkiss Wilma Romano pelo acolhimento e ensinamentos

À psicanalista Luíza Inês Wisniewski por acreditar

A Pró-reitora de assuntos estudantis Prof^a. Rita de Cássia Lopes pelo apoio

Ao mestre Aldemir Junglos pela orientação estatística

Aos colegas da Pró-reitoria de Assuntos Estudantis, Cecília, Ivanir, Rosane, Cintia, Felipe e demais membros da equipe por tornar possível este trabalho

SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS	
LISTA DE FIGURAS	
RESUMO	
ABSTRACT	
1. INTRODUÇÃO	1
1.1 Apresentação do problema	1
1.2 A profissão médica.....	3
a. Características gerais da profissão médica e do profissional médico ..3	
b. A escolha de “ser” médico.....	5
c. A escola de medicina pesquisada	9
d. O adoecimento dos estudantes de medicina.....	11
1.3 Depressão.....	23
a. Definição e descrição clínica	23
b. Epidemiologia.....	29
c. Comorbidades	35
d. Modelos etiológicos da depressão	37
1.4 Ansiedade	43
a. Definição e descrição clínica	43
b. Epidemiologia.....	48
c. Comorbidades	50
d. Modelos etiológicos da ansiedade	52
1.5 Estresse e burnout	54
a. Definição e descrição clínica	54

b. Epidemiologia	58
c. Comorbidades.....	59
d. Modelos etiológicos do <i>Burnout</i>	60
2. OBJETIVOS.....	62
2.1 Objetivo geral.....	62
2.2 Objetivos secundários	62
3. CASUÍSTICA E MÉTODO	63
3.1 Delineamento do estudo.....	63
3.2 Local e casuística	63
a. Critérios de inclusão.....	64
b. Critérios de exclusão.....	64
3.3 Cálculo amostral	64
3.4 Caracterização dos participantes.....	66
3.5 Aprovação em Comitê de Ética	66
3.6 Procedimentos para a coleta dos dados.....	66
3.7 Instrumentos de coleta	67
a. Instrumento de caracterização sócio-demográfica.....	67
b. Instrumentos de avaliação de depressão e ansiedade	68
b.1. Inventário Beck de Depressão.	69
b.2. Inventário de Ansiedade Traço Estado (IDATE).	70
3.8 Tratamento estatístico	71
4. RESULTADOS.....	73
4.1. Resultados relacionados à caracterização sócio-demográfica dos participantes do estudo.	73

4.2. Resultados gerais dos níveis de sintomas depressivos obtidos pelo Inventário Beck de Depressão.....	76
4.3. Resultados gerais dos níveis de sintomas ansiosos obtidos pelo Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE).....	79
4.4. Resultados da associação do gênero com o escore de depressão.....	81
4.5. Resultados da associação do gênero com o escore de ansiedade (traço e estado).....	83
4.6. Resultados da associação do estado civil com o escore de depressão.....	85
4.7. Resultados da associação do estado civil com o escore de ansiedade (traço e estado).....	87
4.8. Resultados da associação da religião com o escore de depressão.....	89
4.9. Resultados da associação da religião com o escore de ansiedade (traço e estado).....	92
4.10. Resultados da associação do local de nascimento com o escore de depressão.....	95
4.11. Resultados da associação do local de nascimento com o escore de ansiedade (traço e estado).....	98
4.12. Resultados da associação do ano do curso com o escore de depressão.....	102
4.13. Resultados da associação do ano do curso com o escore de ansiedade (traço e estado).....	107
4.14. Resultados da associação da saúde física com o escore de depressão.....	111

4.15. Resultados da associação da saúde física com o escore de ansiedade (traço e estado).....	114
4.16. Resultados da associação da procura de auxílio médico por problemas de desempenho acadêmico com o escore de depressão.....	118
4.17. Resultados da associação da procura de auxílio médico por problemas de desempenho acadêmico com o escore de ansiedade (traço e estado).	120
4.18. Resultados da associação da procura de auxílio médico no ano anterior ao da entrada no curso de medicina com o escore de depressão.	127
4.19. Resultados da associação da procura de auxílio médico no ano anterior ao da entrada no curso de medicina com o escore de ansiedade (traço e estado).	131
4.20. Resultados da associação da quantidade no uso de bebida alcoólica com o escore de depressão.	136
4.21. Resultados da associação da quantidade no uso de bebida alcoólica com o escore de ansiedade (traço e estado).	139
4.22. Resultados associados da avaliação do relacionamento com os colegas com o escore de depressão.	142
4.23. Resultados a associação da avaliação do relacionamento com os colegas com o escore de ansiedade (traço e estado).	145
4.24. Resultados da pergunta sobre ideação suicida do IBD.	149
4.25. Resultados da pergunta sobre ideação suicida do IBD com o ano do curso.	151

4.26. Resultados da associação da pergunta sobre ideação suicida do IBD com o escore de ansiedade (traço e estado).....	153
4.27. Resultados da associação do desejo de mudar de curso com o escore de depressão.	156
4.28. Resultados da associação do desejo de mudar de curso com o escore de ansiedade (traço e estado).	158
5. DISCUSSÃO	161
6. CONCLUSÕES	164
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	168
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	170

LISTA DE TABELAS

Tabela 01 - Episódio depressivo	25
Tabela 02 - Manifestações somáticas dos transtornos depressivos	26
Tabela 03 - Manifestações somáticas dos transtornos depressivos na adolescência	28
Tabela 04 - Manifestações significativas de transtorno depressivo na adolescência	29
Tabela 05 – Custos ocultos do não tratamento da depressão maior	30
Tabela 06 – Fatores de risco para depressão maior	31
Tabela 07 - Transtorno de pânico	45
Tabela 08 - Transtorno de ansiedade generalizada	45
Tabela 09 - Fobia específica (isoladas)	46
Tabela 10 - Transtorno obsessivo-compulsivo	47

Tabela 11 - Transtorno hipocondríaco	47
Tabela 12 - Estatísticas descritivas	65
Tabela 13 - Cálculo do tamanho amostral	65
Tabela 14 - Cálculo estratificado da amostra suficiente (proporcional por período)	65
Tabela 15 - Distribuição dos 359 participantes segundo a caracterização sócio-demográfica	74
Tabela 16 - Pontos de corte dos níveis de sintomas depressivos do Inventário Beck de Depressão (IBD)	77
Tabela 17 - Pontos de corte dos níveis de sintomas ansiosos do Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE)	79
Tabela 18 - Distribuição dos 359 participantes segundo a associação do gênero com o escore de depressão (IBD)	81
Tabela 19 - Distribuição dos 359 participantes segundo a associação do gênero com o escore de ansiedade (IDATE)	84

Tabela 20 - Distribuição dos 359 participantes segundo a associação do estado civil com o escore de depressão (IBD)	86
Tabela 21 - Distribuição dos 359 participantes segundo a associação do estado civil com o escore de ansiedade (IDATE)	89
Tabela 22 – Distribuição dos 350 participantes segundo a associação da religião com o escore de depressão (IBD)	91
Tabela 23 - Distribuição dos 350 participantes segundo a associação da religião com o escore de ansiedade (IDATE)	94
Tabela 24 - Distribuição dos 354 participantes segundo a associação do local de nascimento com o escore de depressão (IBD)	96
Tabela 25 - Distribuição dos 359 participantes segundo a associação do local de nascimento com o escore de ansiedade (IDATE)	100
Tabela 26 - Distribuição dos 359 participantes segundo a associação do ano do curso com o escore de depressão (IBD)	103
Tabela 27 - Distribuição dos 359 participantes segundo a associação do ano do curso com o escore de ansiedade (IDATE)	108

Tabela 28 - Distribuição dos 358 participantes segundo a associação da saúde física com o escore de depressão (IBD)	112
Tabela 29 - Distribuição dos 358 participantes segundo a associação da saúde física com o escore de ansiedade (IDATE)	115
Tabela 30 - Distribuição dos 358 participantes segundo a associação da procura de auxílio médico por problemas de desempenho acadêmico com o escore de depressão (IBD)	119
Tabela 31 - Distribuição dos 358 participantes segundo a associação da procura de auxílio médico por problemas de desempenho acadêmico com o escore de ansiedade (IDATE)	124
Tabela 32 - Distribuição dos 358 participantes segundo a associação da procura de auxílio médico no ano anterior ao da entrada no curso de medicina com o escore de depressão (IBD)	130
Tabela 33 - Distribuição dos 358 participantes segundo a associação da procura de auxílio médico no ano anterior ao da entrada no curso de medicina com o escore de ansiedade (IDATE) ...	134

Tabela 34 - Distribuição dos 267 participantes segundo a associação da quantidade no uso de bebida alcoólica com o escore de depressão (IBD)	137
Tabela 35 - Distribuição dos 267 participantes segundo a associação da quantidade no uso de bebida alcoólica com o escore de ansiedade (IDATE)	141
Tabela 36 - Distribuição dos 358 participantes segundo a associação da avaliação do relacionamento com os colegas com o escore de depressão (IBD)	143
Tabela 37 - Distribuição dos 358 participantes segundo a associação da avaliação do relacionamento com os colegas com o escore de ansiedade (IDATE)	147
Tabela 38 - Distribuição dos 359 participantes segundo a pergunta sobre a ideação suicida do IBD	150
Tabela 39 - Distribuição dos 359 participantes segundo o resultado da pergunta sobre ideação suicida do IBD com o ano do curso	152

Tabela 40 - Distribuição dos 359 participantes segundo a associação da pergunta sobre ideação suicida do IBD com o escore de ansiedade (IDATE)154

Tabela 41 - Distribuição dos 358 participantes segundo a associação do desejo de mudar de curso com o escore de depressão (IBD)157

Tabela 42 - Distribuição dos 358 participantes segundo a associação do desejo de mudar de curso com o escore de ansiedade (IDATE)160

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1** - Distribuição dos participantes segundo a religião declarada90
- Figura 2** - Intervalo de confiança da associação do ano do curso com o
escore de depressão (IBD)104
- Figura 3** - Intervalo de confiança da associação do ano do curso com o
escore de ansiedade-traço (IDATE)109
- Figura 4** - Intervalo de confiança da associação do ano do curso com o
escore de ansiedade-estado (IDATE)110
- Figura 5** - Intervalo de confiança da associação da saúde física com o
escore de depressão (IBD)113
- Figura 6** - Intervalo de confiança da associação do ano do curso com o
escore de ansiedade-traço (IDATE)117
- Figura 7** - Intervalo de confiança da associação da procura de auxílio
médico por problemas de desempenho acadêmico com o escore
de depressão (IBD)121

Figura 8 - Intervalo de confiança da associação da procura de auxílio médico por problemas de desempenho acadêmico com o escore de ansiedade-traço (IDATE)	126
Figura 9 - Intervalo de confiança da associação da procura de auxílio médico no ano anterior ao da entrada no curso de medicina com o escore de depressão (IBD)	129
Figura 10 - Intervalo de confiança da associação da procura de auxílio médico no ano anterior ao da entrada no curso de medicina com o escore de ansiedade-traço (IDATE)	135
Figura 11 - Intervalo de confiança da associação do relacionamento com os colegas com o escore de depressão (IBD)	145
Figura 12 - Intervalo de confiança da associação do relacionamento com os colegas com o escore de ansiedade-estado (IDATE)	149

RESUMO

Souza, L. Prevalência de sintomas depressivos, ansiosos e estresse em acadêmicos de medicina. 2010. 213 f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

Objetivo: Considera-se a formação médica como um momento de estresse, tornando os estudantes de medicina vulneráveis a transtornos psiquiátricos como depressão e ansiedade. Portanto, o objetivo deste estudo foi identificar a prevalência de sintomas depressivos e ansiosos em estudantes de uma escola pública medicina, do primeiro ao sexto ano.

Método: Trata-se de um estudo transversal, observacional de uma amostra representativa de estudantes de medicina do primeiro ao sexto ano, regularmente matriculados. Foram utilizados no presente estudo um questionário sócio demográfico, o Inventário Beck de Depressão (IBD) e o Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE), e, para verificar diferenças estatisticamente significativas (testar hipóteses) foi utilizada a ANOVA seguida (quando significativas) com os testes Scheffe, Tukey ou Fischer.

Resultados: O grupo estudado caracterizou-se por ser predominantemente do gênero feminino (56,5%) com idade entre 17 e 26 anos (95,5%). Na avaliação da manifestação depressiva com a utilização do IBD, obteve-se um escore médio de 9,08 ($\delta=6,7$). E na avaliação da manifestação de ansiedade com a utilização IDATE obteve-se para o conceito ansiedade-traço o escore médio de 46,1 pontos ($\delta=6,0$), e, para o conceito ansiedade-estado escore médio de 46,25 pontos ($\delta=5,37$). Quando estratificado por ano, o terceiro ano do curso obteve o maior escore médio no IBD com 10,1 pontos ($\delta=8,0$). E, o segundo e o terceiro ano do curso obtiveram o maior escore médio no IDATE (traço) com 46,7 pontos ($\delta=6,0$ e $\delta=6,2$ respectivamente), e o segundo ano, no IDATE (estado), obteve o maior escore médio com 47,1 pontos ($\delta=5,5$). As associações do ano do curso com os escores do IBD se mostraram estatisticamente significativa ($p=0,06$). E, as associações do ano do curso com os escores do IDATE, nos conceitos traço e estado, não se mostraram estatisticamente significativa ($p=0,45$). As associações do gênero com os escores do IBD e IDATE se mostraram estatisticamente significativa ($p=0,05$). Ainda em relação aos resultados da pergunta sobre ideação suicida do IBD quando associadas com o ano do curso, observou-se que os participantes do primeiro ano do curso obtiveram o maior escore médio de 3,0 pontos ($\delta=0,4$), seguidos pelos participantes do terceiro e sexto ano com escore médio de 2,0 pontos ($\delta=0,4$ e $\delta=0,3$ respectivamente).

Conclusão: O estudo ratificou a prevalência de sintomas depressivos e ansiosos presentes em outros estudos. Contudo, a grande maioria dos participantes apresentou manifestações típicas de luto. Sendo assim, estratégias devem ser desenvolvidas para habilitar o estudante de medicina no enfrentamento de situações de estresse e idealizações do “ser” médico.

Palavras chave: Estudantes de medicina, depressão, ansiedade, estresse e suicídio, estudo transversal.

ABSTRACT

Souza, L. Prevalence of depressive symptoms, anxiety and stress in medical students. 2010. 213 f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

Objective: It is considered medical training as a time of stress, making medical students vulnerable to psychiatric disorders like depression and anxiety. Therefore, the aim of this study was to identify the prevalence of depressive and anxiety symptoms in students of a public school medicine, first to sixth year.

Method: This is a cross-sectional, observational study of a representative sample of medical students from first to sixth years, regularly registered. Used in this study were a demographic questionnaire, the Beck Depression Inventory (BDI) and Trait Anxiety Inventory-State (STAI), and to verify statistically significant differences (test hypotheses) was used ANOVA followed (where significant) with Scheffe tests, Tukey or Fisher.

Results: The group studied was characterized by being predominantly female (56.5%) aged between 17 and 26 years (95.5%). In assessing the manifestation of depression using the BDI, we obtained an average score of 9.08 ($\delta=6.7$). In the assessment of the manifestation of anxiety with the STAI was obtained using the concept for the trait anxiety mean score of 46.1 points ($\delta=6.0$), and the concept for state-anxiety mean score of 46.25 points ($\delta=5.37$). When stratified by year, the third year of the course had the highest average score with 10.1 points in IBD ($\delta=8.0$). And the second and third years of the course had the highest average score on the STAI (trait) with 46.7 points ($\delta=6.0$ and $\delta=6.2$ respectively), and the second year in STAI (state), obtained the highest average score with 47.1 points ($\delta=5.5$). The associations of years of travel with the BDI scores were statistically significant ($p=0.06$). And the associations of years of travel with the scores of the STAI, trait and state the concept, not statistically significant ($p=0.45$). The associations of gender with BDI and STAI scores were statistically significant ($p=0.05$). Also in relation to the results of questions about suicidal ideation associated with IBD when the year of the course, it was observed that participants in the first year of the course had the highest mean score of 3.0 points ($\delta=0.4$), followed by the participants of the third and sixth years with a mean score of 2.0 points ($\delta=0.4$ and $\delta=0.3$, respectively).

Conclusion: The study confirmed the prevalence of depressive and anxiety symptoms found in other studies. However, the vast majority of participants showed typical manifestations of grief. Therefore, strategies must be developed to enable medical students coping in situations of stress and idealizations of "being" doctor.

Keywords: Medical students, depression, anxiety, stress and suicide, cross-sectional study.

1. INTRODUÇÃO

1.1 Apresentação do problema

Anualmente milhares de estudantes concorrem a uma vaga para entrar numa faculdade de medicina (INEP, 2005), o que torna o vestibular deste curso um dos mais concorridos do país. E para alcançar o objetivo idealizado de entrar na faculdade de medicina e “ser” médico o aluno precisa eliminar centenas de concorrentes e mostrar qualidades como determinação, persistência e competitividade.

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

Em virtude disso, pode-se questionar o que ocorre com essa população, que, por um lado, se mostra tão capacitada e, por outro, tão vulnerável ao adoecimento. Por isso a hipótese é de que as forças que estão envolvidas na busca do objetivo também estarão presentes no adoecimento. A idealização, a identificação, juntamente com a determinação, a persistência e a competitividade serão fatores determinantes no adoecimento. Superar a identificação do estudante de medicina com o ideal de “ser” médico é o trabalho a ser realizado.

Sendo assim, pode-se entender que frente a situações de estresse, uma pessoa pode responder com alterações afetivas muito variadas. E as respostas afetivas mais comuns são as depressivas e ansiosas (MARGIS, 2003; VIEIRA et al., 2006; FOGAÇA et al., 2008). E, no que diz respeito aos transtornos de humor, a ênfase, neste estudo, se dará, principalmente, sobre os transtornos ditos depressivos. Considera-se humor como uma tonalidade emocional que vai da sensação de estar triste a de estar feliz e suas alterações, anormais, são chamadas de transtornos de humor. Desse modo, os transtornos de humor abrangem uma grande variedade de alterações, dentre elas a depressão (Capítulo 1.3). Da mesma forma do que foi dito para os transtornos de humor, em relação aos transtornos ansiosos, também serão enfocados, neste estudo, aqueles que estão mais diretamente relacionados com a proposta do trabalho (Capítulo 1.4). Porém, primeiramente serão apresentados itens relacionados com a profissão médica, a escolha de “ser” médico e o adoecimento dos estudantes de medicina (Capítulo 1.2). E a seguir serão apresentados os seguintes itens: depressão, ansiedade, estresse e burnout, sendo que cada um obedecerá à seguinte sequência: definição e descrição clínica, epidemiologia, comorbidades e modelos etiológicos.

1.2 A profissão médica

a. Características gerais da profissão médica e do profissional médico

Um estudo realizado pela Fundação Oswaldo Cruz traçou o perfil dos médicos no Brasil e revelou alguns dados acerca desses profissionais e da profissão, como por exemplo: as características sociológicas da profissão, a formação do profissional e a estrutura do mercado de trabalho, dentre outras (MACHADO, 1997).

Assim sendo, o estudo assinala juntamente com outros autores reafirmam que a grande procura pelo curso de medicina se deve, em muitos casos, ao prestígio social que a atividade conquistou ao longo dos anos (QUEIROZ, 1991; MACHADO, 1997; MILLAN et al., 2005). E mais ainda, estudos realizados em outros países, mostram que o prestígio social de “ser” médico, também estava vinculado aos seus antecedentes familiares como, da mesma forma, à posição de seus pacientes (MACHADO, 1997).

Mas, a história da profissão médica no Brasil revela que o prestígio social da medicina data do século passado. Pois, anteriormente a esse período, “ser” médico era uma atividade desenvolvida por “simples homens de ofício de humilde condição” (MACHADO, 1997).

Ainda, em relação à profissão médica, outro aspecto que diz respeito à escolha profissional é o da herança familiar. A autora, em razão disso, ressalta que esse aspecto é relativamente recente na história médica e que isso evidencia a característica de artesanato ou experiência clínica da

profissão e o prestígio social que ela adquiriu ao longo dos anos (MACHADO, 1997; COLARES, 2004).

Agora, quanto à ocupação social dos pais, a autora afirma que tanto a ocupação paterna quanto materna sofreu alterações e se voltaram para atividades mais urbanas. Todavia, ainda se mantém certa “elitização” da origem médica, ou seja, os médicos sendo filhos de uma seleta camada social (MACHADO, 1997; COLARES, 2004; MILLAN et al., 2005; BENEVIDES-PEREIRA e GONÇALVES, 2009). Outro aspecto importante, destacado nesse estudo, em relação à ocupação social dos pais é a mudança da ocupação materna, deixando de ser dona de casa para ocupar uma atividade no mercado de trabalho (MACHADO, 1997).

E, ainda, dentro dos aspectos sociológicos, os avanços tecnológicos contribuíram para o surgimento e aumento de especialidades e subespecialidades e, com isso, o processo de especialização se tornou uma característica marcante dentro da profissão médica (MACHADO, 1997).

A situação do desenvolvimento técnico-científico merece atenção. Pois, se por um lado o desenvolvimento técnico-científico amplia a capacidade de solução de problemas, por outro, tem interferido na relação médico-paciente (QUEIROZ, 1991; MACHADO, 1997; ACIOLE, 2004; BORGES et al., 2002).

Uma alteração, salientada pela autora, se refere à institucionalização e burocratização do trabalho médico, determinando, com isso, que a medicina passou a ser desenvolvida em estrutura organizacional pública ou privada (MACHADO, 1997). Mudança esta de grande importância, pois se

considerar o consultório como sendo o lugar por excelência do acontecimento da clínica, afeta o ensino e a prática clínica, bem como, a relação médico-paciente quando esta se desenvolve, por exemplo, em instituições como hospitais (BORGES et al., 2002; ACIOLE, 2004).

Observa-se, ainda, atualmente, em relação aos aspectos sociológicos, uma mudança na população médica, que se caracteriza por ser urbana, jovem, possuindo de dois a três empregos, com aumento da participação do gênero feminino (MACHADO, 1997; MILLAN et al., 2005).

Por último, quanto à prática profissional médica, alguns autores apontam para o esgotamento desta como prática liberal devido às mudanças do mercado de trabalho e, também, como um reflexo da industrialização da medicina moderna (QUEIROZ, 1991; MACHADO, 1997; BORGES et al., 2002; ACIOLE, 2004).

b. A escolha de “ser” médico

Dentre os fatores mais citados como determinantes na escolha pela carreira médica destaca-se o tipo de personalidade, a influência familiar, condições sócio-econômicas, a preferência pelo conhecimento biológico, a curiosidade científica e o desejo de ajudar pessoas, como também os fatores inconscientes, como a sublimação (MACHADO, 1997; DICKINSON et al., 1997; COLARES, 2004; MILLAN et al., 2005), embora, atualmente, a ênfase quanto às características necessárias para alguém se tornar médico recaia sobre aspectos cognitivos (MILLAN et al., 2005).

É nesse sentido que atualmente se questiona sobre que profissional as escolas de medicina vêm formando. Estudos apontam para uma mudança que ocorre nas atitudes dos estudantes durante o curso: de uma visão altruísta com o desejo de ajudar o próximo para uma atitude mais pragmática e técnica no final do curso (MIYAZAKI, 1997; DICKINSON et al., 1997; MILLAN et al., 1999; SOUZA, 2003; COLARES, 2004; MILLAN et al., 2005; CAVESTRO e ROCHA, 2006).

Pode-se, ainda, dizer que as dificuldades apresentadas nos primeiros anos do curso se devem, em grande parte, às idealizações alimentadas antes de entrar e iniciar a faculdade de medicina e que, posteriormente, por volta do terceiro ano quando se inicia o contato com os pacientes, as dificuldades se relacionam mais com um processo de desilusão quanto ao que fora anteriormente idealizado (DICKINSON et al., 1997; SOUZA, 2003; COLARES, 2004).

Seguindo nessa direção, alguns autores questionam a estrutura curricular da formação médica, que se inicia, primeiramente, com o silêncio do cadáver, depois, na fase intermediária, com o silêncio dos órgãos, para, finalmente, se deparar com inúmeras disciplinas que fragmentam o corpo humano em seus vários órgãos e sistemas que resulta numa fragmentação da prática médica (DICKINSON et al., 1997; SOUZA, 2003; ACIOLE, 2004; DYRBYE et al., 2005; LITTLEWOOD et al., 2005). Somando-se a isso, as dificuldades de relacionamento com colegas são mais frequentes devido à competição por notas, estágios, monitorias e outras atividades curriculares e extracurriculares (SOUZA, 2003; COLARES, 2004; ALMEIDA et al., 2007).

Em razão disso, um estudo realizado com estudantes de medicina na faixa etária dos 18,5 anos evidenciou algumas características sócio-demográficas dessa população, como por exemplo, maioria solteira, católica e que completou o ensino médio em escolas particulares (MILLAN et al., 2005). E, quando os alunos foram questionados quanto ao que pensavam em relação à profissão médica, somente 10% tinham uma imagem favorável da carreira médica, enquanto 35% acreditavam que aspectos favoráveis eram acompanhados por desvantagens. Contudo, a maioria, aproximadamente 55% dos participantes, considerava que, atualmente, só existiam aspectos desfavoráveis na carreira médica (MILLAN et al., 2005).

E no que se referem às dificuldades que são esperadas durante o curso médico, os participantes desse estudo relataram, dentre outras, em primeiro lugar, o pouco tempo livre em virtude do volume de estudo, depois, em segundo lugar, o relacionamento com os pacientes, e por último, em terceiro lugar, o excessivo número de assuntos para serem estudados (MILLAN et al., 2005). Inclusive, pode ser mencionada como uma dificuldade, citada pela maioria dos participantes, que a rotina da carreira médica interfere na vida particular, sendo que nesse aspecto não houve diferença entre os gêneros (MILLAN et al., 2005).

Os atributos que os participantes desse estudo julgaram necessários para se tornar um bom médico, foi o de que é necessário ter o perfil para a profissão com bom relacionamento com os pacientes e gostar da profissão (MILLAN et al., 2005). Já em relação às características de personalidade, as mais citadas foram altruísmo, atitude humanitária, dedicação,

responsabilidade, humanidade, e abertura para novos conhecimentos, dentre outras (MILLAN et al., 2005).

Na diferenciação entre os gêneros, os participantes do gênero masculino mostram uma grande tendência para o comportamento competitivo e uma maior ambição. Por outro lado, os participantes do gênero feminino mostram uma maior maturidade emocional com senso de responsabilidade, mas, em contrapartida, experimentam mais intensamente seus conflitos emocionais o que influencia na autoconfiança, mostrando-se, assim, mais inseguras do que seus colegas, mas por outro lado, essa característica, segundo estudos, pode ser útil, pois, assim, se mostram mais empáticas com seus pacientes (DICKINSON et al., 1997; HOJAT et al., 1999; MILLAN et al., 2005; RETEGUIZ, 2006; NIEMI-MUROLA et al., 2007; VOLTMER et al., 2008; BLANCH et al., 2008).

Outro estudo, realizado em uma escola federal de medicina, teve a participação de 223 alunos numa primeira etapa e 22 alunos numa segunda etapa (SOUZA, 2003). Investigou-se inicialmente, na primeira etapa, com a utilização de escalas de auto-avaliação, a prevalência de distúrbios depressivos e ansiosos, para na segunda etapa aprofundar a investigação com entrevistas individuais (SOUZA, 2003).

Coletou-se, dessa forma, dados quanto às motivações na escolha do curso, relacionamento familiar, carga de estudo, relacionamento com colegas e questões relacionadas ao futuro profissional (SOUZA, 2003), resultando, a partir disso, declarações dos participantes, como por exemplo, “escolhi a medicina para ajudar os outros”, ou “gosto de ficar perto de

peças doentes” (SOUZA, 2003). Entretanto, uma característica marcante na personalidade dos estudantes de medicina, observada nesse estudo, foi a da competitividade (SOUZA, 2003), característica essa que apareceu, por exemplo, na afirmação de um participante: “parece que para subir tem que pisar no outro” (SOUZA, 2003).

Portanto, características, tais como exigência pessoal elevada, competitividade e dificuldades de relacionamentos, são comuns na personalidade de muitos estudantes de medicina, e, fundamentais na geração das dificuldades apresentadas pelos mesmos (MILLAN et al., 1999; BRODY et al., 2003; SOUZA, 2003; COLARES, 2004).

Ainda, em relação à população de estudantes de medicina, considera-se que as características de personalidade e temperamento, bem como as habilidades cognitivas têm um papel importante na forma de enfrentar as dificuldades durante o período de graduação (COLARES, 2004). Nessa direção, a exigência pessoal, o perfeccionismo, são características encontradas em estudantes de medicina e que podem servir como preditivas de depressão e desesperança (MILLAN et al., 1999; SOUZA, 2003; COLARES, 2004; AMARAL et al., 2008).

c. A escola de medicina pesquisada

Conforme informações contidas no site do curso de medicina da Universidade Federal do Paraná (www.medicina.ufpr.br), o curso de medicina é um dos mais antigos do país, foi fundado em 1914 e, atualmente,

oferece 176 vagas com dois períodos de início, um que se inicia no primeiro semestre e o outro que se inicia no segundo semestre. Sendo os dois nos turnos da manhã e da tarde, com duração de seis anos.

O currículo do curso de medicina da UFPR é estruturado de forma tradicional. Inicia-se com as disciplinas básicas durante os três primeiros períodos, ou seja, durante o primeiro ano e parte do segundo ano do curso, e depois passa para o ciclo profissionalizante, na transição do segundo para o terceiro ano. No décimo e décimo primeiro períodos, quinto ano e sexto ano do curso, os estudantes iniciam os internatos obrigatórios em clínica médica, clínica cirúrgica, pediatria e tocoginecologia no Hospital de Clínicas da UFPR. Os estágios têm duração de 11 semanas, com carga horária total de 440 horas cada um. No décimo segundo período os estudantes podem fazer até quatro estágios optativos: sendo dois de cinco semanas e dois de seis semanas, ou dois estágios optativos de onze semanas. Os estágios optativos podem ser realizados em outro hospital, dentro ou fora do país. Os estágios de cinco semanas possuem 200 horas e os de seis semanas tem 240 horas.

Dentro da filosofia de proporcionar uma formação mais abrangente, dá-se oportunidade para que o futuro médico tenha um contato mais direto com a comunidade, não se restringindo apenas ao hospital-escola. Assim, o estagiário pode, através de convênios mantidos pela Universidade e sob a supervisão de professores, ter experiência com pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS), nas unidades de descentralização.

d. O adoecimento dos estudantes de medicina

Passando agora para o adoecimento dos estudantes de medicina, alguns autores consideram que estes alunos, a princípio, estariam submetidos a um maior grau de estresse, por diversos motivos, como o competitivo vestibular, o extenso curso de graduação, as mudanças na metodologia de ensino e estudo, o pouco tempo de lazer, o contato com doenças e morte, a necessidade de uma especialização ao final do curso e a dependência econômica dos pais (MILLAN et al., 1998; BENEVIDES-PEREIRA e GONÇALVES, 2009).

Um estudo, de revisão de artigos publicados na língua inglesa, a respeito da prevalência, causas e consequências do estresse em estudantes de medicina, revelaram aspectos importantes para a compreensão do tema (DYRBYE et al., 2005). Assim, os autores comentam que mesmo o estresse sendo comum na formação médica, ele pode fazer emergir em alguns estudantes sentimentos de medo, incompetência, raiva e culpa que podem estar relacionados com as manifestações de adoecimento (DYRBYE et al., 2005). Em virtude disso, os estudantes desenvolvem estratégias de enfrentamento, *coping*, que podem influenciar, positivamente ou não, o desempenho acadêmico. Podem, dessa forma, as estratégias de enfrentamento, auxiliar os estudantes na solução de problemas com a expressão de sentimentos, ou, pelo contrário podem levar o estudante a um retraimento com o aparecimento de manifestações depressivas, ansiosas ou de *burnout* (DYRBYE et al., 2005). Dentre as consequências dessa situação,

assinaladas pelos autores, além do prejuízo acadêmico, merece destaque o cinismo com o declínio da empatia e do humanitarismo, a desonestidade acadêmica com mentiras e trapaças com colegas, e o abuso de substâncias (DYRBYE et al., 2005).

Sendo assim, em relação aos estudantes de medicina, estudos realizados mostram que as principais queixas, desses alunos, se relacionam com o período ou ano que estão cursando. E em razão disso, os alunos dos primeiros anos do curso apresentam queixas relacionadas com o volume de informação, as dificuldades de adaptação à nova metodologia de ensino como também queixas relacionadas às aulas de anatomia com a dissecação de cadáveres humanos (MIYAZAKI, 1997; MELEIRO, 1998; SOUZA, 2003; COLARES, 2004; MILLAN et al., 2005; CERCHIARI et al., 2005; DYRBYE et al., 2005; CAVESTRO e ROCHA, 2006).

Por outro lado, os alunos dos períodos ou anos intermediários ou do ciclo profissionalizante relatam queixas quanto aos relacionamentos com colegas, ao contato com pacientes e às situações que envolvem doenças crônicas e sofrimento ou de uma maneira mais abrangente, questões relacionadas à vida e à morte. Também, nesse momento, aparecem dificuldades de relacionamento com os profissionais responsáveis pelo ensino, professores ou médicos especialistas. E mais ainda, as dificuldades relacionadas à realidade dos serviços de saúde (MIYAZAKI, 1997; MELEIRO, 1998; BORGES et al., 2002; SOUZA, 2003; PITKÄLÄ e MÄNTYRANTA, 2004; COLARES, 2004; MILLAN et al., 2005; DYRBYE et

al., 2005; MIETTOLA et al., 2005; CAVESTRO e ROCHA, 2006; BENEVIDES-PEREIRA e GONÇALVES, 2009).

Uma pesquisa qualitativa realizada com estudantes de medicina finlandeses revelou que a primeiro contato com um paciente é uma experiência marcante e que, dentre outros sentimentos e, para surpresa dos pesquisadores, pode ser marcada por sentimentos de culpa por estar usando pacientes para o aprendizado (PITKÄLÄ e MÄNTYRANTA, 2004).

Outros estudos mostram que quando os estudantes iniciam o treinamento clínico são afetados por sintomas ansiosos, em alguns casos, em virtude do medo em cometer erros, como por exemplo, dar diagnósticos errados (AKTEKIN et al., 2001; SARIKAYA et al., 2006; STEWART et al., 2007). Assim, segundo esses estudos isso também se deve à dificuldade de comunicação entre estudantes de medicina e professores e médicos clínicos (SARIKAYA et al., 2006).

É nesse sentido que pesquisadores têm procurado investigar o papel da escola de medicina na causação de manifestações de preocupação e ansiedade (AKTEKIN et al., 2001; SINGH et al., 2004). Para contornar esses problemas, enfatizam, alguns pesquisadores, que a exposição precoce dos estudantes de medicina à experiência clínica reduz as sensações de preocupação e ansiedade, aumentando o sentimento de confiança e modificando conceitos em relação ao adoecer (AKTEKIN et al., 2001; SINGH et al., 2004; STEWART et al., 2007; ZUARDI et al., 2008).

Contudo, apesar de estudos mostrarem os benefícios de uma exposição precoce, outros estudos reforçam, ainda, a necessidade de

professores e profissionais relacionados com o ensino médico apresentar uma habilidade de comunicação, pois, afirmam que ainda existe a cultura da intimidação ou o “ensinar pela humilhação” (HAYES et al., 2004).

E por último, os estudantes que ingressam no internato têm que se haver com o aumento da carga de trabalho com plantões e rotação pelas diversas clínicas. Nesse momento ficam mais evidentes as restrições em relação ao tempo de descanso e lazer, como, também, a diminuição do tempo de sono (WEST et al., 2009; SEN et al., 2010). Com a aproximação da conclusão do curso os estudantes se deparam com a dificuldade para escolher uma especialidade e iniciar a vida profissional num mercado de trabalho extremamente competitivo, junto com a dificuldade de enfrentar mais uma seleção, o exame para residência médica e com uma sensação de não saber nada do que estudou ao longo da graduação (MIYAZAKI, 1997; MELEIRO, 1998; SOUZA, 2003; COLARES, 2004; MILLAN et al., 2005; DYRBYE et al., 2005; CAVESTRO e ROCHA, 2006; DAHLIN e RUNESON, 2007; REZENDE et al., 2008; BALDASSIN et al. , 2008; SEN et al., 2010).

Estudos realizados com universitários revelam as taxas de adoecimento, que, em alguns casos, gira em torno de 15% a 25% de algum tipo de transtorno psiquiátrico durante a graduação. E os transtornos são principalmente os de ansiedade e depressão, sendo que a maioria desses estudos envolve estudantes de medicina, onde a prevalência dos transtornos depressivos se situa entre 8% e 17% (CERCHIARI et al., 2005; CAVESTRO e ROCHA, 2006). Todavia, um estudo realizado na Universidade Estadual de Maringá (PR) obteve uma prevalência, bastante acentuada, de sintomas

depressivos, 49,2%, entre a população de estudantes de medicina (PORCU et al., 2001).

Ainda, nessa mesma linha de pesquisa, um estudo realizado na Universidade Federal de Uberlândia observou uma elevação do escores de depressão conforme mais adiantado o período do curso, com acadêmicos do gênero feminino apresentando escores mais elevados (REZENDE et al., 2008). Também, nesse mesmo estudo, se observou uma correlação negativa e significativa entre os escores de depressão e as atividades de lazer, mostrando-se inversamente proporcionais, concluindo-se que os alunos com escores elevados de depressão são os que têm nenhuma ou pouca atividade de lazer (REZENDE et al., 2008).

Confirmando essa perspectiva, o estudo realizado na Universidade de Goiás apontou para uma maior prevalência de sintomas depressivos entre alunos do segundo para o terceiro e quarto ano do curso (AMARAL et al., 2008). Sendo que os participantes que apresentavam sintomas depressivos moderados e graves representavam 6,9% da amostra e os que apresentavam sintomas leves representavam 19,9% da amostra (AMARAL et al., 2008). Ainda, em relação a esse mesmo estudo, a prevalência de sintomas depressivos moderados ou graves para o gênero feminino foi de 7,7% e para o gênero masculino foi de 6,1%. Já para os sintomas depressivos leves, a prevalência para o gênero feminino foi de 25,8% e para o gênero masculino de 12,9% (AMARAL et al., 2008).

Outro estudo realizado na Universidade Estadual de Maringá (PR) observou uma elevação das médias grupais de ansiedade. Para o primeiro

ano do curso, a média grupal foi de 43,0 pontos para o conceito ansiedade-traço e 41,7 pontos para o conceito ansiedade-estado. Já para o terceiro ano do curso, essas médias se elevaram com uma média grupal de 48,3 pontos para o conceito ansiedade-traço e de 46,8 pontos para o conceito ansiedade-estado. Porém, essas médias mostraram uma redução no sexto ano do curso, com média grupal para o conceito ansiedade-traço de 39,5 pontos e de 42,3 pontos para o conceito ansiedade-estado (BENEVIDES-PEREIRA e GONÇALVES, 2009).

O aspecto salientado por vários estudos, realizado no contexto universitário, é o da maior prevalência de depressão e ansiedade no gênero feminino, na faixa etária dos 20 anos, sendo os sintomas mais frequentes as auto-acusações, a irritabilidade e a fadiga (CERCHIARI et al., 2005; CAVESTRO e ROCHA, 2006; FONSECA et al., 2008).

Muitos pesquisadores investigam a relação do estresse nos estudantes de medicina, o papel dos professores nessa situação, as características curriculares, bem como, o próprio clima da educação médica (CARLOTTO e PALAZZO, 2006; LOUREIRO et al., 2009). Foi pensando nisso que a Faculdade de Medicina da Universidade do Porto elaborou o “Inventário de fontes de estresse acadêmico no curso de medicina” (IFSAM), que busca avaliar as fontes e a intensidade do estresse acadêmico do curso de medicina (LOUREIRO et al., 2009).

Por outro lado, conclui-se que esse estresse crônico pelo qual passam os estudantes de medicina pode ser entendido, também, como *Burnout* ou a síndrome da estafa profissional, ou ainda, o queimar-se por

dentro e que na verdade essa seria uma forma de adaptação (SOUZA, 2002; BENEVIDES-PEREIRA e GONÇALVES, 2009).

Mas ainda, dentro dos transtornos de humor, o maior risco associado é o do suicídio (MILLAN et al., 1995; CAVESTRO e ROCHA, 2006; DYRBYE et al., 2008). Dentro dessa linha, um estudo realizado na Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais, observou uma taxa de prevalência para transtorno depressivo maior de 10,5% e buscou correlacionar as prevalências das taxas de depressão com o risco de suicídio, entre diversos cursos. Com isso, observaram que estudantes do gênero feminino do curso de terapia ocupacional apresentavam uma probabilidade 3,6 vezes maior de desenvolver depressão maior com um risco de suicídio 3,7 vezes maior do que estudantes do gênero feminino dos cursos de medicina e fisioterapia (CAVESTRO e ROCHA, 2006).

Então, o risco de suicídio é o aspecto em relação aos transtornos depressivos e ao adoecimento dos estudantes de medicina mais preocupante, merecendo uma investigação mais detalhada. Dentro desse enfoque, alguns estudos destacam a existência de uma elevada taxa de suicídios entre médicos e estudantes de medicina (MILLAN et al., 1990; MELEIRO, 1998; DYRBYE et al., 2008).

