



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
CURSO DE ENFERMAGEM**

**RAMON FLAVIANO CANTANHEDE ROCHA**

**DEPRESSÃO ENTRE ACADÊMICOS DO CURSO DE ENFERMAGEM  
SEGUNDO O INVENTÁRIO DE BECK**

São Luís

2017

**RAMON FLAVIANO CANTANHEDE ROCHA**

**DEPRESSÃO ENTRE ACADÊMICOS DO CURSO DE ENFERMAGEM  
SEGUNDO O INVENTÁRIO DE BECK**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à banca de defesa do Curso de Graduação de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Rita da Graça Carvalhal Frazão Corrêa

São Luís

2017

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).  
Núcleo Integrado de Bibliotecas/UFMA

Rocha, Ramon Flaviano Cantanhede.

Depressão entre acadêmicos do curso de Enfermagem segundo o Inventário de Beck / Ramon Flaviano Cantanhede Rocha. - 2017.

54 f.

Orientador(a): Rita da Graça Carvalhal Frazão Corrêa.  
Monografia (Graduação) - Curso de Enfermagem,  
Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2017.

1. Estudantes de Enfermagem. 2. Inventário de Depressão de Beck-II. 3. Sintomas depressivos. I. Corrêa, Rita da Graça Carvalhal Frazão. II. Título.

Ramon Flaviano Cantanhede Rocha

DEPRESSÃO ENTRE ACADEMICOS DE ENFERMAGEM SEGUNDO O  
INVENTARIO DE BECK

Trabalho de Conclusão do Curso de Enfermagem apresentado à banca de defesa  
do Curso de Graduação de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão.

Aprovado em: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ Nota: \_\_\_\_\_

Banca Examinadora

---

Profa. Dra. Rita da Graça Carvalhal Frazão Corrêa – Orientadora  
Universidade Federal do Maranhão

---

Profa. Dra. Rosilda Silva Dias – 1º Membro  
Universidade Federal do Maranhão

---

Profa. Esp. Ethelanny Panteleão Leite – 2º Membro  
Universidade Federal do Maranhão

A todos aqueles que de alguma forma estiveram e estão próximos de mim, fazendo esta vida valer cada vez mais a pena; dedico este trabalho.

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus que permitiu que tudo isso acontecesse, ao longo da minha vida, e não somente nesses anos como universitário, mas que em todos os momentos é o maior mestre que alguém pode conhecer.

A Universidade Federal do Maranhão, seu corpo docente, diretivo e administrativo que oportunizaram a janela que hoje vislumbro um horizonte superior, evidenciada pela confiança no mérito e ética.

À profa. Dra. Rita da Graça Carvalhal Frazão Corrêa pela orientação, apoio e confiança.

À profa. Dra. Maria Teresa Martins Viveiros pela oportunidade e apoio na elaboração deste trabalho.

Agradeço a minha mãe Célia Maria da Luz Cantanhede, heroína que me deu apoio, incentivo nas horas difíceis, de desânimo e de cansaço.

Ao meu pai que apesar de todas as dificuldades me fortaleceu e que para mim foi muito importante.

Obrigado! Primos e tios pela contribuição valiosa.

Meus agradecimentos aos amigos: Cristiane Carneiro, Dyogo Luis, David Silva, Lucas Cardoso, Igor Perfetti, Tereza Castro; companheiros de trabalho e irmãos na amizade que fizeram parte da minha formação e que vão continuar presentes em minha vida com certeza.

A todos que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação, o meu muito obrigado.

“A felicidade é um problema individual. Aqui, nenhum conselho é válido. Cada um deve procurar, por si, tornar-se feliz.”

(Sigmund Freud)

## RESUMO

Este estudo teve como objetivo determinar a medida de depressão entre acadêmicos do Curso de Graduação em Enfermagem. O público alvo deste estudo transversal foi 151 estudantes de enfermagem da Universidade Federal do estado do Maranhão – UFMA. Para a coleta de dados utilizou-se o Inventário de Depressão de Beck-II (BDI-II), versão brasileira composto de 21 questões que visa observar os pensamentos e sentimentos comuns em estágios depressivos como baixa autoestima, julgamento negativo de si, ideação suicida, dentre outros. O estudo obteve os seguintes resultados: depressão mínima - 72,85%; depressão leve - 16,56%; depressão moderada - 6,62%; depressão severa- 3,97%. Concluiu-se que a depressão esteve presente em algum nível entre os alunos e que o estresse teve relação com os sintomas de depressão, embora o nível de depressão encontrado seja considerado aceitável. Contudo, faz-se essencial observar mecanismos de enfrentamento para que tal situação não se agrave.