Entretanto não são somente os transtornos de humor que estão relacionados com o aumento do risco de suicídio (DYRBYE et al., 2008). Seguindo nessa mesma linha de pesquisa, um estudo com estudantes de medicina dos Estados Unidos investigou a relação do *burnout* (estresse profissional) com a ideação suicida (DYRBYE et al., 2008). E com isso,

observou uma alta prevalência de ideação suicida entre estudantes de medicina dos Estados Unidos, com uma razão de 11,2%, muito mais alta do que na população em geral nos Estados Unidos, com a mesma idade, que é de 6,9% (DYRBYE et al., 2008).

Para alguns autores o perigo a que se expõe o médico e o estudante de medicina é o de assumir compromissos onipotentes e idealizados tornando-se, em razão disso, vítima. E podendo, dessa forma, sucumbir aos sentimentos de culpa por conta do fracasso (MELEIRO, 1998).

Estudos epidemiológicos indicam que o suicídio entre médicas é mais frequente do que entre médicos e a morbidade aumenta com a presença de transtornos depressivos, história psiquiátrica na família e uso de álcool e drogas (MELEIRO, 1998; WALLIN e RUNESON, 2003; DYRBYE et al., 2008). Ainda, no que diz respeito às especialidades médicas mais vulneráveis, considera-se que a anestesiologia, a psiquiatria, a oftalmologia e a patologia são as que apresentam o maior risco de suicídio (MELEIRO, 1998). E as características de personalidade mais predispostas a um maior risco de suicídio, destacam-se aquelas onde o componente de exigência e perfeccionismo é marcante (MELEIRO, 1998). E quanto ao método empregado nos suicídios entre médicos, na maioria das vezes, é com o uso de psicofármacos, devido à facilidade de obtenção (MELEIRO, 1998).

Também se pode entender o uso de drogas de abuso por estudantes de medicina como uma situação relacionada ao suicídio (LEMOS et al., 2007; MESQUITA et al., 2008; TOCKUS e GONÇALVES, 2008). Sabe-se que o uso de drogas entre universitários é muito difundido e que o consumo

aumenta após a entrada na faculdade. Um estudo realizado entre estudantes de uma escola pública de ensino médio de São Paulo enfatizou que a prevalência do uso de drogas entre estudantes universitários é semelhante àquela encontrada entre estudantes do ensino fundamental e médio (QUEIROZ et al., 2001). Ainda nesse mesmo estudo, o álcool, com 82,6% de uso na vida, é a droga mais consumida pelos alunos e as outras drogas, seguintes, mais consumidas são o tabaco, a maconha, os solventes e a cocaína (QUEIROZ et al., 2001). O mesmo padrão de consumo é encontrado em outros estudos sobre o uso de álcool e drogas entre universitários (WEBB et al., 1998; KERR-CORRÊA et al., 1999; PICKARD et al., 2000; NEWBURY-BIRCH et al., 2001; QUEIROZ, 2001; LEMOS et al., 2007; MESQUITA et al., 2008; TOCKUS e GONÇALVES, 2008).

Considera-se também que o uso abusivo de álcool e outras drogas estejam relacionados a algumas características do curso médico como carga horária elevada, responsabilidade quanto à cura, questões éticas e morte de pacientes (KERR-CORRÊA et al., 1999; LEMOS et al., 2007; MESQUITA et al., 2008; TOCKUS e GONÇALVES, 2008).

Dentro dessa perspectiva, um estudo realizado em uma Universidade privada, para avaliar o uso de drogas de abuso por estudantes de medicina, constatou que a frequência de uso, na vida, de álcool era de 78%, a de tabaco era de 38,6%, a de maconha (*cannabis sativa*) era de 26,1%, seguidos pelo uso de inalantes 21,5%, anfetaminas 11,3%, cocaína 3,4% e alucinógenos 2,2% (TOCKUS e GONÇALVES, 2008).

De certa maneira, confirmando o estudo anterior, uma pesquisa realizada em uma faculdade de medicina de Salvador (BA) constatou que a frequência de uso, na vida, de álcool era de 92,8%, porém, diferentemente do estudo anterior, o lança-perfume aparece em segundo com 46,2%, sendo que o maior consumo de drogas ocorre com indivíduos do gênero masculino (LEMOS et al., 2007).

Ainda em relação ao consumo de drogas de abuso, alguns autores afirmam que a prevalência é maior entre universitários que não possuem uma religião e têm rendimento familiar alto (LEMOS et al., 2007; MESQUITA et al., 2008).

Um agravante, em relação ao uso abusivo do álcool, é sua associação a diversos comportamentos de risco como, por exemplo, envolvimento em acidentes, ocorrências violentas, bem como o comportamento sexual de risco ou sexo inseguro (KERR-CORRÊA et al., 1999; LEMOS et al., 2007; MESQUITA et al., 2008; PADUANI et al., 2008; TOCKUS e GONÇALVES, 2008). É dentro desse contexto que um estudo realizado na Faculdade de Medicina de Botucatu (SP), aponta para os riscos do uso de álcool e outras drogas e acidentes automobilísticos (KERR-CORRÊA et al., 1999).

Outros dados epidemiológicos reforçam que o maior consumo ocorre no gênero masculino e que o uso acontece, principalmente, em situações recreacionais (como festas na faculdade) ou por curiosidade (como no caso das drogas ilícitas), ou seja, não estando diretamente ligado ao estresse (WEBB et al., 1998; KERR-CORRÊA et al., 1999; LEMOS et al., 2007;

PADUANI et al., 2008; OLIVEIRA et al., 2009). Em relação ao tipo de bebida utilizada, segundo um estudo realizado na faculdade de medicina da Universidade Federal de Uberlândia, a cerveja aparece em primeiro lugar com 68,6%, seguida pelos destilados com 46,2% e pelo vinho com 45,7% e, por último, pelo chope com 33,3% (PADUANI et al., 2008).

Cabe salientar que, como se constatou num estudo realizado na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, mas não somente nesse estudo, que os alunos se mostram mais tolerantes frente ao abuso de álcool do que em relação às drogas ilícitas, postura essa que segundo alguns autores, aumenta o risco do abuso do álcool (PICKARD et al., 2000; PADUANI et al., 2008; MESQUITA et al., 2008). Essa atitude de tolerância dos estudantes de medicina em relação ao consumo de álcool se mostra preocupante, principalmente, em virtude das suas responsabilidades no futuro quando se tornarem médicos (NEWBURY-BIRCH et al., 2001).

Uma questão que está indiretamente relacionada ao que foi exposto diz respeito à sexualidade (LIMA e CERQUEIRA, 2008). É ao longo do curso que a maioria dos estudantes inicia sua vida sexual, situação que também envolve estresse e tensão, e nesse sentido, estudos revelam que as maiores informações são dadas a respeito das doenças ligadas à sexualidade, deixando de lado aspectos mais corriqueiros do desenvolvimento sexual (LIMA e CERQUEIRA, 2008).

Para concluir, vale lembrar que muitos estudos enfatizam a relutância dos estudantes de medicina em procurar ajuda especializada (WALLIN e RUNESON, 2003; LEVINE et al., 2003; DAHLIN e RUNESON, 2007; RONG

et al., 2009). Essa questão foi motivo de um estudo que mostrou o ceticismo dos estudantes em relação à proposta de confidencialidade e anonimato (LEVINE et al., 2003). Nesse estudo os estudantes revelaram que tinham receio de preencher os questionários honestamente e que não gostariam de serem procurados e muito disso se devia ao possível estigma que poderia ser provocado se eles fossem identificados como portadores de distúrbio psiquiátrico (LEVINE et al., 2003).

Enfim, alguns autores, consideram que, em virtude do exposto, os estudantes de medicina estariam mais vulneráveis às situações de tensão e estresse e, com isso, mais suscetíveis ao desenvolvimento de quadros depressivos, ansiosos e *de burnout*, com um risco aumentado de suicídio (MILLAN et al., 1990; CAVESTRO e ROCHA, 2006; REZENDE et al., 2008; DYRBYE et al., 2008), e o enfoque salientado em vários estudos é a relação entre qualidade de vida, saúde geral, satisfação com o trabalho, relacionamentos sociais e depressão, ou seja, a relação de como o estresse psicossocial conduz ao isolamento, à diminuição da satisfação com a vida, aos problemas de saúde e, dessa forma, à depressão, à ansiedade e ao *burnout* (SWANI et al., 2007; AHMED et al., 2009).

1.3 Depressão

a. Definição e descrição clínica

Para alguns pesquisadores, o termo depressão tem sido usado tanto para se referir a um estado afetivo considerado “normal”, por exemplo, a tristeza, quanto para designar um sintoma ou uma doença (DEL PORTO, 1999). Contudo, a tristeza, o pesar ou o luto é uma resposta humana universal e adaptativa, relacionada a qualquer situação de perda (FREUD, 1917; DEL PORTO, 1999). Por outro lado, o sintoma depressivo pode estar presente em vários quadros clínicos.

Sendo assim, a depressão como síndrome é hoje preferencialmente chamada de transtorno de humor (anteriormente recebia o nome de transtorno afetivo) por ser uma denominação mais ampla, contemplando, dessa forma, não somente as manifestações externas (afetivas), mas também os estados emocionais mais persistentes com alterações vegetativas como é o caso das insônias (DEL PORTO, 1999). Por isso, os transtornos de humor são mais bem compreendidos como síndromes que envolvem sinais e sintomas – alterações de humor, alterações cognitivas, alterações psicomotoras e alterações vegetativas (DEL PORTO, 1999).

Pela sua importância, dois aspectos valem ser citados nos transtornos de humor: a característica melancólica e psicótica dos quadros depressivos. Em relação ao termo “melancolia”, este designa o que anteriormente era chamada de depressão endógena, somática ou biológica e o termo psicótico

pode ter três significados distintos. O primeiro, descritivo (quando descreve um tipo de alteração do pensamento ou da senso-percepção); o segundo, etiológico (quando aponta para o quadro constitucional do indivíduo); ou pode, ainda, ter um terceiro sentido que indica uma gravidade de um quadro (DEL PORTO, 1999).

Dentro dessa concepção, a Classificação Internacional das Doenças na sua 10ª revisão (CID-10) apresenta os seguintes transtornos de humor: episódio maníaco; transtorno afetivo bipolar; episódio depressivo; transtorno depressivo recorrente; transtorno persistente de humor e a distímia (DEL PORTO, 1999). Cabe salientar que o valor da CID-10 está no fato de ter uma pretensão clínica e por ser uma classificação internacional (BANZATO et al., 2007). Mas, ainda em relação às classificações diagnósticas, deve-se salientar a recomendação do seu uso como sistema diagnóstico sirva apenas de instrumento na clínica e não a substitua (BANZATO et al., 2007).

No Capítulo V sobre os Transtornos Mentais da CID-10, as alterações de humor aparecem descritas de uma forma que possibilitam sua identificação e diferenciação de uma manifestação dita “normal” de tristeza. Como também, descreve a presença de sintomas vegetativos (sono, apetite, peso, impulso sexual); aspectos cognitivos (atenção, tolerância à frustração, memória, distorções negativas); controle de impulso (suicídio e homicídio); aspectos comportamentais (motivação, prazer, interesses, fatigabilidade) e aspectos físicos (cefaléia, dores gástricas, tensão muscular) (CID-10, 1993).

O transtorno depressivo (Tabela 01) é o transtorno de humor mais comum e pode manifestar-se em episódio único ou em episódios

recorrentes, de curso prolongado (CID-10, 1993), podendo a manifestação depressiva variar de leve, moderada ou grave, sendo que esta diferenciação se baseia num julgamento clínico que envolve o número, tipo e gravidade dos sintomas presentes. As atividades sociais e laborativas são, com frequência, um guia para avaliar a gravidade do episódio. E por último, os atos lesivos a si próprio, associados ao transtorno de humor, devem ser registrados através de código adicional como autolesão (CID-10, 1993).

Tabela 01 - Episódio depressivo

(a)	Concentração e atenção reduzidas;
(b)	Autoestima e autoconfiança reduzidas;
(c)	Ideias de culpa e inutilidade (mesmo em um tipo leve de episódio);
(d)	Visões desoladas e pessimistas do futuro;
(e)	Ideias ou atos lesivos ou suicídio;
(f)	Sono perturbado;
(g)	Apetite diminuído.

FONTE: Classificação Internacional das Doenças na sua 10ª revisão (CID-10)

À vista disso, o transtorno depressivo ou depressão é descrito conforme as manifestações que surgem na clínica, podendo, em razão disso, apresentar variações durante o passar do dia como também individualmente e ter, ainda, apresentações atípicas na adolescência. Outros sintomas como ansiedade ou angústia podem também ser comuns, manifestações adicionais como irritabilidade, exacerbação de sintomatologia obsessiva ou fóbica, consumo aumentado de álcool, entre outras, também são comuns nos transtornos depressivos. Por último, para se estabelecer o diagnóstico se requer um período mínimo de duas semanas (CID-10, 1993).

Conforme mencionado no início, as manifestações melancólicas dos transtornos depressivos, que também podem ser ditas de “somáticas”, “vitais” ou “biológicas”, apresentam as características descritas na Tabela 02 (CID-10, 1993).

Tabela 02 - Manifestações somáticas dos transtornos depressivos

(a)	Perda de interesse ou prazer em atividades normalmente agradáveis;
(b)	Falta de reatividade emocional a ambientes e eventos normalmente prazerosos;
(c)	Acordar pela manhã 2 ou mais horas antes do horário habitual;
(d)	Depressão pior pela manhã;
(e)	Evidência objetiva de retardo ou agitação psicomotora definitiva (percebida ou relatada por outra pessoa);
(f)	Marcante perda de apetite;
(g)	Perda de peso (frequentemente definida como 5% ou mais do peso corporal no mês anterior);
(h)	Marcante perda de libido.

FONTE: Classificação Internacional das Doenças na sua 10ª revisão (CID-10)

Contudo, já na introdução do Capítulo V sobre os Transtornos Mentais da CID-10 uma ressalva é feita quanto a não aprovação universal da classificação. Assim, a razão dessa ressalva reside no fato de a relação entre etiologia, sintomatologia, processos bioquímicos subjacentes, resposta ao tratamento e evolução dos transtornos de humor não ser “ainda suficientemente bem compreendida” (CID-10, 1993). Em virtude disso, fica claro que a CID-10, no que diz respeito ao diagnóstico dos episódios depressivos, não se ocupa com a questão do significado da manifestação depressiva; busca apenas descrevê-la da forma mais detalhada e abrangente para, com isso, estabelecer um diagnóstico.

Quanto ao transtorno depressivo na infância e adolescência, até pouco tempo atrás era pouco diagnosticado ou até mesmo não era diagnosticado, podendo, dessa forma, levar à cronificação e a desenlaces trágicos como o suicídio direto ou indireto (BAHLS, 2002; MONTEIRO e LAGE, 2007). Tal fato se deve à dificuldade para se estabelecer um diagnóstico de transtorno de humor na adolescência por ser esse período uma fase de transição e mudança bio-psico-social e com isso causar uma reação natural de ajustamento (MONTEIRO e LAGE, 2007).

Estudos mostram que o transtorno depressivo na infância e adolescência tem uma apresentação duradoura e pervasiva, afetando dessa forma o funcionamento geral do adolescente (BAHLS, 2002; CRIVELATTI et al., 2006; CHANDAVARKAR et al., 2007). Pois, os adolescentes tendem a se queixar das manifestações somáticas ou biológicas da depressão como signos da doença, ou seja, das alterações do apetite e do sono (CRIVELATTI et al., 2006; ELLER et al., 2006; CHANDAVARKAR et al., 2007).

Assim, conforme a Tabela 03, as manifestações mais comuns são: a perda de interesse ou prazer em atividades normalmente agradáveis; a falta de reatividade emocional a ambientes e eventos normalmente prazerosos; a evidência objetiva de retardo ou agitação psicomotora definitiva (percebida ou relatada por outra pessoa); e, a marcante alteração do apetite com perda ou ganho de peso, dentre outras. Pode-se, ainda, acrescentar a essas manifestações a instabilidade e irritabilidade, que descreve o retrato típico de um adolescente deprimido. E, somando-se a esse quadro sintomatológico,

têm-se os problemas típicos da faixa etária como a busca da identidade pessoal, os desafios em relação ao desempenho escolar e as dificuldades dos relacionamentos afetivos (BAHLS, 2002; CHANDEVARKAR et al., 2007).

Tabela 03 - Manifestações somáticas dos transtornos depressivos na adolescência - 2002

(a)	Irritabilidade e instabilidade;
(b)	Humor deprimido;
(c)	Perda de energia;
(d)	Desmotivação e desinteresse importante;
(e)	Retardo psicomotor;
(f)	Sentimentos de desesperança e/ou culpa;
(g)	Alterações do sono;
(h)	Isolamento;
(i)	Dificuldade de concentração;
(j)	Prejuízo no desempenho escolar;
(k)	Baixa autoestima;
(l)	Ideias e tentativas de suicídio;
(m)	Problemas graves de comportamento.

FONTE: Bahls, S. C. Aspectos clínicos da depressão em crianças e adolescentes, 2002

As diferenças da apresentação sintomatológica conforme o gênero envolvido é descrita na literatura. Dentro dessa perspectiva, alguns autores destacam as manifestações de tristeza, raiva, tédio e ansiedade como sendo mais comuns em adolescentes do gênero feminino. E, por outro lado, as manifestações desafiadoras e impulsivas, com abuso de substâncias ilícitas ou álcool como mais comum em adolescentes do gênero masculino (Tabela 04) (BAHLS, 2002).

Tabela 04 - Manifestações significativas do transtorno depressivo na adolescência - 2002

(a)	Humor irritável ou depressivo duradouro /ou excessivo;
(b)	Períodos prolongados de isolamento;
(c)	Hostilidade com família e amigos;
(d)	Afastamento da escola ou queda do rendimento escolar;
(e)	Afastamento de atividades grupais;
(f)	Abuso de substâncias (álcool e drogas);
(g)	Violência física;
(h)	Atividade sexual imprudente;
(i)	Fugas de casa.

FONTE: Bahls, S. C. Aspectos clínicos da depressão em crianças e adolescentes, 2002

Como fator de risco associado à depressão na adolescência considera-se o mais importante a presença de distúrbio depressivo em um dos pais, o que aumenta o risco em aproximadamente três vezes. Outros fatores de risco incluem estressores ambientais, perda de um dos pais, irmão ou amigo íntimo. Já, em relação à comorbidade, os transtornos de ansiedade são os com maior prevalência (BAHLS, 2002).

b. Epidemiologia

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2003), os transtornos depressivos, juntamente com as cardiopatias, já é o grupo de doença com a maior prevalência e crescimento dentro da população mundial, tornando-se dessa maneira um problema de saúde pública e econômica. Estudos revelam que a depressão afeta uma em cada cinco pessoas em algum momento da vida e a previsão é de que no ano de 2020

se torne a segunda doença em prevalência, perdendo apenas para as doenças cardíacas (Tabela 05) (MONTEIRO e LAGE, 2007).

Tabela 05 - Custos ocultos do não tratamento da depressão maior

Morbidade dos pacientes

Tentativas de suicídio;

Acidentes;

Incapacidade de melhorar na profissão e na escola;

Abuso de substâncias.

Custos sociais

Famílias disfuncionais;

Absenteísmo;

Diminuição da produtividade;

Lesões relacionadas ao trabalho.

FONTE: Psicofarmacologia: bases neurocientíficas e aplicações práticas

Dados epidemiológicos mostram uma maior prevalência de todos os transtornos de humor entre pessoas abaixo dos 45 anos quando comparada com pessoas acima de 45 anos (KAPLAN e SADOCK, 1999).

Os episódios maníacos, aqueles que se caracterizam por humor elevado com aumento na quantidade e velocidade da atividade física e mental, têm distribuição igual entre homens e mulheres, e, por outro lado, o transtorno depressivo maior e o transtorno distímico, aquela depressão crônica de humor que não preenche os critérios para o transtorno depressivo recorrente, são mais prevalentes em mulheres que em homens e essa diferença entre os gêneros é consistente ao longo da vida. Em relação à raça não existe variação significativa. E no que diz respeito à prevalência ao longo da vida, esta gira em torno de 6% em alguns estudos; porém, outros estimam uma prevalência maior de até 17% (KAPLAN e SADOCK, 1999).

Quanto à prevalência de transtornos depressivos na população adolescente, estudos americanos mostram que se situa em torno de 2,6% para o gênero masculino e 10,2% para o gênero feminino (MONTEIRO e LAGE, 2007).

Contudo, “a maioria dos estudos realizados em países desenvolvidos estima que a distribuição do transtorno depressivo maior esteja mais presente em mulheres do que em homens, em adultos jovens do que na meia-idade e velhice, em populações urbanas do que nas rurais e entre pessoas solteiras ou divorciadas do que entre as casadas” (Tabela 06) (KAPLAN e SADOCK, 1999).

Tabela 06 - Fatores de risco para depressão maior

Sexo	Depressão maior duas vezes mais comum em mulheres
Idade	Maior frequência de início aos 20-40 anos
Histórico Familiar	Risco 1,5 a 3 vezes maior com história positiva
Estado civil	Homens casados com índices menores do que os não-casados. Mulheres casadas com índices mais elevados do que as não-casadas.
Eventos de vida negativos	Possível associação.
Morte precoce dos pais	Possível associação.

FONTE: Psicofarmacologia: bases neurocientíficas e aplicações práticas

Alguns estudos indicam que os estudantes da área de humanas apresentam um risco para depressão, bem como para distúrbios relacionados ao estresse, similar aos estudantes de medicina, mas por outro lado, um maior risco para distúrbios de ansiedade (BUNEVICIUS et al., 2008).

Um estudo de rastreamento epidemiológico de sintomas depressivos em residentes e estudantes de medicina apontou para os importantes

índices de sintomatologia depressiva observados nessa população (GABRIEL et al., 2005). Nesse estudo participaram 64 residentes e 97 acadêmicos do primeiro ano do curso de medicina e constatou-se que 81% dos residentes e 72% dos alunos apresentavam sintomatologia depressiva, com predomínio do gênero feminino (54% das residentes e 61% das estudantes) (GABRIEL et al., 2005). Ainda, no mesmo estudo, 81% dos residentes e 84% dos estudantes com sintomas depressivos faziam uso regular de bebida alcoólica. E ainda, 25% dos residentes e 26% dos estudantes fumavam regularmente (GABRIEL et al., 2005).

Dessa maneira, numa revisão de estudos sobre saúde e qualidade de vida de médicos residentes, identificou como principais problemas, relacionados à síndrome *burnout* ou da estafa profissional, alterações do sono, estresse, fadiga e o enfrentamento de condições de vida e de trabalho estressantes (NOGUEIRA-MARTINS e JORGE, 1998; LOURENÇÃO et al., 2010). Também para os residentes, ocorre algo semelhante do que foi exposto em relação aos estudantes de medicina, ou seja, o estresse, ligado à responsabilidade profissional com o isolamento social, a privação do sono, a sobrecarga de trabalho e o pavor de cometer erros se associa às reações psicológicas e psicopatológicas, incluindo quadros depressivos, consumo excessivo de álcool com o desenvolvimento de um ceticismo e humor irônico (NOGUEIRA-MARTINS e JORGE, 1998; LOURENÇÃO et al., 2010).

Fatores como ausência de supervisores, estruturas hierárquicas mal definidas, estresse no trabalho e excesso de responsabilidade estariam

relacionados ao desgaste referido pelos médicos residentes (NOGUEIRA-MARTINS e JORGE, 1998; LOURENÇÃO et al., 2010).

Como salientado anteriormente, um aspecto associado aos transtornos de humor é o risco de suicídio. Sendo assim, define-se suicídio como o ato de tirar a própria vida de maneira intencional (VIANA et al., 2008). Ou ainda, o ato humano de causar a cessação da própria vida (MENEGHEL et al., 2004), devendo ser compreendido não somente como a conduta suicida em si, mas abrangendo alterações de pensamento, ou seja, ideações suicidas (VIANA et al., 2008).

Assim, estudos na língua inglesa apontam para taxas de tentativas de suicídio que variam entre 46 a 730/100.000 habitantes, com uma tendência de aumento na população mais jovem (CASSORLA e SEMEKE, 1994; FICHER e VANSAN, 2008). Outros estudos estimam que a taxa mundial de suicídio gire em torno de 16/100.000 habitantes (PARENTE et al., 2007; VIANA et al., 2008).

Desse modo, acredita-se que aproximadamente um milhão de pessoas cometa suicídio no mundo ao ano, sendo que as maiores taxas de suicídio são encontradas em países como França, Suíça, Bélgica, Áustria, EUA e China (VIANA et al., 2008). No Brasil as maiores taxas de suicídio encontram-se nos estados do sul (Rio Grande do Sul, Santa Catarina e Paraná), em São Paulo e em Goiás (MENEGHEL et al., 2004; VIANA et al., 2008).

Comparando-se as taxas mundiais de suicídio, em torno de 16/100.000 habitantes, com as taxas brasileiras, pode-se considerá-las

como baixas, por volta de 4,3 a 6/100.000 habitantes (MENEGHEL et al., 2004; VIANA et al., 2008). Desse modo, um estudo realizado no sul do Brasil (no estado de Santa Catarina) para avaliar a prevalência de suicídios revelou uma taxa de 7,9 suicídios por 100.000 habitantes, estando dentro da média da região (VIANA et al., 2008).

Porém, existem algumas diferenças regionais importantes, como, por exemplo, no Rio Grande do Sul, onde as taxas de suicídio podem ser consideradas médias, ficando em torno de 10,2/100.000 habitantes (MENEGHEL et al., 2004), pois, são consideradas baixas as taxas de suicídio inferiores a 5/100.000 habitantes, médias aquelas que se situam entre 5 a 15/100.000 habitantes e altas as que se situam entre 15 e 30/100.000 e as acima de 30/100.000 como muito altas (MENEGHEL et al., 2004).

Têm-se algumas características quanto ao suicídio consumado e as tentativas de suicídio. Nas tentativas de suicídio (ou suicídios não consumados) a relação entre os gêneros é de quatro mulheres para um homem (4:1); e, por outro lado, no suicídio (ou suicídio consumado) ela se inverte e é de três homens para uma mulher (3:1) (CASSORLA, 1994; LOPES, 2007; VIANA et al., 2008; FICHER e VANSAN, 2008). Essa inversão se deve, em parte, ao comportamento masculino ser mais competitivo e impulsivo, como também ao uso de álcool e o método utilizado na consumação do suicídio que implica em meios mais letais.

Estudos demonstraram que Porto Alegre e Curitiba são as capitais com os maiores índices de suicídio na população de adolescentes entre 15 e

24 anos (BORGES e WERLANG, 2006). Como as taxas de suicídio aumentam com a idade, atingindo dessa maneira as populações mais idosas, acredita-se que a mudança dessa situação, segundo estudos, se deve ao fato de que na sociedade atual há poucas perspectivas para a população mais jovem, bem como devido às mudanças sócio-culturais (CASSORLA, 1994; MENEGHEL et al., 2004).

Em relação ao uso e abuso de substâncias psicoativas, alguns autores especulam a relação destas com a autodestruição ou suicídio (MANSILLA e SILVA BENTO, 2006). Acreditam que no caso das overdoses com óbito a autodestruição ocorre de fato, mas indagam se a drogadição, quando não leva à overdose com óbito, não poderia ser entendida como uma tentativa de elaborar perdas típicas da adolescência (MANSILLA e SILVA BENTO, 2006; MONTEIRO e LAGE, 2007; FICHER e VANSAN, 2008; ABASSE et al., 2009).

c. Comorbidades

Considera-se que a comorbidade pode servir como um indicativo preditor da evolução do distúrbio como também do seu prognóstico (BAHLS, 2002).

Sendo assim, constata-se que os transtornos de humor podem, concomitantemente, estarem presentes em inúmeras outras alterações da clínica médica. Nesse sentido, são inúmeras as comorbidades dentro da prática clínica, como por exemplo, depressão e cardiopatias; depressão e

doenças endocrinológicas; depressão e doenças renais; depressão e oncologia; depressão e dor; depressão e tocoginecologia (TENG et al., 2005).

Em virtude disso, a depressão muitas vezes é sub-diagnosticada e quando corretamente diagnosticada, não é corretamente tratada (TENG et al., 2005; CHANDAVARKAR et al., 2007). Com isso, alguns autores sugerem que na prática clínica a melhor abordagem é a inclusiva, ou seja, mesmo que uma determinada doença curse com, por exemplo, fadiga e insônia, estes sintomas devem ser considerados como parte de uma síndrome depressiva (TENG et al., 2005).

Outras comorbidades, com os transtornos de humor, incluem os transtornos de ansiedade, as fobias, os transtornos obsessivos compulsivos e os transtornos de conduta e abuso de substâncias (BAHLS, 2002; ELLER et al., 2006; CHANDAVARKAR et al., 2007).

Ainda em relação às comorbidades consideram-se os transtornos psiquiátricos como fatores de risco mais envolvidos nas tentativas de suicídio ou no suicídio consumado, sendo a depressão e o transtorno afetivo bipolar os transtornos psiquiátricos mais comumente envolvidos nos casos de tentativas de suicídio ou no suicídio consumado, seguidos pelo abuso de drogas ilícitas (CASSORLA, 1994; MENEGHEL et al., 2004; PARENTE et al., 2007; VIANA et al., 2008).

d. Modelos etiológicos da depressão

Na tentativa de buscar uma compreensão sobre a etiologia dos transtornos depressivos, abordagens como a da escola biológica e da escola psicanalítica procuram elaborar “modelos” que justifiquem esses transtornos (KAPLAN e SADOCK, 1999).

O “modelo das aminas biogênicas” da escola biológica postula que a etiologia da depressão deriva de uma deficiência de neurotransmissores monoaminérgicos, principalmente noradrenalina (NA) e serotonina (5-HT). Estabeleceu-se isso se baseando em evidências de que algumas substâncias que depletavam esses neurotransmissores poderiam induzir à depressão e alguns antidepressivos na época poderiam potencializar esses mesmos neurotransmissores (STAHL, 1998).

Assim, o transtorno depressivo era decorrente de uma quantidade inadequada daqueles neurotransmissores. Um problema apresentado pelo modelo das aminas biogênicas foi a diferença do tempo de ação dos antidepressivos sobre os neurotransmissores e do tempo de ação sobre o humor. Em razão disso, o “modelo das aminas biogênicas” foi modificado, tornando-se mais sofisticado, indo dos neurotransmissores para os receptores e destes para os eventos moleculares (STAHL, 1998).

Dessa maneira, tem-se hoje o “modelo dos receptores de neurotransmissores” que presume uma disfunção no funcionamento dos receptores dos principais neurotransmissores monoaminérgicos. E, dessa forma, a anormalidade nesses receptores levaria à depressão. Porém,

poucas evidências diretas conseguem confirmar esse modelo, precisando, assim, de mais estudos nessa área (STAHL, 1998).

Outro “modelo biológico” que merece ser citado é o da “hiperatividade do eixo hipotálamo-pituitária-adrenal (HPA)”. Segundo alguns pesquisadores, esse “modelo” é “um dos maiores achados em psiquiatria”, pois a hiperatividade do eixo hipotálamo-pituitária-adrenal possibilita uma conexão entre aspectos psicossociais, psicológicos, biológicos e genéticos (MELLO et al., 2007).

Por outro lado, a neuropsicologia busca articular os achados dos estudos anatômicos realizados pelos exames de imagem como o PETscan (Tomografia por Emissão de Pósitrons) com as manifestações ou alterações de comportamento ou cognição. Entretanto, esses mesmos autores reconhecem algumas controvérsias ainda a serem mais detidamente examinadas (ROZENTHAL et al., 2004).

O “modelo” da escola psicanalítica procura diferenciar as manifestações afetivas presentes na depressão e no luto, postulando que o fenômeno do luto surge em virtude de uma perda, que pode ser de uma pessoa, de uma abstração ou de um ideal (FREUD, 1917; FENICHEL, 1981).

Mas, antes disso, supõe-se que na gênese das manifestações designadas como depressivas ou de redução da autoestima, encontram-se alguns elementos fundamentais no processo, ou seja, a idealização, a identificação com um ideal e o luto relacionado à perda do ideal (FREUD, 1917; FENICHEL, 1981; UCHÔA, 1979).

Em “Psicologia das massas e análise do ego” de 1921, Freud sustenta que a identificação é a expressão mais remota de laço emocional e, com isso, molda o próprio Eu do sujeito conforme o aspecto que foi tomado como modelo, e pode, em alguns casos, a identificação aparecer no lugar de uma escolha de objeto (FREUD, 1921). Devido a essa situação, algumas dificuldades podem aparecer como a obrigação de seguir uma identificação que pode não estar em sintonia com o Eu (FREUD, 1921).

Para elucidar o fenômeno do adoecimento dos estudantes de medicina, pode-se considerar a escolha de “ser” médico como uma escolha de um modelo idealizado (SOUZA, 2003), como aparece, por exemplo, na declaração dos alunos: “por que escolhi Medicina? Por causa daquele sentimento de “ser” Deus” ou “têm cirurgiões que ostentam aquele sentimento de “ser” Deus”. Assim, pode-se notar não somente a identificação a um modelo, mas a identificação a um modelo ideal, ou seja, a identificação a modelo idealizado de “ser” médico. Portanto, o estudante de medicina não somente se identifica com o “ser” médico, mas antes se identifica com o “ser” médico idealizado.

Agora, em “A guisa de introdução ao narcisismo” de 1914, Freud desenvolve o tema do Eu como ideal, afirmando que na vida adulta, o amor infantil, se dirige para esse Eu-ideal que reflete toda perfeição e completude (FREUD, 1914). E levando em conta, que uma idealização pode ocorrer em relação aos objetos como, também, em relação ao próprio Eu com uma supervalorização dos mesmos (FREUD, 1914).

Porém, em virtude da existência de uma instância, a consciência moral, que observa e avalia o Eu atual, este será medido por esse ideal e em decorrência disso o autoconceito irá expressar sua grandeza, ou não, pelas coisas que possui ou conquista (FREUD, 1914). Portanto, se por algum motivo ocorre a não realização desse ideal o que aparecerá na consciência é a culpa e o medo de perder o amor (originariamente o amor dos pais) com conseqüente diminuição da autoestima (FREUD, 1914).

Isso fica claro no caso dos estudantes de medicina, pois, verifica-se um perfeccionismo e uma exigência elevada sempre renovada (SOUZA, 2003), ao ponto de um aluno ao final do curso afirmar que: “não faria medicina novamente!”; muito provavelmente em razão de que a cada exigência atendida outras tantas são solicitadas e o estudante sente-se sempre em dívida, como se precisasse se dedicar mais e, isso deixa evidente essa instância que Freud aponta nesse texto, a consciência moral ou o Super-Eu que solicita um esforço a mais para “ser” médico, mas não qualquer médico, mas, o “ser” médico idealizado.

Contudo frente à realidade que mostra a impossibilidade de se alcançar esse ideal, pode ocorrer, em primeiro lugar, o abandono dessa pretensão idealizada de “ser” médico com a realização do trabalho de luto e, nesse contexto, a reação de luto não requer tratamento e até mesmo se torna desaconselhável, pois, possibilita ao enlutado um amadurecimento no caminho de uma relação mais realista com suas escolhas, e, ainda, denominar luto de depressão no mínimo é um equivoco, pois não se pode considerar como psicopatológico (FREUD, 1917).

Ora, pode-se entender no caso dos estudantes de medicina que existem dois momentos de luto, ou seja, dois momentos de perda. Um primeiro ocorre logo no início da faculdade, com a perda do ideal da faculdade de medicina e também do ideal do vitorioso por ter entrado em uma faculdade tão concorrida como a de medicina. E depois com o início do ciclo profissionalizante com a perda do “ser” médico idealizado. E, isso porque tanto a faculdade como o “ser” médico mostram suas limitações e não podem sustentar essa idealização. Dentro dessa perspectiva em “Luto e melancolia”, Freud assinala que o trabalho do luto consiste na liberação das ligações pré-existentes com objeto, agora, perdido (FREUD, 1917).

Porém, um segundo desfecho pode ocorrer se por acaso o apego ao ideal de “ser” médico for muito intenso, e, levar a uma resistência em abandonar esse ideal. A partir disso, pode sobrevir o adoecimento, que vai aparecer como uma tentativa sempre renovada e exaustiva de atender às exigências desse ideal, mas impossível de ser realizada (SOUZA, 2003). Com isso, pode um estudante abandonar o curso de medicina por se julgar incompetente de “ser” médico ou então sempre sentir-se insatisfeito com o seu desempenho (SOUZA, 2003; HAYES et al., 2004). Essa situação se mostra bem apropriada na investigação das manifestações sintomáticas da síndrome de *burnout* ou da estafa profissional (DYRBYE et al., 2008). Nesse quadro um aspecto determinante do diagnóstico é o de afetar profissionais com as características de dedicação ao trabalho e tendência ao perfeccionismo, ou seja, profissionais que buscam manter a idealização

profissional, mesmo frente a uma realidade adversa (SOUZA e SILVA, 2002; CARLOTTO e PALAZZO, 2006).

Quanto à melancolia, Freud procura compreendê-la diferenciando-a do luto, pois essas duas manifestações, luto e melancolia, surgem como reações à perda. Assim, salienta as diferenças dessas duas situações, com a apresentação característica da melancolia, as autorrecriações e autorrebaixamentos, e, isso mostra que na melancolia existe uma perda de natureza mais ideal e que o objeto talvez não tenha morrido, mas tenha sido perdido enquanto objeto de amor (FREUD, 1917). Com isso, na melancolia existe uma diminuição importante da autoestima, um empobrecimento do próprio Eu, ou seja, no luto o mundo se torna vazio, na melancolia é o Eu que se esvaziou. É nesse sentido que Freud apresenta a fórmula da melancolia “a sombra do objeto perdido recai sobre o próprio Eu” (FREUD, 1917). Portanto, têm-se situações distintas no luto, reação natural a uma perda e outra, na melancolia, também uma reação a uma perda, mas, que necessita de acompanhamento por causa de sua imprevisibilidade e gravidade (FREUD, 1917). Essa diferenciação se torna indispensável na compreensão do ato suicida.

À vista disso, Freud elucida o suicídio, afirmando que o Eu só pode se matar se puder tratar a si mesmo como um objeto (FREUD, 1917). Ainda em “Luto e melancolia” Freud sustenta que o suicídio é, em última análise, um homicídio, ou uma hostilidade direcionada contra objetos perdidos e introjetados (FREUD, 1917). Esse tema foi explorado por Karl Menninger no livro “O homem contra si mesmo” onde escreve sobre o significado do

suicídio, diferenciando três formas de entender o ato suicida: o desejo de matar; o desejo de ser morto e o desejo de morrer (MENNINGER, 1970). Assim, pode-se entender o desejo de matar no suicídio, quando a destrutividade toma o próprio Eu como objeto, que pode ocorrer devido a uma repentina interrupção nos apegos ao objeto (o próprio Eu) (MENNINGER, 1970). Já no caso do desejo de ser morto, existe um desejo de sofrer, de se submeter à dor ou em suma: de ser punido; nesse caso fica evidente o componente de culpa (MENNINGER, 1970). E por último, o desejo de morrer, que revela, muito mais, uma incapacidade de lidar com a realidade do que de fato um desejo de se matar, e, que tem como objetivo atrair a atenção (MENNINGER, 1970; CAMPBELL, 1986). A importância dessa diferenciação reside no fato de se ter claro que existem estruturas psicológicas diversas que levam uma pessoa ao suicídio.

Em resumo, considera-se o luto, diferentemente das manifestações psicopatológicas, como estruturante, necessário para o amadurecimento e crescimento do ser humano, devendo-se, com isso, evitar-se de tratá-lo como um estado mórbido (FREUD, 1917; MONTEIRO e LAGE, 2007).

1.4 Ansiedade

a. Definição e descrição clínica

A ansiedade ou angústia é o sentimento inexplicável de grande inquietude frente a alguma ameaça ou desgraça iminente, real ou

imaginária, considerada como a emoção ou medo anormal em situações de ameaça, acompanhada de alterações do sistema nervoso autônomo. (HANNIS, 1996; KAPLAN e SADOCK, 1999; STAHL, 1998).

No Capítulo V, sobre os Transtornos Mentais da CID-10, os chamados transtornos neuróticos, relacionados a estresse e somatoformes foram colocados juntos em um grande grupo. Devido a isso, têm-se os transtornos fóbico-ansiosos, os transtornos de pânico, os transtornos de ansiedade generalizada e os transtornos obsessivo-compulsivos entre outros. Cada um deles apresenta particularidades em relação à causa desencadeadora de ansiedade ou angústia, sendo examinados com mais detalhes adiante.

Dessa forma, o transtorno de ansiedade generalizada caracteriza-se, preponderantemente por ser uma manifestação de sintomas ansiosos persistentes e sem um objeto desencadeante ou precipitante (CID-10, 1993).

Quando as manifestações de ansiedade surgem sem um objeto específico, as alterações podem ser descritas como transtorno de pânico ou transtorno de ansiedade generalizada (Tabela 07 e 08), com o detalhe de que nos ataques de pânico o surgimento da ansiedade se dá de forma intensa, súbita e recorrente, sem relação a qualquer situação ou conjunto de circunstâncias em particular, o que caracteriza o ataque de pânico como totalmente imprevisível. As manifestações ansiosas, ainda, podem variar com palpitações, dor no peito, tontura entre outros sintomas da hiperatividade do sistema nervoso autônomo (Tabela 07) (CID-10, 1993).

Tabela 07 - Transtorno de pânico

-
- | | |
|-----|--|
| (a) | Em circunstâncias onde não há perigo objetivo; |
| (b) | Sem estarem confinados a situações conhecidas ou previsíveis; e, |
| (c) | Com relativa liberdade de sintomas ansiosos entre os ataques (ainda que ansiedade antecipatória seja comum). |
-

FONTE: Classificação Internacional das Doenças na sua 10ª revisão (CID-10)

Porém, o transtorno de ansiedade generalizada não apresenta um início súbito e inesperado como o ataque de pânico; ao contrário, ele ocorre de forma intermitente com tendência a se tornar crônico. Contudo, as manifestações sintomatológicas são semelhantes aos demais transtornos de ansiedade, com a diferença do aparecimento de sintomas crônicos como tensão muscular e nervosismo (Tabela 08) (CID-10, 1993).

Tabela 08 - Transtorno de ansiedade generalizada

-
- | | |
|-----|--|
| (a) | Apreensão (preocupações sobre desgraças futuras; sentir-se “no limite”; dificuldade de concentração etc.); |
| (b) | Tensão motora (movimentação inquieta, cefaléias tensionais, tremores, incapacidade de relaxar); |
| (c) | Hiperatividade autonômica (sensação de cabeça leve, sudorese, taquicardia ou taquipnéia, desconforto epigástrico, tonturas, boca seca etc.). |
-

FONTE: Classificação Internacional das Doenças na sua 10ª revisão (CID-10)

Nos transtornos fóbico-ansiosos, a ansiedade é evocada apenas por certas situações ou objetos (externos ao indivíduo) bem definidos e que normalmente não seriam motivo para tal reação. Ainda em relação aos transtornos fóbico-ansiosos, a preocupação do paciente se focaliza nas alterações do sistema nervoso autônomo, como por exemplo, as

palpitações, a sensação de desmaio, ou até mesmo, com o medo de enlouquecer ou de morrer (CID-10, 1993).

Esses transtornos podem variar de um leve desconforto até um terror frente ao objeto ansiogênico (Tabela 09), e seus subtipos são a agorafobia (medo de espaços abertos, da presença de multidões e de ter dificuldade para sair de determinados lugares), as fobias sociais (medo de expor-se a outras pessoas, como comer ou falar em público) e as fobias específicas (restritas a situações específicas) (CID-10, 1993).

Tabela 09 - Fobia específica (isoladas)

-
- | | |
|-----|---|
| (a) | Os sintomas psicológicos ou autônomos devem ser manifestações primárias de ansiedade e não secundários a outros sintomas tais como delírio ou pensamento obsessivo; |
| (b) | A ansiedade deve estar restrita à presença do objeto ou situação fóbica determinada e |
| (c) | A situação é evitada sempre que possível. |
-

FONTE: Classificação Internacional das Doenças na sua 10ª revisão (CID-10)

No que se refere aos transtornos obsessivo-compulsivos, a característica essencial é o pensamento obsessivo e o ato compulsivo repetitivo ou recorrente. Pensamentos obsessivos “são ideias, imagens ou impulsos que entram na mente do indivíduo repetidamente” (CAMPBELL, 1986). E, dessa forma, eles mostram a característica de pensamentos intrusivos e, portanto, angustiantes ou geradores de desprazer, aos quais os pacientes buscam opor resistência. Assim, como resposta aos pensamentos intrusivos, desenvolve-se um comportamento ritualístico e sem sentido aparente, como forma de aliviar a angústia subjacente aos pensamentos obsessivos (Tabela 10) (CID-10, 1993).

Tabela 10 - Transtorno obsessivo-compulsivo

-
- (a) Eles devem ser reconhecidos como pensamentos ou impulsos do próprio indivíduo;
 - (b) Deve haver pelo menos um pensamento ou ato que ainda é resistido, sem sucesso, ainda que possam estar presentes outros aos quais o paciente não resiste mais;
 - (c) O pensamento de execução do ato não deve ser em si mesmo prazeroso (ou simples alívio de tensão ou ansiedade não é, neste sentido, considerado como prazer);
 - (d) Os pensamentos, imagens ou impulsos devem ser desagradavelmente repetitivos.
-

FONTE: Classificação Internacional das Doenças na sua 10ª revisão (CID-10)

Outro transtorno, denominado de neurótico, é o transtorno somatoforme, que tem como característica principal a apresentação de sintomas físicos juntamente com solicitações de cuidados médicos. E mesmo na presença de alterações físicas, estas não justificariam a apreensão e a angústia da pessoa. Logo, mesmo quando o início das queixas guarda uma relação próxima com eventos ou situações frustrantes na vida da pessoa, esta se recusa a vincular as queixas aos eventos frustrantes, e, com isso, evita qualquer relação psicológica com as queixas. Um exemplo de transtorno somatoforme é o transtorno hipocondríaco (Tabela 11) (CID-10, 1993).

Tabela 11 - Transtorno hipocondríaco

-
- (a) Crença persistente na presença de pelo menos uma doença física séria causando o sintoma ou sintomas apresentados, ainda que investigações e exames repetidos não tenham identificado qualquer explicação física adequada, ou uma preocupação persistente com uma suposta deformidade ou desfiguramento;
 - (b) Recusa persistente de aceitar a informação ou reassseguramento de vários médicos diferentes de que não há nenhuma doença ou anormalidade física causando os sintomas.
-

FONTE: Classificação Internacional das Doenças na sua 10ª revisão (CID-10)

Ainda, entre outros transtornos classificados pelo CID-10 como neuróticos, pode-se citar o transtorno de reação a estresse grave, o transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), o transtorno de ajustamento e os transtornos dissociativos (ou conversivos), como também, outros transtornos neuróticos (neurastenia, síndrome de despersonalização). Todos esses transtornos são agrupados conjuntamente por causa da associação histórica ao conceito de neurose e a causação psicológica destes (CID-10, 1993).

b. Epidemiologia

Estudos epidemiológicos mostram que as mulheres têm de duas a três vezes mais probabilidade de serem afetadas por transtornos de ansiedade (ansiedade generalizada, pânico, agorafobia e fobia). Porém, já em relação ao transtorno obsessivo-compulsivo, este apresenta uma prevalência igual nos dois gêneros (KAPLAN e SADOCK, 1999; STAHL, 1998).

Dentre os transtornos de ansiedade, a fobia específica é a mais prevalente com 8,7%, seguida pela fobia social com 6,8%, pelo transtorno de estresse pós-traumático com 3,5%, pelo transtorno de ansiedade generalizada com 3,1%, pelo transtorno obsessivo-compulsivo com 1,0%, pelo transtorno de ansiedade de separação com 0,9% e pela agorafobia com 0,8% (MUNARETTI e TERRA, 2007).

No Brasil, o Estudo Multicêntrico Brasileiro de Morbidade Psiquiátrica, desenvolvido por Almeida et al. (2007), revelou que a prevalência global de ansiedade e fobias varia de 8% a 18%, tornando-se, dessa maneira, um dos principais problemas de saúde mental (MUNARETTI e TERRA, 2007). Outro estudo realizado com uma população não clínica de São Paulo obteve como resultado que 36,2% das pessoas avaliadas apresentavam sintomas de ansiedade moderados e graves, sendo as mulheres (21,7%) mais afetadas (D'EL REY et al., 2001).

Porém, mesmo os transtornos de ansiedade sendo mais prevalentes (representam 18,1% dos transtornos psiquiátricos), apenas 30% das pessoas que sofrem desses transtornos procuram tratamento (MUNARETTI e TERRA, 2007).

Quanto à idade de surgimento dos transtornos de ansiedade, estudos apontam um início na adolescência e começo da vida adulta, ou seja, esses transtornos geralmente se concentram em jovens (pico de prevalência entre 25 e 44 anos) (KAPLAN e SADOCK, 1999; STAHL, 1998).

É dentro dessa perspectiva que alguns pesquisadores entendem que quando o jovem vai ingressar no mercado de trabalho e se depara com estatísticas tão ameaçadoras, em relação ao desemprego e às condições de vida nas grandes metrópoles, pode isso representar fonte de estresse e levar ao desenvolvimento de transtornos, como por exemplo, os de ansiedade (GAMA et al., 2008).

Num estudo realizado em uma cidade do nordeste notou-se que estudantes universitários apresentavam escores de ansiedade

significativamente menor do que em uma metrópole do sudeste (GAMA et al., 2008). Isso apóia, segundo esse estudo, a hipótese de que grandes cidades com diferenças culturais favorecem o aparecimento de distúrbios de ansiedade (GAMA et al., 2008).

Em relação aos fatores de risco, a história familiar de transtorno de ansiedade representa um risco significativo. Admite-se, também, que pessoas que abusam de substâncias, lícitas ou ilícitas, começam usando para aliviar os sintomas ansiosos (KAPLAN e SADOCK, 1999; STAHL, 1998).

c. Comorbidades

Os transtornos de ansiedade, em muitos casos, cursam com preocupações com a saúde. Por isso, esses pacientes são encaminhados para avaliação clínica, principalmente cardiológica, por apresentarem preocupação com palpitações benignas em decorrência da percepção aumentada dos batimentos cardíacos. Apresentam, também, prevalência elevada de transtornos de humor e depressão (TORRES e CREPALDI, 2002; MARGIS, 2003; ELLER et al., 2006; CHANDEVARKAR et al., 2007).

Ansiedade, depressão e distúrbios do sono são muito comuns na população em geral e muitas vezes têm apresentação concomitante (D'EL REY et al., 2001; MUNARETTI e TERRA, 2007). Muitos estudos revelam a alta prevalência de ansiedade e distúrbios de sono na população universitária (ELLER et al., 2006; CHANDEVARKAR et al., 2007). Dentro

dessa visão, um estudo realizado com estudantes de medicina do primeiro ao sexto ano na Universidade de Tartu (Estônia), encontrou uma prevalência de 21,3% de sintomas de ansiedade e 29,3% de sintomas de depressão (ELLER et al., 2006). Sendo que os estudantes relataram vários distúrbios do sono pelo menos duas vezes na semana, entre eles, 33,4% de insônia inicial, 37,1% de insônia intermediária ou média, e 9,4% de insônia terminal (ELLER et al., 2006).

O tabagismo encontra-se diretamente relacionado com os transtornos de ansiedade, principalmente no transtorno de ansiedade generalizada, com predomínio no gênero feminino (MUNARETTI e TERRA, 2007).

Um exemplo particular de comorbidade relacionado a um transtorno de ansiedade ocorre com o transtorno de estresse pós-traumático (TEPT). Dessa maneira, o TEPT pode estar relacionado a outros transtornos psiquiátricos como com o transtorno de personalidade antissocial, com os transtornos de humor, com as fobias, com os transtornos dissociativos, com o uso e abuso de substâncias psicoativas, com o risco de suicídio e com as queixas físicas (cardiovasculares, endócrinas e imunológicas) (MARGIS, 2003). Vale salientar que pessoas com TEPT têm de duas a três vezes mais probabilidade de apresentar transtorno por uso de substância, entre elas o álcool (MARGIS, 2003). Já, em relação aos transtornos de humor e o risco de suicídio, a probabilidade de ocorrência de transtornos de humor, devido ao TEPT, fica aumentada de duas a três vezes e o risco de suicídio em até seis vezes (MARGIS, 2003). Em virtude do exposto fica evidente a

necessidade de um diagnóstico preciso para detectar a presença de TEPT (MARGIS, 2003).

Alguns estudantes medicina frente à experiência do primeiro contato com a morte, nas aulas de anatomia, têm manifestado reações de ansiedade com náuseas, repugnância, desmaio ou mesmo dor de cabeça e perda do apetite, podendo ser diagnosticado, segundo alguns pesquisadores, como distúrbio pós-traumático (DICKINSON et al., 1997; HOUWINK et al., 2004). E ainda, se essa experiência for negativa, alguns estudos mostram que elas podem influenciar no desenvolvimento ético e educacional dos estudantes (DICKINSON et al., 1997; HOUWINK et al., 2004).

d. Modelos etiológicos da ansiedade

Da mesma forma que nos transtornos de humor ou depressivos, escolas buscam elaborar “modelos” que possam elucidar a etiologia dos transtornos ansiosos. Logo, têm-se os “modelos” da escola biológica e os “modelos” da escola psicanalítica.

Para a escola biológica, os transtornos de ansiedade decorrem de uma disfunção dos receptores benzodiazepínicos, hipótese surgida devido à eficácia da medicação benzodiazepínica nesse tipo de transtorno (STAHL, 1998). Por outro lado, em virtude da eficácia de neurotransmissores como a serotonina no tratamento do transtorno obsessivo-compulsivo, outras pesquisas sugerem a relação desse neurotransmissor com o transtorno ansioso (STAHL, 1998).

A escola psicanalítica, por sua vez, propõe que a ansiedade ou angústia é um sinal de perigo frente à percepção, ameaçadora, do surgimento na consciência de desejos e impulsos inaceitáveis. Ou, ainda, como um sinal, “angústia sinal”, que prepara o Eu para uma eventual perda de um objeto amado (UCHÔA, 1979; TORRES e CREPALDI, 2002), podendo ocorrer de maneira súbita ou repentina ou de forma intermitente (FENICHEL, 1981; KAPLAN e SADOCK, 1999).

Quanto às fobias, a escola psicanalítica considera que o transtorno é resultante de conflitos edípicos não resolvidos. E sendo assim, as manifestações fóbicas seriam o resultado de processos defensivos que utilizam mecanismos mentais, como o deslocamento, ou seja, o conflito é transposto e deslocado para um objeto aparentemente sem importância ou irrelevante e que a partir disso desperta uma intensa reação afetiva (UCHÔA, 1979; FENICHEL, 1981).

Ainda para a escola psicanalítica, os transtornos obsessivo-compulsivos envolvem três mecanismos de defesa na formação dos sintomas obsessivo-compulsivos, ou seja, o isolamento, a anulação e a formação reativa. Consequentemente, o mecanismo de isolamento protegeria a pessoa de afetos indesejáveis ou ansiogênicos, separando afetos e impulsos de uma determinada ideia. Com isso, permaneceria na consciência uma ideia sem intensidade afetiva. Juntamente com o mecanismo de isolamento, o mecanismo de anulação age na direção de impedir o aparecimento dos afetos e impulsos indesejáveis, através dos atos compulsivos, que buscam prevenir ou anular as consequências de um

pensamento ou impulso e dessa forma conter a ansiedade iminente. A formação reativa, por sua vez, teria a finalidade de apresentar uma faceta totalmente contrária ao impulso sintomático; assim, as atitudes conscientes seriam o oposto dos impulsos indesejáveis (UCHÔA, 1979; FENICHEL, 1981; KAPLAN e SADOCK, 1999).

1.5 Estresse e *burnout*

a. Definição e descrição clínica

Define-se estresse ou tensão como um conjunto de reações, cognitivas, comportamentais e fisiológicas, que o organismo apresenta ao se deparar com uma situação que exige um esforço de adaptação (MARGIS, 2003; CALAIS et al., 2007). Ou, ainda, como uma ruptura no equilíbrio do indivíduo na direção de uma mudança desejada ou não (MARGIS, 2003; CALAIS et al., 2007). E denomina-se a habilidade de superar crises ou situações de estresse de resiliência, sendo que esta se dá através de estratégias adequadas de enfrentamento ou adaptação denominadas de *coping* (ANTONIAZZI et al., 1998; YUNES, 2003). Vale citar que as principais características da resiliência são a sociabilidade, a criatividade e o senso de autonomia e, por outro lado, os comportamentos associados ao *coping* são classificados como mais ou menos flexíveis, e, mais ou menos adequados à realidade (ANTONIAZZI et al., 1998; YUNES, 2003).

Em um estudo desenvolvido com escolas de medicina americanas, percebeu-se que os grupos raciais minoritários apresentavam estratégias de enfrentamento (*coping*) mais adequadas à realidade como, por exemplo, envolver-se em atividades de pesquisa (DYRBYE et al., 2006). Já em outro estudo com estudantes de medicina dos Estados Unidos as estratégias mais usadas, segundo os estudantes, no enfrentamento do estresse foram as de conversar com amigos, se exercitar, falar com os familiares, assistir televisão e participar de atividades recreacionais (STECKER, 2004).

Mas, foi em 1936 que o termo estresse foi introduzido na área da saúde, por Selye, para designar a resposta geral e inespecífica do organismo a um estressor ou situação estressante e só muito recentemente seu uso foi estendido na investigação do estresse ligado ao trabalho (SOUZA e SILVA, 2002; MARGIS, 2003).

E mais, a partir do momento em que uma situação de estresse ultrapassa um nível aceitável podem se desenvolver quadros clínicos como depressão, ansiedade e *burnout* ou a síndrome da estafa profissional entre outras. Por isso, nos últimos anos muitos estudos investigam a relação entre estresse ocupacional e saúde mental (BORGES et al., 2002; SOUZA e SILVA, 2002; DAHLIN e RUNESON, 2007; FOGAÇA et al., 2008).

Assim, a síndrome denominada de *burnout* se refere ao quadro de esgotamento ou estafa profissional associado às condições de trabalho (TUCUNDUVA et al., 2006; VIEIRA et al., 2006; FOGAÇA et al., 2008). A partir disso, com a definição de *burnout* como uma condição de sofrimento psíquico relacionada ao trabalho, ela integra a Lista de doenças profissionais

e relacionadas ao trabalho (Ministério da Saúde Portaria nº. 1339/1999), classificada sob o código Z73 - CID-10 (TUCUNDUVA et al., 2006; VIEIRA et al., 2006; FOGAÇA et al., 2008).

Quanto ao quadro clínico do *burnout* ou a síndrome da estafa profissional, este foi descrito em 1974 por Freudenberg, caracterizando-se pela exaustão emocional, despersonalização (ou insensibilidade emocional) e diminuição da realização profissional (BORGES et al., 2002; TUCUNDUVA et al., 2006; VIEIRA et al., 2006).

Primeiramente, no que diz respeito à exaustão emocional, se tem um quadro com fadiga intensa, falta de forças para enfrentar o dia de trabalho e a sensação de estar sendo exigido além de seus limites emocionais. Já em relação à despersonalização, esta se apresenta como um distanciamento emocional e indiferença em relação ao trabalho. E, por último, a diminuição da realização profissional apresenta-se como falta de perspectivas para o futuro, ceticismo, insensibilidade, frustração, sentimentos de incompetência, e despreocupação com outras pessoas (BORGES et al., 2002; TUCUNDUVA et al., 2006; VIEIRA et al., 2006).

Ainda como aspectos relacionados à estafa profissional ou *burnout* pode-se citar, dentre outras, a sobrecarga de trabalho, a insegurança em relação às tarefas, remuneração insuficiente, falta de condições para exercer o trabalho, insegurança quanto à permanência no emprego, falta de suporte da equipe/chefia e o tempo insuficiente de férias (BORGES et al., 2002; TUCUNDUVA et al., 2006; VIEIRA et al., 2006). A partir disso, podem surgir sentimentos de desmoralização pessoal no ambiente de trabalho, de perda

de autoestima, de incompetência, de injustiça, de impotência, expectativas irreais, como também raiva, frustração e dificuldade em lidar com perdas (SOUZA e SILVA, 2002; TUCUNDUVA et al., 2006; VIEIRA et al., 2006).

Uma característica importante da síndrome da estafa profissional ou *burnout* é a de afetar profissionais altamente motivados e dedicados, principalmente nos primeiros anos do exercício profissional, nutrindo falsas expectativas sobre suas carreiras ou que consideram sua atividade profissional não como um trabalho, mas sim como uma vocação (SOUZA e SILVA, 2002; CARLOTTO e PALAZZO, 2006). Deve-se acrescentar que algumas características de personalidade como motivação, entusiasmo, dedicação ao trabalho e tendência ao perfeccionismo favorecem o desenvolvimento do *burnout* (SOUZA e SILVA, 2002; CARLOTTO e PALAZZO, 2006).

Agora, mais especificamente em relação à profissão médica, às mudanças na prática médica, a diminuição da autonomia profissional, a diminuição do status social da profissão e o aumento das pressões sofridas pelos profissionais médicos, contribuem para o aparecimento da síndrome da estafa profissional ou *burnout* nesses profissionais (SOUZA e SILVA, 2002; TUCUNDUVA et al., 2006). Com isso, o profissional apresenta dificuldades em lidar com seus pacientes e, dessa forma, passa a tratá-los de forma impessoal ou desumanizada (BORGES et al., 2002; SOUZA e SILVA, 2002).

Nesse contexto, um estudo longitudinal realizado numa escola de medicina na Suécia, com alunos do primeiro ao terceiro ano do curso,

apontou que ao mesmo tempo em que existe um decréscimo com as preocupações com o volume de estudo, existe um aumento nas preocupações com o futuro e capacidade profissional (DAHLIN e RUNESON, 2007). Ainda nesse estudo, os autores observaram que a impulsividade, a intensidade dos sintomas depressivos, a exaustão e as preocupações com o futuro são fatores de risco para o desenvolvimento da síndrome da estafa profissional ou *burnout* no terceiro ano do curso (DAHLIN e RUNESON, 2007).

b. Epidemiologia

A síndrome de esgotamento ou estafa profissional ou *burnout* pode ser observada em todas as profissões, com maior incidência naquelas que envolvem alto índice de estresse (SOUZA e SILVA, 2002; TUCUNDUVA et al., 2006). Por isso, a síndrome atinge profissionais que atuam na área de ciências humanas e da saúde, tais como professores, assistentes sociais, enfermeiros, fisioterapeutas e médicos, (SOUZA e SILVA, 2002). Objetivando investigar se os fatores de personalidade seriam preditores da síndrome da estafa profissional ou *burnout*, um estudo desenvolvido com profissionais de saúde (médicos, fisioterapeutas, psicólogos, assistentes sociais, dentistas e enfermeiros) constatou que o traço de personalidade é um preditor significativo do *burnout* (SOUZA, 2002), e em virtude disso, dever-se-ia desenvolver estratégias de enfrentamento adequadas (SOUZA e SILVA, 2002; DYRBYE et al., 2006; BUNEVICIUS et al., 2008).

De maneira geral, a estafa profissional afeta um em cada dois médicos. Em vista disso, estudos mostram que cerca de 40% a 50% dos médicos que trabalham em medicina de emergência e infectologia e 56% dos cancerologistas são acometidos pela síndrome da estafa profissional ou *burnout* (TUCUNDUVA et al., 2006). Mais ainda, estudos realizados com professores e outros servidores de instituições de educação fundamental e básica, com também com profissionais de enfermagem, mostram uma ocorrência endêmica da síndrome de *burnout* (BORGES et al., 2002).

c. Comorbidades

Associa-se a essa síndrome as alterações fisiológicas decorrentes do estresse (maior risco de infecções, alterações neuro-endócrinas do eixo hipotalâmico-hipofisário-adrenal, hiperlipidemia, hiperglicemia e aumento do risco cardiovascular), o abuso de álcool e substâncias psicoativas, o risco de suicídio, os transtornos ansiosos e depressivos, a queda de produtividade, o absenteísmo, os prejuízos nos relacionamentos interpessoais, a baixa satisfação e envolvimento no trabalho, a queda da qualidade de serviços e o abandono de especialidade (TUCUNDUVA et al., 2006; VIEIRA et al., 2006), sendo que o absenteísmo, o desejo de abandonar o trabalho e a falta de realização profissional são fatores envolvidos de forma negativa na qualidade de vida dos trabalhadores (FOGAÇA et al., 2008).

Outras comorbidades frequentes são a insônia, alterações do apetite, irritabilidade e desânimo (FOGAÇA et al., 2008). E para os transtornos de

humor um cuidado especial deve ser tomado com a orientação de se aplicar, em certos casos, os dois diagnósticos, o da estafa profissional ou *burnout* e o do transtorno de humor (VIEIRA et al., 2006).

d. Modelos etiológicos do *Burnout*

Como modelos etiológicos da síndrome de *burnout*, destacam-se o “modelo” baseado nos marcos teórico da abordagem sócio-cognitiva do eu, o “modelo” fundamentado nas teorias de intercâmbio social e o “modelo” elaborado a partir da teoria organizacional (BORGES et al., 2002).

No “modelo” dos marcos teórico da abordagem sócio-cognitiva do eu, desenvolvido por A. Bandura, a ênfase se encontra na forma como as cognições dos indivíduos influenciam sua percepção, destacando variáveis como “competência e eficácia percebida, a discrepância percebida entre as demandas da tarefa e os recursos do indivíduo para atendê-las, expectativas de êxito e sentimento de autoconfiança” (BORGES et al., 2002).

Já no “modelo” fundamentado nas teorias de intercâmbio social, destaca-se a “percepção comparativa dos êxitos obtidos, a falta de equivalência e a dificuldade em solicitar apoio social, acreditando que este atesta fragilidade ou incompetência” (BORGES et al., 2002).

Por último, o “modelo” elaborado a partir da teoria organizacional destaca, entre outros, os aspectos associados “à estrutura organizacional, ao clima organizacional, às disfunções de cargo e de papel, à percepção de apoio social e o manejo do estresse” (BORGES et al., 2002).

Porém, segundo Gil-Monte e Peiró (1997), uma única perspectiva não consegue explicar de maneira satisfatória a etiologia da síndrome (BORGES et al., 2002).

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

- Avaliar os níveis dos sintomas depressivos e ansiosos na população de acadêmicos de medicina do primeiro ao sexto ano do curso.
- Investigar possíveis associações do gênero, estado civil, religião e local de nascimento e os sintomas depressivos e ansiosos.
- Investigar possíveis associações da saúde física, o uso de bebida alcoólica, o relacionamento com colegas e o desejo de mudar de curso e os sintomas depressivos e ansiosos.

2.2 Objetivos secundários

- Avaliar os níveis dos sintomas depressivos e ansiosos com a variável idade, gênero, estado civil, religião e local de nascimento.
- Avaliar os níveis dos sintomas depressivos e ansiosos com as múltiplas queixas em relação à saúde.
- Avaliar os níveis dos sintomas depressivos e ansiosos com as diversas opiniões quanto o relacionamento entre colegas.

3. CASUÍSTICA E MÉTODO

3.1 Delineamento do estudo

O desenho do estudo se definiu como transversal observacional, não controlado, com coleta de dados simultânea em um único contato com os participantes da pesquisa.

Optou-se pelo desenho transversal observacional porque é o que melhor se aplica ao objetivo da pesquisa: apenas diagnosticar se existe variação nos sintomas depressivos, ansiosos e níveis de estresse do primeiro ao sexto ano do curso, sem que haja intervenção clínica com a população pesquisada.

3.2 Local e casuística

A população deste estudo constitui-se de acadêmicos do curso de medicina da Universidade Federal do Paraná (UFPR) do primeiro ao sexto ano. Devido ao fato do curso de medicina na faculdade pesquisada ser semestral, com duas entradas ao ano, optou-se pela coleta de dados com acadêmicos que iniciam o curso no primeiro semestre, pois os alunos do primeiro ano, que iniciam no segundo semestre, ficam seis meses aguardando o início das aulas. Considerou-se que isso poderia de alguma forma interferir nos resultados da turma do primeiro ano. Então, a coleta se deu em dois locais: primeiramente no Centro Politécnico – campus da UFPR

- para as turmas do primeiro e segundo ano; e, no prédio anexo ao Hospital de Clínicas da UFPR, para as turmas do terceiro, quarto, quinto e sexto ano. O período de coleta se estendeu de Fevereiro a Março de 2009 com a participação de 359 acadêmicos. Os critérios de inclusão ou de exclusão dos participantes foram os seguintes:

a. Critérios de inclusão:

- Concordar em participar do estudo;
- Fazer parte da turma de acadêmicos que ingressam na faculdade no primeiro semestre.

b. Critérios de exclusão:

- Não concordar em participar do estudo;
- Não ser acadêmico da UFPR;
- Fazer parte dos acadêmicos de medicina que iniciam o curso no segundo semestre.

3.3 Cálculo amostral

Foi calculada uma amostra piloto ($n^*=30$), que serviu para o cálculo do tamanho amostral definitivo, e com os cálculos estatísticos aplicados às três escalas (Inventário Beck de Depressão - IBD, Inventário de Ansiedade Traço Estado - IDATE) chegou-se a amostra de tamanho mínimo e suficiente ($n=132$) para inferir toda a população (N). Após essa etapa, foi finalmente,

coletada uma amostra definitiva de tamanho maior do que o necessário (n=359) para se evitar retorno ao campo de coleta, conforme as Tabelas 12, 13 e 14.

Tabela 12 - Estatísticas descritivas

Escala	N (%)		Média		DP (δ)		Variação	
	Amostra piloto		Estatística	Erro Padrão	Estatística		Estatística	
I Beck D	30		9,5	0,9	4,9		24,7	
IDATE T	30		46,60	1,1	6,2		39,6	
IDATE E	30		44,63	0,7	4,3		18,5	

Tabela 13 - Cálculo do tamanho amostral

Escala	n piloto	1-alfa	t de Student	n mínimo
I Beck D	30	95%	2,04	104,0
IDATE T	30	95%	2,04	131,6
IDATE E	30	95%	2,04	90,1

Tabela 14 - Cálculo estratificado da amostra suficiente (proporcional por período)

Ano do curso	N (%)	Estatísticas do piloto	Estatísticas do piloto	Estatísticas do piloto	Amostra mínima	Amostra coletada
Ano	Por ano	n (Beck)	n (IDATE T)	n (IDATE E)	n'	n
Primeiro	23,7	25	31	21	31	85
Segundo	18,9	20	25	17	25	68
Terceiro	17,3	18	23	16	23	62
Quarto	12,8	13	17	12	17	46
Quinto	16,7	17	22	15	22	60
Sexto	10,6	11	14	10	14	38
Total	100,0	104	132	90	132	359

3.4 Caracterização dos participantes

A população pesquisada caracterizou-se por ter uma média de idade de 21,27 anos, com predominância do gênero feminino (56,5%), basicamente composta por solteiros, com ou sem companheiro (a) ou namorado (a). A maioria declarou pertencer à religião católica (52,2%) e ter o Paraná como local de nascimento (74,0%).

3.5 Aprovação em Comitê de Ética

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Hospital das Clínicas/UFPR, no dia 27 de abril de 2006, sob os registros: CAAE: 0054.0.208.000-6 e CEP: 1215.063/2006-04 (ANEXO A).

3.6 Procedimentos para a coleta dos dados

A coleta foi realizada em sala de aula, em grupo e o responsável pela coleta foi o próprio pesquisador. Mesmo na turma do décimo primeiro período (sexto ano), que está no período de internato obrigatório, a coleta foi realizada em sala de aula e em grupo. Todos os participantes receberam esclarecimentos relativos à pesquisa, seus objetivos e também quanto ao caráter voluntário da participação, sendo-lhes assegurado que poderiam deixar de participar do estudo a qualquer momento, sem prejuízo algum.

Ainda, foi reiterado que as informações coletadas seriam de uso exclusivo do pesquisador, mantendo, dessa forma, o sigilo das informações.

Em seguida, após aceitação da participação na pesquisa, os participantes foram convidados a assinarem o “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido” (ANEXO B), e, responderem ao “Instrumento de Caracterização Sócio-demográfico” e às escalas de auto-avaliação, “Inventário Beck de Depressão” e “Inventário de Ansiedade Traço-Estado – IDATE”. O tempo utilizado para a aplicação total do material foi de aproximadamente trinta minutos.

Por último, cabe lembrar que este estudo não apresentou qualquer forma de conflito de interesses.

3.7 Instrumentos de coleta

O material do estudo constou do “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido”, o “Instrumento de Caracterização Sócio-demográfica”, o “Inventário Beck de Depressão” (IBD) e o “Inventário de Ansiedade Traço-Estado” (IDATE).

a. Instrumento de caracterização sócio-demográfica

Além das duas escalas, foi utilizado um “Instrumento de Caracterização Sócio-demográfica” (ANEXO C) com a finalidade de coletar

dados demográficos como gênero, idade, estado civil e local de nascimento, além de incluir perguntas relacionadas com a vida acadêmica.

O “Instrumento de Caracterização Sócio-demográfica” foi testado e corrigido com a realização de um estudo piloto com 14 alunos, na faixa etária dos 19,6 anos, sendo 43% do sexo masculino e 57% do sexo feminino (ANEXO D).

As perguntas que fizeram parte do “Instrumento de Caracterização Sócio-demográfica”, como perguntas quanto às motivações na escolha do curso, à carga de estudo, ao relacionamento com colegas às preocupações quanto o futuro profissional dentre outras, foram temas apontados pelos estudantes de medicina, em estudo anterior na UFPR, como pertinentes (SOUZA, 2003). Naquele estudo, foram entrevistados 22 alunos do primeiro período (primeiro ano), quinto período (terceiro ano) e décimo primeiro período (sexto ano).

b. Instrumentos de avaliação de depressão e ansiedade

Foram utilizados os seguintes instrumentos de auto-avaliação: o Inventário Beck de Depressão e a Escala IDATE Traço-Estado de Ansiedade, que são escalas amplamente utilizadas e validadas (CALIL e PIRES, 1998; GORENSTEIN e ANDRADE, 1998).

As vantagens das escalas de auto-avaliação estão no fato de poderem ser preenchidas pelo próprio participante, evitando assim qualquer viés relacionado ao pesquisador, bem como o fato de serem de rápida

aplicação. Porém, apresentam como desvantagem a necessidade da utilização com participantes alfabetizados, colaborativos e sem uma psicopatologia grave (ANDREATINI e LEITE, 1994; CALIL e PIRES, 1998; GUIMARÃES, 1998).

b.1. Inventário Beck de Depressão.

Considera-se o “Inventário Beck de Depressão” como provavelmente a escala de auto-avaliação de depressão mais amplamente utilizada (CALIL e PIRES, 1998; GORENSTEIN e ANDRADE, 1998).

O Inventário Beck de Depressão (Beck & cols., 1961) consta de 21 itens, com 4 graus de severidade, de zero a três, sendo que os itens referem-se à tristeza, pessimismo, sensação de fracasso, falta de satisfação, sensação de culpa, sensação 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 do apetite, perda de peso, preocupação somática e diminuição da libido (GORENSTEIN e ANDRADE, 1998).

Seis dos itens se referem aos sintomas negativos e o restante ao humor e a sintomas cognitivos. Estudos demonstraram altos níveis de consistência interna da versão em português, bem como uma adequação da versão em português para o uso clínico em amostras clínicas e também em populações não clínicas (GORENSTEIN e ANDRADE, 1998).

A seleção de um ponto de corte, como critério para inclusão de pacientes em estudo, tem variado consideravelmente (GORENSTEIN e ANDRADE, 1998). Como ponto de corte para detectar depressão entre pacientes com transtorno afetivo, Beck recomenda que um resultado menor que escore 10 deve ser considerado sem depressão ou com depressão mínima; entre 10 e 18 deve ser considerada como depressão leve ou moderada; de 19 a 29, deve se considerar como depressão moderada ou grave; e escores entre 30 a 63 devem ser considerados como depressão grave (GORENSTEIN e ANDRADE, 1998).

Porém, para amostras não diagnosticadas, as recomendações são de que o termo depressão deve ser reservado para escores acima de 20 (BECK e BEAMESDERFER, 1974; GORENSTEIN e ANDRADE, 1998). Esses pontos de corte são arbitrários, mas servem como linhas gerais de referência.

b.2. Inventário de Ansiedade Traço Estado (IDATE).

O “Inventário de Ansiedade Traço-Estado – IDATE” é uma escala que é preenchida pelo próprio pesquisado (DEL PORTO et al., 1983; ANDREATINI e LEITE, 1994; GUIMARÃES, 1998). É composta de duas partes distintas, elaboradas para medir dois conceitos: ansiedade-estado e ansiedade-traço (ANDREATINI e LEITE, 1994). Sendo assim, o conceito ansiedade-estado seria transitório, caracterizado por sentimentos

desagradáveis, conscientemente percebidos, modificando-se com o decorrer do tempo e podendo ser influenciado por fatores externos.

Em contrapartida, o conceito ansiedade-traço seria a propensão à ansiedade, isto é, a tendência do indivíduo em perceber situações como ameaçadoras e, portanto, reagir com aumento do nível de ansiedade-estado (ANDREATINI e LEITE, 1994; GUIMARÃES, 1998). Cada escala consiste de vinte (20) afirmações, às quais o sujeito indica a intensidade naquele momento (E-estado) ou a frequência com que ocorre (T-traço), através de uma escala de quatro pontos que vai do um ao quatro. O escore total de escala varia de vinte (20) a oitenta (80) pontos, com os escores mais altos indicando maiores níveis de ansiedade (ANDREATINI e LEITE, 1994; GUIMARÃES, 1998).

3.8 Tratamento estatístico

O processamento e a análise dos dados foram primeiramente, tabulados no programa Excel versão 2003 e, após conferência, os dados foram transportados para o programa Statistical Package of Social Sciences (SPSS), versão 17.0, para cálculo das análises descritivas e das possíveis associações entre variáveis.

Para análise descritiva das variáveis, foram empregados os parâmetros estatísticos de medidas de posição (média e mediana) e variabilidade (desvio padrão - δ) para as variáveis contínuas, e, de frequência simples, para as variáveis categóricas.

Empregou-se a Análise de Variância Simples (ANOVA) por que permite a comparação de médias oriundas de grupos diferentes (DAWSON, 2003). E *a posteriori*, quando existia diferença estatisticamente significativa, foram utilizados os testes Scheffé, Tukey ou Fischer (LSD - Least Square Difference).

4. RESULTADOS

4.1. Resultados relacionados à caracterização sócio-demográfica dos participantes do estudo.

Quanto à caracterização sócio-demográfica dos participantes obteve-se uma média de idade de 21,27 anos ($\delta=2,78$) com idade mínima de 16 anos e máxima de 36 anos, e com 95,5% dos participantes com idade entre 17 e 26 anos. Em relação ao gênero observou-se a seguinte distribuição: 203 (56,5%) do gênero feminino e 156 (43,4%) do gênero masculino.

Para o item estado civil observou-se que os solteiros sem companheiro (a) ou namorado (a) representaram a maioria com 189 (52,6%) participantes, os solteiros com companheiro (a) ou namorado (a) apareceram em seguida com 159 (44,2%) participantes, e depois os casados/união estável com 11 (3,0%) participantes, sendo que não existiram participantes separados e/ou viúvos.

Ainda em relação à caracterização sócio-demográfica, o item religião revelou que a maioria dos participantes declarou pertencer à religião católica, 183 (52,2%), seguida da religião protestante com 35 (10,0%), da espírita com 22 (6,2%), da pentecostal com 07 (2,0%); contudo, 80 (22,8%) participantes afirmaram não ter religião. Ainda, 23 (6,5%) participantes indicaram outras religiões, sendo que não houve participantes que indicaram como religião a afro-brasileira.

Quanto ao local de nascimento, 265 (74,0%) eram procedentes do Paraná, 28 (7,8%) de São Paulo, 27 (7,5%) de Santa Catarina e 38 (10,6%) de outros estados (Tabela 15).

Tabela 15 - Distribuição dos 359 participantes segundo a caracterização sócio-demográfica

	Caracterização sócio-demográfica	N (%)
Faixa etária	Média de 21,27 anos	n = 357 (100%)
Gênero	Masculino	n = 156 (43,4%)
	Feminino	n = 203 (56,5%)
Estado Civil	Solteiro com companheiro (a)	n = 159 (44,2%)
	Solteiro sem companheiro (a)	n = 189 (52,6%)
	Casado ou união estável	n = 11 (3,0%)
Religião	Católica	n = 183 (52,2%)
	Espírita	n = 22 (6,2%)
	Pentecostal	n = 07 (2,0%)
	Protestante	n = 35 (10,0%)
	Não ter religião	n = 80 (22,8%)
	Outras	n = 23 (6,5%)
Local de nascimento	Paraná	n = 265 (74,0%)
	São Paulo	n = 28 (7,8%)
	Santa Catarina	n = 27 (7,5%)
	Mato Grosso do Sul	n = 6 (1,6%)
	Rio de Janeiro	n = 5 (1,3%)
	Rio Grande do Sul	n = 5 (1,3%)
	Minas Gerais	n = 4 (1,1%)
	Mato Grosso	n = 4 (1,1%)
	Roraima	n = 3 (0,8%)
	Outros	n = 11 (3,0%)

O presente estudo confirmou a tendência que aparece em vários estudos nacionais e internacionais, ou seja, a preponderância do gênero feminino em relação ao gênero masculino no curso de medicina. Portanto, no nosso estudo, a porcentagem de estudantes do gênero feminino foi de 56,5%, ficando dentro da média encontrada em outros estudos. O mesmo pode-se dizer da média de idade, nos estudos nacionais, que ficou com 21,2 anos. A religião declarada predominantemente foi a católica com 52,2%. E, como o estudo se realizou em Curitiba (PR), a população se caracterizou por ser, principalmente, do estado do Paraná.

Esses resultados são compatíveis com os estudos desenvolvidos por Machado (1997), bem como com o estudo desenvolvido por Rezende et al. (2008), que apontam para a predominância do gênero feminino nas faculdades de medicina. Rezende et al. (2008) em seu estudo obteve uma razão de gênero feminino/masculino (F/M) de 1,27.

Para Hojat et al. (1999) estar atento para o aumento da participação do gênero feminino nas escolas de medicina é de suma importância, pois, algumas características de personalidade do gênero feminino influenciam a prática médica como um todo. Como, por exemplo, ainda segundo Hojat et al. (1999), a maior sensibilidade, como também, ansiedade no gênero feminino, requer um cuidado diferenciado com essa população de estudantes.

Da mesma forma, Voltmer et al. (2008) concluem, com seu estudo sobre fatores de risco e recursos de estudantes de medicina no enfrentamento do estresse, que o gênero feminino apresentaram um escore

mais baixo do que o gênero masculino no domínio do estresse, com tendência à resignação.

Niemi-Murola et al. (2007) também concluem, com o seu estudo com pacientes com dor crônica, que estudantes do gênero feminino se mostravam mais ansiosas e menos confiantes, quanto suas habilidades, que os estudantes do gênero masculino.