Palavras-chave: Inventário de Depressão de Beck-II. Sintomas depressivos. Estudantes de Enfermagem.

## **ABSTRACT**

This study aimed to determine the extent of depression among undergraduate nursing students. The target audience for this cross-sectional study was 151 nursing students from the Universidade Federal do Maranhão - UFMA. For the data collection it was used the Beck-II Depression Inventory (BDI-II), a Brazilian version composed of 21 questions that aims to observe common thoughts and feelings in depressive stages such as low self-esteem, negative self-judgment, and suicidal ideation, among others. The study obtained the following results: minimum depression - 72,85%; light depression - 16,56%; moderate depression - 6,62%; severe depression - 3,97%. It was concluded that depression was present at some level among the students surveyed and that stress is related to the symptoms of depression. Although, that the level of depression found is considered acceptable. However, it is essential to observe coping mechanisms so that this situation does not worsen.

Keyword: Beck-II Depression Inventory. Depressive symptoms. Nursing students.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ADT	Antidepressivos Tricíclicos
APA	American Psychiatric Association
AVE	Acidente Vascular Encefálico
CID 10	Classificação Internacional das Doenças edição 2010
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DSM-IV	Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 4ª edição
DSM-V	Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 5ª edição
GPA	Grade Point Average/Média de pontos das notas
HDRS	Hamilton Depression Rating Scale
ISRSs	Inibidores Seletivos de Recapitação de Serotonina
OMS	Organização Mundial da Saúde
PTS	Projeto Terapêutico Singular
SDS	Escala de Depressão de auto-avaliação
TCC	Terapia Cognitivo-Comportamental
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TPM	Tensão Pré-Menstrual
UFMA	Universidade Federal do Maranhão

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	10
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	13
<b>2.1</b>	<b>Objetivo geral</b> .....	13
<b>2.2</b>	<b>Objetivos específicos</b> .....	13
<b>3</b>	<b>METODOLOGIA</b> .....	14
<b>3.1</b>	<b>Tipo de estudo</b> .....	14
<b>3.2</b>	<b>Local de estudo</b> .....	14
<b>3.3</b>	<b>CrITÉrios de inclusão</b> .....	14
<b>3.4</b>	<b>CrITÉrios de não inclusão</b> .....	15
<b>3.5</b>	<b>Instrumento de pesquisa</b> .....	15
<b>3.6</b>	<b>Coleta de dados e amostra</b> .....	16
<b>3.7</b>	<b>Análise de dados</b> .....	16
<b>3.8</b>	<b>Aspectos ticos</b> .....	17
<b>4</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	18
<b>4.1</b>	<b>Contexto histrico da depressão</b> .....	18
<b>4.2</b>	<b>Definio de depressão, dados epidemiolgicos e causas da patologia</b> .....	19
<b>4.3</b>	<b>Tipos de depressão</b> .....	21
<b>4.4</b>	<b>Tratamento da depressão e profilaxia</b> .....	22
<b>4.5</b>	<b>Depressão e estudantes</b> .....	24
<b>5</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÕES</b> .....	26
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	36
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	37
	<b>APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido</b> .....	42
	<b>APÊNDICE B – Questionário</b> .....	44
	<b>ANEXO A – Parecer Consubstanciado do Comitê de tica e Pesquisa</b> .....	48
	<b>ANEXO B – Termo de Compromisso</b> .....	53
	<b>ANEXO C – Parecer do Colegiado de Curso – Projeto de TCC</b> .....	54

## 1 INTRODUÇÃO

A depressão se tornou um problema de grande importância nos dias de hoje e parece estar relacionada a uma reação ao mundo moderno. O Relatório Mundial de Saúde expõe que a urbanização, o envelhecimento e as mudanças globalizadas nos estilos de vida combinam-se entre si para tornar as doenças crônicas e não transmissíveis – incluindo-se a depressão – causas cada vez mais importantes de morbidade e de mortalidade (LOPEZ et al., 2010).