O interessante estudo de Dickinson et al. (1997) revelou que estudantes do gênero feminino do primeiro ano do curso, na aulas de anatomia humana, relatavam mais ansiedade e medo em relação à morte, contudo, discordavam mais, em comparação com os estudantes do gênero masculino, da necessidade de não se envolver emocionalmente, considerando isso como uma habilidade interpessoal muito importante.

4.2. Resultados gerais dos níveis de sintomas depressivos obtidos pelo Inventário Beck de Depressão.

Seguindo os critérios estabelecidos por Gorenstein e Andrade (1998) em relação aos escores do IBD, os participantes, se caracterizaram na grande maioria por não ter sintomas depressivos ou apresentar sintomas leves ou moderados. Por ser uma amostra não diagnosticada com transtorno de humor, segundo Beck e Beamesderfer (1974) o termo depressão deve ser reservado para escores acima de 20, sendo assim, 90,8% da população estudada não apresenta depressão. Com isso, pode-se entender a manifestação apresentada por 90,8% dos participantes como tristeza e não

depressão, ou, ainda, mais precisamente, segundo Freud (1917), pode ser considerada como luto, reação afetiva frente a uma perda.

Ou ainda, seguindo os pontos de corte sugeridos por Gorenstein e Andrade (1998), para detectar depressão em participantes com transtorno afetivo, pode-se considerar 61,0% dos participantes “sem depressão”; 29,8% “com sintomas leves ou moderados”; 8,1% “com sintomas moderados ou graves”; e 1,1% “com sintomas graves”, conforme a Tabela 16.

Com isso, pode-se afirmar que a população estudada não apresentou sintomatologia depressiva ou, quando apresentou, esta foi de sintomas moderados (8,1%) na grande maioria. Uma hipótese que deve ser considerada é que a população de estudantes de medicina, neste estudo, mostrou sinais mais compatíveis de tristeza ou luto e não de transtorno de humor. Mas, não se deve negligenciar a parcela da população que apresentou sintomatologia moderada ou grave, 9,2%, pois, esta merece atenção e investigação suplementar, devido ao principal fator de risco envolvido nos transtornos de humor: o suicídio.

Tabela 16 - Pontos de corte dos níveis de sintomas depressivos do Inventário Beck de Depressão (IBD)

Inventário Beck de Depressão (IBD)			
Sem depressão ou mínima	Leve ou moderada	Moderada ou grave	Depressão grave
Escore	Escore	Escore	Escore
≤ 10	10 a 18	19 a 29	30 a 63
61,0%	29,8%	8,1%	1,1%

Ainda em relação à avaliação da manifestação depressiva com a utilização do IBD, obteve-se um escore médio de 9,0 pontos ($\delta=6,7$), o que caracterizou a população, conforme os critérios recomendados por Beck e Beamesderfer (1974) e por Gorenstein e Andrade (1998), sem depressão ou depressão mínima (escore menor de 10).

Estes resultados aproximam-se ao obtido por Amaral et al. (2008) com 287 estudantes de medicina, utilizando o IBD. Os autores observaram uma prevalência de 1,0% sintomas graves, 5,9% moderados e graves de, 19,9% leves e moderados de e 73,2% sem sintomas ou sintomas leves.

Por outro lado, o estudo desenvolvido por Bunevicius et al. (2008), com 338 estudantes de medicina, encontrou uma prevalência de 14% sintomas de depressão, com 10% de comorbidade ansiosa e depressiva. Porém, nesse estudo o instrumento para avaliação de depressão foi outro que o IBD.

Mas, Chandavarkar et al. (2007) em estudo com 427 estudantes de medicina, utilizando o IBD, encontraram uma prevalência de 5% de depressão moderada ($IBD > 20$), ou seja, ainda uma prevalência menor da obtida no presente estudo.

Outro estudo desenvolvido por Eller et al. (2006) com 423 estudantes de medicina, encontraram uma prevalência bastante significativa de 30,6% de sintomas depressivos, porém utilizando um instrumento de avaliação muito particular.

Contudo, Ahmed et al. (2009) encontraram, com o uso do IBD, uma prevalência de 28,6% de sintomas depressivos em estudantes de medicina, porém utilizando outros pontos de corte.

4.3. Resultados gerais dos níveis de sintomas ansiosos obtidos pelo Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE).

Quanto à avaliação da manifestação de ansiedade, com a utilização do IDATE, obteve-se no presente estudo para o conceito ansiedade-traço um escore médio de 46,1 pontos ($\delta=6,0$). E para o conceito ansiedade-estado um escore médio de 46,2 pontos ($\delta=5,3$), e segundo Andreatini e Leite (1994) os escores mais altos indicam maiores níveis de ansiedade. Sendo assim, no conceito ansiedade-traço 90% dos participantes ficaram com escores maiores do que 40 pontos, e no conceito ansiedade-estado 89,1%; apresentando assim, segundo os critérios de Andreatini e Leite (1994) sintomas de ansiedade de moderados a graves, tanto para o conceito ansiedade-traço como para o conceito ansiedade-estado.

Tabela 17 - Pontos de corte dos níveis de sintomas ansiosos do Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE)

Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE)			
Leve ou Moderada		Moderada ou Grave	
Escore		Escore	
De 20 a 40		De 41 a 80	
Traço	Estado	Traço	Estado
10,0%	10,9%	90,0%	89,1%

No estudo desenvolvido por Bunevicius et al. (2008), com 338 estudantes de medicina, encontraram uma prevalência de sintomas de ansiedade de 43%, porém, não utilizando o IDATE.

Chandavarkar et al. (2007) no mesmo estudo com 427 estudantes de medicina, utilizando o IDATE encontrou uma prevalência de 11,5% de estudantes que estavam dentro do critério de provável distúrbio de ansiedade no conceito traço (escore > 50). Assim, um resultado bastante diferente do encontrado no presente estudo.

Outro estudo desenvolvido por Eller et al. (2006), com 423 estudantes de medicina, encontrou uma prevalência de 21,9% de sintomas ansiosos, também com outro instrumento de avaliação.

Assim, pode-se perceber que, considerando, os escores de ansiedade acima de 40 pontos como sintomáticos, se tem um grupo com sintomas ansiosos de uma intensidade muito variada, desde uma manifestação leve de ansiedade até um quadro grave de ansiedade com sérias limitações. Com isso, o instrumento se torna pouco sensível na exatidão das várias flutuações de intensidade das manifestações de ansiosas.

Nesse sentido, o estudo de Chandavarkar et al. (2007) buscou diferenciar as manifestações ansiosas, onde 11,5% dos estudantes de medicina atendiam ao critério de provável distúrbio de ansiedade, mas, utilizando uma escala de sintomas obsessivos, observou que o ano no curso estava significativa e estatisticamente associado às manifestações obsessivas, como por exemplo, dúvidas e medos de contaminação.

4.4. Resultados da associação do gênero com o escore de depressão.

A associação do gênero com o escore de depressão se mostrou estatisticamente significativa ($p=0,01$).

Observou-se que o gênero feminino obteve um escore médio de 10,1 pontos ($\delta=7,1$), caracterizando-se, dessa forma, segundo Beck e Beamesderfer (1974), sem depressão, ou conforme Gorenstein e Andrade (1998), como depressão leve ou moderada. Enquanto o gênero masculino obteve escore médio de 7,7 pontos ($\delta=5,8$), ou seja, sem depressão, conforme Tabela 18.

Tabela 18 - Distribuição dos 359 participantes segundo a associação do gênero e o escore de depressão (IBD)

N (%)	Gênero	Variáveis	I Beck D
n = 156 (43,45%)	Masculino	Média	7,7
		Mediana	6,0
		Desvio Padrão	5,8
		Mínimo	0,0
		Máximo	27,0
n = 203 (56,54%)	Feminino	Média	10,1
		Mediana	8,0
		Desvio Padrão	7,1
		Mínimo	0,0
		Máximo	37,0

Resultado semelhante obtido no estudo, com a utilização do IBD, de Amaral et al. (2008), onde os escores mais elevados aconteceram com o

gênero feminino com 8,4 pontos ($\delta=7,0$), e o gênero masculino ficou com 5,3 pontos ($\delta=5,3$).

Blanch et al. (2008) realizaram um estudo com estudantes do terceiro ano do curso de medicina para avaliar as diferenças entre os gênero em relação à confiança e desenvoltura com pacientes estandardizados, e, com isso obtiveram que as estudantes do gênero feminino são menos confiantes no seu desempenho do que os estudantes do gênero masculino e essa diminuição na confiança afeta tanto a sintomatologia ansiosa, quanto a depressiva. Assim, pode-se inferir que algumas características particulares do gênero feminino na condução das suas atividades acadêmicas se refletem nas manifestações ansiosas e depressivas.

Esses resultados confirmaram os achados de outros estudos, onde o gênero feminino apresenta escores mais elevados nos níveis de sintomas depressivos. Assim considera-se que características particulares do gênero feminino provavelmente devem estar envolvidas nessa situação.

Nesse sentido, que Hojat et al. (1999) procuraram determinar quais características estariam envolvidas nos escores elevados de sintomas depressivos e ansiosos, e com isso, concluíram que as estudantes do gênero feminino são mais sensíveis ou julgam mais negativamente, do que o gênero masculino, as experiências de estresse. Sendo, dessa forma, mais afetadas pelos sentimentos de estresse dos pacientes. Porém, isso, ainda segundo Hojat et al. (1999) essas características proporcionam ao gênero feminino uma maior capacidade de empatia.

Portanto, atentar para esses resultados, muito mais do que identificar níveis depressivos, pois o estudo mostrou que o escore médio de 10,1 pontos ($\delta=7,1$) não caracteriza transtorno depressivo, têm sua importância no melhor aproveitamento dessas características do gênero feminino na formação médica. Ainda mais pela prevalência do gênero feminino no curso de medicina.

4.5. Resultados da associação do gênero com o escore de ansiedade (traço e estado).

Quando se investigou a possível associação do gênero com o escore obtido pelo IDATE, observou-se, que tanto para o conceito ansiedade-traço como para o conceito ansiedade-estado, a associação se mostrou estatisticamente significativa ($p<0,05$).

Portanto, em relação ao conceito ansiedade-traço o gênero masculino obteve um escore médio de 44,7 pontos ($\delta=4,2$), maior do que o gênero feminino com escore médio de 44,2 pontos ($\delta=6,0$) conforme Tabela 19.

Já em relação ao conceito ansiedade-estado o gênero feminino obteve um escore médio de 47,0 pontos ($\delta=6,3$), maior do que o gênero masculino com escore médio de 44,3 pontos ($\delta=6,0$) conforme Tabela 19.

Ou seja, em relação à ansiedade e aos conceitos traço (uma característica mais duradoura) e estado (uma manifestação temporária), o gênero masculino obteve o maior escore no primeiro (traço) e, por outro lado, o gênero feminino obteve o maior escore no segundo (estado), com o

que se pode concluir que o gênero feminino é muito mais afetado, do que o gênero masculino, por situações novas ou imprevistas. Achados esses que são corroborados por outros estudos.

Tabela 19 - Distribuição dos 359 participantes segundo a associação do gênero e o escore de ansiedade (IDATE)

N (%)	Gênero	Variáveis	IDATE - T	IDATE - E
n = 156 (43,45%)	Masculino	Média	44,7	44,3
		Mediana	45,0	45,0
		Desvio Padrão	4,2	6,0
		Mínimo	34,0	36,0
		Máximo	55,0	63,0
n = 203 (56,54%)	Feminino	Média	44,2	47,0
		Mediana	41,0	48,0
		Desvio Padrão	6,0	6,3
		Mínimo	40,0	40,0
		Máximo	54,0	56,0

O estudo de Niemi-Murola et al. (2007) confirma esse aspecto, mas salienta que as estudantes do gênero feminino são mais ansiosas com pacientes com dor crônica; porém, apesar de se mostrarem menos confiantes com esses pacientes, elas são mais empáticas. Com isso, os autores concluem dizendo que estudos futuros devem investigar a possível ligação entre empatia e ansiedade em estudantes de medicina.

Os resultados do presente estudo se diferenciaram do estudo realizado por Gama et al. (2008) que encontrou para o conceito ansiedade-traço maiores escores para o gênero feminino 42,9 ($\delta=9,1$).

No estudo de Hojat et al. (1999) com estudantes de medicina onde comparou os gêneros, encontrou que os maiores escores, obtidos pelo

gênero feminino, são de ansiedade geral, como também, de neuroticismo (comportamento nervoso exagerado). E, segundo Hojat et al. (1999), isso se deve ao fato das estudantes do gênero feminino experimentarem eventos estressantes de maneira mais negativa e se mostrarem menos resilientes no enfrentamento de situações estressantes.

4.6. Resultados da associação do estado civil com o escore de depressão.

Quanto à associação do estado civil com o escore de depressão, esta não se mostrou estatisticamente significativa ($p=0,39$).

Dessa forma, observou-se que os “solteiros com companheiro (a)” obtiveram o maior escore médio de 9,5 pontos ($\delta=6,7$), seguidos pelos “solteiros sem companheiro (a)” que obtiveram um escore médio de 8,7 pontos ($\delta=6,7$) e pelos “casados ou com união estável” que obtiveram um escore médio de 7,3 pontos ($\delta=6,3$) Sendo assim, pode-se, caracterizar como depressão leve ou moderada quando o estado civil é o dos “solteiros com companheiro (a)”, conforme Tabela 20.

Apesar de ser uma população predominantemente de “solteiros com ou sem companheiro (a)” (96,9%), essa é uma investigação que merece mais estudos no futuro, por se tratar, conforme estudos, de uma fonte a mais de estresse.

Lourenção et al. (2010) observou, em um estudo de revisão, que problemas de qualidade de vida de residentes interferem com o atendimento prestado ao usuário do serviço.

Pode-se, com isso, considerar que problemas de relacionamento afetivo em estudantes de medicina interfiram com suas atividades acadêmicas, justificando dessa maneira, mais estudos nesse sentido.

Tabela 20 - Distribuição dos 359 participantes segundo a associação do estado civil e o escore de depressão (IBD)

N (%)	Estado Civil		I Beck D
n = 159 (44,28%)	Solteiro com companheiro (a)	Média	9,5
		Mediana	8,0
		Desvio Padrão	6,7
		Mínimo	0,0
		Máximo	37,0
n = 189 (52,64%)	Solteiro sem companheiro (a)	Média	8,7
		Mediana	7,0
		Desvio Padrão	6,7
		Mínimo	0,0
		Máximo	34,0
n = 11 (3,06%)	Casado ou união estável	Média	7,3
		Mediana	7,0
		Desvio Padrão	6,3
		Mínimo	0,0
		Máximo	20,0

O estudo realizado por Rezende et al. (2008), corrobora os resultados obtidos no presente estudo, por não ter observado associação estatisticamente significativa com a variável estado civil, porém, outros estudos indicam que dificuldades de relacionamento aumentam o risco de transtornos depressivos.

Nogueira-Martins e Jorge (1998) consideram que o estresse na residência médica envolve aspectos profissionais, situacionais e pessoais. E, segundo os autores, os aspectos pessoais englobam características pessoais e de personalidade, problemas socioeconômicos e eventos de vida.

4.7. Resultados da associação do estado civil com o escore de ansiedade (traço e estado).

Agora, investigando a possível associação do estado civil com o escore obtido pelo IDATE, observou-se, que tanto para o conceito ansiedade-traço como para o conceito ansiedade-estado, a associação não se mostrou estatisticamente significativa ($p=0,32$).

Assim, quanto aos escores de ansiedade-traço e o estado civil observou-se que os “solteiros com companheiro (a)” obtiveram um escore médio de 46,7 pontos ($\delta=6,4$). Já para aqueles que o estado civil era de “solteiros sem companheiro (a)” o escore médio foi de 45,7 pontos ($\delta=5,6$). E os “casados ou com união estável” obtiveram um escore médio de 45,4 pontos ($\delta=4,0$). Não houve participantes com estado civil “viúvo ou separado”, conforme Tabela 21.

Nessa avaliação pode-se notar um escore mais elevado nos “solteiros com companheiro (a)”, o que poderia significar novamente que dificuldades no relacionamento afetivo podem aparecer como manifestação de ansiedade. Contudo, nesse caso se trata do conceito-traço que não estaria

envolvido com manifestações transitórias, mas sim com uma característica de personalidade mais duradoura e, com isso, pode-se, talvez, cogitar uma maior dificuldade de adaptação a um relacionamento afetivo.

Já em relação aos escores obtidos quando se investigou as associações do conceito ansiedade-estado e o estado civil, observou-se que os “solteiros com companheiro (a)” e os “solteiros sem companheiro (a)” obtiveram um escore médio de 46,1 pontos ($\delta=5,3$). E os “casados ou com união estável” obtiveram um escore médio de 48,6 pontos ($\delta=6,3$). Não houve participantes com estado civil “viúvo ou separado”, conforme a Tabela 21.

Aqui se pode notar, para o conceito ansiedade-estado, um escore maior e bem destacado do grupo “casados ou com união estável”, o que poderia reafirmar os estudos de Dyrbye et al. (2006) que apontam o relacionamento conjugal como mais uma fonte de estresse, na população de estudantes de medicina.

Contudo, em virtude de ser uma população predominantemente de “solteiros com ou sem companheiro (a)” (96,9%), o “n” de “casados ou com união estável” se mostra muito pequeno, o que não permite maiores extrapolações. Mas, com certeza é um aspecto que merece mais estudos no futuro.

Tabela 21 - Distribuição dos 359 participantes segundo a associação do estado civil e o escore de ansiedade (IDATE)

N (%)	Estado Civil		IDATE - T	IDATE - E
n = 159 (44,28%)	Solteiro com companheiro (a)	Média	46,7	46,1
		Mediana	46,0	46,0
		Desvio Padrão	6,4	5,3
		Mínimo	33,0	31,0
		Máximo	65,0	63,0
n = 189 (52,64%)	Solteiro sem companheiro (a)	Média	45,7	46,1
		Mediana	45,0	46,0
		Desvio Padrão	5,6	5,3
		Mínimo	34,0	36,0
		Máximo	65,0	62,0
n = 11 (3,06%)	Casado ou união estável	Média	45,4	48,6
		Mediana	45,0	49,0
		Desvio Padrão	4,0	6,3
		Mínimo	41,0	39,0
		Máximo	52,0	58,0

No estudo realizado por Gama et al. (2008) o estado civil de solteiros obteve o maior escore no conceito ansiedade-traço 41,8 ($\delta=9,3$).

Já no estudo desenvolvido por Almeida et al. (2007) com estudantes do primeiro ao sexto ano do curso de medicina, não encontrou diferenças na prevalência de distúrbios mentais e estado civil; porém, com a ressalva de ser uma amostra composta predominantemente de solteiros.

4.8. Resultados da associação da religião com o escore de depressão.

A associação da religião com o escore de depressão não se mostrou estatisticamente significativa ($p=0,65$).

Dessa forma, os resultados da associação da religião e os escores de depressão, mostraram que o maior escore foi quando a religião declarada

era a espírita, com escore médio de 11,5 pontos ($\delta=8,6$); seguido pela católica, com escore médio de 9,1 pontos ($\delta=7,0$), e, pelas religiões, protestante e pentecostal, que obtiveram um escore médio de 8,4 pontos e 5,1 pontos respectivamente ($\delta=5,6$ e $\delta=4,5$ respectivamente). Porém, a opção “não ter religião” e “outras religiões” obteve um escore médio de 8,5 pontos e 9,5 pontos ($\delta=5,9$ e $\delta=7,5$ respectivamente). Não houve representante da religião afro-brasileira, conforme Tabela 22.

Figura 1 - Distribuição dos participantes segundo a religião declarada

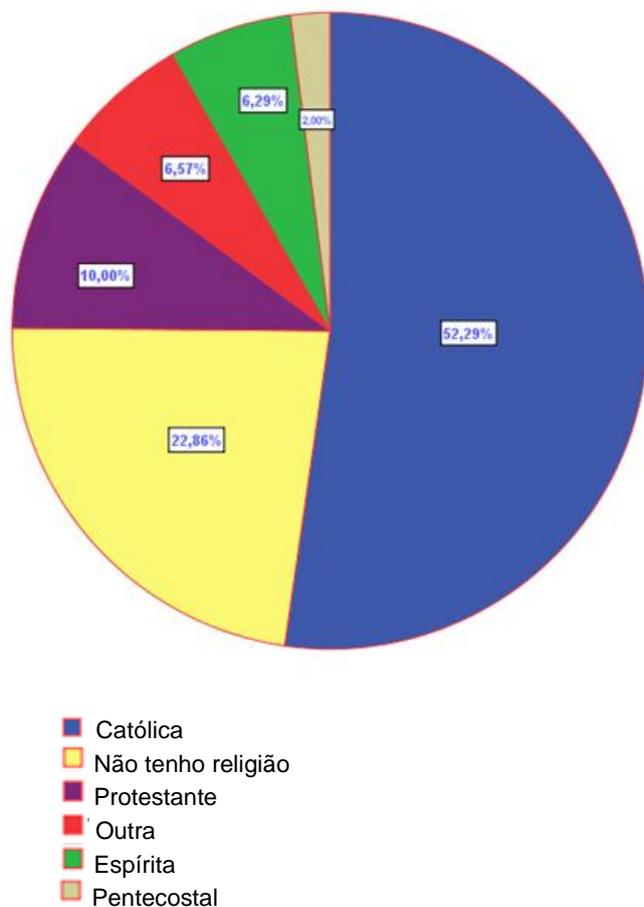


Tabela 22 - Distribuição dos 350 participantes segundo a associação da religião e o escore de depressão (IBD)

N (%)	Religião	Variáveis	I Beck D
n = 183 (52,28%)	Católica	Média	9,1
		Mediana	7,0
		Desvio Padrão	7,0
		Mínimo	0,0
		Máximo	37,0
n = 22 (6,28%)	Espírita	Média	11,5
		Mediana	8,5
		Desvio Padrão	8,6
		Mínimo	2,0
		Máximo	36,0
n = 07 (2,00%)	Pentecostal	Média	5,1
		Mediana	4,0
		Desvio Padrão	4,5
		Mínimo	0,0
		Máximo	13,0
n = 35 (10,00%)	Protestante	Média	8,4
		Mediana	8,0
		Desvio Padrão	5,6
		Mínimo	2,0
		Máximo	25,0
n = 80 (22,85%)	Não ter religião	Média	8,5
		Mediana	7,5
		Desvio Padrão	5,9
		Mínimo	0,0
		Máximo	32,0
n = 23 (6,57%)	Outras	Média	9,5
		Mediana	10,0
		Desvio Padrão	7,5
		Mínimo	0,0
		Máximo	28,0

Dyrbye et al. (2006) consideram a religiosidade e a espiritualidade como estratégias de enfrentamento do estresse (*coping*). Portanto, num país com características tão marcantes de religiosidade como o Brasil, uma investigação como essa é extremamente pertinente. Mas, os resultados

obtidos no presente estudo devem ser avaliados com cautela, pois algumas crenças religiosas, como por exemplo, a pentecostal obteve um escore bem distinto das outras religiões, com 5,1 pontos ($\delta=4,5$), mas com um “n” muito pequeno ($n=07$), o que inviabiliza maiores extrapolações dos resultados.

4.9. Resultados da associação da religião com o escore de ansiedade (traço e estado).

A associação da religião com o escore de ansiedade não se mostrou estatisticamente significativa ($p=0,49$).

Assim, em relação aos escores obtidos com o conceito de ansiedade-traço e a associação com a religião observou-se que o maior escore foi da espírita com escore médio de 47,6 pontos ($\delta=6,4$); seguida pela católica, com um escore médio de 46,2 pontos ($\delta=6,2$); pela protestante, com um escore médio de 46,1 pontos ($\delta=4,6$); e, por último, pela pentecostal, com um escore médio de 42,2 pontos ($\delta=5,2$). É importante salientar que a opção “não ter religião” e “outras religiões” obtiveram um escore médio de 45,2 pontos e 46,5 pontos respectivamente ($\delta=5,3$ e $\delta=5,9$ respectivamente), conforme Tabela 23.

Já com a associação do conceito ansiedade-estado e religião, observou-se que o maior escore foi obtido pela espírita com um escore médio de 48,9 pontos ($\delta=5,7$); seguida pela pentecostal, com escore médio de 47,8 pontos ($\delta=4,2$); e, pela católica e protestante com escore médio de 46,3 pontos ($\delta=5,3$ e $\delta=4,5$ respectivamente). Contudo, as opções “não ter

religião” e “outras’ religiões obtiveram escore médio de 45,5 e 44,2 respectivamente ($\delta=5,6$ e $\delta=5,3$ respectivamente), conforme Tabela 23.

Apesar de merecer maiores investigações no futuro, crenças religiosas quando consideradas como estratégias de enfrentamento do estresse (*coping*), são de grande importância, e, por isso vale notar que a crença espírita obteve o maior escore nas escalas de depressão e de ansiedade (traço e estado), e, provavelmente, isso se deva a alguma característica intrínseca da crença espírita, e, apesar, de não ter um “n” tão significativo como o da religião católica, aparece como a segunda crença religiosa entre os participantes do estudo (n=22).

E mais ainda, considerando o suicídio como o maior risco associado aos transtornos de humor, investigar estratégias de enfrentamento do estresse, como crenças religiosas, merecem atenção, pois se essas estratégias de enfrentamento do estresse não surtem o efeito esperado, o risco de suicídio pode ser exacerbado.

Nesse aspecto o estudo de Menninger (1970) sobre o suicídio aponta para o desejo de morrer baseado no conceito de uma vida futura. Pode, portanto, baseado nesse conceito de vida futura, alimentar a ideia de que morrer é uma forma de ir embora. Mas em última análise, não significa um desejo, de fato de morrer, mas sim, uma forma de fugir de uma realidade adversa com a qual não se sabe lidar, e, é importante lembrar que a concepção de uma vida futura esta presente em muitas crenças religiosas.

Tabela 23 - Distribuição dos 350 participantes segundo a associação da religião e o escore de ansiedade (IDATE)

N (%)	Religião	Variáveis	IDATE - T	IDATE - E
n = 183 (52,28%)	Católica	Média	46,2	46,3
		Mediana	46,0	46,0
		Desvio Padrão	6,2	5,3
		Mínimo	34,0	31,0
		Máximo	65,0	63,0
n = 22 (6,28%)	Espírita	Média	47,6	48,9
		Mediana	48,5	49,0
		Desvio Padrão	6,4	5,7
		Mínimo	38,0	38,0
		Máximo	60,0	62,0
n = 07 (2,00%)	Pentecostal	Média	42,2	47,8
		Mediana	44,0	49,0
		Desvio Padrão	5,2	4,2
		Mínimo	34,0	39,0
		Máximo	49,0	52,0
n = 35 (10,00%)	Protestante	Média	46,1	46,3
		Mediana	46,0	46,0
		Desvio Padrão	4,6	4,5
		Mínimo	40,0	38,0
		Máximo	57,0	56,0
n = 80 (22,85%)	Não ter religião	Média	45,2	45,5
		Mediana	44,0	45,0
		Desvio Padrão	5,3	5,6
		Mínimo	33,0	34,0
		Máximo	61,0	62,0
n = 23 (6,57%)	Outras	Média	46,5	44,2
		Mediana	46,0	43,0
		Desvio Padrão	5,9	5,3
		Mínimo	36,0	36,0
		Máximo	58,0	55,0

Zonta et al. (2006) investigaram as estratégias de enfrentamento do estresse por estudantes de medicina e observaram que a religiosidade foi uma das estratégias utilizadas para enfrentar o estresse.

4.10. Resultados da associação do local de nascimento com o escore de depressão.

A associação do local de nascimento com o escore de depressão não se mostrou estatisticamente significativa ($p=0,97$).

Os maiores escores obtidos pelo IBD foram daqueles que declararam como local de nascimento Roraima, com escore médio de 11,3 pontos ($\delta=13,6$); seguidos pelos estados de São Paulo, com escore médio de 10,1 pontos ($\delta=6,3$); Rio Grande do Sul, com escore médio de 9,8 pontos ($\delta=9,1$); Mato Grosso do Sul, com escore médio de 9,6 pontos ($\delta=3,0$); Santa Catarina, com escore médio de 9,3 pontos ($\delta=7,8$); Paraná, com escore médio de 8,8 pontos ($\delta=6,7$); Rio de Janeiro, com escore médio de 8,6 pontos ($\delta=5,8$); Minas Gerais, com escore médio de 7,7 pontos ($\delta=5,5$); e, por último, Mato Grosso com escore médio de 7,0 pontos ($\delta=4,6$). Vários locais de nascimento (Ceará com 11 pontos, Distrito Federal com 14 e 25 pontos, Espírito Santo com 12 pontos, Goiás com um ponto, Maranhão com 10 pontos, Tocantins com oito pontos, Estados Unidos com 12 pontos, Gana com quatro pontos e Itália com 20 pontos) obtiveram um escore médio de 10,6 pontos ($\delta=7,5$), conforme Tabela 24.

Tabela 24 - Distribuição dos 354 participantes segundo a associação do local de nascimento com o escore de depressão (IBD)

N (%)	Local de nascimento	Variáveis	I Beck D
n = 265 (73,81%)	Paraná	Média	8,8
		Mediana	7,0
		Desvio Padrão	6,7
		Mínimo	0,0
		Máximo	37,0
n = 28 (7,79%)	São Paulo	Média	10,1
		Mediana	8,0
		Desvio Padrão	6,3
		Mínimo	1,0
		Máximo	26,0
n = 27 (7,52%)	Santa Catarina	Média	9,3
		Mediana	7,0
		Desvio Padrão	7,8
		Mínimo	1,0
		Máximo	36,0
n = 6 (1,67%)	Mato Grosso do Sul	Média	9,6
		Mediana	9,5
		Desvio Padrão	3,0
		Mínimo	6,0
		Máximo	15,0
n = 5 (1,39%)	Rio de Janeiro	Média	8,6
		Mediana	7,0
		Desvio Padrão	5,8
		Mínimo	3,0
		Máximo	17,0
n = 5 (1,39%)	Rio Grande do Sul	Média	9,8
		Mediana	5,0
		Desvio Padrão	9,1
		Mínimo	0,0
		Máximo	21,0
n = 4 (1,11%)	Minas Gerais	Média	7,7
		Mediana	5,5
		Desvio Padrão	5,5
		Mínimo	4,0
		Máximo	16,0

continua

conclusão

Tabela 24 - Distribuição dos 354 participantes segundo a associação local de nascimento e escores da escala de depressão (IBD)

N (%)	Local de nascimento	Variáveis	I Beck D
n = 4 (1,11%)	Mato Grosso	Média	7,0
		Mediana	5,0
		Desvio Padrão	4,6
		Mínimo	4,0
		Máximo	14,0
n = 3 (0,84%)	Roraima	Média	11,3
		Mediana	5,0
		Desvio Padrão	13,6
		Mínimo	2,0
		Máximo	27,0
n = 12 (3,34%)	Outros	Média	10,6
		Mediana	11,0
		Desvio Padrão	7,5
		Mínimo	0,0
		Máximo	25,0

No estudo realizado por Rezende et al. (2008) não foi verificado resultado estatisticamente significativo com o local de procedência e os escores do IBD.

Por outro lado, Dyrbye et al. (2006) desenvolveram um estudo multicêntrico para avaliar depressão e *burnout* em grupos minoritários (raça e etnia), e, com isso observaram que os sintomas depressivos não são dependentes do status minoritário (estudantes estrangeiros ou de etnias minoritárias, como por exemplo, hispânicos, asiáticos entre outros).

Como no trabalho anterior, Dyrbye et al. (2007) não encontraram diferenças estatisticamente significativas em relação aos grupos minoritários

e não minoritários; e, ainda, constataram que os grupos não minoritários apresentavam graus maiores de *burnout*, em razão disso os autores levantaram a hipótese de que os grupos minoritários apresentam maior capacidade de resiliência e, dessa forma, maior aptidão de enfrentar obstáculos.

No presente estudo o participante que declarou como local de nascimento o Distrito Federal obteve o maior escore no IBD de 25 pontos (apenas um participante), e os participantes que declararam Goiás como local de nascimento obtiveram o menor escore no IBD zero (dois participantes). Contudo os dois estados apresentaram um “n” muito baixo para que se possam fazer maiores especulações dessas associações (n=1 e n=2 respectivamente).

4.11. Resultados da associação do local de nascimento com o escore de ansiedade (traço e estado).

A associação do local de nascimento com o escore de ansiedade não se mostrou estatisticamente significativa ($p=0,93$).

Com isso, quanto ao conceito ansiedade-traço e a associação com o local de nascimento, os maiores escores obtidos foram daqueles que declararam como local de nascimento Minas Gerais, com escore médio de 48,2 pontos ($\delta=10,2$); seguidos pelos estados de Roraima, com escore médio de 48,0 ($\delta=8,1$); Mato Grosso do Sul, com escore médio de 47,8 ($\delta=6,9$); Santa Catarina, com escore médio de 47,6 pontos ($\delta=7,4$); São

Paulo, com escore médio de 47,2 pontos ($\delta=6,4$); Paraná, com escore médio de 45,8 pontos ($\delta=5,6$); Rio Grande do Sul, com escore médio de 44,8 pontos ($\delta=7,6$); Rio de Janeiro, com escore médio de 41,6 pontos ($\delta=5,5$); e, Mato Grosso, com escore médio de 40,7 pontos ($\delta=4,7$). Porém, o conjunto de vários locais de nascimento (Ceará com 44 pontos, Distrito Federal com 54 e 55 pontos, Espírito Santo 51 pontos, Goiás 45 e 41 pontos, Maranhão 58 pontos, Tocantins 50 pontos, Estados Unidos 53 pontos, Gana 37 pontos e Itália 52 pontos) obteve escore médio de 49,0 pontos ($\delta=6,4$), conforme a Tabela 25.

Em relação ao conceito ansiedade-estado, observou-se que os participantes que obtiveram os maiores escores, nessa associação, foram, em ordem decrescente, Mato Grosso do Sul, com escore médio de 49,5 pontos ($\delta=3,5$); Minas Gerais, com escore médio de 49,2 pontos ($\delta=4,7$); Santa Catarina, com escore médio de 48,2 pontos ($\delta=5,3$); São Paulo, com escore médio de 46,8 pontos ($\delta=6,1$); Paraná, com escore médio de 46,1 pontos ($\delta=5,2$); Rio Grande do Sul e Roraima obtiveram escores médios de 44,6 pontos ($\delta=7,9$ e $\delta=6,0$ respectivamente); Mato Grosso obteve escore médio de 43,7 pontos ($\delta=4,9$); e, por último, Rio de Janeiro com escore médio de 41,6 pontos ($\delta=3,6$). Novamente, o conjunto de vários locais de nascimento (Ceará 42 pontos, Distrito Federal 49 e 39 pontos, Espírito Santo 40 pontos, Goiás 51 e 44 pontos, Maranhão 44 pontos, Tocantins 34 pontos, Estados Unidos 51 pontos, Gana 47 pontos e Itália 45 pontos) obteve escore médio de 44,1 pontos ($\delta=5,2$), conforme Tabela 25.

Tabela 25 - Distribuição dos 359 participantes segundo a associação do local de nascimento com o escore de ansiedade (IDATE)

N (%)	Local de nascimento	Variáveis	IDATE – T	IDATE – E
n = 265 (74,02%)	Paraná	Média	45,8	46,1
		Mediana	45,0	46,0
		Desvio Padrão	5,6	5,2
		Mínimo	34,0	31,0
		Máximo	63,0	63,0
n = 28 (7,82%)	São Paulo	Média	47,2	46,8
		Mediana	47,5	46,0
		Desvio Padrão	6,4	6,1
		Mínimo	36,0	36,0
		Máximo	65,0	60,0
n = 27 (7,54%)	Santa Catarina	Média	47,6	48,2
		Mediana	46,0	48
		Desvio Padrão	7,4	5,3
		Mínimo	34,0	37,0
		Máximo	65,0	62,0
n = 6 (1,67%)	Mato Grosso do Sul	Média	47,8	49,5
		Mediana	50,0	50,0
		Desvio Padrão	6,9	3,5
		Mínimo	37,0	45,0
		Máximo	54,0	54,0
n = 5 (1,39%)	Rio de Janeiro	Média	41,6	41,6
		Mediana	41,0	43,0
		Desvio Padrão	5,5	3,6
		Mínimo	33,0	36,0
		Máximo	47,0	45,0
n = 5 (1,39%)	Rio Grande do Sul	Média	44,8	44,6
		Mediana	43,0	48,0
		Desvio Padrão	7,6	7,9
		Mínimo	38,0	31,0
		Máximo	58,0	50,0
n = 4 (1,11%)	Minas Gerais	Média	48,2	49,2
		Mediana	45,5	48,0
		Desvio Padrão	10,2	4,7
		Mínimo	40,0	45,0
		Máximo	62,0	56,0

continua

conclusão

Tabela 25 - Distribuição dos 359 participantes segundo a associação do local de nascimento com o escore de ansiedade (IDATE)

N (%)	Local de nascimento	Variáveis	IDATE - T	IDATE - E
n = 4 (1,11%)	Mato Grosso	Média	40,7	43,7
		Mediana	42,5	43,5
		Desvio Padrão	4,7	4,9
		Mínimo	34,0	38,0
		Máximo	44,0	50,0
n = 3 (0,83%)	Roraima	Média	48,0	44,6
		Mediana	46,0	44,0
		Desvio Padrão	8,1	6,0
		Mínimo	41,0	39,0
		Máximo	57,0	51,0
n = 11 (3,07%)	Outros	Média	49,0	44,1
		Mediana	51,0	44,0
		Desvio Padrão	6,4	5,2
		Mínimo	37,0	34,0
		Máximo	58,0	51,0

Na avaliação das manifestações ansiosas, os participantes que declararam o Maranhão (58 pontos) e o Distrito Federal (54 e 55 pontos) como local de nascimento, obtiveram os maiores escores no conceito traço. Da mesma forma, que os participantes, que declararam Goiás (51 e 44 pontos) e os Estados Unidos (51 pontos) como local de nascimento, obtiveram os maiores escores no conceito estado. Assim, o participante dos Estados Unidos obteve os maiores escores na escala de depressão e na de ansiedade (estado). Mas, vale lembrar que o “n” baixo (um participante) limita extrapolações dos resultados.

4.12. Resultados da associação do ano do curso com o escore de depressão.

Quando foi investigada a possível associação do ano do curso com o escore do IBD, essa associação se mostrou estatisticamente significativa ($p=0,06$).

O terceiro ano obteve o maior escore médio com 10,1 pontos ($\delta=8,0$), sendo seguido pelo sexto ano, com escore médio de 9,8 pontos ($\delta=6,2$); pelo segundo e quarto anos com escore médio de 9,6 pontos ($\delta=6,9$ e $\delta=7,2$ respectivamente); pelo quinto ano, com escore médio de 9,2 ($\delta=6,8$); e, por último, o primeiro ano com escore médio de 7,0 ($\delta=5,0$) (Tabela 26).

No estudo de Amaral et al. (2008) quando estratificado pelo ano do curso, os autores encontraram maior prevalência de sintomas depressivos do segundo ano para o terceiro e quarto ano do curso.

Por outro lado, o estudo de Rezende et al. (2008) verificou que com a continuidade do curso a tendência é o aumento dos sintomas depressivos com uma prevalência de 20,7% sem sintomas depressivos, 29% com sintomas depressivos leves, 31% com sintomas depressivos moderados e 19,2% com sintomas graves. Entretanto, o autor utilizou como pontos de corte, do IBD, escores mais baixos (zero a três para sem sintomas, quatro a sete para sintomas leves, oito a 15 para sintomas moderados e 16 ou mais para sintomas graves). Com isso, os resultados obtidos por Rezende et al. diferem bastante dos obtidos no presente estudo onde, por exemplo, se encontrou uma prevalência de sintomas depressivos graves de 1,1%.

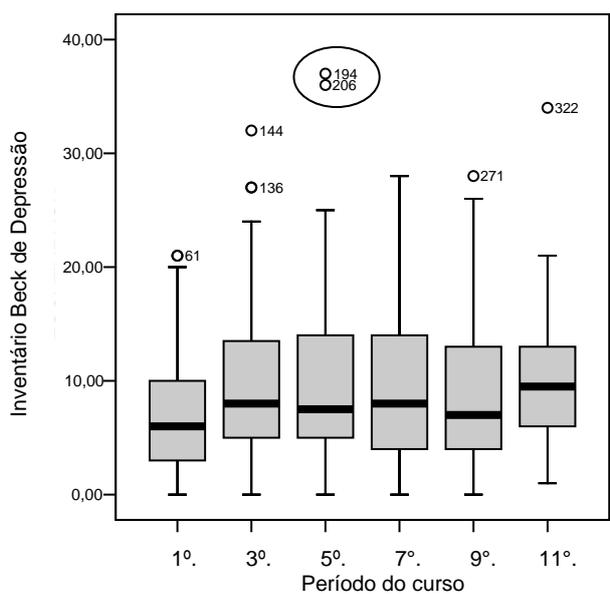
Tabela 26 - Distribuição dos 359 participantes segundo a associação do ano do curso com o escore de depressão (IBD)

N (%)	Ano do Curso	Variáveis	I Beck D
n = 85 (23,67%)	Primeiro ano	Média	7,0
		Mediana	6,0
		Desvio Padrão	5,0
		Mínimo	0,0
		Máximo	21,0
n = 68 (18,94%)	Segundo ano	Média	9,6
		Mediana	8,0
		Desvio Padrão	6,9
		Mínimo	0,0
		Máximo	32,0
n = 62 (17,27%)	Terceiro ano	Média	10,1
		Mediana	7,5
		Desvio Padrão	8,0
		Mínimo	0,0
		Máximo	37,0
n = 46 (12,81%)	Quarto ano	Média	9,6
		Mediana	8,0
		Desvio Padrão	7,2
		Mínimo	0,0
		Máximo	28,0
n = 60 (16,71%)	Quinto ano	Média	9,2
		Mediana	7,0
		Desvio Padrão	6,8
		Mínimo	0,0
		Máximo	28,0
n = 38 (10,58%)	Sexto ano	Média	9,8
		Mediana	9,5
		Desvio Padrão	6,2
		Mínimo	1,0
		Máximo	34,0
n = 359 (100%)	TOTAL	Média	9,0
		Desvio Padrão	6,7
		Mínimo	0,0
		Máximo	37,0

Com o teste de Tukey pode-se precisar que a diferença estatisticamente significativa ($p=0,06$) existia entre o primeiro período (primeiro ano) e o quinto período (terceiro ano).

Na Figura 2 pode-se notar que no quinto período (terceiro ano) se tem os participantes com os maiores escores de depressão. Confirmando a tendência de outros estudos que apontam o quinto período (terceiro ano) como um momento de crise.

Figura 2 - Intervalo de confiança da associação do ano do curso com o escore de depressão (IBD)



- | | | |
|------|-------------------------|----------------|
| 1º. | Primeiro período | (primeiro ano) |
| 3º. | Terceiro período | (segundo ano) |
| 5º. | Quinto período | (terceiro ano) |
| 7º. | Sétimo período | (quarto ano) |
| 9º. | Nono período | (quinto ano) |
| 11º. | Décimo primeiro período | (sexto ano) |

Várias pesquisas confirmam os achados do presente estudo, que aponta, além do primeiro ano, o terceiro ano como sendo aquele que se obtêm escores mais elevado como, por exemplo, o estudo de Souza, (2003); e o de Cavestro e Rocha, (2006). Em virtude disso, estratégias têm sido utilizadas para se tentar minimizar o impacto nesses dois momentos.

O estudo desenvolvido por Houwink et al. (2004) mostrou como os estudantes do terceiro ano do curso podem ajudar os estudantes do primeiro ano nas aulas de anatomia humana, e com isso, concluem que as reações físicas e emocionais dos estudantes de anatomia, relacionadas com a experiência de dissecação, diminuíram acentuadamente com a inserção dos estudantes do terceiro ano.

Outro estudo que focalizou o estresse envolvendo a prática clínica foi o desenvolvido por Pitkälä e Mäntyranta (2004). O estudo envolveu 23 estudantes de medicina do terceiro e quarto ano do curso, e buscou investigar as experiências dos estudantes de medicina com o primeiro paciente, assim, os estudantes descreveram sentimentos de ansiedade e insuficiência de conhecimento, ambivalência com o primeiro encontro, desconforto em não poder ajudar pacientes terminais, desconforto por entrar na intimidade dos pacientes e, o sentimento, mais salientado pelos autores, de culpa por estar usando o paciente no processo de aprendizado. O resultado do estudo deixou evidente que estudantes do gênero feminino falam mais abertamente dos seus sentimentos, mas também, acabam apresentando mais manifestações de ansiedade e depressão. Entretanto,

estudantes do gênero feminino também se mostram mais empáticas como demonstrado em outros estudos.

Baldassin et al. (2008) estudando uma população de 481 estudantes de medicina do primeiro ao sexto ano, com a utilização do IBD, encontraram uma média geral de 9,1 ($\delta=7,6$), com uma distribuição entre os gêneros de 9,8 ($\delta=8,1$) para o gênero feminino e 8,1 ($\delta=6,8$) para o gênero masculino. As médias do IBD para os períodos foram 8,6 ($\delta=7,9$) para o básico, 7,0 ($\delta=6,9$) para o intermediário e 11,7 ($\delta=7,2$) para o internato. Resultado bem aproximado ao obtido no presente estudo.

Aktekin et al. (2001) num estudo com 245 estudantes de medicina do primeiro e segundo ano do curso, utilizando o IBD, encontraram um escore médio de 6,9 para o primeiro ano e 11,1 para o segundo ano. Novamente, resultado semelhante ao do presente estudo.

Ahmed et al. (2009) demonstraram que no segundo ano do curso a pressão emocional é maior devido ao período de transição. São resultados que corroboram com os achados no presente estudo, tornando-os, dessa forma, mais consistentes.

Por outro lado, Sen et al. (2010) concluíram com o seu estudo que os escores de depressão aumentam drasticamente durante o internato, e, 3,9% dos participantes da pesquisa atendiam ao critério de depressão antes do internado e essa proporção passou para 25,3%, sendo a maioria classificada como depressão moderada. Dentre os fatores associados a esse aumento destacaram-se o gênero (feminino), dificuldades familiares, neuroticismo e história prévia de depressão, além dos fatores envolvidos com a educação

médica, como por exemplo, preocupação com erros médicos e excesso de horas de trabalho. Contudo, nesse estudo o instrumento de investigação foi outro do IBD.

Mas, o que deve ser salientado, que foi observado no presente estudo, e também em muitos outros estudos, é a tendência de variação dos sintomas depressivos conforme o ano do curso.

4.13. Resultados da associação do ano do curso com o escore de ansiedade (traço e estado).

Ao se investigar a possível associação do ano do curso com o escore de ansiedade (traço-estado), observou-se que tanto para o conceito ansiedade-traço como para o conceito ansiedade-estado, a associação não se mostrou estatisticamente significativa ($p=0,45$).

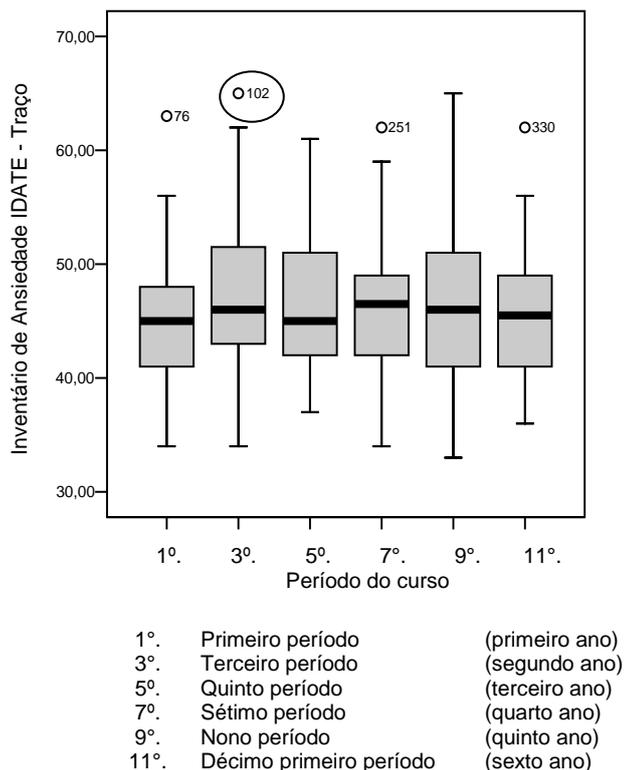
O conceito ansiedade-traço obteve maior escore no segundo e terceiro ano do curso, com escore médio 46,7 pontos ($\delta=6,0$ e $\delta=6,2$ respectivamente); seguidos pelo quarto ano, com escore médio de 46,6 ($\delta=6,3$); pelo quinto ano, com escore médio de 46,4 ($\delta=6,5$); pelo sexto ano, com escore médio de 45,7 ($\delta=6,0$); e por último o primeiro ano com 45,0 ($\delta=5,1$). Por outro lado, o conceito ansiedade-estado obteve maior escore no segundo ano, com escore médio 47,1 ($\delta=5,5$); seguido pelo sexto ano, com escore médio de 46,9 ($\delta=4,5$); pelo primeiro ano, com escore médio de 46,6 ($\delta=5,9$); e pelo terceiro, quarto e quinto anos com escore médio de 45,8, 45,7 e 45,0 ($\delta=5,3$, $\delta=5,2$ e $\delta=4,6$ respectivamente) conforme Tabela 27.

Tabela 27 - Distribuição dos 359 participantes segundo a associação do ano do curso e o escore de ansiedade (IDATE)

N (%)	Ano do Curso	Variáveis	IDATE - T	IDATE - E
n = 85 (23,67%)	Primeiro ano	Média	45,0	46,6
		Mediana	45,0	47,0
		Desvio Padrão	5,1	5,9
		Mínimo	34,0	36,0
		Máximo	63,0	63,0
n = 68 (18,94%)	Segundo ano	Média	46,7	47,1
		Mediana	46,0	47,0
		Desvio Padrão	6,0	5,5
		Mínimo	34,0	31,0
		Máximo	65,0	62,0
n = 62 (17,27%)	Terceiro ano	Média	46,7	45,8
		Mediana	45,0	46,0
		Desvio Padrão	6,2	5,3
		Mínimo	37,0	36,0
		Máximo	61,0	62,0
n = 46 (12,81%)	Quarto ano	Média	46,6	45,7
		Mediana	46,5	45,5
		Desvio Padrão	6,3	5,2
		Mínimo	34,0	31,0
		Máximo	62,0	56,0
n = 60 (16,71%)	Quinto ano	Média	46,4	45,0
		Mediana	46,0	45,0
		Desvio Padrão	6,5	4,6
		Mínimo	33,0	34,0
		Máximo	65,0	57,0
n = 38 (10,58%)	Sexto ano	Média	45,7	46,9
		Mediana	45,5	46,5
		Desvio Padrão	6,0	4,5
		Mínimo	36,0	36,0
		Máximo	62,0	57,0
n = 359 (100%)	TOTAL	Média	46,1	46,2
		Desvio Padrão	6,0	5,3
		Mínimo	33,0	31,0
		Máximo	65,0	63,0

A Figura 3 e 4 mostra os maiores escores no conceito traço (segundo e quinto ano do curso) e estado (segundo e sexto ano do curso).

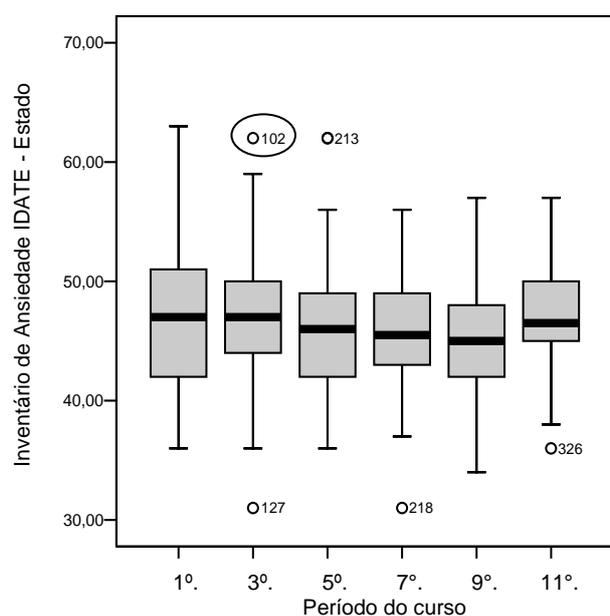
Figura 3 - Intervalo de confiança da associação do ano do curso e o escore de ansiedade-traço (IDATE)



Aktekin et al. (2001) no estudo com 245 estudantes de medicina dos primeiro e segundo anos do curso, utilizando o IDATE, encontraram um escore médio para o conceito ansiedade-traço de 43,5 para o primeiro ano e 46,8 para o segundo ano. Já para o conceito ansiedade-estado, as médias foram de 39,4 para o primeiro ano e 42,3 para o segundo ano. Ou seja, valores próximos aos encontrados no presente estudo, apontando o segundo ano como aquele que apresenta os maiores escore de ansiedade.

O estudo de Gama et al. (2008) mostrou um aspecto que deve ser considerado, escores mais elevados de ansiedade em populações mais jovens quando comparadas com populações mais velhas.

Figura 4 - Intervalo de confiança da associação do ano do curso com o escore de ansiedade-estado (IDATE)



- | | | |
|------|-------------------------|----------------|
| 1º. | Primeiro período | (primeiro ano) |
| 3º. | Terceiro período | (segundo ano) |
| 5º. | Quinto período | (terceiro ano) |
| 7º. | Sétimo período | (quarto ano) |
| 9º. | Nono período | (quinto ano) |
| 11º. | Décimo primeiro período | (sexto ano) |

De maneira diferente do que aconteceu com o escore de depressão, onde terceiro e sexto ano apresentavam os maiores escores, a avaliação do escore de ansiedade mostrou o segundo ano, momento de transição do básico para o profissionalizante, como o período com os maiores escores.

Por isso, no trabalho desenvolvido por Hayes et al. (2004) a conclusão obtida é que uma integração precoce com a prática clínica, com um suporte adequado, pode reduzir os níveis de ansiedade e estresse;

conclusão essa também corroborada por outros estudos como o de Reteguiz, (2006) e o de Dickinson et al., (1997).

É, nesse sentido, que alguns pesquisadores têm investigado o papel do currículo e da metodologia de ensino nas escolas de medicina. Zuardi et al. (2008), com uma amostra de estudantes de medicina e estudantes de outros cursos, avaliaram os níveis de ansiedade antes e depois da reforma curricular. Assim, encontraram uma redução dos escores de ansiedade após a reforma curricular, sendo que o novo currículo aproximou e integrou melhor as disciplinas possibilitando o contato mais precoce com os serviços de saúde.

Nessa mesma linha, Stewart et al. (2007), enfatizam que a confiança no desempenho reduz o nível de ansiedade, e, dessa forma, uma prática que possibilite o aumento do sentimento de confiança e competência possibilitariam a redução dos níveis de ansiedade.

4.14. Resultados da associação da saúde física com o escore de depressão.

A associação da pergunta “como consideravam a saúde física” com o escore do IBD se mostrou estatisticamente significativa ($p < 0,01$).

Com isso, em relação aos escores obtidos pelo IBD com a pergunta de como consideravam a saúde física, os maiores escores foram daqueles que consideravam a saúde física como “razoável com problemas crônicos” com escore médio de 17,1 pontos ($\delta = 8,8$); seguidos por aqueles que

consideravam a saúde física como “boa com pequenos resfriados” com escore médio de 10,1 pontos ($\delta=6,7$). Os que consideravam a saúde física como “boa e raramente me resfrio” obtiveram escore médio de 8,0 pontos ($\delta=6,0$) e os que consideravam a saúde física como “excelente” obtiveram escore médio de 6,0 pontos ($\delta=4,1$). Nenhum participante considerou sua saúde física com “péssima” conforme Tabela 28.

Tabela 28 - Distribuição dos 358 participantes segundo a associação da saúde física com o escore de depressão (IBD)

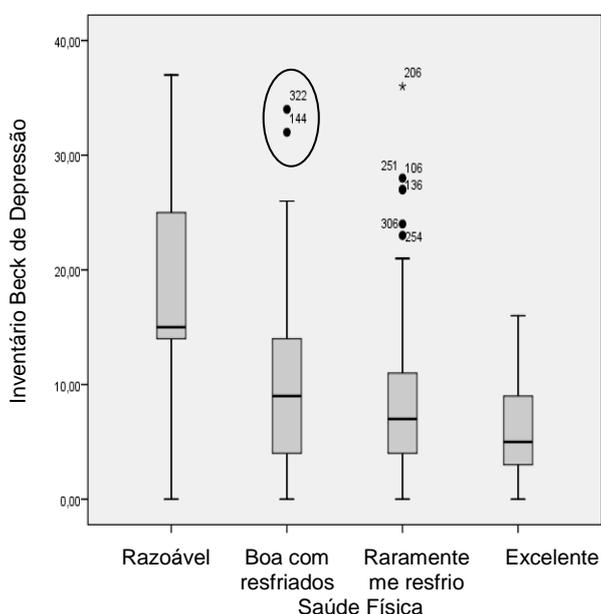
N (%)	Em relação à saúde física	Variáveis	I Beck D
n = 21 (5,86%)	Razoável com problemas crônicos	Média	17,1
		Mediana	15,0
		Desvio Padrão	8,8
		Mínimo	0,0
		Máximo	37,0
n = 135 (37,70%)	Boa com pequenos resfriados	Média	10,1
		Mediana	9,0
		Desvio Padrão	6,7
		Mínimo	0,0
		Máximo	34,0
n = 154 (43,01%)	Boa e raramente me resfrio	Média	8,0
		Mediana	7,0
		Desvio Padrão	6,0
		Mínimo	0,0
		Máximo	36,0
n = 48 (13,40%)	Excelente	Média	6,0
		Mediana	5,0
		Desvio Padrão	4,1
		Mínimo	0,0
		Máximo	16,0

Com a utilização do teste de Scheffé a diferença estatisticamente significativa ($p<0,001$) apareceu entre os participantes que consideravam a saúde física como “razoável com problemas crônicos” e aqueles que

consideravam a saúde física como “boa com pequenos resfriados” ou como “boa e raramente me resfrio”, ou ainda, como “excelente”. Também apareceu diferença estatisticamente significativa ($p < 0,04$) entre os participantes que consideravam a saúde física como “boa com pequenos resfriados” e os que consideravam como “boa e raramente me resfrio” ou “excelente”.

Na Figura 5 pode-se notar que os participantes que consideraram a saúde física como “boa com pequenos resfriados” foram os que obtiveram o escore de depressão mais elevado.

Figura 5 - Intervalo de confiança da associação da saúde física com o escore de depressão (IBD)



Teng et al. (2005) concluem em seu estudo que os transtornos de humor cursam com queixas clínicas, e que a hiperatividade do eixo hipotálamo-pituitária-adrenal, com o aumento do hormônio de liberação de

corticotrofina, seria responsável pelo desequilíbrio hormonal, levando à várias alterações fisiológicas, que explicariam uma série de manifestações clínicas, como a disfunção do sistema imunológico.

Eller et al. (2006) procuraram investigar a associação de queixas relacionadas ao sono e sintomas depressivos e ansiosos, e, com isso, encontraram uma relação entre insônia inicial e depressão em estudantes do gênero feminino. Como também, encontraram a relação entre a percepção da qualidade de sono e sintomas depressivos em estudantes do gênero masculino.

Essas queixas em relação à saúde física são importantes quando se procura investigar a qualidade de vida dos estudantes, pois, como já mencionado anteriormente, esse conceito (qualidade de vida) envolve aspectos variados, dentre eles a saúde física. Como se pode observar, participantes que apresentaram escore mais elevados de sintomas depressivos, também são aqueles que manifestaram mais queixas em relação à saúde física conforme a Figura 5.

4.15. Resultados da associação da saúde física com o escore de ansiedade (traço e estado).

Também se investigou a possível associação da pergunta de “como consideravam a saúde física” e os escores de ansiedade; e, esta se mostrou estatisticamente significativa para o conceito ansiedade-traço ($p=0,005$) e

não se mostrou estatisticamente significativa para o conceito ansiedade-estado ($p=0,191$).

O conceito ansiedade-traço apresentou os seguintes resultados, em ordem decrescente: aqueles que consideravam a saúde física como “razoável com problemas crônicos” obtiveram escore médio de 50,1 pontos ($\delta=7,5$); seguidos por aqueles que consideravam a saúde física como “boa com pequenos resfriados”, com escore médio de 46,4 pontos ($\delta=5,8$). Os que consideravam a saúde física como “boa e raramente me resfrio” obtiveram escore médio de 45,9 pontos ($\delta=5,8$), e os que consideravam a saúde física como “excelente” obtiveram escore médio de 44,6 pontos ($\delta=5,3$). Nenhum participante considerou sua saúde física com “péssima” conforme a Tabela 29.

Já o conceito ansiedade-estado apresentou os seguintes resultados, em ordem decrescente aqueles que consideravam a saúde física como “excelente” obtiveram escore médio de 47,6 pontos ($\delta=4,8$); os que consideravam a saúde física como “boa e raramente me resfrio” obtiveram escore médio de 46,3 pontos ($\delta=5,1$), seguidos por aqueles que consideravam a saúde física como “boa com pequenos resfriados”, com escore médio de 45,7 pontos ($\delta=5,6$) e por aqueles que consideravam a saúde física como “razoável com problemas crônicos” obtiveram escore médio foi de 45,5 pontos ($\delta=5,8$). Nenhum participante considerou sua saúde física com “péssima” conforme a Tabela 29.

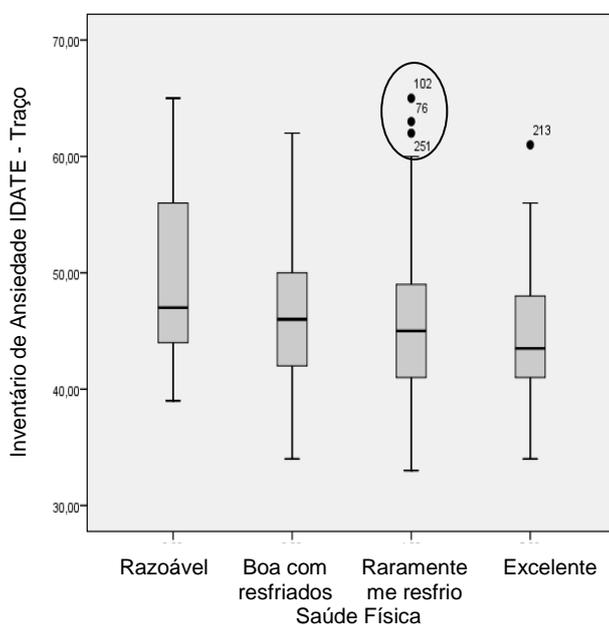
Tabela 29 - Distribuição dos 358 participantes segundo a associação da saúde física com o escore de ansiedade (IDATE)

N (%)	Em relação à saúde física	Variáveis	IDATE - T	IDATE - E
n = 21 (5,86%)	Razoável com problemas crônicos	Média	50,1	45,5
		Mediana	47,0	46,0
		Desvio Padrão	7,5	5,8
		Mínimo	39,0	36,0
		Máximo	65,0	56,0
n = 135 (37,70%)	Boa com pequenos resfriados	Média	46,4	45,7
		Mediana	46,0	46,0
		Desvio Padrão	5,8	5,6
		Mínimo	34,0	31,0
		Máximo	62,0	63,0
n = 154 (43,01%)	Boa e raramente me resfrio	Média	45,9	46,3
		Mediana	45,0	46,0
		Desvio Padrão	5,8	5,1
		Mínimo	33,0	34,0
		Máximo	65,0	62,0
n = 48 (13,40%)	Excelente	Média	44,6	47,6
		Mediana	43,5	48,0
		Desvio Padrão	5,3	4,8
		Mínimo	34,0	37,0
		Máximo	61,0	62,0

Mais uma vez o teste de Scheffé apontou as diferenças estatisticamente significativas, no conceito ansiedade-traço, ($p=0,02$); primeiro entre os participantes que consideravam a saúde física como “razoável com problemas crônicos” e aqueles que consideravam a saúde física como “boa e raramente me resfrio”; e depois entre os que consideravam a saúde física como “razoável com problemas crônicos” e os que a consideravam como “excelente”.

A Figura 6 mostra, novamente, no conceito ansiedade-traço, que os participantes que apresentaram escore mais elevado de manifestações ansiosas, também foram os que manifestaram mais queixas em relação à saúde física.

Figura 6 - Intervalo de confiança da associação da saúde física com o escore de ansiedade-traço (IDATE)



Dyrbye et al. (2007), em um estudo com estudantes de medicina, comprovaram a alta prevalência de sintomas depressivos e os baixos escores em inventários sobre qualidade de vida. Assim, os autores confirmam a necessidade de novos estudos para avaliar essa associação.

4.16. Resultados da associação da procura de auxílio médico por problemas de desempenho acadêmico com o escore de depressão.

Outra associação investigada foi a pergunta da “procura de auxílio médico por problemas de desempenho acadêmico” com o escore do IBD; que se mostrou estatisticamente significativa ($p < 0,01$).

Assim, os maiores escores obtidos pelo IBD foram para os participantes que “quase sempre” procuraram auxílio médico por problemas de desempenho acadêmico com escore médio de 24,5 pontos ($\delta = 10,6$); seguidos pelos participantes que “muitas vezes” procuraram auxílio médico por problemas de desempenho acadêmico, com escore médio de 22,7 pontos ($\delta = 8,5$); pelos que “medianamente ou algumas vezes” procuraram auxílio médico por problemas de desempenho acadêmico, com escore médio de 16,9 pontos ($\delta = 6,0$); pelos que “poucas vezes” procuraram auxílio médico por problemas de desempenho acadêmico, com escore médio de 12,2 pontos ($\delta = 8,4$); pelos que “pouquíssimas vezes” procuraram auxílio médico por problemas de desempenho acadêmico, com escore médio de 10,1 pontos ($\delta = 4,7$); e, por aqueles que “nunca” procuraram auxílio médico por problemas de desempenho acadêmico, com escore médio de 7,8 pontos ($\delta = 5,6$) conforme a Tabela 30.

Tabela 30 - Distribuição dos 358 participantes segundo a associação da procura de auxílio médico por problemas de desempenho acadêmico com o escore de depressão (IBD)

N (%)	Auxílio médico por problemas de desempenho acadêmico	Variáveis	I Beck D
n = 297 (82,96%)	Nunca	Média	7,8
		Mediana	7,0
		Desvio Padrão	5,6
		Mínimo	0,0
		Máximo	34,0
n = 13 (3,63%)	Pouquíssimas vezes	Média	10,1
		Mediana	12,0
		Desvio Padrão	4,7
		Mínimo	3,0
		Máximo	18,0
n = 21 (5,86%)	Poucas vezes	Média	12,2
		Mediana	11,0
		Desvio Padrão	8,4
		Mínimo	2,0
		Máximo	36,0
n = 16 (4,46%)	Medianamente ou algumas vezes	Média	16,9
		Mediana	16,5
		Desvio Padrão	6,0
		Mínimo	4,0
		Máximo	26,0
n = 9 (2,51%)	Muitas vezes	Média	22,7
		Mediana	23,0
		Desvio Padrão	8,5
		Mínimo	7,0
		Máximo	37,0
n = 2 (0,55%)	Quase sempre	Média	24,5
		Mediana	24,5
		Desvio Padrão	10,6
		Mínimo	17,0
		Máximo	32,0

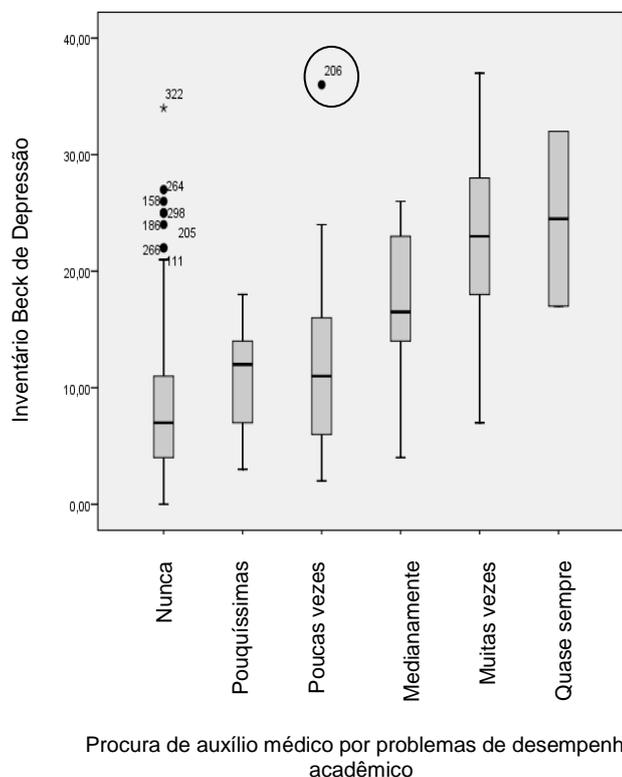
As diferenças estatisticamente significativas com o teste de Scheffé ocorreram, em primeiro lugar, entre aqueles que afirmaram que “nunca” procuraram auxílio médico por problemas de desempenho acadêmico e os

que afirmaram que “medianamente” procuraram auxílio médico por problemas de desempenho acadêmico; depois, entre os que afirmaram que “nunca” procuraram auxílio médico por problemas de desempenho acadêmico e os que afirmaram que “muitas vezes” procuraram auxílio médico por problemas de desempenho acadêmico; e, por último, os que afirmaram que “nunca” procuraram auxílio médico por problemas de desempenho acadêmico e os que afirmaram que “quase sempre” procuraram auxílio médico por problemas de desempenho acadêmico ($p < 0,009$).

As diferenças também foram estatisticamente significativas ($p < 0,001$) entre os que afirmaram que “pouquíssimas” vezes procuraram auxílio médico por problemas de desempenho acadêmico e os que afirmaram “muitas vezes procuram” auxílio médico por problemas de desempenho acadêmico.

Como aconteceu com a saúde física no geral, queixas relacionadas ao desempenho acadêmico e procura de auxílio médico apontam para a necessidade de investigações futuras quanto à qualidade de vida dos estudantes de medicina. Pois, se pode observar que os participantes que apresentaram escore mais elevado de sintomas depressivos, também são àqueles que manifestaram maiores queixas em relação ao desempenho acadêmico com procura de auxílio médico conforme a Figura 7.

Figura 7 - Intervalo de confiança da associação da procura de auxílio médico por problemas de desempenho acadêmico com o escore de depressão (IBD)



Esses resultados veem ao encontro aos trabalhos desenvolvidos por Souza et al. (2002), que relaciona algumas características de personalidade, como por exemplo, motivação, entusiasmo, dedicação ao trabalho e perfeccionismo, e o desenvolvimento do *burnout* ou a síndrome da estafa profissional, o que estaria associado às alterações fisiológicas com maior risco de infecções e desenvolvimento de outras manifestações.

O estudo de Tucunduva et al. (2006), salienta as queixas físicas da síndrome do *burnout* ou da estafa profissional, como, por exemplo, cefaléias, alterações gastrointestinais e insônias.

4.17. Resultados da associação da procura de auxílio médico por problemas de desempenho acadêmico com o escore de ansiedade (traço e estado).

A possível associação da pergunta da procura de auxílio médico por problemas de desempenho acadêmico com o escore de ansiedade se mostrou estatisticamente significativa para o conceito ansiedade-traço ($p < 0,01$) e não se mostrou estatisticamente significativa para o conceito ansiedade-estado ($p = 0,17$).

Dessa forma, o conceito ansiedade-traço obteve os maiores escores para os participantes que declararam que “muitas vezes” procuraram auxílio médico por problemas de desempenho acadêmico, com escore médio de 54,0 pontos ($\delta = 5,0$), seguidos pelos participantes que “quase sempre” procuraram auxílio médico por problemas de desempenho acadêmico, com escore médio de 53,0 pontos ($\delta = 5,6$), e, pelos que “medianamente ou algumas vezes” procuraram auxílio médico por problemas de desempenho acadêmico, com escore médio de 52,8 pontos ($\delta = 6,2$). Os que afirmaram que “poucas vezes” procuraram auxílio médico por problemas de desempenho acadêmico ficaram com escore médio de 47,2 pontos ($\delta = 5,9$), e, os que declararam que “pouquíssimas vezes” procuraram auxílio médico por problemas de desempenho acadêmico ficaram com escore médio de 45,5 pontos ($\delta = 6,5$). Por último, os participantes que declararam “nunca” procuraram auxílio médico por problemas de desempenho acadêmico obtiveram escore médio de 45,4 pontos, com ($\delta = 5,6$) (Tabela 31).

Já para o conceito ansiedade-estado e a pergunta de procura de auxílio médico por problemas de desempenho acadêmico, os maiores escores foram dos participantes que declararam que “quase sempre” procuraram auxílio médico por problemas de desempenho acadêmico com escore médio de 53,0 pontos ($\delta=1,4$); seguidos pelos participantes que “medianamente ou algumas vezes” procuraram auxílio médico por problemas de desempenho acadêmico, com escore médio de 48,1 pontos ($\delta=7,8$). Os que declararam que “poucas vezes” procuraram auxílio médico por problemas de desempenho acadêmico, ficaram com escore médio de 47,0 pontos ($\delta=4,6$), e os que declararam que “pouquíssimas vezes” procuraram auxílio médico por problemas de desempenho acadêmico, ficaram com escore médio de 46,4 pontos ($\delta=6,9$), seguidos pelos que declararam que “nunca” procuraram auxílio médico por problemas de desempenho acadêmico, com escore médio de 46,1 pontos ($\delta=5,1$).

Contudo, aqueles que declararam que “muitas vezes” procuraram auxílio médico por problemas de desempenho acadêmico obtiveram escore médio de 43,7 pontos ($\delta=6,8$) conforme a Tabela 31.

Tabela 31 - Distribuição dos 358 participantes segundo a associação da procura de auxílio médico por problemas de desempenho acadêmico e o escore de ansiedade (IDATE)

N (%)	Auxílio médico por problemas de desempenho acadêmico	Variáveis	IDATE - T	IDATE - E
n = 297 (82,96%)	Nunca	Média	45,4	46,1
		Mediana	45,0	46,0
		Desvio Padrão	5,6	5,1
		Mínimo	33,0	34,0
		Máximo	65,0	63,0
n = 13 (3,63%)	Pouquíssimas vezes	Média	45,5	46,4
		Mediana	44,0	48,0
		Desvio Padrão	6,5	6,9
		Mínimo	39,0	36,0
		Máximo	61,0	62,0
n = 21 (5,86%)	Poucas vezes	Média	47,2	47,0
		Mediana	46,0	47,0
		Desvio Padrão	5,9	4,6
		Mínimo	37,0	39,0
		Máximo	60,0	59,0
n = 16 (4,46%)	Medianamente ou algumas vezes	Média	52,8	48,1
		Mediana	54,0	48,5
		Desvio Padrão	6,2	7,8
		Mínimo	41,0	31,0
		Máximo	63,0	62,0
n = 9 (2,51%)	Muitas vezes	Média	54,0	43,7
		Mediana	54,0	45,0
		Desvio Padrão	5,0	6,8
		Mínimo	46,0	31,0
		Máximo	62,0	51,0
n = 2 (0,55%)	Quase sempre	Média	53,0	53,0
		Mediana	53,0	53,0
		Desvio Padrão	5,6	1,4
		Mínimo	49,0	52,0
		Máximo	57,0	54,0

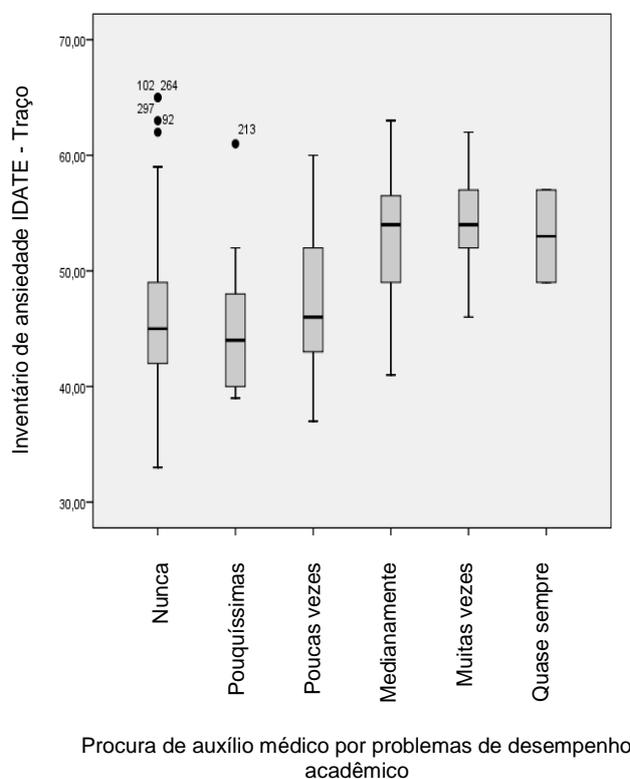
Diferença estatisticamente significativa, no conceito ansiedade-traço, com o teste de Scheffé ocorreu primeiro, entre aqueles que afirmaram que

“nunca” procuraram auxílio médico por problemas de desempenho acadêmico e os que afirmaram que “medianamente” procuraram auxílio médico por problemas de desempenho acadêmico. Depois, a diferença estatisticamente significativa ocorreu entre aqueles que afirmaram que “nunca” procuraram auxílio médico por problemas de desempenho acadêmico e os que afirmaram que “muitas vezes” procuraram auxílio médico por problemas de desempenho acadêmico ($p < 0,002$).

Também ocorreu diferença estatisticamente significativa, com o teste de Scheffé, entre os que afirmaram que “pouquíssimas vezes” procuraram auxílio médico por problemas de desempenho acadêmico e os que afirmaram que “medianamente” procuraram auxílio médico por problemas de desempenho acadêmico. Outra diferença estatisticamente significativa ocorreu entre os que afirmaram que “pouquíssimas vezes” procuraram auxílio médico por problemas de desempenho acadêmico e os que afirmaram que “muitas vezes” procuraram auxílio médico por problemas de desempenho acadêmico ($p < 0,04$).

Como salientado anteriormente com a saúde física no geral, se pode notar que os escores mais elevados de ansiedade no conceito traço aparecem com os participantes que relatam uma procura maior de auxílio médico por problemas de desempenho acadêmico, conforme a Figura 8 pode mostrar.

Figura 8 – Intervalo de confiança da associação da procura de auxílio médico por problemas de desempenho acadêmico com o escore de ansiedade-traço (IDATE)



Chandavakar et al. (2007), procuraram investigar a associação de sintomas de ansiedade e a percepção do desempenho acadêmico em estudantes de medicina. Embora, os autores não tenham encontrado uma associação entre ansiedade e percepção do desempenho acadêmico, notaram alta incidência de queixas, no gênero feminino, quanto aos aspectos de contaminação/limpeza, sintomas depressivos e a percepção de um pior desempenho.

Vieira et al. (2006) relataram um caso clínico que exemplifica os desfechos do *burnout*, que evoluiu a partir das dificuldades relacionadas ao trabalho para alterações de ansiedade, tristeza profunda, falta de prazer,

perda do apetite e insônia culminando com a interrupção da carreira profissional. Pode-se transpor esse caso clínico com o desfecho da interrupção da carreira profissional para a situação acadêmica. Sendo assim, fica evidente a necessidade de maiores investigações no aspecto da qualidade de vida dos estudantes.

4.18. Resultados da associação da procura de auxílio médico no ano anterior ao da entrada no curso de medicina com o escore de depressão.

A associação da avaliação da saúde física antes da entrada na faculdade com o escore de depressão se mostrou estatisticamente significativa ($p < 0,01$).

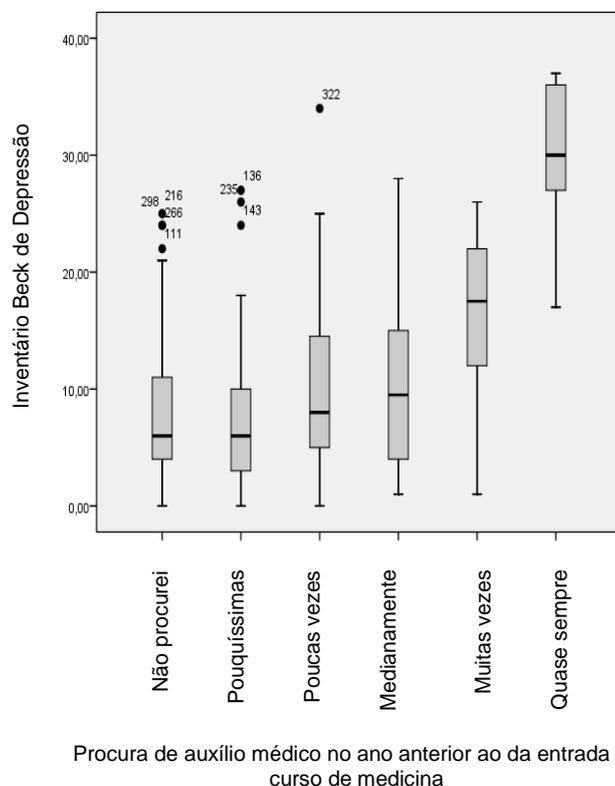
Assim, os maiores escores obtidos pelo IBD, quando associado à pergunta da procura de auxílio médico no ano anterior ao da entrada no curso de medicina, foram dos participantes que afirmaram que “quase sempre” procuraram auxílio médico no ano anterior ao da entrada no curso de medicina, com escore médio de 29,5 pontos ($\delta = 7,3$); seguidos pelos participantes que “muitas vezes” procuraram auxílio médico no ano anterior ao da entrada no curso de medicina, com escore médio de 16,4 pontos ($\delta = 6,7$). Os que afirmaram que “poucas vezes” procuraram auxílio médico no ano anterior ao da entrada no curso de medicina obtiveram escore médio de 10,4 pontos ($\delta = 7,3$), seguidos por aqueles que “medianamente ou algumas vezes” procuraram auxílio médico no ano anterior ao da entrada no curso de

medicina, com escore médio de 10,2 pontos ($\delta=6,4$). Os participantes que declararam “não procurei auxílio médico” no ano anterior ao da entrada no curso de medicina e os que declararam que “pouquíssimas vezes” procuraram auxílio médico no ano anterior ao da entrada no curso de medicina obtiveram escore médio 7,5 pontos ($\delta=4,9$ e $\delta=6,1$, respectivamente) conforme a Tabela 32.

As diferenças estatisticamente significativas, com o teste de Scheffé, ocorreram, entre os participantes que afirmaram ter “quase sempre” procurado auxílio médico no ano anterior ao da entrada na faculdade e todos os outros participantes com as afirmações: “não procurei auxílio médico”; “pouquíssimas vezes”; “poucas vezes” ou “medianamente” ($p<0,001$).