A depressão manifesta-se nos dois gêneros, em quaisquer idades ou nível de escolaridade, entretanto é mais comum na adolescência e início da vida adulta e entre mulheres devido, principalmente, às mudanças de níveis hormonais no decorrer da vida feminina. Estima-se que a depressão será, até 2020, a primeira causa de incapacitação nos países emergentes. A patologia também pode vir acompanhada com picos de alegria (euforia) e de baixa autoestima, além de ansiedade e medo, em ambos os sexos (FUREGATO; SANTOS; SILVA, 2008).

Segundo o Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V), essa doença é considerada como um transtorno mental universal e a sua principal característica consiste na alteração de humor ou do afeto; sendo por isso nomeada como um “transtorno de humor”. A variação deste fator possui uma imensa repercussão em relação à pessoa atingida. É uma doença que atinge a pessoa humana em corpo, mente e espírito, bem como afeta as suas relações sociais com o ambiente em que este indivíduo se encontra (APA, 2014).

A depressão se origina em meio a alguns fatores que envolvem o contexto social e psicológico (etiologia). Citam-se alguns meios pelo qual ocorre o desenvolvimento da doença: Biológicos – são aqueles que envolvem transtornos do humor com desregulações de neurotransmissores. Os fatores genéticos apresentam-se como uma herança genética, citando-se, como exemplo, o transtorno bipolar. Os fatores psicossociais incluem acontecimentos vitais e estresse ambiental. Consideram-se esses pontos importantes para a compreensão da patologia, para, assim, existir um tratamento adequado (KAPLAN; SADOCK, 2016).

Os transtornos depressivos estão associados a graves consequências em termos de mortalidade e morbidade, causando perda da produtividade e interferindo nas relações interpessoais. E os efeitos da depressão, a longo prazo, são tão graves

quanto aqueles observados em diversas condições médicas gerais, capazes de influenciar, de maneira adversa, a longevidade e o bem-estar (REIS et al., 2011).

A depressão é apontada nos dias de hoje como a quarta doença mais presente no mundo. Estima-se que a doença afete 121 milhões de pessoas, e menos de 25% dos deprimidos têm acesso ao tratamento. Calcula-se que 5 a 10% da população mundial sofrerão ao menos um episódio de depressão ao longo da vida (OMS, 2002).

As mulheres apresentam chances maiores de deprimir (10 a 20%) do que os homens (5 a 12%). Cerca de 15% dos deprimidos graves se suicidam. (OMS, 2002). Segundo o Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 5ª edição (DSM-V), a característica essencial de um episódio depressivo maior é um período mínimo de duas semanas durante as quais há um humor deprimido ou perda de interesse ou prazer por quase todas as atividades (APA, 2014).

Os principais sinais e sintomas presentes nessa doença são: humor deprimido ou irritabilidade, ansiedade e angústia, desânimo, fadiga, necessidade de maior esforço para realizar tarefas do cotidiano. Diminuição ou incapacidade de sentir alegria e prazer em atividades anteriormente consideradas agradáveis. Falta de motivação (desinteresse), apatia, indecisão, pessimismo. Baixa autoestima, pensamentos suicidas e risco para suicídio. Insônia, perda ou aumento de apetite e peso. Dificuldade de concentração, raciocínio mais lento e esquecimento, interpretação distorcida e negativa da realidade – tudo é visto sob a ótica depressiva, em um tom “cinzento” para si, os outros e o seu mundo (FERRAZ, 2014).

Em crianças e adolescentes o humor pode ser irritável ao invés de triste. O indivíduo também deve experimentar pelo menos quatro sintomas adicionais, extraídos de uma lista que inclui alterações no apetite ou peso, sono e atividade psicomotora; diminuição da energia; sentimentos de desvalia ou culpa; dificuldades para pensar, concentrar-se ou tomar decisões; pensamentos recorrentes sobre morte ou ideação suicida, planos ou tentativas de suicídio (BARBOSA; MACEDO; SILVEIRA, 2011).

A depressão é classificada segundo os critérios em leve, moderada e grave. Nos quadros moderados e graves sempre há necessidade de se mapear se há presença de ideias de morte ou ideação suicida (BECK; ALFORD, 2016).

O confronto com o ensino superior é considerado como uma ruptura com a continuidade. Na maior parte dos casos é a primeira saída de casa para o início do que virá a ser sua vida independente. Esta mudança leva a uma necessidade de criação de mecanismos de adaptação a nível físico, social, emocional ou acadêmico. Nas duas principais vertentes (social e acadêmica) encontra-se dois pontos de referência, os diferentes níveis de exigência a nível acadêmico e as questões referentes à integração (CLAUDINO; CORDEIRO, 2017).