Da mesma forma como aconteceu com as perguntas anteriores sobre saúde física e procura de auxílio médico por problemas de desempenho acadêmico, a Figura 9 mostra os participantes que “quase sempre” procuraram auxílio médico no ano anterior ao da entrada na faculdade, foram os mesmos que obtiveram escores mais elevados de depressão.

Figura 9 - Intervalo de confiança da associação da procura de auxílio médico no ano anterior ao da entrada no curso de medicina com o escore de depressão (IBD)



O estudo de revisão de Barros et al. (2008) sobre qualidade de vida de adolescentes enfatiza o aspecto multidimensional desse conceito, que inclui aspectos materiais, físicos, sociais, emocionais e produtivos. Como também, a apreciação subjetiva da qualidade de vida tem sido denominada de satisfação com a vida. E, os autores concluem ressaltando a necessidade de se separar a satisfação global com a vida de avaliações psicopatológicas; pois, exemplificam os autores, um adolescente pode estar insatisfeito com a sua vida, mas não necessariamente apresentar manifestações psicopatológicas.

Tabela 32 - Distribuição dos 358 participantes segundo a associação da procura de auxílio médico no ano anterior ao da entrada no curso de medicina com o escore de depressão (IBD)

N (%)	Auxílio médico no ano anterior da entrada no curso	Variáveis	I Beck D
n = 189 (52,79%)	Não procurei auxílio médico	Média	7,5
		Mediana	6,0
		Desvio Padrão	4,9
		Mínimo	0,0
		Máximo	25,0
n = 54 (15,08%)	Pouquíssimas vezes	Média	7,5
		Mediana	6,0
		Desvio Padrão	6,1
		Mínimo	0,0
		Máximo	27,0
n = 43 (12,01%)	Poucas vezes	Média	10,4
		Mediana	8,0
		Desvio Padrão	7,3
		Mínimo	0,0
		Máximo	34,0
n = 46 (12,84%)	Medianamente ou algumas vezes	Média	10,2
		Mediana	9,5
		Desvio Padrão	6,4
		Mínimo	1,0
		Máximo	28,0
n = 20 (5,58%)	Muitas vezes	Média	16,4
		Mediana	17,5
		Desvio Padrão	6,7
		Mínimo	1,0
		Máximo	26,0
n = 6 (1,67%)	Quase sempre	Média	29,5
		Mediana	30,0
		Desvio Padrão	7,3
		Mínimo	17,0
		Máximo	37,0

Porém, Bunevicius et al. (2008), com o uso de uma escala de vulnerabilidade ao estresse, estimaram que fatores sociais, comportamentais dentre outros podem aumentar a vulnerabilidade ao estresse e abrir passagem para distúrbios depressivos e ansiosos e, dessa forma, interferindo na saúde física.

A pergunta da procura de auxílio médico no ano anterior ao da entrada na faculdade se mostra fundamental para se ter mais claro os fatores envolvidos no adoecimento dos estudantes de medicina. Assim, se pode, com estudo futuros, determinar quais são os fatores subjetivos e objetivos envolvidos no adoecimento dos estudantes de medicina, ou em outras palavras quais seriam os fatores relacionados à escola de medicina e àqueles inerentes à personalidade de alguns estudantes.

4.19. Resultados da associação da procura de auxílio médico no ano anterior ao da entrada no curso de medicina com o escore de ansiedade (traço e estado).

Quando se investigou a possível associação da pergunta de como consideravam a saúde física antes da entrada na faculdade com os escores de ansiedade, esta se mostrou estatisticamente significativa ($p < 0,01$) para o conceito ansiedade-traço e não se mostrou estatisticamente significativa ($p = 0,76$) para o conceito ansiedade-estado.

No conceito ansiedade-traço obteve o maior escore os participantes que declararam que “quase sempre” procuraram auxílio médico no ano

anterior ao da entrada no curso de medicina, com escore médio de 56,6 pontos ($\delta=5,1$); seguidos pelos participantes que “muitas vezes” procuraram auxílio médico no ano anterior ao da entrada no curso de medicina, com escore médio de 51,0 pontos ($\delta=6,2$); pelos que “medianamente ou algumas vezes” procuraram auxílio médico no ano anterior ao da entrada no curso de medicina, com escore médio de 47,0 pontos ($\delta=5,8$); por aqueles que “poucas vezes” procuraram auxílio médico no ano anterior ao da entrada no curso de medicina, com escore médio de 46,6 pontos ($\delta=6,5$); e, por aqueles que declararam que “pouquíssimas vezes” procuraram auxílio médico no ano anterior ao da entrada no curso de medicina, com escore médio de 45,6 pontos ($\delta=5,1$). Os participantes que declararam “não procurei auxílio médico” no ano anterior ao da entrada no curso de medicina obtiveram escore médio de 45,1 pontos ($\delta=5,5$) conforme a Tabela 33.

Já no conceito ansiedade-estado e a pergunta de como consideravam a saúde física no ano anterior ao da entrada no curso de medicina, os maiores escores foram obtidos pelos participantes que declararam que “quase sempre” procuraram auxílio médico no ano anterior ao da entrada no curso de medicina, com escore médio de 49,0 pontos ($\delta=4,1$), seguidos pelos participantes que “muitas vezes” procuraram auxílio médico no ano anterior ao da entrada no curso de medicina, com escore médio de 46,6 pontos ($\delta=4,2$); pelos que “medianamente ou algumas vezes” procuraram auxílio médico no ano anterior ao da entrada no curso de medicina, com escore médio de 46,0 pontos ($\delta=5,4$) e pelos que declararam que “poucas vezes” procuraram auxílio médico no ano anterior ao da entrada no curso de

medicina, com escore médio de 45,8 pontos ($\delta=6,6$). Porém, os que declararam que “pouquíssimas vezes” procuraram auxílio médico no ano anterior ao da entrada no curso de medicina obtiveram escore médio de 46,7 pontos ($\delta=4,8$); e; os que declararam que “não procurei auxílio médico” no ano anterior ao da entrada no curso de medicina obtiveram escore médio de 46,1 pontos ($\delta=5,3$) conforme a Tabela 33.

As diferenças estatisticamente significativas, no conceito ansiedade-traço, com o teste de Scheffé, ocorreram entre os que afirmaram que “não procurei auxílio médico” no ano anterior ao da entrada no curso de medicina e os que afirmaram que “muitas vezes” ou que “quase sempre” procuraram auxílio médico no ano anterior ao da entrada no curso de medicina ($p=0,002$).

Também existiu diferença estatisticamente significativa, com o teste de Scheffé, entre aqueles, que afirmaram que “pouquíssimas vezes” procuraram auxílio médico no ano anterior ao da entrada no curso de medicina e os que afirmaram que “muitas vezes” procuraram auxílio médico antes da entrada no curso de medicina.

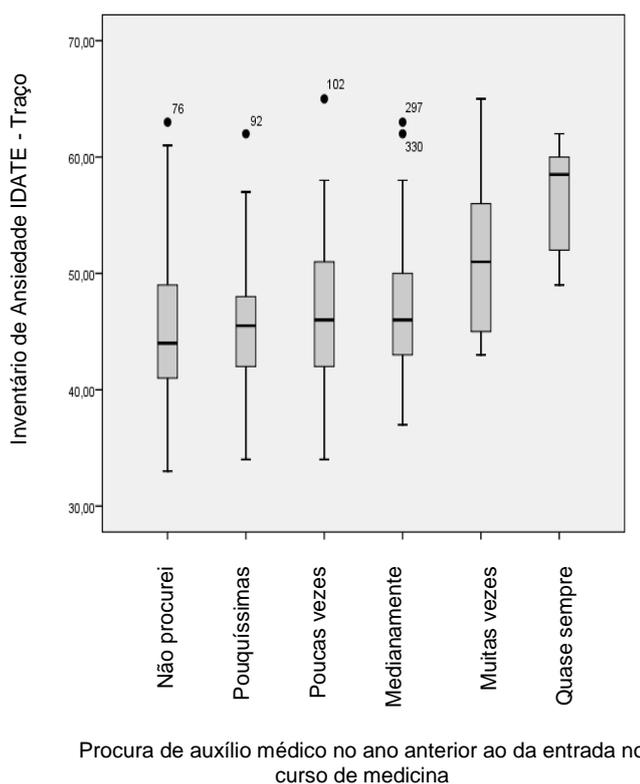
E, por último, existiu diferença estatisticamente significativa, com o teste de Scheffé, entre aqueles que afirmaram que “pouquíssimas vezes” procuraram auxílio médico no ano anterior ao da entrada no curso de medicina e os que afirmaram que “quase sempre” procuraram auxílio médico no ano anterior ao da entrada no curso de medicina ($p=0,02$).

Tabela 33 - Distribuição dos 358 participantes segundo associação da procura de auxílio médico no ano anterior ao da entrada no curso de medicina com o escore de ansiedade (IDATE)

N (%)	Auxílio médico no ano anterior da entrada no curso	Variáveis	IDATE - T	IDATE - E
n = 189 (52,79%)	Não procurei auxílio médico	Média	45,1	46,1
		Mediana	44,0	46,0
		Desvio Padrão	5,5	5,3
		Mínimo	33,0	34,0
		Máximo	63,0	63,0
n = 54 (15,08%)	Pouquíssimas vezes	Média	45,6	46,7
		Mediana	45,5	47,0
		Desvio Padrão	5,1	4,8
		Mínimo	34,0	36,0
		Máximo	62,0	59,0
n = 43 (12,01%)	Poucas vezes	Média	46,6	45,8
		Mediana	46,0	46,0
		Desvio Padrão	6,5	6,6
		Mínimo	34,0	31,0
		Máximo	65,0	62,0
n = 46 (12,84%)	Medianamente ou algumas vezes	Média	47,0	46,0
		Mediana	46,0	46,0
		Desvio Padrão	5,8	5,4
		Mínimo	37,0	36,0
		Máximo	63,0	57,0
n = 20 (5,58%)	Muitas vezes	Média	51,0	46,6
		Mediana	51,0	46,0
		Desvio Padrão	6,2	4,2
		Mínimo	43,0	38,0
		Máximo	65,0	56,0
n = 6 (1,67%)	Quase sempre	Média	56,6	49,0
		Mediana	58,5	49,5
		Desvio Padrão	5,1	4,1
		Mínimo	49,0	42,0
		Máximo	62,0	54,0

Assim, novamente como aconteceu com as perguntas anteriores sobre saúde física e procura de auxílio médico por problemas de desempenho acadêmico, e, também com o escore de depressão, a Figura 10 mostra os participantes que “quase sempre” procuraram auxílio médico no ano anterior ao da entrada na faculdade, são os que obtiveram escores mais elevados de depressão.

Figura 10 - Intervalo de confiança da associação da procura de auxílio médico no ano anterior ao da entrada no curso de medicina com o escore de ansiedade-traço (IDATE)



Como salientado para a manifestação depressiva, a pergunta sobre a procura de auxílio médico no ano anterior ao da entrada na faculdade se mostra fundamental na investigação dos fatores envolvidos na qualidade de vida e no adoecimento dos estudantes de medicina.

4.20. Resultados da associação da quantidade no uso de bebida alcoólica com o escore de depressão.

A associação do uso de bebida alcoólica com o escore de depressão não se mostrou estatisticamente significativa ($p=0,13$).

Os maiores escores obtidos pelo IBD foram para os participantes que consideravam o uso de bebida alcoólica como “muitíssimo”, com escore médio de 19,0 pontos ($\delta=7,0$); seguidos pelos participantes que consideravam o uso de bebida alcoólica como “muito”, com escore médio de 10,8 pontos ($\delta=7,7$). E, os participantes que consideravam o uso de bebida alcoólica como “médio”, “pouco” ou “pouquíssimo” obtiveram, respectivamente, escore médio de 8,5 pontos, 10,2 pontos e 8,7 pontos ($\delta=5,7$, $\delta=8,0$ e $\delta=6,2$ respectivamente), e para aqueles, em relação ao uso de bebida alcoólica, que consideravam “não uso nessa quantidade” obtiveram escore médio de 6,5 pontos ($\delta=2,1$), conforme a Tabela 34.

Tabela 34 - Distribuição dos 267 participantes segundo a associação da quantidade no uso de bebida alcoólica com o escore de depressão (IBD)

N (%)	O quanto ingere de bebida alcoólica	Variáveis	I Beck D
n = 02 (0,74%)	Não uso nessa quantidade	Média	6,5
		Mediana	6,5
		Desvio Padrão	2,1
		Mínimo	5,0
		Máximo	8,0
n = 75 (28,08%)	Pouquíssimo	Média	8,7
		Mediana	7,0
		Desvio Padrão	6,2
		Mínimo	0,0
		Máximo	28,0
n = 77 (28,83%)	Pouco	Média	10,2
		Mediana	8,0
		Desvio Padrão	8,0
		Mínimo	0,0
		Máximo	37,0
n = 96 (35,95%)	Médio	Média	8,5
		Mediana	7,0
		Desvio Padrão	5,7
		Mínimo	0,0
		Máximo	27,0
n = 15 (5,61%)	Muito	Média	10,8
		Mediana	10,0
		Desvio Padrão	7,7
		Mínimo	3,0
		Máximo	32,0
n = 02 (0,74%)	Muitíssimo	Média	19,0
		Mediana	19,0
		Desvio Padrão	7,0
		Mínimo	14,0
		Máximo	24,0

Estudos realizados, como o de Tockus e Gonçalves (2008) e o de Mesquita et al. (2008) concluíram que a droga mais usada por estudantes de medicina é o álcool, e, que ocorre um aumento do consumo no decorrer do curso. Com isso, Mesquita et al. (2008) salientaram, em seu estudo sobre o consumo de bebida alcoólica por estudantes de medicina, que a atitude de maior tolerância frente ao uso, poderia estar por trás do aumento do consumo durante o curso.

Por outro lado, Webb et al. (1998), investigando o estilo de vida de estudantes de medicina, obtiveram como resultado que apenas 15% dos estudantes de medicina do segundo ano do curso não consumiam bebida alcoólica; e, que 18% fumavam regularmente. Sendo que, 44% dos estudantes do gênero masculino e 40% dos estudantes do gênero feminino já haviam experimentado drogas ilícitas. E, por último, 2 a 3% dos estudantes do gênero masculino e 3% dos estudantes do gênero feminino já haviam utilizado tranquilizantes. Ou seja, os resultados mostram que o consumo de álcool é comum entre universitários e a experiência com drogas ilícitas também é frequente.

Resultado semelhante obtiveram Almeida et al. (2007), que investigaram os distúrbios mais comuns entre estudantes de medicina do primeiro ao sexto ano. E como resultados obtiveram que 4% dos estudantes relatavam uso de tabaco e 56,1% relatavam uso de álcool.

Pickard et al. (2000) pesquisaram o consumo de álcool em estudantes de medicina do segundo ano, e, apesar dos altos níveis de ansiedade e depressão, esses não estavam estatisticamente relacionados com o

consumo excessivo de álcool. E com isso, pode-se questionar a hipótese de que o consumo de álcool teria a finalidade de aliviar sintomas depressivos e ansiosos.

Quanto ao uso de drogas ilícitas Newbury-Birch et al. (2001) constataram que aqueles que usam *cannabis* são bebedores pesados ($p=0,03$) e os estudantes do gênero masculino, em relação ao gênero feminino, são os usuários mais frequentes ($p=0,03$).

Assim, apesar de não ter ocorrido uma associação estatisticamente significativa do consumo de bebida alcoólica com o escore de depressão é importante notar que existe um excesso no consumo de bebida alcoólica, bem como no uso de substâncias ilícitas, e os maiores escores do IBD foram obtidos por aqueles que afirmaram usar “muitíssimo” ou “muito”.

4.21. Resultados da associação da quantidade no uso de bebida alcoólica com o escore de ansiedade (traço e estado).

A avaliação da possível associação do uso de bebida alcoólica e os escores de ansiedade não se mostrou estatisticamente significativa, tanto para o conceito ansiedade-traço como para o conceito ansiedade-estado ($p=0,52$).

O conceito ansiedade-traço obteve os maiores escores para os participantes que declararam “não uso nessa quantidade”, cujo escore médio foi de 49,0 pontos ($\delta=0,0$ apenas dois participantes); seguidos pelos que declararam como “muito” o uso de bebida alcoólica com escore médio de

48,3 pontos ($\delta=5,3$); pelos participantes que declararam como “muitíssimo” o uso de bebida alcoólica, com escore médio de 46,5 pontos ($\delta=3,5$); pelos que declararam como “pouco” o uso de bebida alcoólica com escore médio de 46,2 pontos ($\delta=6,0$); e, por aqueles que declararam como “pouquíssimo” o uso de bebida alcoólica com escore médio de 46,1 pontos ($\delta=5,0$). Os participantes que declararam como “médio” o uso de bebida alcoólica obtiveram escore médio de 45,3 pontos ($\delta=6,4$) conforme a Tabela 35.

Por outro lado, o conceito ansiedade-estado e a pergunta sobre o uso de bebida alcoólica obteve os maiores escores com os participantes que declararam como “muito” o uso de bebida alcoólica, com escore médio de 47,2 pontos ($\delta=5,6$); seguidos pelos participantes que declararam como “médio” o uso de bebida alcoólica, com escore médio de 47,1 pontos ($\delta=5,1$); pelos que declararam como “muitíssimo” o uso de bebida alcoólica, com escore médio de 47,0 pontos ($\delta=12,7$); pelos que declararam como “pouco” o uso de bebida alcoólica com escore médio de 46,1 pontos ($\delta=5,6$); pelos que declararam como “pouquíssimo” o uso de bebida alcoólica, com escore médio de 45,0 pontos ($\delta=5,0$); e, por último, aqueles que declararam como “não uso nessa quantidade”, com escore médio de 41,5 pontos ($\delta=6,3$) conforme a Tabela 35.

Tabela 35 - Distribuição dos 267 participantes segundo a associação da quantidade no uso de bebida alcoólica com o escore de ansiedade (IDATE)

N (%)	O quanto ingere de bebida alcoólica	Variáveis	IDATE - T	IDATE - E
n = 02 (0,74%)	Não nessa quantidade	Média	49,0	41,5
		Mediana	49,0	41,5
		Desvio Padrão	0,0	6,3
		Mínimo	49,0	37,0
		Máximo	49,0	46,0
n = 75 (28,08%)	Pouquíssimo	Média	46,1	45,0
		Mediana	46,0	45,0
		Desvio Padrão	5,0	5,0
		Mínimo	33,0	34,0
		Máximo	62,0	58,0
n = 77 (28,83%)	Pouco	Média	46,2	46,1
		Mediana	45,0	46,0
		Desvio Padrão	6,0	5,6
		Mínimo	34,0	31,0
		Máximo	65,0	60,0
n = 96 (35,95%)	Médio	Média	45,3	47,1
		Mediana	45,0	47,0
		Desvio Padrão	6,4	5,1
		Mínimo	34,0	31,0
		Máximo	65,0	62,0
n = 15 (5,61%)	Muito	Média	48,3	47,2
		Mediana	48,0	46,0
		Desvio Padrão	5,3	5,6
		Mínimo	41,0	40,0
		Máximo	57,0	63,0
n = 02 (0,74%)	Muitíssimo	Média	46,5	47,0
		Mediana	46,5	47,0
		Desvio Padrão	3,5	12,7
		Mínimo	44,0	38,0
		Máximo	49,0	56,0

Apesar da associação do uso de bebida alcoólica com o escore de ansiedade (IDATE) não se mostrar estatisticamente significativa, o uso abusivo de álcool é frequentemente associado como comorbidade nos transtornos de ansiedade, e, em virtude disso, estudos futuros que possam investigar essas associações de ansiedade e uso de álcool serão muito oportunos.

E mesmo considerando o uso de álcool, pelos estudantes de medicina, como recreacional, deve-se atentar para os excessos no consumo de álcool presentes em vários estudos, como por exemplo, Webb et al. (1998).

4.22. Resultados da associação da avaliação do relacionamento com os colegas com o escore de depressão.

Quando se investigou a possível associação entre o relacionamento com os colegas e os escores de depressão, esta se mostrou estatisticamente significativas ($p < 0,01$).

Assim, os maiores escores foram obtidos para os participantes que consideravam como “pouquíssimo gratificante” o relacionamento com os colegas com escore médio de 17,0 pontos ($\delta=9,8$), seguidos pelos participantes que consideravam como “pouco gratificante” o relacionamento com os colegas, com escore médio de 13,2 pontos ($\delta=11,0$); pelos que consideravam como “medianamente gratificante” o relacionamento com os colegas, com escore médio de 11,3 pontos ($\delta=7,4$); pelos que consideravam

como “muito gratificante” o relacionamento com os colegas, com escore médio de 8,4 pontos ($\delta=5,8$); e, por último, os que consideravam como “muitíssimo gratificante” o relacionamento com os colegas, com escore médio de 6,5 pontos ($\delta=4,8$) conforme Tabela 36.

Tabela 36 - Distribuição dos 358 participantes segundo a associação da avaliação do relacionamento com os colegas com o escore de depressão (IBD)

N (%)	Relacionamento com os colegas	Variáveis	I Beck D
n = 2 (0,55%)	Pouquíssimo gratificante	Média	17,0
		Mediana	17,0
		Desvio Padrão	9,8
		Mínimo	10,0
		Máximo	24,0
n = 16 (4,46%)	Pouco gratificante	Média	13,2
		Mediana	11,0
		Desvio Padrão	11,0
		Mínimo	1,0
		Máximo	36,0
n = 104 (29,05%)	Medianamente gratificante	Média	11,3
		Mediana	10,0
		Desvio Padrão	7,4
		Mínimo	0,0
		Máximo	34,0
n = 146 (40,78%)	Muito gratificante	Média	8,4
		Mediana	7,0
		Desvio Padrão	5,8
		Mínimo	0,0
		Máximo	37,0
n = 90 (25,13%)	Muitíssimo gratificante	Média	6,5
		Mediana	5,0
		Desvio Padrão	4,8
		Mínimo	0,0
		Máximo	24,0

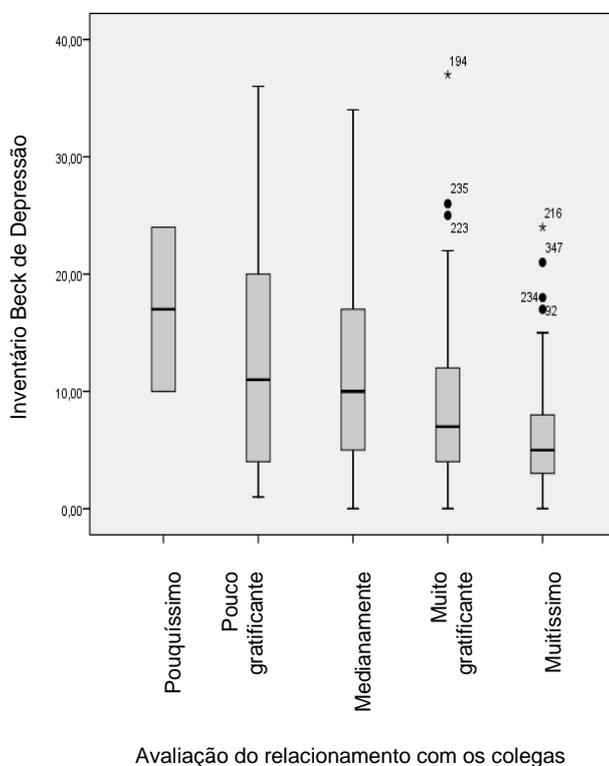
Com o teste de Scheffé, diferença estatisticamente significativa ocorreu entre aqueles que consideravam ser “pouco gratificante” o relacionamento com os colegas e os que consideravam ser “muitíssimo gratificante” o relacionamento com os colegas ($p=0,006$).

Também ocorreram diferenças estatisticamente significativas entre aqueles que consideraram ser “medianamente gratificante” o relacionamento com os colegas e os que consideravam ser “muito gratificante” o relacionamento com os colegas; e, entre aqueles que consideraram ser “medianamente gratificante” o relacionamento com os colegas e os que consideraram ser “muitíssimo gratificante” o relacionamento com os colegas ($p=0,01$).

Os resultados do presente estudo devem se entendidos como parte integrante de uma avaliação maior que é da qualidade de vida dos estudantes de medicina. É dentro desse contexto que Lourenção et al. (2010) consideram que qualidade de vida deve ser entendida como um conceito abrangente.

Características como competição e rivalidade foram relatadas por estudantes de medicina no estudo de Souza, (2003), e, sendo assim, essas características podem estar interferindo no relacionamento dos estudantes de medicina. É interessante notar que os alunos que afirmaram ser “pouquíssimo gratificante” o relacionamento com os colegas obtiveram o maior escore no IBD conforme a Figura 11.

Figura 11 - Intervalo de confiança da associação do relacionamento com os colegas com o escore de depressão (IBD)



No estudo de Rezende et al. (2008), os autores mostram que a satisfação dos estudantes de medicina com o curso mostrou-se negativa e significativa, ou seja, quanto menor a satisfação, maior foi o escore no IBD. E pode-se notar, também, no presente estudo, que quanto menor a satisfação com o relacionamento com os colegas maior a pontuação no IBD.

4.23. Resultados da associação da avaliação do relacionamento com os colegas com o escore de ansiedade (traço e estado).

Na investigação da possível associação do relacionamento com os colegas e o escore de ansiedade, essa associação não se mostrou

estatisticamente significativa ($p=0,17$) para o conceito ansiedade-traço; mas se mostrou estatisticamente significativa ($p<0,01$) para o conceito ansiedade-estado.

Dessa forma, o conceito ansiedade-traço apresentou os maiores escores para os participantes que consideravam como “pouco gratificante” o relacionamento com os colegas, com escore médio de 47,8 pontos ($\delta=7,4$); seguidos pelos participantes que consideravam como “medianamente gratificante” o relacionamento com os colegas, com escore médio de 47,2 pontos ($\delta=6,1$); pelos que consideravam como “muito gratificante” e “muitíssimo gratificante” o relacionamento com os colegas, com escore médio de 45,6 pontos ($\delta=5,9$ e $\delta=5,5$ respectivamente). E, quando o relacionamento com os colegas foi considerado como “pouquíssimo gratificante” obteve-se o menor escore médio, com 43,5 pontos ($\delta=7,7$) conforme a Tabela 37.

Já em relação à associação do conceito ansiedade-estado e o relacionamento com os colegas, esta apresentou os maiores escores para os participantes que consideravam como “pouquíssimo gratificante” o relacionamento com os colegas com escore médio de 50,5 pontos ($\delta=7,7$); seguidos pelos participantes que consideravam como “muitíssimo gratificante” o relacionamento com os colegas com escore médio de 48,7 pontos ($\delta=4,5$); pelos que consideravam “muito gratificante”, com escore médio de 46,5 pontos ($\delta=5,0$); pelos que consideravam como “pouco gratificante” o relacionamento com os colegas, com escore médio de 44,5 pontos ($\delta=5,7$); e, por último, por aqueles que consideravam como

“medianamente gratificante” o relacionamento com os colegas com escore médio de 43,8 pontos ($\delta=5,3$) conforme a Tabela 37.

Tabela 37 - Distribuição dos 358 participantes segundo a associação da avaliação do relacionamento com os colegas e escores de ansiedade (IDATE)

N (%)	Relacionamento com os colegas	Variáveis	IDATE - T	IDATE - E
n = 2 (0,55%)	Pouquíssimo gratificante	Média	43,5	50,5
		Mediana	43,5	50,5
		Desvio Padrão	7,7	7,7
		Mínimo	38,0	45,0
		Máximo	49,0	56,0
n = 16 (4,46%)	Pouco gratificante	Média	47,8	44,5
		Mediana	46,0	44,5
		Desvio Padrão	7,4	5,7
		Mínimo	33,0	36,0
		Máximo	60,0	54,0
n = 104 (29,05%)	Medianamente gratificante	Média	47,2	43,8
		Mediana	46,0	44,0
		Desvio Padrão	6,1	5,3
		Mínimo	34,0	31,0
		Máximo	65,0	59,0
n = 146 (40,78%)	Muito gratificante	Média	45,6	46,5
		Mediana	45,0	46,5
		Desvio Padrão	5,9	5,0
		Mínimo	34,0	36,0
		Máximo	65,0	63,0
n = 90 (25,13%)	Muitíssimo gratificante	Média	45,6	48,7
		Mediana	46,0	48,5
		Desvio Padrão	5,5	4,5
		Mínimo	34,0	39,0
		Máximo	62,0	62,0

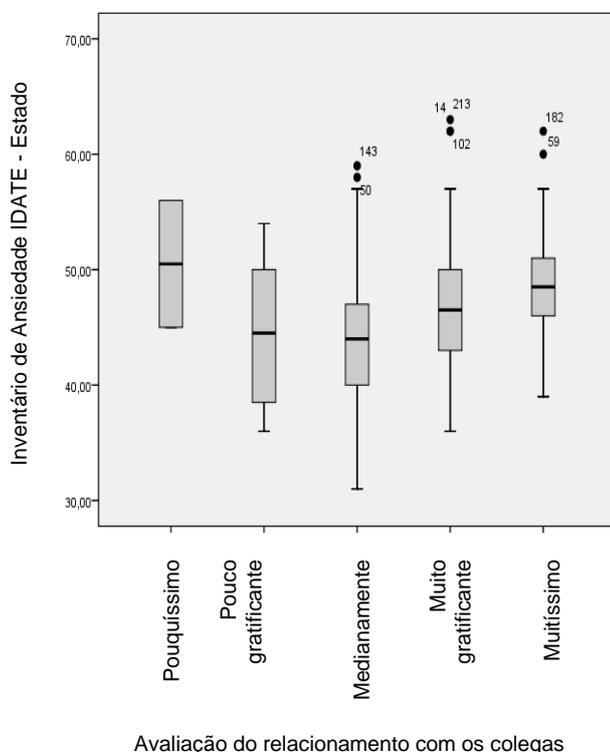
Ocorreu diferença estatisticamente significativa, com o teste de Scheffé, na associação do relacionamento com os colegas e o escore de ansiedade no conceito ansiedade-estado ($p=0,001$).

Primeiro, com aqueles que afirmaram ser o relacionamento com os colegas “medianamente gratificante” e os que afirmaram ser “muito gratificante” o relacionamento com os colegas; e, depois, entre aqueles que afirmaram ser o relacionamento com os colegas “medianamente gratificante” e os que afirmaram ser “muitíssimo gratificante” o relacionamento com os colegas.

Também foram estatisticamente significativas as diferenças entre aqueles que consideravam ser “muito gratificante” o relacionamento com os colegas e os que consideravam ser “muitíssimo gratificante” o relacionamento com os colegas ($p=0,04$).

Assim, novamente fica evidente a associação negativa e significativa entre a associação da avaliação do relacionamento com os colegas e os escores do IDATE no conceito ansiedade-estado, pois aqueles que consideraram “pouquíssimo gratificante” o relacionamento com os colegas foram os que obtiveram o maior escore no conceito ansiedade-estado conforme a Figura 12.

Figura 12 - Intervalo de confiança da associação do relacionamento com os colegas com o escore de ansiedade-estado (IDATE)



As dificuldades de relacionamento com os colegas surgem, segundo Colares (2004), com a preocupação com notas, a busca por estágios e monitorias, e, com as atividades que vão compor o currículo paralelo. Dessa forma, como salienta Almeida et al. (2007), o clima de competição e estresse é uma característica das escolas de medicina; e, não somente uma reforma curricular se faz necessária, mas a mudança de todo um modelo de ensino.

4.24. Resultados da pergunta sobre ideação suicida do IBD.

Observou-se que 312 (86,9%) participantes responderam “não tenho quaisquer ideias de me matar”, 45 (12,6%) participantes responderam “tenho

ideias de me matar, mas não as executaria” e dois participantes (0,5%) responderam “gostaria de me matar”, sendo que nenhum participante respondeu “eu me mataria se tivesse oportunidade” conforme a Tabela 38.

Tabela 38 - Distribuição dos 359 participantes segundo a pergunta sobre a ideação suicida do IBD

Pergunta sobre ideação suicida (IBD)	N (%)
0. Não tenho quaisquer ideias de me matar.	312 (86,9%)
1. Tenho ideias de me matar, mas não as executaria.	45 (12,6%)
2. Gostaria de me matar.	02 (0,5%)
3. Eu me mataria se tivesse oportunidade.	00 (0,0%)

A pergunta sobre ideação suicida do IBD mereceu uma investigação mais detalhada devido ao fato de muitos estudos, como os de Millan et al. (1990), Meleiro (1998), Cavestro e Rocha (2006), relatarem um risco aumentado de suicídio nessa população, quando associada à depressão.

No estudo de Amaral et al. (2008) a pergunta sobre ideação suicida do IBD revelou um resultado menor do que no presente estudo, com 7,9% dos participantes já tendo tido “ideias de se matar”.

Em outro estudo realizado por Cavestro e Rocha (2006), utilizando o Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI), onde avaliou o diagnóstico psiquiátrico e o risco de suicídio, observou um risco de suicídio de 9,6%, sendo que a prevalência foi maior em estudantes de terapia ocupacional e fisioterapia do que nos de medicina.

Já no estudo de Dyrbye et al. (2008) com estudantes de medicina norte americanos, revelou um risco de suicídio de 11,2%, muito mais elevado do que na população em geral da mesma idade, aproximadamente 6,9%. Esse estudo demonstrou, também, uma alta prevalência de ideação suicida recente, com aproximadamente um em cada nove estudantes tendo tido pensamentos de suicídio no ano anterior. Mais ainda, Dyrbye et al. (2008) verificaram uma relação muito forte entre estresse pessoal (qualidade de vida e sintomas depressivos), estresse profissional (*burnout*) e ideação suicida.

Dentro dessa mesma perspectiva, o estudo desenvolvido por Stecker (2004) envolveu outros estudantes, além dos estudantes de medicina, e obteve como resultado um número alarmante de relatos de sintomas depressivos, entre 25 a 35%; e, com 10% da amostra apresentando pensamentos suicida, sendo que 2% tinham planos específicos de suicídio

4.25. Resultados da pergunta sobre ideação suicida do IBD e o ano do curso.

Quando a pergunta sobre ideação suicida do IBD foi estratificada com o ano do curso, observou-se que os participantes do primeiro ano do curso obtiveram escore médio de 3,0 pontos ($\delta=0,4$), seguidos pelos participantes do terceiro e sexto ano com escore médio de 2,0 pontos ($\delta=0,4$ e $\delta=0,3$ respectivamente). Os participantes do segundo, do quarto e do quinto ano

obtiveram escore médio de 1,0 ponto ($\delta=0,3$; $\delta=0,2$; e, $\delta=0,3$ respectivamente) conforme a Tabela 39.

Tabela 39 - Distribuição dos 359 participantes segundo o resultado da pergunta sobre ideação suicida do IBD e o ano do curso

N (%)	Ano do Curso	Variáveis	I Beck D
n = 85 (23,67%)	Primeiro ano	Desvio Padrão	0,4
		Mínimo	0,0
		Máximo	3,0
n = 68 (18,94%)	Segundo ano	Desvio Padrão	0,3
		Mínimo	0,0
		Máximo	1,0
n = 62 (17,27%)	Terceiro ano	Desvio Padrão	0,4
		Mínimo	0,0
		Máximo	2,0
n = 46 (12,81%)	Quarto ano	Desvio Padrão	0,2
		Mínimo	0,0
		Máximo	1,0
n = 60 (16,71%)	Quinto ano	Desvio Padrão	0,3
		Mínimo	0,0
		Máximo	1,0
n = 38 (10,58%)	Sexto ano	Desvio Padrão	0,3
		Mínimo	0,0
		Máximo	2,0

Pode-se observar nessa avaliação que o momento com o maior escore, em relação à pergunta sobre ideação suicida do IBD, se encontrou no primeiro ano do curso.

Para Meleiro (1998) o risco de suicídio estaria associado a compromissos onipotentes e idealizados e, dessa maneira, poderia se cogitar o início do curso como um momento de grande idealização.

Wallin e Runeson (2003) buscaram investigar as atitudes dos estudantes de medicina frente a pacientes suicidas e ao suicídio, e, com isso

encontraram que estudantes que tinham, previamente, ideias suicidas, tinham história de se sentirem depressivos e ansiosos, e, mais ainda, esses estudantes consumiam álcool em excesso. No mesmo estudo, diferença estatisticamente significativa foi encontrada em relação à ideação suicida e depressão ($p < 0,001$). Também, a diferença entre gêneros é evidente, com estudantes do gênero feminino procurando mais ajuda psicológica ou psiquiátrica do que os estudantes do gênero masculino. E a atitude de que o antidepressivo pode prevenir o suicídio aparece mais no final do curso com o suicídio adquirindo a expressão de uma doença psiquiátrica. Outro aspecto importante no estudo de Wallin e Runeson (2003) é a crença dos estudantes de medicina que o suicídio pode ser evitado, e, esse aspecto existe tanto no início do curso, quanto no final.

4.26. Resultados da associação da pergunta sobre ideação suicida do IBD com o escore de ansiedade (traço e estado).

Quando foi investigada a possível associação da pergunta sobre ideação suicida do IBD com o escore de ansiedade, esta não se mostrou estatisticamente significativa, tanto para o conceito ansiedade-traço, como para o conceito ansiedade-estado ($p = 0,359$).

Para o conceito ansiedade-traço, os maiores escores foram obtidos por aqueles que responderam “tenho ideias de me matar, mas não as executaria”, com escore médio de 50,5 pontos ($\delta = 7,0$), seguidos, em ordem decrescente, pelos que responderam “não tenho quaisquer ideias de me

matar”, com escore médio de 45,4 pontos ($\delta=5,5$) e pelos que responderam “gostaria de me matar” com escore médio de 44,5 pontos ($\delta=2,1$) (Tabela 40).

Para o conceito ansiedade-estado, os maiores escores foram para aqueles que responderam “gostaria de me matar”, com escore médio de 46,5 pontos ($\delta=2,1$), seguidos pelos que responderam “tenho ideias de me matar, mas não as executaria” e pelos que responderam “não tenho quaisquer ideias de me matar” ambos com escore médio de 46,2 pontos ($\delta=6,7$ e $\delta=5,1$ respectivamente) conforme a Tabela 40.

Tabela 40 - Distribuição dos 359 participantes segundo a associação da pergunta sobre ideação suicida do IBD com o escore de ansiedade (IDATE)

N (%)	Ideação suicida (IBD)	Variáveis	IDATE - T	IDATE - E
n = 312 (86%)	Não tenho quaisquer ideias de me matar	Média	45,4	46,2
		Mediana	45,0	46,0
		Desvio Padrão	5,5	5,1
		Mínimo	33,0	31,0
		Máximo	63,0	63,0
n = 45 (12,6%)	Tenho ideias de me matar, mas não as executaria	Média	50,5	46,2
		Mediana	50,0	46,0
		Desvio Padrão	7,0	6,7
		Mínimo	34,0	31,0
		Máximo	65,0	62,0
n = 02 (0,5%)	Gostaria de me matar	Média	44,5	46,5
		Mediana	44,5	46,5
		Desvio Padrão	2,1	2,1
		Mínimo	43,0	45,0
		Máximo	46,0	48,0

Lembrando que o terceiro ano obteve o maior escore médio com 10,1 pontos no IBD, seguido pelo sexto ano com 9,8 pontos, e o escore máximo

no IBD em relação à pergunta sobre ideação suicida ocorreu no primeiro ano com 3,0 pontos, seguido pelo terceiro e sexto ano com 2,0 pontos.

Pode-se, com isso, constatar que esses são os momentos de maior crise entre os estudantes de medicina, são os momentos do início da faculdade, do contato com os pacientes e do final do curso. Dessa forma, pode-se entender que os momentos são de crise por envolverem o processo de idealização: da faculdade, da relação estudante-paciente e do “ser” médico; sendo que, posteriormente, na maioria dos casos, com aproximadamente 86% dos participantes, acontece o trabalho de luto das idealizações abandonadas.

Porém, nota-se que esse processo é mais doloroso para uma porcentagem de estudantes, ou seja, 12,6% dos estudantes pesquisados afirmaram “tenho ideias de me matar, mas não as executaria”. Essa afirmação aproxima ao que Menninger (1970) enuncia como o desejo de ser morto, e, que segundo o autor aponta para uma situação de submissão ou punição. Que vem de encontro ao que Freud (1914) aponta como a consciência moral avaliando o Eu atual tendo como medida um ideal. E, dessa forma, expressa um valor ou uma punição, conforme tenha ocorrido conquistas ou fracassos. Então esses estudantes que afirmaram “tenho ideias de me matar, mas não as executaria”, ainda estão sofrendo por não conseguir abrir mão do ideal de “ser” médico.

Em relação aos que responderam que “gostaria de me matar”, aproximadamente 0,5%, esses estudantes merecem uma investigação mais aprofundada, com entrevistas individuais, para se saber exatamente a

dimensão dessa afirmação, e com isso, evitar-se-á maiores especulações e estigmas com um tema tão delicado.

4.27. Resultados da associação do desejo de mudar de curso com o escore de depressão.

Ao se investigar a possível associação do desejo de mudar de curso e os escores de depressão, esta se mostrou estatisticamente significativa ($p < 0,01$).

Os maiores escores foram daqueles que “muitas vezes” desejaram mudar de curso, com escore médio de 15,7 pontos ($\delta = 8,3$), seguidos, em ordem decrescente, pelos que “medianamente” desejaram mudar de curso, com escore médio de 13,0 pontos ($\delta = 7,5$); e, pelos que “muitíssimas vezes” desejaram mudar de curso com escore médio de 12,6 pontos ($\delta = 7,7$). Ainda, os que “pouquíssimas vezes” ou “poucas vezes” desejaram mudar de curso, obtiveram escore médio de 10,2 pontos ($\delta = 7,2$ e $\delta = 5,6$ respectivamente). Os que “nunca” desejaram mudar de curso obtiveram escore médio de 7,5 pontos ($\delta = 5,9$) conforme a Tabela 41.