O principal problema proposto por este trabalho e relacionado à pesquisa consiste na seguinte pergunta: Qual a medida de depressão entre os acadêmicos de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão (UFMA)?

O fato de alguns acadêmicos do Curso de Enfermagem relatarem a possibilidade de serem portadores de depressão e outras doenças psiquiátricas, me fez refletir que esses poderiam ter sintomatologias da doença, devido a causas como desgastes emocional diário, estresse, fadiga, ansiedade dentre outras preocupações. E com isso, me despertou um olhar reflexivo a acerca desses riscos tornarem-se fatores desencadeantes para o desenvolvimento de uma crise depressiva.

Conhecer a sintomatologia da depressão entre esse grupo de acadêmicos se faz necessário e torna-se relevante com o objetivo de investigar a presença de sintomas e a possibilidade de encaminhamentos para assistência preventiva ou tratamento em caso de confirmação da doença.

Tendo em vista esse contexto é necessário identificar o quanto é imprescindível conhecer a problemática da depressão, com base nos tratamentos médicos, terapias alternativas, psicoterapia, haja vista não existir nenhum projeto de orientação na área acadêmica com proposta de acompanhamento desses discentes. A presença de sinais e sintomas incapacitantes, e ainda com a possibilidade do risco de suicídio, podem trazer graves danos à saúde do indivíduo exposto, o que justifica a realização deste estudo.

Acredito que possa haver uma relação entre as situações vivenciadas pelo acadêmico de Enfermagem, no seu dia-a-dia, e o risco dessas situações serem fatores desencadeantes e que haja uma ligação da depressão, com o desgaste emocional diário, estresse, fadiga, ansiedade, preocupações e o exagerado nível de exigência profissional.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo geral**

Determinar a medida de depressão entre acadêmicos do curso de graduação em Enfermagem.

### **2.2 Objetivos específicos**

- a) Descrever o perfil sociodemográfico dos acadêmicos do Curso de Enfermagem da UFMA, investigados.
- b) Conhecer os sintomas associados à situações estressantes referidas.

### **3 METODOLOGIA**

#### **3.1 Tipo de estudo**

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, com abordagem quantitativa.

#### **3.2 Local de estudo**

O estudo foi realizado no Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Maranhão (UFMA), localizada na Avenida dos Portugueses, Bacanga-CEP: 65080-805. São Luís (MA).

O Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão, anteriormente denominado Escola de Enfermagem São Francisco de Assis, foi fundado no dia 18 de julho de 1948, pela Irmã Josefa Maria de Aquiraz, então Superior Geral das Irmãs Missionárias Capuchinhas. O Hospital Tarquínio Lopes Filho foi o berço da Escola de Enfermagem nos primeiros anos. Em 1950, passou a funcionar em sede própria, na rua Rio Branco, nº 308, Centro, São Luís-Maranhão. O Curso foi reconhecido pelo Decreto Federal nº 30.628, de 11 de março de 1952, publicado no Diário Oficial da União, de 20 de março de 1952. Em 1961, foi agregado à Universidade Católica do Maranhão e incorporado à Fundação Universidade do Maranhão, em 27 de janeiro de 1967, conforme Lei nº 5.152, de 21 de outubro de 1966. Em maio de 1994, o Curso foi instalado em prédio próprio, situado na Rua Viana Vaz, 230 (CURSO DE ENFERMAGEM UFMA, 2016).

#### **3.3 Critérios de inclusão**

Foram incluídos na pesquisa discentes regularmente matriculados no Curso de Enfermagem da UFMA, do 3º até o 8º período, que se encontravam no local (Departamento de Enfermagem), no momento da pesquisa. Amostra por conveniência com abordagem aos discentes que compareceram no local da coleta no período definido. Considera que os períodos incluídos tem matriculados, discentes e que sua frequência é variável nos dias de aulas. Nenhum participante se recusara a participar do estudo quando abordado.

### 3.4 Critérios de não inclusão

- a) Acadêmicos do 1º e 2º períodos, considerando que estes alunos ainda não estavam matriculados nas disciplinas específicas;
- b) Acadêmicos do 9º e 10º períodos, considerando a dificuldade de localização, devido os mesmos estarem nos campos de estágio cumprindo atividades curriculares de estágio I e II;
- c) Acadêmicos cursando disciplinas vinculadas em alguns períodos; porém não devidamente matriculados.

### 3.5 Instrumento de pesquisa

O questionário utilizado na pesquisa foi o **Inventário de Depressão de Beck ou Escala de Depressão de Beck**. É um instrumento de avaliação validado no Brasil e no mundo; de origem norte americana.

O *Inventário de Depressão de Beck* ou *Escala de Depressão de Beck* (BDI) foi criado por Aaron Beck, e consiste em um questionário de auto-relato com 21 itens de múltipla escolha. É um dos instrumentos mais utilizados para medir a severidade de episódios depressivos (BECK; STEER; GARBIN, 1988).

O BDI compreende 21 premissas referentes ao atual momento do sujeito e quantificadas em uma escala de 4 pontos de intensidade (0 á 3). O propósito dessa escala é avaliar a medida da depressão. É um instrumento de fácil manipulação e aplicação, além de possuir grande aceitação. Os escores variam de zero até 63, onde o zero indica não existir nenhum traço de depressão, enquanto o escore mais alto indica maior gravidade da depressão (BECK; STEER; GARBIN, 1988).

O guia de interpretação é o que se segue: (a) 0 -13 = depressão mínima; (b) 14 - 19 = indica estado de depressão leve; (c) 20 - 28 = compreende um estado de depressão moderada; e (d) 29 - 63 = indica um estado de depressão severa. O BDI avalia a medida de depressão de acordo com os novos critérios estabelecidos pelo DSM-V. Os itens referem-se à tristeza, ao pessimismo, à sensação de fracasso, à falta de satisfação, à sensação de culpa, à sensação de punição, à autodepreciação, a autoacusações, a ideias suicidas, a crises de choro, à irritabilidade, à retração social, à indecisão, à distorção da imagem corporal; à

inibição para o trabalho, aos distúrbios do sono, à fadiga, a perda de apetite e de peso, à preocupação somática; à diminuição de libido, respectivamente.

O questionário sociodemográfico apresenta itens como: a idade do acadêmico, o período na qual o mesmo se encontra, e o sexo. Esse questionário encontra-se no cabeçalho do Inventário de Beck e deverá ser preenchido de forma legível pelos discentes que participarem da pesquisa.

### **3.6 Coleta de dados e amostra**

O estudo foi realizado na Universidade Federal do Maranhão (UFMA), durante o período letivo dos acadêmicos. A realização da coleta de dados ocorreu por meio da aplicação do questionário (Escala de Depressão de Beck) sendo oportunizado ao estudante o tempo livre para o preenchimento. A amostra foi por conveniência entre os alunos que estavam no ambiente acadêmico no momento da pesquisa. A coleta de dados foi realizada nos meses de maio a junho do ano de 2017.

### **3.7 Análise de dados**

Os resultados da pesquisa foram obtidos e ordenados com auxílio do programa de computador **Epi Info**, um programa integrado desenvolvido para uso em Epidemiologia, porém se aplica também a pesquisas no campo da saúde em geral. Reúne aplicações de banco de dados (criação, entrada e processamento), análise estatística, geração de tabelas e gráficos, possibilita ainda algumas tarefas de programação. É utilizado para criar e analisar questionários de protocolos de pesquisa.

Os dados foram tratados segundo a análise descritiva por meio da criação de instrumentos adequados à sistematização da pesquisa como gráficos, tabelas, indicadores numéricos e organização dos dados quantitativos.

### **3.8 Aspectos éticos**

Esta pesquisa atendeu à Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CSN) e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário- CEP/HUUFMA, com o Parecer Nº 2. 003.250. A coleta de dados da foi realizada após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), sendo apresentado aos discentes o objetivo da pesquisa, explicando os motivos da escolha de sua participação, a qual se dá em caráter voluntário, garantindo o anonimato, bem como a confidencialidade dos dados.

## 4 REVISÃO DE LITERATURA

### 4.1 Contexto histórico da depressão

A inserção do termo depressão se deu por via da relação com a temática da melancolia, passando a ser usado, inicialmente, durante o século XIX. Com relação à Psicopatologia, as influências da Filosofia, da Psicologia, da Psicanálise e da Antropologia ainda eram consideradas, sendo marcante a utilização dos manuais apenas após o advento da Idade Moderna. A melancolia, por sua vez, na Antiguidade, não era associada diretamente a uma ideologia de doença. Pelo contrário: sempre teve sua descrição relacionada a um traço de superioridade intelectual e refinamento social, sendo esse conceito preservado até o início do século XIX (CAVALCANTE; LAGE, 2007).