Diferenças estatisticamente significativa, com o teste de Scheffé, ocorreram entre aqueles que afirmaram que “nunca” desejaram mudar de curso e os que afirmaram que “medianamente” ou que “muitas vezes” desejaram mudar de curso ($p = 0,02$).

Tabela 41 - Distribuição dos 358 participantes segundo a associação do desejo de mudar de curso com o escore de depressão (IBD)

N (%)	Desejo de mudar de curso	Variáveis	I Beck D
n = 217 (60,44%)	Nunca	Média	7,5
		Mediana	6,0
		Desvio Padrão	5,9
		Mínimo	0,0
		Máximo	32,0
n = 66 (18,38%)	Pouquíssimas vezes	Média	10,2
		Mediana	8,0
		Desvio Padrão	7,2
		Mínimo	2,0
		Máximo	37,0
n = 35 (9,74%)	Poucas vezes	Média	10,2
		Mediana	10,0
		Desvio Padrão	5,6
		Mínimo	1,0
		Máximo	27,0
n = 19 (5,29%)	Medianamente	Média	13,0
		Mediana	10,0
		Desvio Padrão	7,5
		Mínimo	4,0
		Máximo	28,0
n = 17 (4,73%)	Muitas vezes	Média	15,7
		Mediana	16,0
		Desvio Padrão	8,3
		Mínimo	4,0
		Máximo	34,0
n = 5 (1,39%)	Muitíssimas vezes	Média	12,6
		Mediana	10,0
		Desvio Padrão	7,7
		Mínimo	7,0
		Máximo	26,0

Quando Rezende et al. (2008) avaliaram a correlação entre o grau de satisfação dos estudantes de medicina com o curso e a pontuação obtida pelo IBD, verificou ser estatisticamente negativa e significativa, ou seja, que

quanto maior a satisfação e envolvimento do estudante com o curso menor será a presença de sintomas depressivos, com menor pontuação no IBD.

Como comprova o estudo de Swami et al. (2006) onde aparece a ligação entre solidão, insatisfação com a vida e depressão. Nesse estudo participaram 172 estudantes de medicina (100 do gênero feminino e 72 do gênero masculino) com a utilização de instrumentos de avaliação como, por exemplo, o IBD, a escala de avaliação da saúde geral, a escala de solidão e uma escala de satisfação com a vida. Assim, entre outros resultados, encontrou que a satisfação com a vida estava negativa e significativamente correlacionada com atitudes suicidas, solidão e depressão.

4.28. Resultados da associação do desejo de mudar de curso com o escore de ansiedade (traço e estado).

A investigação da possível associação do desejo de mudar de curso e o escore de ansiedade se mostrou estatisticamente significativa ($p=0,005$) para o conceito ansiedade-traço; e, não se mostrou estatisticamente significativa ($p=0,064$) para o conceito ansiedade-estado.

Assim sendo, os maiores escores do conceito ansiedade-traço foram obtidos por aqueles que “muitíssimas vezes” pensaram em mudar de curso, com escore médio de 52,4 pontos ($\delta=8,3$); seguidos, em ordem decrescente, pelos que “medianamente” pensaram em mudar de curso, com escore médio de 48,4 pontos ($\delta=6,0$) e pelos que “muitas vezes” pensaram em mudar de curso, com escore médio de 48,1 pontos ($\delta=6,0$). Os que pensaram “poucas

vezes” e “pouquíssimas vezes” em mudar de curso ficaram, respectivamente, com escore médio de 47,6 e 46,4 pontos ($\delta=6,4$). E os que “nunca” pensaram em mudar de curso, ficaram com escore médio de 45,3 pontos ($\delta=5,5$) conforme a Tabela 42.

Para o conceito ansiedade-estado e a pergunta desejo de mudar de curso, os maiores escores foram para aqueles que “nunca” pensaram em mudar de curso, com escore médio de 46,9 pontos ($\delta=5,5$), seguidos pelos que “pouquíssimas vezes” pensaram em mudar de curso, com escore médio de 45,6 pontos ($\delta=4,5$). Os que pensaram “muitíssimas vezes” em mudar de curso obtiveram escore médio de 45,4 pontos ($\delta=7,3$); os que pensaram “muitas vezes” em mudar de curso obtiveram escore médio de 45,0 pontos ($\delta=5,7$), sendo que para aqueles que “poucas vezes” e “medianamente” pensaram em mudar de curso o escore médio foi de 44,6 pontos e 44,5 pontos ($\delta=5,3$ e $\delta=4,3$ respectivamente) conforme a Tabela 42.

Diferença estatisticamente significativa, com o teste de Fischer, apareceu entre aqueles que afirmaram que “nunca” desejaram mudar de curso e os que afirmaram que “muitas vezes” desejaram mudar de curso ($p=0,008$).

Tabela 42 - Distribuição dos 358 participantes segundo a associação do desejo de mudar de curso com o escore de ansiedade (IDATE)

N (%)	Desejo de mudar de curso	Variáveis	IDATE - T	IDATE - E
n = 217 (60,44%)	Nunca	Média	45,3	46,9
		Mediana	45,0	47,0
		Desvio Padrão	5,5	5,5
		Mínimo	33,0	36,0
		Máximo	65,0	63,0
n = 66 (18,38%)	Pouquíssimas vezes	Média	46,4	45,6
		Mediana	45,0	46,0
		Desvio Padrão	6,4	4,5
		Mínimo	36,0	36,0
		Máximo	63,0	57,0
n = 35 (9,74%)	Poucas vezes	Média	47,6	44,6
		Mediana	46,0	45,0
		Desvio Padrão	6,4	5,3
		Mínimo	34,0	31,0
		Máximo	62,0	56,0
n = 19 (5,29%)	Medianamente	Média	48,4	44,5
		Mediana	48,0	45,0
		Desvio Padrão	6,0	4,3
		Mínimo	37,0	34,0
		Máximo	62,0	51,0
n = 17 (4,73%)	Muitas vezes	Média	48,1	45,0
		Mediana	49,0	46,0
		Desvio Padrão	6,0	5,7
		Mínimo	34,0	31,0
		Máximo	55,0	56,0
n = 5 (1,39%)	Muitíssimas vezes	Média	52,4	45,4
		Mediana	52,0	44,0
		Desvio Padrão	8,3	7,3
		Mínimo	44,0	38,0
		Máximo	65,0	57,0

As dificuldades apresentadas pelos estudantes de medicina podem não culminar com a interrupção do curso, porém como Souza (2003) e Dyrbye et al. (2005) salientam, muitos alunos ao final do curso perdem as motivações que os levaram a entrar numa faculdade de medicina.

5. DISCUSSÃO

A proposta deste estudo foi avaliar a prevalência dos sintomas depressivos, ansiosos e de estresse nos seis anos do curso de medicina. Investigando possíveis associações do gênero, idade, saúde física, relacionamento com colegas e desejo de mudar de curso, entre outros, com os escores das escalas de depressão (IBD) e ansiedade (IDATE), para com isso, dimensionar os fatores de estresse na população pesquisada.

Em razão disso, pode-se dizer que o presente estudo teve o mérito de investigar uma população, sujeita a altos níveis de estresse, em uma faculdade de medicina tradicional. Assim, realizou-se uma pesquisa bastante abrangente que contemplou diversos aspectos dessa população. Trata-se de uma investigação inédita nessa instituição, tanto pela sua abrangência como pela sua importância, e, que sem dúvida contém um volume respeitável de informações para ser utilizado na implementação de várias estratégias de atuação, visando minimizar os problemas apresentados por essa população.

Apesar disso, o presente estudo apresenta um número razoável de limitações que merecem ser observadas. Uma primeira limitação está no fato que o presente estudo focalizou apenas uma faculdade pública de medicina. Seria importante, também, investigar uma faculdade privada de medicina, para com isso, analisar o impacto de outros fatores estressantes, como por exemplo, os altos custos das mensalidades das faculdades privada de medicina e a dependência financeira dos estudantes.

Uma segunda limitação reside de que a faculdade de medicina pesquisada utiliza o método de ensino tradicional, com períodos bem delimitados: básico, profissionalizante e internato; e, sendo assim, é uma limitação em relação às faculdades que utilizam outra metodologia de ensino, como por exemplo, o PBL (Problem-Based Learning), que segundo alguns estudos possibilita o contato mais precoce com a clínica e serve, dessa maneira, de uma estratégia para diminuir o estresse do contato com pacientes.

Pode-se citar, também, como uma terceira limitação do nosso estudo, o desenho utilizado, transversal observacional, que impede o seguimento da população, e a análise dos desfechos nos participantes, pois com o estudo transversal observacional, pode-se analisar diferentes populações do primeiro ao sexto ano, mas, não permite um acompanhamento, no decorrer do curso, da mesma população.

Em relação ao material utilizado, pode-se citar como uma quarta limitação, devido ao fato das escalas de auto-avaliação poder minimizar ou maximizar queixas e, com isso, criarem um viés importante no estudo. Assim, os resultados apresentados devem ser olhados com cautela, pois, ainda existe, nessa área, uma dificuldade na padronização desses instrumentos.

A quinta limitação, ainda em relação ao material, esta no fato de que para o presente estudo decidiu-se por utilizar uma escala de depressão e outra de ansiedade, mas os resultados mostraram a importância de se

utilizar, em estudos futuros, outros instrumentos como, por exemplo, para investigar o *burnout* e o suicídio.

O tipo de participação na pesquisa pode ser considerada como a sexta limitação do presente estudo. Pois, a participação espontânea dos estudantes pode, novamente, criar um viés no estudo. Pois, a informação dos alunos que não se dispuseram a participar do estudo poderia influenciar nos resultados, caso de uma população com menor motivação ou maiores dificuldades de expressar os seus sentimentos. Uma pesquisa, mencionada no presente estudo, enfoca a dificuldade na participação de estudantes de medicina em pesquisas nessa área por duvidaram do fator anonimato e sigilo. E ainda, muitos estudantes, mesmo participando da pesquisa, não querem ser procurados para um possível tratamento.

Quanto a algumas subpopulações, pode-se ter como a sétima limitação do presente estudo, pois, por exemplo, grupos religiosos ou mesmo grupo de estudantes casados apresentaram um “n” muito pequeno que impossibilita extrapolações dos resultados.

Por último, a falta de um estudo comparativo com outras populações de estudantes, como por exemplo, estudantes de direito ou de engenharia elétrica (cursos também muito concorridos), ou mesmo da área da saúde, pode-se citar como a oitava limitação do presente estudo. Pois, um estudo comparativo poderia mostrar características importantes acerca do estresse envolvendo essas populações e, assim, se poderia avaliar os resultados do presente estudo de forma mais crítica e passível de generalizações, comparando-o com outras populações de estudantes.

6. CONCLUSÕES

Os resultados deste estudo permitem algumas constatações:

Houve associação estatisticamente significativa entre o ano do curso e os escores de depressão do Inventário Beck de Depressão (IBD). Contudo, não houve associação estatisticamente significativa entre o ano do curso e os escores de ansiedade do Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE), nos dois conceitos (ansiedade-traço e ansiedade-estado).

Houve associação estatisticamente significativa do gênero, saúde física, saúde física e o desempenho acadêmico, saúde física antes de entrar na faculdade, relacionamento com os colegas e desejo de mudar de curso com os escores de depressão do IBD. Porém, não houve associação estatisticamente significativa do estado civil, religião, local de nascimento e uso de bebida alcoólica com os escores de depressão do IBD.

Houve associação estatisticamente significativa do gênero, saúde física, saúde física e o desempenho acadêmico, saúde física antes de entrar na faculdade e desejo de mudar de curso com os escores de ansiedade do IDATE no conceito ansiedade-traço. Porém, não houve associação estatisticamente significativa do estado civil, religião, local de nascimento, uso de bebida alcoólica e relacionamento com colegas com os escores de ansiedade do IDATE no conceito ansiedade-traço.

Houve associação estatisticamente significativa do gênero e relacionamento com colegas com os escores de ansiedade do IDATE no conceito ansiedade-estado. Porém, não houve associação estatisticamente

significativa entre estado civil, religião, local de procedência, saúde física, saúde física e o desempenho acadêmico, saúde física antes de entrar na faculdade, uso de bebida alcoólica e desejo de mudar de curso com os escores de ansiedade do IDATE no conceito ansiedade-estado.

Não houve associação estatisticamente significativa entre a pergunta sobre ideação suicida do IBD com os escores de ansiedade do IDATE nos conceitos ansiedade-traço e ansiedade-estado.

Constatou-se que, em relação à escala de depressão IBD, existem dois momentos de pico no escore depressivo. Um primeiro pico é observado no terceiro ano, sendo que existe um aumento gradual do primeiro até o terceiro ano. Após isso, observa-se um novo pico no escore de depressão no último ano do curso. Comprova-se, com os resultados da escala de depressão, que existem dois momentos de crise, um que gradualmente vem se desenvolvendo e tem o seu ápice no terceiro ano e um segundo momento de crise que é no final do curso. O primeiro momento pode estar relacionado ao período de perda das idealizações do início e transcorrer do curso, como já apontado por outros pesquisadores. Já o segundo momento de crise estaria relacionado ao término do curso e à percepção de que agora será um profissional, ou seja, novamente um período de perda de idealizações, agora quanto à realidade de “ser” médico.

Já em relação à escala de ansiedade IDATE no conceito ansiedade-traço, que pode ser entendida como a avaliação de uma característica não transitória de uma pessoa ou como um aspecto estável, os momentos com os maiores escores são observados no segundo ano e no quinto ano. Ou

seja, nos momentos que antecedem os períodos onde os escores depressivos, medidos pelo IBD são mais altos, e podem, dessa maneira, ser interpretados como um período de angústia que antecede a uma perda. Por outro lado, para o conceito ansiedade-estado da escala IDATE, que pode ser compreendida como a avaliação de um momento transitório, apresenta os maiores escores no primeiro ano e nos dois últimos anos que são os períodos de adaptação às duas realidades, a primeira do início da vida acadêmica e a segunda, a do início da vida profissional.

Assim, quando o estudante entra na faculdade, existe a idealização da sua própria vitória em ter conseguido entrar em uma faculdade através de um vestibular extremamente competitivo. Porém, certa decepção toma conta do estudante, por que ele não é o único, muitos outros, também, obtiveram êxito nessa competição. Mas, a faculdade, tão concorrida, também é, extremamente, idealizada. Contudo, as carências materiais e profissionais logo se tornarão visíveis, como as dificuldades de manter o mesmo desempenho do ensino médio, a metodologia é outra e não é mais possível saber tudo.

O próximo momento de crise é o encontro com os pacientes. Algo que estava, para muitos estudantes, na base da escolha do curso: “ser” médico, mas, era aquele “ser” médico para ajudar as pessoas, que “gosta” de ficar perto de pessoas doentes, ou seja, o “ser” médico altruísta, o “ser” médico idealizado. Novamente, a realidade mostra as limitações, pois muitos estudantes não reagem positivamente às diversas formas em que esse encontro ocorre. Pois, os pacientes também não são ideais. Tudo o que foi

estudado até o encontro com o paciente parece não ter muita aplicação, a sensação é de pouco poder oferecer a quem precisa de muito. A sensação é de fracasso ou de não conseguir atender às exigências do “ser” médico idealizado.

Nesse sentido, que diagnosticar essa situação é fundamental, diagnosticá-la como crises na trajetória de “ser” médico. Trajetória marcada por idealizações e pelo trabalho de luto em virtude do abandono do que foi anteriormente idealizado. Realizar o luto é a possibilidade de se conquistar um amadurecimento e tornar-se um médico mais efetivo e real.

Quanto ao risco de suicídio, ele existe e deve receber toda atenção necessária. Pois, os estudantes não reagem da mesma forma frente às frustrações, assim, alguns poderão necessitar de acompanhamento especializado. Como os estudantes que idealizam muito seus desempenhos, merecem um acompanhamento para que com isso tenham um aproveitamento acadêmico mais satisfatório.

Por outro lado, torna-se imprescindível as mudanças curriculares que favoreçam uma competição mais saudável, que não reafirme concepções de superioridade e idealizações. Como, também é fundamental, o preparo e a sensibilização do corpo docente, que em muitos casos alimenta a idealização de “ser” médico.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Intervenções que pudessem contemplar as questões aqui apresentadas, como a idealização da Faculdade de Medicina, a idealização do “ser” médico, poderiam ser muito úteis na elaboração do luto apresentado por esses estudantes. Como também, buscar novas metodologias de ensino que evitem a fragmentação da prática médica é imprescindível. Porém, essas atividades deveriam ser efetuadas em vários momentos do curso, mas principalmente nos dois momentos de maior crise, ou seja, no primeiro e terceiro ano. Ainda mais, essas atividades, deveriam, preferencialmente, existir como atividades extracurriculares evitando-se, com isso, uma deturpação da proposta.

Muito oportuna seria a ênfase em disciplinas como propedêutica médica e a relação médico-paciente e a disciplina de bioética com os temas relacionados na escolha de “ser” médico para poder debater as idealizações da profissão médica.

Por fim, um serviço que possa identificar precocemente estudantes de risco e atender àqueles que mostram sinais graves de adoecimento é uma proposta imprescindível. Como também, criar espaço de discussão, educação e sensibilização dos estudantes para a frequência do adoecimento seria fundamental. Aperfeiçoar programas com a finalidade de estar atento às mudanças sócio-demográficas é inevitável, pois com a tendência cada vez mais clara do aumento do gênero feminino no curso de medicina, é forçosa uma atenção diferenciada. Um sistema de suporte para estudantes,

não somente os de medicina, mas dos demais cursos, é uma exigência da qual não se pode prescindir, pois as idealizações profissionais estão presentes em todos os cursos.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABASSE, M. L. F; OLIVEIRA, R. C. DE; SILVA, T. C; SOUZA, E. R. DE. **Análise epidemiológica da morbimortalidade por suicídio entre adolescentes em Minas Gerais, Brasil; 2009; *Ciência e Saúde Coletiva*, 14(2): 407-16.**

ACIOLE, G. G. **O lugar, a teoria e a prática profissional do médico: elementos para uma abordagem crítica da relação médico-paciente no consultório; set 2003 - fev 2004; *Comunic. Saúde. Educ.* v 8. n 14, p95-112.**

AGARIE, C A; LOPES, P S; CORDÁS, T A. **Suicídio 'doença das condições do trabalho' entre médicos e estudantes de medicina; 1983; *Arq Méd ABC*; 6(1/2):5-7.**

AHMED, I; BANU, H; AL-FAGEER, R; AL-SUWAIDI, R. **Cognitive emotions: depression and anxiety in medical students and staff; 2009; *Journal of Critical Care* 24, e1-e18.**

AKTEKIN, M; KARAMAN, T; SENOL, Y. Y; ERDEM, S; ERENGIN, H; AKAYDIN, M. **Anxiety, depression and stressful life events among medical students: a prospective study in Antalya, Turkey; 2001; *Medical Education* 35:12-17.**

ALMEIDA, A. de M; GODINHO, T. M; BITENCOURT, A. G. V; TELES, M. S; SILVA, A. S; FONSECA, D. C; BARBOSA, D. B. V; OLIVEIRA, P. S; COSTA-MATOS, E; ROCHA e ROCHA, C; SOARES, A. M; ABADE, B; OLIVEIRA, I. REIS de. **Common mental disorders among medical students; 2007; *J Bras Psiquiatr*, 56(4):245-51.**

AMARAL, G. F do; GOMIDE, L. M. de P; BATISTA, M. de P; PICCOLO, P. de P; TELES, T. B. G; OLIVEIRA, P. M de; PEREIRA, M. A. D. **Sintomas depressivos em acadêmicos de medicina da Universidade Federal de Goiás: um estudo de prevalência**; 2008; *Rev. Psiquiatr RS*. 30(2): 124-30.

ANDRADE, L; GORENSTEIN, C; VIEIRA FILHO, A H; TUNG, T C; ARTES, R. **Psychometric properties of the Portuguese version of the State-Trait Anxiety Inventory applied to college students: factor analysis and relation to the Beck Depression Inventory**; 2001; *Braz j Med Biol Res*. 34(3):367-74; Mar.

ANDREATINI, R; LEITE, J R. **IDATE traço: adaptação para avaliação da ansiedade durante sete dias**; 1994; *J. bras. Psiq.* 43(5): 259-65.

ANJOS, M. F dos; SIQUEIRA, J. E de. **Bioética no Brasil: tendências e perspectivas**; 2007; Márcio Fabri dos Anjos, José Eduardo de Siqueira (organizadores). Aparecida, SP: Ideias e Letras; São Paulo: *Sociedade Brasileira de Bioética*.

ANTONIAZZI, A. S; DELL' AGLIO, D. D; BANDEIRA, D. R. **O conceito de coping: uma revisão teórica**; 1998; *Estudos de Psicologia*, 3(2), 273-94.

AVANCI, R. DE C; PEDRÃO, L. J; JÚNIOR, M. L. DA COSTA. **Perfil do adolescente que tenta suicídio em uma unidade de emergência**; 2005; *Rev Bras Enferm*, set-out; 58(5):535-9.

AVANCINE, M; JORGE, M. **Medos, atitudes e convicções de estudantes de medicina perante as doenças**; 2000; *Psiqu. Prat. Med.* Vol 33 pp. 2.

BAHLS, S. C. **Aspectos clínicos da depressão em crianças e adolescentes**; 2002; *Jornal de Pediatria* 78 (5); 359-66.

BAILLEY, J; COPPEN, A. **A Comparison between the Hamilton Rating Scale and the Beck Inventory in the Measurement of Depression**; 1976; *Brit. J. Psychiatry* 128, 486-9.

BALDASSIN, S; ALVES, T. C. de T. F; ANDRADE, A. G. de; NOGUEIRA-MARTINS, L. A. **The characteristics of depressive symptoms in medical students during medical education and training: a cross-sectional study**; 2008; *BMC Medical Education* 8:60.

BANZATO, C. E. M; PEREIRA, M. E. C; JÚNIOR, A. DOS S; LIMA E SILVA, L. F. DE A; JÚNIOR, J. C. L; BARROS, B. R. **O que os psiquiatras brasileiros esperam das classificações diagnósticas?**; 2007; *J Bras Psiquiatr*, 56 (2): 88-93.

BARBOSA, V. **Estudo descritivo do suicídio no município de São Paulo (Brasil) – 1959 a 1968**; 1974; *Rev saúde públ*, São Paulo, 8:1-14.

BARROS, L. P. de; GROPO, L. N; PETRIBÚ, K; COLARES, V. **Avaliação da qualidade de vida em adolescentes – revisão da literatura**; 2008; *J Bras Psiquiatr*, 57 (3): 212-17.

BECK, A T; WARD, C H; MENDELSON, M; MOCK, J; ERBAUGH, J. **An Inventory for Measuring Depression**; June 1961; *Arch. Gen. Psychiatry* vol. 4 561-71.

BELLINO, F. **Fundamentos da bioética: aspectos antropológicos, ontológicos e morais**; 1997; Francesco Bellino; tradução: Nelson Souza Canabarro. – Bauru, SP: *EDUSC*.

BENEVIDES-PEREIRA, A. M. T; GONÇALVES, M. B. **Transtornos emocionais e a formação em Medicina: um estudo longitudinal**; 2009; *Revista Brasileira de Educação Médica*, 33 (1): 10-23.

BENEVICIUS, A; KATKUTE, A; BUNEVICIUS, R. **Symptoms of anxiety and depression in medical students and in humanities students: relationship with big-five personality dimensions and vulnerability to stress**; 2008; *International Journal of Social Psychiatry*, Vol. 54 (6): 494-501.

BERNARDO, W M. **Prática clínica baseada em evidências**; 2006; Wanderley Marques Bernardo. – Rio de Janeiro: *Elsevier*.

BLANCH, D. C; HALL, J. A; ROTER, D. L; FRANKEL, R. M. **Medical student gender and issues of confidence**; 2008; *Patient Education and Counseling* 72:374-81.

BORGES, V. R; WERLANG, B. S. G. **Estudo de ideação suicida em adolescentes de 15 a 19 anos**; 2006; *Estudos de psicologia*, 11(3), 345-51.

BORGES, L. O; ARGOLO, J. C.T; PEREIRA, A. L. DE S; MACHADO, E. A. P; SILVA, W. S. da. **A síndrome de burnout e os valores organizacionais: um estudo comparativo em hospitais universitários**; 2002; *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 15(1), 189-200.

BRANT, L. C; MINAYO-GOMEZ, C. **Da tristeza à depressão: a transformação de um mal-estar em adoecimento no trabalho**; jul/set. 2008; *Comunicação saúde e educação* v. 12, n. 26 p667.

BRODY, D. S; RYAN, K; KUZMA, M. A. **Promoting the development of doctoring competencies in clinical settings**; 2003; *Fam Med* 36(January suppl):S105-S109.

CALAIS, S. L; CARRAR, K; BRUM, M. M; BATISTA, K; YAMADA, J. K; OLIVEIRA, J. R. S. **Stress entre calouros e veteranos de jornalismo**; jan/mar, 2007; *Estudos de Psicologia/Campinas*, 24(1); 69-77.

CALIL, H M; PIRES, M L N. **Aspectos gerais das escalas de avaliação de depressão**; 1998; *Rev. Psiq. Clin.* 25(5) edição especial: 240-44.

CAMPBELL, R J. **Dicionário de psiquiatria**; 1986; Robert Campbell; (tradução Álvaro Cabral; revisão técnica Paulo Sandler). São Paulo: *Martins Fontes*.

CARLOTTO, M. S; PALAZZO, L. dos S. **Síndrome de *burnout* e fatores associados: um estudo epidemiológico com professores**; mai, 2006; *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 22(5): 1017-26.

CARROLL, B J; FIELDING, J M; BLASHKI, T G; **Depression Rating Scales**; march 1973; *Arch. Gen. Psychiatry* vol. 28 361-66.

CASSORLA, R. M. S; SMEKE, E. L. M. **Autodestruição humana**; 1994; *Cad. Saúde Públ.*, Rio de Janeiro, 10 (supl. 1): 61-73.

CASSORLA, R. M. S. **Jovens que tentam o suicídio: antecedentes mórbidos e de conduta autodestrutivas**; 1984; *J. Bras. Psiquiatr.* 33(20); 93-98.

CAVESTRO, J. de M; ROCHA, F. L. **Prevalência de depressão entre estudantes universitários**; 2006; *J Bras Psiquiatr*, 55(4): 264-67.

CENTER, C; DAVIS, M; DETRE, T; FORD, D. E; HANSBROUGH, W; HENDIN, H; LASZLO, J; LITTS, D. A; MANN, J; MANSKY, P. A; MICHELS, R; MILES, S. H; PROUJANSKY, R; REYNOLDS, C. F; SILVERMAN, M. M. **Confronting depression and suicide in physicians**; Sept, 2010; *JAMA*; vol 304, nº. 11.

CERCHIARI, E. A. N; CAETANO, D; FACENDA, O. **Prevalência de transtornos mentais menores em estudantes universitários**; 2005; *Estudos de Psicologia*, 10(3): 413-20.

CHANDAVARKAR, U; AZZAM, A; MATHEWS, C. A. **Anxiety symptoms and perceived performance in medical students**; 2007; *Depression and Anxiety*, 24: 103-111.

CLASSIFICAÇÃO DE TRANSTORNOS MENTAIS E DE COMPORTAMENTO DA CID-10: **Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas**- coord. organiz. mund. da saúde; 1993; trad. Dorgival Caetano.- Porto Alegre: *Artes Médicas*.

COLARES, M. F. A. **Reflexões e vivências de estudantes de medicina do ciclo básico através do sócio-drama educacional**; 2004; 284 f. Tese (Doutorado) – *Faculdade de Filosofia Ciências e letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto*.

CORDÁS, T A; SENDACZ, A M; GONZALES, D; TOSSOLI, A L; BERNARDI, A; MIZRAHI, E I; TAN LEEUW, E L. **Ideação e tentativa de suicídio em uma população de estudantes de medicina**; jul-set 1988; *Rev ABP-APAL*; 10(3):100-2.

CRIVELATTI, M. M. B; DURMAN, S; HOFSTATTER, L. M. **Sofrimento psíquico na adolescência**; 2006; *Texto contexto enferm*, Florianópolis, 15 (Esp): 64-70.

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**; set/dez, 2001; *Arq. Ciênc. Saúde Unipar*, 5(3).

DAHLIN, M. E; RUNESON, B. **Burnout and psychiatric morbidity among medical students entering clinical training: a three year prospective questionnaire and interview-based study**; 2007; *BMC Medical Education*, 7:6.

DAWSON, B; TRAPP, R. G. **Bioestatística: básica e clínica** / Beth Dawson; Robert G. Trapp. 3ª. Ed. 2001 – Rio de Janeiro: *McGraw-Hill Interamericana do Brasil Ltda.*

DEL PORTO, J. A; LARANJEIRAS, R. R; MANSUR, J. **Escalas de auto-avaliação de estados subjetivos – influência das instruções**; 1983; *J. Bras. Psiq.* 32(2): 87-90.

DEL PORTO, J. A. **Conceito e diagnóstico**; 1999; *Rev Bras Psiquiatr*, vol. 21 – maio.

DICKINSON, G. E; LANCASTER, C; WINFIELD, I; REECE, E. F; COLTHORPE, C. A. **Detached concern and death anxiety of first-year medical students: before and after gross anatomy course**; 1997; *Clinical Anatomy* 10:201-07.

DINIZ, D P; SCHOR, N. **Guia de qualidade de vida**; 2006; coordenação Denise Pará Diniz e Nestor Schor. – Barueri, SP: *Manole.*

DYRBYE, L. N; THOMAS, M. R; SHANAFELT, T. D. **Medical student distress: causes, consequences, and proposed solutions**; December 2005; *Mayo Clin Proc.* 80(12):1613-62.

DYRBYE, L. N; THOMAS, M. R; HUSCHKA, M. M; LAWSON, K. L; NOVOTNY, P. J; SLOAN, J. A; SHANAFELT, T. D. **A multicenter study of burnout, depression, and quality of life in minority and nonminority US medical students**; November 2006; *Mayo Clin Proc.* 81(11):1435-42.

DYRBYE, L. N; THOMAS, M. R; EAKER, A; HARPER, W; MASSIE JR, F. S; POWER, D. V; HUSCHKA, M. M; SZYDIO, D. W; NOVOTNY, P. J; SLOAN, J. A; SHANAFELT, T. D. **Race, ethnicity, and medical student well-being in United States**; Oct 22 2007; *Arch Intern Med*; VoL 167 (No. 19).

DYRBYE, L. N; THOMAS, M. R; MASSIE, F. S; POWER, D. V; EAKER, A; HARPER, W; DURNING, S; MOUTIER, C; SZYDIO, D. W; NOVOTNY, P. J; SLOAN, J. A; SHANAFELT, T. D. **Burnout and suicidal ideation among U.S. medical students**; September 2008; *Annals of Internal Medicine* volume 149 Number 5.

DYRBYE, L. N; MASSIE JR, F. S; EAKER, A; HARPER, W; POWER, D. V; DURNING, S; THOMAS, M. R; MOUTIER, C; SATELE, D; SLOAN, J. A; SHANAFELT, T. D. **Relationship between burnout and professional conduct and attitudes among US medical students**; Sept, 2010; *JAMA*; vol 304, nº. 11.

ELLER, T; ALUOJA, A; VASAR, V; VELDI, M. **Symptoms of anxiety and depression in Estonian medical students with sleep problems**; 2006; *Depression and Anxiety*, 25: 250-56.

FENICHEL, O. **Teoria psicanalítica das neuroses**; 1981; Otto Fenichel; (tradução Dr. Samuel Penna Reis; revisão terminológica e conceitual Dr. Ricardo Fabião Gomes). – *Livraria Atheneu* – Rio de Janeiro – São Paulo.

FERNANDEZ, J M; RODRIGUES, 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**; abr.-jun. 1993; *Medicina (Ribeirão Preto)*; 26(2):258-69.

FICHER, A. M. F. T; VANSAN, G. A. **Tentativas de suicídio em jovens: aspectos epidemiológicos dos casos atendidos no setor de urgências psiquiátricas de um hospital geral universitário entre 1988 e 2004**; julho-setembro, 2008; *Estudos de Psicologia/Campinas* 25(3), 361-74.

FLETCHER, R H. **Epidemiologia clínica : elementos essenciais**; 2006; Robert H. Fletcher, Suzanne W. Fletcher; tradução Roberta Machiori Martins. – 4ª. ed. – Porto Alegre : *Artmed*.

FOGAÇA, M. DE C; CARVALHO, W. B DE; CÍTERO, V. DE A; NOGUEIRA-MARTINS, L. A. **Fatores que tornam estressante o trabalho de médicos e enfermeiros em terapia intensiva pediátrica e neonatal: estudo de revisão bibliográfica**; 2008; *Rev Bras Ter Intensiva*, 20(3): 261-66.

FONSECA, A. A da; COUTINHO, M. da P. de L; AZEVEDO, R. L. W de. **Representações sociais da depressão em jovens universitários com e sem sintomas para desenvolver a depressão**; 2008; *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 21(3), 492-98.

FREUD, S. **Luto e melancolia**; 1990; Edição *Standard* Brasileira das obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud; Rio de Janeiro: *Imago Editora Ltda*.

FREUD, Sigmund, 1856-1939. **Luto e melancolia**; 2004; escritos sobre a psicologia do inconsciente/coordenação geral da tradução Luiz Alberto Hanns. Rio de Janeiro: *Imago Ed*.

FREUD, **Além do princípio do prazer**; 1990; Edição *Standard* Brasileira das obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud; Rio de Janeiro: *Imago Editora Ltda*.

FREUD, **O problema econômico do masoquismo**; 1990; Edição *Standard Brasileira* das obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: *Imago Editora Ltda.*

FREUD, **O mal-estar na civilização**; 1990; Edição *Standard Brasileira* das obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: *Imago Editora Ltda.*

FREUD, **Psicologia das massas e análise do ego**; 1990; Edição *Standard Brasileira* das obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: *Imago Editora Ltda.*

FREUD, **Introdução ao narcisismo**; 1990; Edição *Standard Brasileira* das obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: *Imago Editora Ltda.*

FREUD, Sigmund, **À guisa de introdução ao narcisismo**; 2004; escritos sobre a psicologia do inconsciente/coordenação geral da tradução Luiz Alberto Hanns. Rio de Janeiro: *Imago Ed.*

FUREGATO, F. A. R; SILVA, E. C. da; CAMPOS, M. C. de; CASSIANO, R. P. de T. **Depressão e autoestima entre acadêmicos de enfermagem**; 2006; *Rev. Psiq. Clín.* 33(5), 239-44.

GABBARD, G. **Psiquiatria psicodinâmica na prática clínica**; 1992; Ed *Artes Médicas* - Porto Alegre.

GABRIEL, S. A; IZAR, L. C; TRISTÃO, C. K; TOLEDO, J. C. F; RIBEIRO, D. J; PINA, S. E. M de; FRANZIN, L. S; JOB, J. R. P. P. **Rastreamento epidemiológico da sintomatologia depressiva em residentes e estudantes de medicina**; julho-setembro, 2005; *Rev. Fac. Cienc. Med. Sorocaba*, v.7 n.3.

GAMA, M. M. A; MOURA, G. S; ARAÚJO, R. F; SILVA, F. T. **Ansiedade-traço em estudantes universitário de Aracaju (SE)**; 2008; *Rev. Psiquiatr. RS* 30(1) 19-24.

GORENSTEIN, C; ANDRADE, L. **Inventário de Depressão de Beck: propriedades psicométricas da versão em português**; 1998; *Rev. Psiq. Clin.* 25(5) edição especial: 245-50.

GORENSTEIN, C; ANDRADE, L. **Validation of a Portuguese version of the Beck Depression Inventory and State-Trait Anxiety Inventory in Brazilian subjects**; Apr, 1996; *Braz J Med Biol Res.* 29(4): 453-7.

GORENSTEIN, C; POMPÉIA, S; ANDRADE, L. **Scores of Brazilian University students on the Beck Depression and the State-Trait Anxiety Inventories**; Oct, 1995; *Psychol Rep.* 77(2): 635-41.

GROSSEMAN, S; PATRÍCIO, Z. M. **Do desejo à realidade de ser médico: a educação e a prática como processo contínuo de construção individual e coletiva**; 2004; Florianópolis: *Ed. Da UFSC*.

GUIMARÃES, F. S; **Escalas analógicas visuais na avaliação de estados subjetivos**; 1998; *Rev. Psiq. Clin.* 25(5) edição especial: 217-22.

HANNS, L. A. **Dicionário comentado do alemão de Freud**; 1996; Luiz Alberto Hanns; – Rio de Janeiro: *Imago Ed.*

HAYES, K; FEATHER, A; HALL, A; SPEDGWICK, P; WANNAN, G; WSSIER-SMITH, A; GREEN, T; McCORRIE, P. **Anxiety in medical students: is preparation for full-time attachments more dependent upon differences in maturity or on educational programmers for undergraduate and graduate entry students?**; 2004; *Medical Education* 38: 1154-63.

HOJAT, M; GLASER, K; XU, G; VELOSKI, J. J; CHRISTIAN, E. B. **Gender comparisons of medical students' psychosocial profiles**; 1999; *Medical Education* 33: 342-49.

HOUWINK, A. P; KURUP, A. N; KOLLARS, J. P; KRAL KOLLARS, C. A; CARMICHAEL, S. W; PAWLINA, W. **Help of third-year medical students decreases first-year medical students' negative psychological reactions on the first day of gross anatomy dissection**; 2004; *Clinical Anatomy* 17:328-33.

JATOBÁ, J. D. V. N; BASTOS, O. **Depressão e ansiedade em adolescentes de escolas públicas e privadas**; 2007; *J Bras Psiquiatr*, 56 (3): 171-79.

KAPLAN, H. I; SADOCK, B J. **Tratado de psiquiatria**; 1999; Harold I. Kaplan e Benjamin J. Sadock; trad. Andrea Callefi *et al.* - 6. Ed. - Porto Alegre: *Artmed*.

KERR-CORRÊA, F; ANDRADE G de, A; BASSIT, A. Z; BOCCUTO, N. M. V. **F. Uso de álcool e drogas por estudantes de medicina da UNESP**; 1999; *Rev. Bras. Psiquiatria*, 21(2), 95-100.

KHAWAJA, N. G; BRYDEN, K. J. **The development and psychometric investigation of the university student depression inventory**; 2006; *J Affect Disord*, Nov, 96(1-2):21-9.

LACAN, J. **O seminário de Jacques Lacan – Livro 11 os quatro conceitos fundamentais da psicanálise**; 1988; Jacques Lacan; versão brasileira M.D. Magno. - Rio de Janeiro: *Jorge Zahar Ed.*

LACAN, J. **Escritos**; 1998; Jacques Lacan; tradução Vera Ribeiro. – Rio de Janeiro: *Jorge Zahar Ed.*

LAPLANCHE, J. **Vocabulário de psicanálise**; 1992; Laplanche e Pontalis; sob direção de Daniel Lagache; [tradução Pedro Tamen]. – São Paulo: *Martins Fontes*.

LEMOS, K. M; NEVES, N. M. B. C; KUWANO, A. Y; TEDESQUI, G; BITENCOURT, A. G. V; NEVES, F. B. C. S; GUIMARÃES, A N; REBELLO, A; BACELLAR, F; LIMA, M. M. **Uso de substâncias psicoativas entre estudantes de medicina de Salvador (BA)**; 2007; *Rev. Psiq. Clin.* 34 (3), 118-24.

LEVINE, R. E; BREITKOPF, C. R; SIERLES, F. S; CAMP, G. **Complications associated with surveying medical student depression**; Spring 2003; *Academic Psychiatry*, 27:1.

LIMA, M C; DOMINGUES, M de S; CERQUEIRA, A T. **Prevalence and risk factors of common mental disorders among medical students**; Dec, 2006; *Rev Saúde Pública*; 40(6):1035-41.

LIMA, M. C. P; CERQUEIRA, A. T. de A. R. **Crenças sobre sexualidade entre estudantes de medicina; uma comparação entre gêneros**; 2008; *R. Bras. Educ. Med.*, Rio de Janeiro, 32(1): 49-55.

LITTLEWOOD, S; YPINAZAR, V; MARGOLIS, S. A; SCHERPBIER, A; SPENCER, J. **Early practical experience and the social responsiveness of clinical education: systematic review**; August 2005; *BMJ* Volume 331.

LOPES, F. H. **Medicina, educação e gênero: as diferenciações sexuais do suicídio nos discursos médicos do século XIX**; 2007; *Educar*, Curitiba, n. 29, p. 241-257. *Editora UFPR*.

LOUREIRO, E. M. F; McINTYRE T. M; MOTA-CARDOSO, R; FERREIRA, M. A. **Inventário de fontes de estresse acadêmico no curso de medicina (IFSAM)**; 2009; *Revista Brasileira de Educação Médica*, 33 (2): 191-97.

LOURENÇÃO, L. G; MOSCARDINI, A. C; SOLER, Z. A. S. G. **Saúde e qualidade de vida de médicos residentes**; 2010; *Rev Assoc Med Bras*, 56 (1): 81-91.

MACHADO, M. H. **Os médicos no Brasil: um retrato da realidade**; 1997; Coordenado por Maria Helena Machado. – Rio de Janeiro: *FIOCRUZ*.

MANETTI, M. L; MARZIALE, M. H. P. **Fatores associados à depressão relacionada ao trabalho de enfermagem**; 2007; *Estudos de Psicologia*, 12(1), 79-85.

MANSILLA, N. K. R; SILVA BENTO, V. E. **Drogadição: tentativa de suicídio e/ou elaboração?**; Jul/Dez. 2006; *Revista do Departamento de Psicologia UFF*, v.18 – n. 2. P. 11-28.

MARGIS, R. **Comorbidade no transtorno de estresse pós-traumático: regra ou exceção?**; 2003; *Rev Bras Psiquiatr*, 25 (supl I): 17-20.

MELEIRO, A. M. A. S. **Suicídio entre médicos e estudantes de medicina**; abr.- jun. 1998; *Rev. Assoc. Med. Bras.* (1992); 44(2):135-40.

MELEIRO, A. M. A. S. **O médico como paciente**; 2005; São Paulo: *Segmento Farma*.

MELLO, A. F; JURUENA, M. F; PARIANTE, C. M; TYRKA, A. R; PRICE, L. H; CARPENTER, L. L; DEL PORTO, J. A. **Depressão e estresse: existe um endofenótipo?**; 2007; *Rev Bras Psiquiatr*, 29 (supl I): S13-8.

MENEGHEL, S. N; VICTORA, C. G; FARIA, N. M. X; CARVALHO, L. A. DE; FALK, J. W. **Características epidemiológicas do suicídio no Rio Grande do Sul**; 2004; *Rev saúde pública*, 38 (6): 804-10.

MENNINGER, K. **Eros e Tanatos** - O homem contra si próprio; 1970; *IBRASA*.

MESQUITA, E. M. de; NUNES, A. J; COHEN, C. **Avaliação das atitudes dos estudantes de medicina frente ao abuso de drogas por colegas do meio acadêmico**; 2008; *Rev. Psiq. Clin.* 35, supl 1; 8-12.

MICHAELIS; **Moderno dicionário da língua portuguesa** / São Paulo: *Companhia Melhoramentos*, 1998 - (Dicionários Michaelis)

MIETTOLA, J; MÄNTYSELKÄ, P; VALKILAMPI, T. **Doctor-patient interaction in Finnish primary health care as perceived by first year medical students**; 2005; *BMC Medical Education* 5:34.

MILLAN, L. R; BARBEDO, M. F. **Assistência psicológica ao aluno de medicina: o início de uma experiência**; jan./abr. 1988; *R. Bras. Educ. Med.*, Rio de Janeiro, 1(1): 1-40.

MILLAN, L R; ROSSI, E; de MARCO, O L N; NEVES, O L. **O suicídio entre estudantes de medicina**; Mai-Jun. 1990; *Rev. Hosp. Clin. Fac. Med. Univ. São Paulo*; 45(3):145-9.

MILLAN, L R; SOUZA, E N; de MARCO, O L N; ROSSI, E; ARRUDA, P C V de. **O I encontro paulista dos serviços de assistência psicológica ao estudante universitário**; jun. 1998; *Rev. Hosp. Clin. Fac. Med. Univ. São Paulo*; 53(3):156-61.

MILLAN, L. R; et al. **O universo psicológico do futuro médico: vocação, vicissitudes e perspectivas**; 1999; Luiz Roberto Millan (et al.). – São Paulo: *Casa do Psicólogo*.

MILLAN, L. R; AZEVEDO, R. S; ROSSI, E. DE MARCO, O. L. N; MILLAN, M. P. B; ARRUDA, P. C. VAZ DE. **What is behind a student's choice for becoming a doctor?**; 2005; *CLINICS* 60(2): 143-50.

MIRANDA, P S C; QUEIROZ, E A. **Pensamento suicida e tentativa de suicídio entre estudantes de medicina**; out-dez 1991 *Rev ABP-APAL*; 13(4):157-60.

MIYAZAKI, M. C. DE O. S. **Psicologia na formação médica: subsídios para prevenção e trabalho clínico com universitários**; 1997; 152 f. Tese (Doutorado) – *Universidade de São Paulo, São Paulo*.

MONTEIRO, K. C. C; LAGE, A. M. V. **A depressão na adolescência**; maio/ago. 2007; *Psicologia em estudo, Maringá*, v. 12, n. 2, p. 257-65.

MUNARETTI, C. L; TERRA, M. B. **Transtornos de ansiedade: um estudo de prevalência e comorbidade com tabagismo em um ambulatório de psiquiatria**; 2007; *J Bras Psiquiatr*, 56(2), 108-15.

NEWBURY-BIRCH, D; WALSHAW, D; KAMALI, F. **Drink and drugs: from medical students to doctors**; 2001; *Drug and Alcohol Dependence* 64:265-70.

NIEMI-MUROLA, L; NIEMINEN, J. T; KALSO, E; PÖYHIÄ, R. **Medical undergraduate students' beliefs and attitudes toward pain – how do they mature?**; 2007; *European Journal of Pain* 11:700-06.

NOGUEIRA-MARTINS, L. A; JORGE, M. R. **Natureza e magnitude do estresse na residência médica**; 1998; *Rev. Ass. Med. Brasil*, 44(1): 28-34.

NOGUEIRA-MARTINS, L. A; NETO F. R; MACEDO, P. C; CÍTERO, V. A; MARI, J. J. **The Mental Health of Graduate Students at the Federal University of São Paulo: A Preliminary Report**; Oct, 2004; *Braz J Med Biol Res.* 37(10):1519-24.

OGUISSO, T; ZOBOLI, E. L. C. P. **Ética e bioética: desafios para a enfermagem e a saúde**; 2006; organizadoras Taka Oguisso, Elma Lourdes Campos Pavone Zoboli. – Barueri, SP: *Manole*.

OLIVEIRA, L. G. de; BARROSO, L. P; WAGNER, G. A; PONCE, J. de C; MALBERGIER, A; STEMPLIUK, V, de A; ANDRADE, A. G. de. **Drug consumption among medical students in São Paulo, Brazil: influences of gender and academic year**; 2009; *Rev. Bras. Psiquiatr.* 31(3): 227-39.

PADUANI, G. F; BARBOSA, G. de A; MORAIS, J. C. R. de; PEREIRA, J. C. P; ALMEIDA, M. F; PRADO, M. M; ALMEIDA, N. B. C. de; RIBEIRO, M. A. **Consumo de álcool e fumo entre os estudantes da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia**; 2008; *R. Bras. Educ. Med.*, Rio de Janeiro, 32(1): 66-75.

PARENTE, A. DE C. M; SOARES, R. DE B; ARAÚJO, A. R. F; CAVALCANTE, I. S; MONTEIRO, C. F. DE S. **Caracterização dos casos de suicídio em uma capital do Nordeste Brasileiro**; 2007; *Rev Bras Enferm*, Brasília, jul-ago; 60(4):377-81.

PASQUALI, L. **Princípios de elaboração de escalas psicológicas**; 1998; *Rev. Psiq. Clin.* 25(5) edição especial: 206-13.

PELUSO, E. DE T. P; BLAY, S. L; **Percepção da depressão pela população da cidade de São Paulo**; 2008; *Rev saúde pública*, 42 (1): 41-8.

PICKARD, M; BATES, L; DORIAN, M; GREIG, H; SAINT, D. **Alcohol and drug use in second-year medical students at the University of Leeds**; 2000; *Medical Education* 34:148-50.

PINTON, F A; BOSKOVITZ, E P; CABRERA, E M S. **Uso de drogas entre os estudantes de medicina da faculdade de medicina de São José do Rio Preto, no ano de 2002**; abr-jun 2005; *Arq Cienc Saúde*; 12(2):91-96.

PITKÄLÄ, K; MÄNTYRANTA, T. **Feelings related to first patient experiences in medical school: a qualitative study on students' personal portfolios**; 2004; *Patient Education and Counseling* 54:171-77.

PORCU, M; FRITZEN, C. V; HELBER, C. **Sintomas depressivos nos estudantes de medicina da Universidade de Maringá**; jan/mar 2001; [texto na internet]; *UNIFESP*, 34(1).

QUEIROZ, M. de S. **Perspectivas teóricas sobre medicina e profissão médica: uma proposta de enfoque antropológico**; 1991; *Rev. Saúde Públ. S. Paulo*, 25(4): 318-25.

QUEIROZ, S. de; SCIVOLETTO, S; SOUZA e SILVA, M. M; STRASSMAN, P. G; ANDRADE, A. G. de; GATTAZ, W. F. **Uso de drogas entre estudantes de uma escola pública de São Paulo**; 2001; *Rev. Psiq. Clin.* 28(4): 176-82.

REZENDE, C. H. A. de; ABRÃO, C. B; COELHO, E. P; PASSOS, L. B. da S. **Prevalência de sintomas depressivos entre estudantes de medicina da Universidade Federal de Uberlândia**; 2008; *R. Bras. Educ. Med.*, Rio de Janeiro, 32(3): 315-23.

RETEGUIZ, J-A. **Relationship between anxiety and standardized patient test performance in the medicine clerkship**; 2006; *J Gen Intern Med* 21:415-18.

ROBERTS, L. W. **Understanding depression and distress among medical students**; Sept, 2010; *JAMA*; vol 304, nº. 11.

ROBINSON, B E; KELLEY, L. **Concurrent validity of the Beck Depression Inventory as a measure of depression**; Dec, 1996; *Psychol Rep*; 79(3 Pt 1):929-30.

RONG, Y; LUSCOMBE, G. M; DAVENPORT, T. A; HUANG, Y; GLOZIER, N; HICKIE, I. B. **Recognition and treatment of depression: a comparison of Australian and Chinese medical students**; 2009; *Soc Psychiatr Epidemiol* 44:636-42.

ROSSI, E; De MACO, O L N; MILLAN, L R. **Reflexões sobre o suicídio entre os estudantes de medicina**; jan-abr 1991; *Rev Méd (São Paulo)*; 70(1/2):28-30.

ROZENTHAL, M; LAKS, J; ENGELHARDT, E. **Aspectos neuropsicológicos da depressão**; 2004; *R. Psiquiatr. RS*, 26 (2): 204-12.

SAMBUNJAK, D; STRAUS, S. E; MARUSIC, A. **Mentoring in academic medicine: a systematic review**; September 6, 2006; *JAMA* Vol. 296, No. 9.

SARIKAYA, O; CIVANER, M; KALACA, S. **The anxieties of medical students related to clinical training**; November, 2006; *J Clin Pract*, 60, 11, 1414-18.

SCHWENK, T. L; DAVIS, L; WIMSATT, L. A. **Depression, stigma, and suicidal ideation in medical students**; Sept, 2010; *JAMA*; vol 304, nº. 11.

SEN, S; KRANZLER, H. R; KRYSTAL, J. H; SPELLER, H; CHAN, G; GELERNTER, J; GUILLE, C. **A prospective cohort study investigating factors associated with depression during medical internship**; June, 2010; *Arch Gen Psychiatry*/Vol. 67(No.6).

SINGH, G; HANKINS, M; WEINMAN, J. A. **Does medical school cause anxiety and worry in medical students?**; 2004; *Medical Education* 38: 479-81.

SOUZA, L. **Ética, civilização, e os estudantes de medicina da UFPR**; 2003; Monografia de conclusão de curso de Especialização em Filosofia: *Universidade Federal do Paraná*

SOUZA, L. D de M; SILVA, R. S; GODOY, R. V; CRUZEIRO, A. L. S; FARIA, A. D; PINHEIRO, R. T; HORTA, B. L; SILVA, R. A. da. **Sintomatologia depressiva em adolescentes iniciais – estudo de base populacional**; 2008; *J Bras Psiquiatr*, 57 (4): 261-66.

SOUZA, W. C; SILVA, A. M. M. da. **A influência de fatores de personalidade e de organização do trabalho no burnout em profissionais de saúde**; janeiro/abril, 2002; *Rev Estudos de Psicologia*, PUC-Campinas v. 19, n. 1, p. 37-48.

STAHL, S. M. **Psicofarmacologia - bases neurocientíficas e aplicações clínicas**; 1998; *Ed. Médica e científica Ltda*. Rio de Janeiro - RJ.

STECKER, T. **Well-being in an academic environment**; 2004; *Medical Education* 38:465-78.

STEWART, R. A; HAUGE, L. S; STEWART, R. D; ROSEN, R. L; CHARNOT-KATSIKAS, A; PRINZ, R. A. **A crash course in procedural skills improves medical students' self-assessment of proficiency, confidence, and anxiety**; 2007; *The American Journal of Surgery*, 193: 771-73.

SWANI, V; CHAMORRO-PREMUZIC, T; SINNIH, D; MANIAM, T; KANNAN, K; STANISTREES, D; FURNHAM, A. **General health mediates the relationship between loneliness, life satisfaction and depression: a study with Malaysian medical students**; 2007; *Soc Psychiatr Epidemiol* 42:161-66.

TENG, C. T; HUMES, E. DE CASTRO; DEMETRIO, F. N. **Depressão e comorbidades clínicas**; 2005; *Rev. Psiq. Clin.* 32 (3): 149-59.

TOCKUS, D; GONÇALVES, P. S. **Detecção do uso de drogas de abuso por estudantes de medicina de uma universidade privada**; 2008; *J Bras Psiquiatr*, 57(3), 184-87.

TORRES, A. R; CREPALDI, A. L. **Sobre o transtorno de pânico e a hipocondria: uma revisão**; 2002; *Rev Bras Psiquiatr*, 24(3), 144-51.

TRIVINOS, A M. **Introdução à pesquisa em ciências sociais - A pesquisa qualitativa em educação**; 1992; *Ed. Atlas*, S. Paulo.

TUCUNDUVA, L. T. C. DE M; GARCIA, A. P; PRUDENTE, F. V. B; CENTOFANTI, G; SOUZA, C. M DE; MONTEIRO, T. A; VINCE, F. A. H; SAMANO, E. S. T; GONÇALVES, M. S; GIGLIO, A DEL. **A síndrome da estafa profissional em médicos cancerologistas brasileiros**; 2006; *Rev Assoc Med Bras*, 52(2): 108-12.

UCHÔA, D M. **Psiquiatria e psicanálise**; 1979; Darcy M. Uchôa. – 3. Ed. Rev. E aum. – São Paulo: SARVIER.

VANSAN, G. A; FÁVERO, R. V. **Comunicações diretas da intenção suicida**; 1986; *Revista ABP-APAL*. Vol. 8, nº. 3. pp. 97(101).

VIANA, G. N; ZENKNER, F. DE M; SAKAE, T. M; ESCOBAR, B. T. **Prevalência de suicídio no sul do Brasil, 2001-2005**; 2008; *J Bras Psiquiatr*, 57 (1): 38-43.

VIEIRA, I; RAMOS, A; MARTINS, D; BUCASIO, E; BENEVIDES-PEREIRA, A. M; FIGUEIRA, I; JARDIM, S. **Burnout na clínica psiquiátrica: relato de um caso**; 2006; *Rev Psiquiatr RS*, set/dez; 28(3): 352-6.

VIEIRA, M. A. **Objeto e desejo em tempos de superexposição**; jan/jun, 27-40 2005; *Ágora* (Rio de Janeiro).

VOLTMER, E; KIESCHKE, U; SCHWAPPACH, D. LB; WIRSCHING, M; SPAHN, C. **Psychosocial health risk factors and resources of medical students and physicians: a cross-sectional study**; 2008; *BMC Medical Education* 8:46.

WALLIN, U; RUNESON, B. **Attitudes towards suicide and suicidal patients among medical students**; 2003; *European Psychiatry* 18:329-333.

WEBB, E; ASHTON, C. H; KELLY, P; KAMALI, F. **An update on British medical student' lifestyles**; 1998; *Medical Education* 32, 325-31.

WEBER, B T. **As artes de curar: medicina, religião, magia e positivismo na República Rio-Grandense – 1889/1928**; 1999; Beatriz Teixeira Weber. Santa Maria: ed. Da UFSM; Bauru: EDUSC – *Editora da Universidade do Sagrado Coração*.

WEST, C. P; TAN, A. D; HABERMANN, T, M; SLOAN, J. A; SHANAFELT, T. D. **Association of resident fatigue and distress with perceived medical errors**; September, 2009; *JAMA*, 23/30, Vol. 302, No. 12.

YUNES, M. A. M. **Psicologia positiva e resiliência: o foco no indivíduo e na família**; 2003; *Psicologia em Estudo*, Maringá, v.8 num. Esp., p. 75-84.

ZIMERMAN, D. E. **A formação psicológica do médico**; 1992; In: Mello Filho, J - *Psicossomática hoje*. Porto Alegre: *Artes Médicas*.

ZONTA, R; ROBLES, A. C. C; GROSSEMAN, S. **Estratégias de enfrentamento do estresse desenvolvidas por estudantes de medicina da Universidade Federal de Santa Catarina**; 2006; *R. Bras. Educ. Med.*, 30(3): 147-53.

ZUARDI, A. W; PROTA, F. D. G; DEL-BEM, C. M. **Reduction of the anxiety of medical students after curricular reform**; 2008; *Rev Bras Psiquiatr*, 30(2): 136-8.

ANEXOS

ANEXO A



Curitiba, 27 de abril de 2006.

Ilmo (a) Sr. (a)
Luciano Souza
Nesta

Prezado Pesquisador:

Comunicamos que o Projeto de Pesquisa intitulado "AVALIAÇÃO POR MEIO DE INVENTÁRIO BECK DE DEPRESSÃO E DO INVENTÁRIO DE ANSIEDADE TRAÇO-ESTADO IDATE, DA PREVALÊNCIA DE SINTOMAS DEPRESSIVOS E ANSIOSOS E NÍVEL DE ESTRESSE NOS ACADÊMICOS DO CURSO DE MEDICINA DA UFPR", foi analisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos, em reunião extraordinária realizada no dia 27 de abril de 2006. O referido projeto atende aos aspectos das Resoluções CNS 196/96, e demais, sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do Ministério da Saúde.

CAAE: 0054.0.208.000-06
Registro CEP: 1215.063/2006-04

Conforme a Resolução 196/96, solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos.

Data para entrega do primeiro relatório: 27 de outubro de 2006.

Atenciosamente,



Renato Tambara Filho
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa
em Seres Humanos do Hospital de Clínicas/UFPR

ANEXO B

“Prevalência de Sintomas Depressivos, Ansiosos e Estresse em Acadêmicos de Medicina”.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

- a) Você está sendo convidado a participar de um estudo intitulado “Prevalência de Sintomas Depressivos, Ansiosos e Estresse em Acadêmicos de Medicina”. Pois, consideramos que é através das pesquisas clínicas que ocorrem os avanços na medicina, sendo assim, sua participação é de fundamental importância.
- b) O objetivo desta pesquisa é verificar a prevalência dos sintomas depressivos e ansiosos na população de acadêmicos do curso de medicina da Universidade Federal do Paraná, nas turmas do primeiro ano (primeiro período), segundo ano (terceiro período), terceiro ano (quinto período), quarto ano (sétimo período), quinto ano (nono período) e sexto ano (décimo primeiro período).
- c) Caso você participe da pesquisa, não será necessário fazer exames.
- d) Não se espera nenhum desconforto.
- e) Não existem riscos que envolvam a sua participação na pesquisa.
- f) Os benefícios esperados são dentre outros: detecção precoce de uma maior suscetibilidade para desenvolvimento de sintomas de depressivos e ansiosos criando estratégias para melhor enfrentar situações de estresse.
- g) Todas as informações que você queira ter, em relação à pesquisa, estão garantidas, antes durante e depois do estudo.
- h) A sua participação neste estudo é voluntária. Você tem a liberdade de se recusar a participar ou se aceitar a participar, retirar seu consentimento a qualquer momento da pesquisa. Este fato não acarretará nenhum prejuízo para você.
- i) As informações relacionadas ao estudo poderão ser inspecionadas pelo médico que executa a pesquisa e pelas autoridades legais, no entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que a confidencialidade seja mantida.
- j) Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.
- k) Pela sua participação no estudo, você não receberá qualquer valor em dinheiro.
- l) Todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa (questionário, escalas de avaliação) não são da responsabilidade do pesquisado.
- m) O médico responsável pela pesquisa (Dr. Luciano Souza, tel. 41 9968 2308) poderá ser contatado (a qualquer momento que for necessário), é o responsável pela pesquisa e seu acompanhamento durante o período da pesquisa.

Dr. Luciano Souza

“Prevalência de Sintomas Depressivos, Ansiosos e Estresse em Acadêmicos de Medicina”.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

- a) Você está sendo convidado a participar de um estudo intitulado “Prevalência de Sintomas Depressivos, Ansiosos e Estresse em Acadêmicos de Medicina”. Pois, consideramos que é através das pesquisas clínicas que ocorrem os avanços na medicina, sendo assim, sua participação é de fundamental importância.
- b) O objetivo desta pesquisa é verificar a prevalência dos sintomas depressivos e ansiosos na população de acadêmicos do curso de medicina da Universidade Federal do Paraná, nas turmas do primeiro ano (primeiro período), segundo ano (terceiro período), terceiro ano (quinto período), quarto ano (sétimo período), quinto ano (nono período) e sexto ano (décimo primeiro período).
- c) Caso você participe da pesquisa, não será necessário fazer exames.
- d) Não se espera nenhum desconforto.
- e) Não existem riscos que envolvam a sua participação na pesquisa.
- f) Os benefícios esperados são dentre outros: detecção precoce de uma maior suscetibilidade para desenvolvimento de sintomas de depressivos e ansiosos criando estratégias para melhor enfrentar situações de estresse.
- g) Todas as informações que você queira ter, em relação à pesquisa, estão garantidas, antes durante e depois do estudo.
- h) A sua participação neste estudo é voluntária. Você tem a liberdade de se recusar a participar ou se aceitar a participar, retirar seu consentimento a qualquer momento da pesquisa. Este fato não acarretará nenhum prejuízo para você.
- i) As informações relacionadas ao estudo poderão ser inspecionadas pelo médico que executa a pesquisa e pelas autoridades legais, no entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que a confidencialidade seja mantida.
- j) Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.
- k) Pela sua participação no estudo, você não receberá qualquer valor em dinheiro.
- l) Todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa (questionário, escalas de avaliação) não são da responsabilidade do pesquisado.
- m) O médico responsável pela pesquisa (Dr. Luciano Souza, tel. 41 9968 2308) poderá ser contatado (a qualquer momento que for necessário), é o responsável pela pesquisa e seu acompanhamento durante o período da pesquisa.

Eu, _____ li o texto acima e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual fui convidado a participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação no estudo a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem que esta decisão acarrete prejuízo para minha pessoa.

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

--/--/--	_____	--/--/--	_____
Data	Assinatura do aluno	Data	Assinatura do pesquisador

ANEXO C

PREVALÊNCIA DE SINTOMAS DEPRESSIVOS, ANSIOSOS E ESTRESSE EM ACADÊMICOS DE MEDICINA.

Prezado aluno (a):

Este questionário é parte integrante do projeto de pesquisa “Prevalência de Sintomas Depressivos, Ansiosos e Estresse em Acadêmicos de Medicina” do Programa de Pós-Graduação em Ciências – Cardiologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e tem como objetivo investigar os sintomas citados nos alunos do curso de medicina da UFPR. Assim, contamos com a colaboração de vocês para responder este questionário, expressando suas opiniões sem constrangimento. De nossa parte, garantimos o sigilo e anonimato dos participantes, e ainda, que o uso do material será de exclusividade do pesquisador responsável pelo projeto, que não o disponibilizará para qualquer outro fim.

Pesquisador: Dr. Luciano Souza; e-mail: dr.lsouza@uol.com.br; telefone celular: 041 99682308.

Agradecemos sua colaboração.

1. Idade (em anos completos): _____

2. Sexo:

- Masculino.
- Feminino.

3. Cor (marque somente uma opção):

- Branca.
- Preta.
- Parda/Mulata.
- Amarela.

4. Local de nascimento: Cidade _____ Estado/País _____

5. Estado civil:

- Solteiro com companheiro (a) ou namorado (a).
- Solteiro sem companheiro (a) ou namorado (a).
- Casado/União Estável.
- Separado.
- Viúvo.

6. Se você tem filhos. Quantos filhos você tem? _____
7. Você pratica alguma religião? Em caso afirmativo marcar a mais importante.
- Católica.
 - Espírita.
 - Pentecostal.
 - Protestante.
 - Afro-brasileira.
 - Não tenho religião.
 - Outra (qual?): _____
8. Em relação ao local de onde você mora durante o ano letivo? (marcar somente uma alternativa)
- Moro com familiares.
 - Moro sozinho.
 - Moro com outros estudantes (não república, pensão ou casa de estudante).
 - Moro em pensão ou república.
 - Moro em Casa de Estudantes.
9. Em relação ao tipo de transporte que comumente você utiliza para ir às aulas? (marcar somente a alternativa mais significativa):
- Vai a pé.
 - Vai com transporte coletivo.
 - Vai de carro como carona.
 - Vai com seu carro.
 - Vai com sua motocicleta.
 - Vai de bicicleta.
10. Em relação a sua saúde física: no geral ela é: (marcar somente a alternativa mais significativa).
- Péssima.
 - Razoável com problemas crônicos.
 - Boa com pequenos resfriados.
 - Boa e raramente me resfrio.
 - Excelente.

11. Quanto aos seus hábitos de vida: Você usa tabaco (cigarros)? (marcar somente a alternativa mais significativa).
- Não uso tabaco.
 - Pouquíssimo.
 - Pouco.
 - Médio.
 - Muito.
 - Muitíssimo.
12. Em caso afirmativo (de usar tabaco), poderia precisar quantos cigarros você usa por dia? (marcar somente a alternativa mais significativa).
- 1 a 5.
 - 6 a 10.
 - 11 a 15.
 - 16 a 20.
 - 21 a 25.
 - + de 25.
13. Em caso de não usar tabaco, você poderia responder: (marcar somente a alternativa mais significativa).
- Nunca fumei.
- Fumei e parei de fumar. Nesse caso fumou por quanto tempo?
- Menos de 1 ano.
 - De 1 a 3 anos.
 - De 3 a 5 anos.
 - Mais de 5 anos.
14. Ainda em relação aos seus hábitos de vida: Você usa bebida alcoólica? (marcar somente a alternativa mais significativa).
- Nunca bebi.
 - Bebo só quando estou deprimido.
 - Bebo só nos finais de semana.
 - Bebo nos finais de semana, mas nem sempre.
 - Bebo quando saio, mas nem sempre.
 - Bebo todos os dias.
 - Bebo quase todos os dias.
 - Bebia e parei de beber.

Nesse caso bebeu por quanto tempo?

- Menos de 1 ano.
- De 1 a 3 anos.
- De 3 a 5 anos.
- Mais de 5 anos.

15. Em caso afirmativo (de usar bebida alcoólica), pergunta-se, ainda, quando ingere (horário)?

- Em qualquer horário do dia.
- Principalmente à noite.

16. Em caso afirmativo (de usar bebida alcoólica), pergunta-se, ainda, onde ingere (local)?

- Em casa.
- Na faculdade.
- No bar.
- Na balada.

17. Em caso afirmativo (de usar bebida alcoólica), pergunta-se, ainda, quanto ingere (quantidade) de bebida alcoólica (marcar somente a alternativa mais significativa).

- Não uso nesse horário/Não uso nesse local/Não uso nessa quantidade.
- Pouquíssimo.
- Pouco.
- Médio.
- Muito.
- Muitíssimo.

18. Quando você bebe, utiliza frequentemente, que tipo de bebida alcoólica?

- Utiliza frequentemente bebidas destiladas (cachaça, uísque, vodka, rum, ou outro tipo de destilado).
- Utiliza frequentemente bebidas fermentadas (cerveja, vinho, ou outro tipo de fermentado).

19. Agora se pergunta quanto aos relacionamentos sociais?

- Relaciona-se bem com amigos e parentes e participa com frequência de atividades sociais.
- Relaciona-se bem com amigos e parentes, mas não participa com frequência de atividades sociais.
- Apresenta algumas dificuldades de relacionamentos com amigos.
- Evita o contato com amigos e parentes.

20. Quanto ao lazer, o que você gosta de fazer? (marcar somente a alternativa mais significativa).

a) Ler livros:

- Não é, para mim, uma opção de lazer.
- Pouquíssimo.
- Pouco.
- Médio.
- Muito.
- Muitíssimo.

b) Ler jornais e revistas:

- Não é, para mim, uma opção de lazer.
- Pouquíssimo.
- Pouco.
- Médio.
- Muito.
- Muitíssimo.

c) Ler livros ou artigos científicos:

- Não é, para mim, uma opção de lazer.
- Pouquíssimo.
- Pouco.
- Médio.
- Muito.
- Muitíssimo.

d) Ir ao cinema:

- Não é, para mim, uma opção de lazer.
- Pouquíssimo.
- Pouco.
- Médio.
- Muito.
- Muitíssimo.

e) Praticar esportes:

- Não é, para mim, uma opção de lazer.
- Pouquíssimo.
- Pouco.
- Médio.
- Muito.
- MUITÍSSIMO.

f) Internet:

- Não é, para mim, uma opção de lazer.
- Pouquíssimo.
- Pouco.
- Médio.
- Muito.
- MUITÍSSIMO.

g) Sair com amigos:

- Não é, para mim, uma opção de lazer.
- Pouquíssimo.
- Pouco.
- Médio.
- Muito.
- MUITÍSSIMO.

h) Viajar:

- Não é, para mim, uma opção de lazer.
- Pouquíssimo.
- Pouco.
- Médio.
- Muito.
- MUITÍSSIMO.

i) Ir ao boteco ou ir às baladas:

- Não é, para mim, uma opção de lazer.
- Pouquíssimo.
- Pouco.
- Médio.
- Muito.
- MUITÍSSIMO.

21. De quem, principalmente, você sofreu influência (inspiração, motivação ou estímulo) na escolha do curso de medicina? (marcar somente a alternativa mais significativa).

a) Influência dos pais:

- Nenhuma influência.
- Pouquíssima.
- Pouca.
- Média.
- Muita.
- Muitíssima.

b) Influência de outros familiares (avós, tios, primos):

- Nenhuma influência.
- Pouquíssima.
- Pouca.
- Média.
- Muita.
- Muitíssima.

c) Influência dos professores:

- Nenhuma influência.
- Pouquíssima.
- Pouca.
- Média.
- Muita.
- Muitíssima.

d) Influência de médicos:

- Nenhuma influência.
- Pouquíssima.
- Pouca.
- Média.
- Muita.
- Muitíssima.

f) Influência de canais de comunicação:

- Nenhuma influência.
- Pouquíssima.
- Pouca.
- Média.
- Muita.
- Muitíssima.

g) Influência da vontade própria:

- Nenhuma influência.
- Pouquíssima.
- Pouca.
- Média.
- Muita.
- Muitíssima.

22. Agora, em relação à carga de estudo (horas/semana) do curso de medicina, você considera: (marcar somente a alternativa mais significativa).

- Abaixo de 5 horas/semana.
- De 5 a 10 horas/semana.
- De 10 a 15 horas/semana.
- De 15 a 20 horas/semana.
- De 20 a 25 horas/semana.
- Acima de 25 horas/semana.

23. Quanto ao planejar seu dia de estudo, você costuma fazer isso? (marcar somente a alternativa mais significativa).

- Nunca.
- Pouquíssimas vezes.
- Poucas vezes.
- Medianamente ou na maioria das vezes.
- Muitas vezes.
- Quase sempre.

24. Procura, na realização das suas tarefas acadêmicas, fazer intervalos para relaxar? (marcar somente a alternativa mais significativa).

- Nunca.
- Pouquíssimas vezes.
- Poucas vezes.
- Medianamente ou na maioria das vezes.
- Muitas vezes.
- Quase sempre.

25. Já procurou auxílio médico devido a problemas de desempenho acadêmico (como dificuldades em lidar com o volume de informações)? (marcar somente a alternativa mais significativa).

- Nunca.
- Pouquíssimas vezes.
- Poucas vezes.
- Medianamente ou algumas vezes.
- Muitas vezes.
- Quase sempre.

26. Procurou auxílio médico, no ano anterior a sua entrada no curso de medicina, devido a algum tipo de problema (físico ou psicológico)? (marcar somente a alternativa mais significativa).

- Não procurei auxílio médico.
- Pouquíssimas vezes.
- Poucas vezes.
- Medianamente ou algumas vezes.
- Muitas vezes.
- Quase sempre.

27. Tem alguma incerteza em relação ao seu futuro profissional (como ter êxito na profissão e estabilidade econômica)? (marcar somente a alternativa mais significativa).

- Não tenho incertezas quanto ao futuro profissional.
- Pouquíssima.
- Pouca.
- Medianamente ou em alguns momentos.
- Muita.
- MUITÍSSIMA.

28. Você consegue tirar suas dúvidas, em relação aos estudos, com os professores? (marcar somente a alternativa mais significativa).

- Nunca consigo tirar minhas dúvidas com os professores.
- Pouquíssimas vezes.
- Poucas vezes.
- Medianamente ou em algumas vezes.
- Muitas vezes.
- Quase sempre.

29. Qual avaliação que você faria do relacionamento com seus colegas? (marcar somente a alternativa mais significativa).

- Pouquíssimo gratificante.
- Pouco gratificante.
- Medianamente gratificante.
- Muito gratificante.
- MUITÍSSIMO gratificante.

30. Você se sente respeitado como estudante? (marcar somente a alternativa mais significativa).

a) Pelos familiares:

- Nunca.
- Pouquíssimo.
- Pouco.
- Medianamente.
- Muito.
- MUITÍSSIMO.

b) Pelos professores:

- Nunca.
- Pouquíssimo.
- Pouco.
- Medianamente.
- Muito.
- MUITÍSSIMO.

c) Pelos colegas:

- Nunca.
- Pouquíssimo.
- Pouco.
- Medianamente.
- Muito.
- MUITÍSSIMO.

31. Em relação ao seu futuro profissional, a situação econômica do país preocupa você?
(marcar somente a alternativa mais significativa).

- Nunca.
- Pouquíssimas vezes.
- Poucas vezes.
- Medianamente.
- Muitas vezes.
- MUITÍSSIMAS vezes.

32. Você tem desejo de mudar de curso? (marcar somente a alternativa mais significativa).

- Nunca.
- Pouquíssimas vezes.
- Poucas vezes.
- Medianamente.
- Muitas vezes.
- MUITÍSSIMAS vezes.

ANEXO D

Piloto

'Instrumento de identificação e caracterização sócio-demográfica'

Prezados alunos:

Este questionário é parte da pesquisa "Avaliação através do Inventário Beck de Depressão e do Inventário de Ansiedade Traço-Estado IDATE da Prevalência de Sintomas Depressivos e Ansiosos e do nível de Stress nos acadêmicos do curso de Medicina da UFPR", que tem como objetivo investigar essas questões no grupo de alunos do curso de medicina da UFPR. Contamos com a colaboração de vocês para responder as questões, expressando suas opiniões sem constrangimento. De nossa parte, garantimos o anonimato e de que o uso do material será de exclusividade do pesquisador responsável pelo projeto, que não o disponibilizará para qualquer outro fim. Agradecemos sua colaboração.

2. Idade (em anos completos): _____

3. Sexo:

- Masculino.
- Feminino.

4. Cor:

- Branca.
- Preta.
- Parda/Mulata.
- Amarela.

5. Local de nascimento: Cidade _____

Estado/País _____

6. Estado civil:

- Solteiro com companheiro (a).
- Solteiro sem companheiro (a).
- Casado/União Estável.
- Separado.
- Viúvo.

7. Quantos filhos você tem?

0-----1-----2-----3-----4-----5-----6----- mais de seis.

8. Você pratica alguma religião? Em caso afirmativo marcar a mais importante.

- Católica.
- Espírita.
- Pentecostal. Qual? _____
- Protestante. Qual? _____
- Afro-brasileira. Qual? _____
- Outra: _____
- Não tenho religião.

9. Em relação ao local de onde você mora durante o ano letivo?

- Mora com familiares.
- Mora sozinho (a).
- Mora com outros estudantes.
- Mora em pensão ou república.
- Mora em Casa de Estudantes.

10. Em relação ao tipo de transporte que você utiliza para ir às aulas?

- Vai a pé.
- Vai com transporte coletivo.
- Vai de carro como carona.
- Vai com seu carro.
- Vai com sua motocicleta.
- Vai com sua bicicleta.

Outro: _____

11. Em relação a sua saúde física: no geral ela é:

- 0 - Péssima.
- 2 - Razoável com problemas crônicos.
- 5 - Boa com pequenos resfriados.
- 7 - Boa e raramente me resfrio.
- 10 - Excelente.

0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10

12. Quanto aos seus hábitos de vida?

Você usa tabaco (cigarros)?

- Sim
- Não

13. Em caso afirmativo, poderia precisar quanto:

0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10 ou + de 10 cigarros

14. Em caso negativo:

- Nunca fumei.
- Fumei e parei de fumar. Nesse caso fumou por quanto tempo?

Menos de 1 ano -----1 ano -----2 a 3 anos ----- 4 a 5 anos ----- mais de 10 anos.

15. Ainda em relação aos seus hábitos de vida?

Você usa bebida alcoólica?

- Sim
- Não

16. No caso afirmativo, poderia precisar qual tipo de bebida alcoólica.

- Cachaça
- Cerveja
- "Tubão"
- Outra(s): _____

17. Quanto os relacionamentos sociais?

- Relaciona-se bem com amigos e parentes e participa com frequência de atividades sociais
- Relaciona-se bem com amigos e parentes, mas não participa com frequência atividades sociais.
- Apresenta algumas dificuldades de relacionamento com amigos.
- Evita o contato com amigos e parentes.

18. Quanto ao lazer, o que você gosta de fazer?

- Leitura
- Cinema
- Pratica Esportes
- Não tenho atividades de lazer
- Outra (s): _____

19. Em relação à escolha do curso de medicina, você sofreu influência?

- Influência dos pais ou familiares
- Influência de professores
- Não sofreu influência de terceiros
- Influência de médicos
- Outros motivos: _____

20. Em relação à sua carga de estudo, você considera:

- 0 - Para muito leve.
- 2 - Para razoável.
- 5 - Para boa.
- 7 - Para elevada.
- 10 - Para muito elevada.

0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10

21. Costuma planejar seu dia de estudo?

- 0 - Raramente.
- 2 - Algumas vezes.
- 5 - Na maioria das vezes.
- 7 - Quase sempre.
- 10 - Sempre.

0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10

22. Procura, na realização das suas tarefas acadêmicas, fazer intervalos para relaxar?

- 0 - Raramente.
- 2 - Algumas vezes.
- 5 - Na maioria das vezes.
- 7 - Quase sempre.
- 10 - Sempre.

0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10

23. Já procurou auxílio médico devido a problemas no seu desempenho acadêmico?

- 0 - Raramente.
- 2 - Algumas vezes.
- 5 - Na maioria das vezes.
- 7 - Quase sempre.
- 10 - Sempre.

0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10

24. Tem alguma incerteza em relação ao seu futuro profissional?

- 0 - Raramente.
- 2 - Algumas vezes.
- 5 - Na maioria das vezes.
- 7 - Quase sempre.
- 10 - Sempre.

0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10

25. Você consegue tirar suas dúvidas, em relação aos estudos, com os professores?

- 0 - Raramente.
- 2 - Algumas vezes.
- 5 - Na maioria das vezes.
- 7 - Quase sempre.
- 10 - Sempre.

0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10

26. Qual avaliação que você faria do relacionamento com seus colegas?

- 0 - Ruim.
- 2 - Tenho poucos amigos.
- 5 - Bom.
- 7 - Tenho muitos amigos.
- 10 - Excelente.

0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10

27. Você se sente respeitado como estudante?

- 0 - Raramente.
- 2 - Algumas vezes.
- 5 - Na maioria das vezes.
- 7 - Quase sempre.
- 10 - Sempre.

0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10

28. Em relação ao seu futuro, a situação econômica do país preocupa você?

- 0 - Raramente.
- 2 - Algumas vezes.
- 5 - Na maioria das vezes.
- 7 - Quase sempre.
- 10 - Sempre.

0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10

29. Você tem desejo de mudar de curso?

- 0 - Raramente.
- 2 - Algumas vezes.
- 5 - Na maioria das vezes.
- 7 - Quase sempre.
- 10 - Sempre.

0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10

ANEXO E

HOSPITAL DE CLÍNICAS
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

A/C

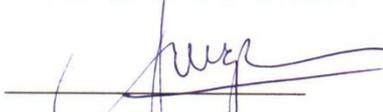
Coordenação do Comitê de Ética em Pesquisa em
Seres Humanos do Hospital de Clínicas/UFPR

Prezada coordenador (a),

Venho através desta, comunicar a alteração do título do projeto de pesquisa "AVALIAÇÃO POR MEIO DE INVENTÁRIO BECK DE DEPRESSÃO E DO INVENTÁRIO DE ANSIEDADE TRAÇO-ESTADO IDATE, DA PREVALÊNCIA DE SINTOMAS DEPRESSIVOS E ANSIOSOS E NÍVEL DE ESTRESSE NOS ACADÊMICOS DO CURSO DE MEDICINA DA UFPR" (CAAE: 0054.0.208.000-06; Registro CEP: 1215.063/2006-04) para "PREVALÊNCIA DE SINTOMAS DEPRESSIVOS E ANSIOSOS EM ACADÊMICOS DE MEDICINA". Cumpre salientar que esta alteração visa, unicamente, tornar o título mais sucinto e objetivo, sem alterar o conteúdo do projeto de pesquisa, ou seja, serão utilizados os mesmos inventários (Inventário Beck de Depressão e Inventário de Ansiedade Traço-Estado IDATE) para a avaliação dos sintomas depressivos, ansiosos e de estresse.

Atenciosamente,

Curitiba, 29 de Janeiro de 2009.



Dr. Luciano Souza
CRM 12169


17/02/09
Simone Cristiane de Souza
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
EM SERES HUMANOS / HC/UFPR
SECRETARIA - MAT/HC 7684