No final do século XVIII, Philippe Pinel empreendeu a primeira tentativa de uma categorização psiquiátrica acerca da melancolia; seu estudo baseava-se principalmente na observação clínica e na busca de agrupar seus sintomas. Esquirol, seu discípulo, empenhou-se em desenvolver descrições clínicas mais detalhadas, destacando as monomanias que apresentavam, por um lado, uma vertente de mania sem delírio e uma parte de melancolia, e, por outro lado, a *lipemania*. À época, definiu-a como um quadro comportamental de tristeza, abatimento, desgosto de viver, que se faz acompanhar de um delírio de ideia fixa (GONÇALES; MACHADO, 2008).

Freud (1974) menciona que não existe uma teoria definida sobre a depressão, embora o autor tenha identificado e descrito como manifestações depressivas nas diferentes categorias nasográficas sem, no entanto, assemelhá-las à melancolia nem reuni-las em critérios para diagnóstico, onde se pode encontrar nos manuais de Psiquiatria da atualidade. Freud, ao semiotizar os sinais e sintomas de histeria, estendeu-se nas manifestações mais importantes e incluiu nelas os sintomas de depressão.

De fato, apesar de Freud ter dedicado maior atenção à melancolia, fazendo poucas alusões à depressão, observa-se a descrição de fenômenos depressivos no caso de Dora (1922/1980a), neurose histérica, e no caso Homem dos Ratos (1985/1980b), neurose obsessiva. No caso do artigo “*Um caso de cura pelo hipnotismo*” encontra-se uma diferenciação entre depressão e melancolia,

fundamentando, assim, a ideia de que Freud considerava a depressão um sintoma presente na neurose (CAVALCANTE; LAGE, 2007).

Deloya (2002) pontua que a depressão se caracteriza em modo de existir “modernamente” por intermédio de um estado na qual o ser humano pensa incapacitado para encontrar outra maneira de lidar com as novas exigências da sociedade atual, seja pelo ponto do individualismo reinante, seja pela cobrança excessiva na competência no trabalho, seja pelo avanço tecnológico e desemprego. Na visão supra, a depressão pode ser considerada uma reguladora da vida psíquica, atrelada tanto a uma condição de origem do espaço psíquico como ao próprio estado de desamparo inerente a uma condição humana. É uma forma de reação da civilização aos seus mal-estares, é o recurso que surge ante as ameaças da vida psíquica já anunciadas.

O principal referencial para profissionais de saúde para o diagnóstico de depressão é o Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV) e a Classificação Internacional das Doenças (CID-10). No DSM IV, existe uma enorme classificação de subtipos de depressão, os quais possuem mais representividade para médicos que escolhem determinados tipos de medicamentos baseados nos critérios desses manuais (MELO; TEIXEIRA, 2012).

#### **4.2 Definição de depressão, dados epidemiológicos e causas da patologia**

Segundo a CID-10, depressão é um estado de humor depressivo e de aversão a qualquer atividade que possa afetar os pensamentos, comportamentos, sentimentos e sensação de bem-estar de um indivíduo. O humor deprimido não é necessariamente um transtorno psiquiátrico. Pode ser uma reação a determinados acontecimentos da vida sintoma de algumas condições clínicas ou efeito colateral de alguns medicamentos ou tratamentos médicos. O humor deprimido também é característica principal associada a certas síndromes psiquiátricas, tais como a distímia e a baixa autoestima situacional ou crônica (OMS, 1997).

Estudos epidemiológicos revelam a relação de perda de produtividade e faltas à escola, ao trabalho e outros compromissos sociais. Projeções indicam que em 2020, o custo global medido em termos de anos de vida ajustados por incapacitação, ficarão atrás somente das doenças cardiovasculares e isquêmicas (FUREGATO; SANTOS; SILVA, 2010).

A prevalência de depressão pode ser maior no sexo feminino, no início da vida adulta, em situações de stress, que, na profissão de enfermagem, o sexo feminino preenche a maior parte das vagas de trabalho e, também, que a área da saúde é relativamente estressante, pois lida com vidas em sofrimento, preocupar-se com a presença de depressão entre os acadêmicos de enfermagem torna-se primordial (FUREGATO; SANTOS; SILVA, 2008).

A depressão afeta anualmente, 17 milhões de americanos, causando grande sofrimento aos portadores, aos seus familiares e às pessoas com quem convivem. Estima-se que a depressão será, até 2020, a primeira causa de incapacitação nos países em desenvolvimento (AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION, 2002).

É sabido que alguns fatores poderão facilitar o aparecimento dessa patologia. Podem-se citar alguns gatilhos comuns da depressão a exemplo dos neurotransmissores alterados (desequilíbrio nas concentrações de acetilcolina e adrenalina nos receptores neuronais), fatores genéticos, chances de ocorrerem doenças maiores no sexo feminino, idade avançada, antecedentes pessoais de doenças crônicas; pacientes vítimas de fortes traumas emocionais, eventos estressantes e baixa autoestima, bem como o uso abusivo de medicamentos sem o prévio conhecimento de seus efeitos colaterais. O estilo de vida, os hábitos de vida e a estrutura genealógica relacionados ao indivíduo também podem corroborar para o aparecimento de um ou mais episódios depressivos na trajetória de vida desse indivíduo em questão (SILVA, 2010).

Ao contrário do que normalmente se pensa, os fatores psicossociais, muitas vezes, são consequência e não causa da doença. Cumpre ressaltar que o estresse poderá precipitar a depressão em pessoas com predisposição, que geralmente é genética. A prevalência mundial da depressão é estimada em 19%, o que significa que aproximadamente um em cada cinco pessoas no mundo expressará o problema em algum momento da vida (OMS, 2002).

Janicak *et al.* (1990) sugeriram diversas hipóteses etiológicas e biológicas como justificativas hipotéticas para a evolução do quadro da depressão, dentre elas: Hipótese das catecolaminas, hipótese permissiva, hipótese neuroendócrina, hipótese de hiporregulação, hipótese do sono e hipótese genética. Com isso, relaciona-se a depressão como um quadro clínico multifatorial com várias hipóteses de diferentes conteúdos explicativos.

Ramos (1984) afirma que os fatores genéticos estariam na dependência do efeito de um gene unitário dominante, com penetração incompleta. Há, entretanto, teorias apontando uma causa multifuncional para explicar uma causa multifuncional para explicar a doença.

Weitkamp *et al.* (1981), estudaram a distribuição dos haplóides HLA (antígeno leucocitário humano) entre famílias e membros depressivos; parece existir uma relação entre os genes ligados ao sistema HLA no cromossomo 6 e a susceptibilidade do transtorno depressivo maior. Já Carlson (2002) refere que investigações sobre a depressão bipolar apontam para um gene, cuja localidade foi atribuída a um dos cromossomos: 4, 18, 21 ou cromossomo X.

Aspectos de vida antes considerados normais são patologizados, tanto os de caráter reativo a condições e adversidades de vida, como a transformação em risco de situações inevitáveis. Ser mulher, estar na menopausa, ter Tensão Pré-Menstrual (TPM) ou estar na andropausa, além de estar em uma faixa etária ambígua, que é considerada como fator de risco e que inclui a infância, a idade adulta e a velhice – isto é, qualquer momento da vida, de todo ser vivo – torna o indivíduo portador de risco de ter depressão (SOARES; CAPONI, 2011).

### **4.3 Tipos de depressão**

As depressões catatônicas são caracterizadas por intensas alterações da psicomotricidade, entre as quais: imobilidade quase completa, atividade motora excessiva, negativismo extremo, mutismo, estereotípias, ecolalia ou ecopraxia, obediência ou imitação automática. As facilidades de diagnóstico e de tratamento quase sempre impedem a progressão para estados mais graves, que ainda em passado recente, ameaçavam a vida dos pacientes (CANDIDO; FUREGATO, 2008).

Outro tipo conhecido são as Distímias, que geralmente possuem intensidade mais leve que os episódios de depressão maior. Mais que o humor francamente deprimido, os pacientes com distímia sofrem por não sentir prazer nas atividades habituais, e por terem suas vidas coartadas por uma espécie de morosidade irritável (GUSMÃO, 2005).

O transtorno afetivo bipolar também se caracteriza por sintomas depressivos pode ser classificado, de acordo com o tipo do episódio atual, em hipomaníaco, maníaco ou depressivo. Os episódios maníacos são subdivididos de

acordo com a presença ou ausência de sintomas psicóticos. Os episódios depressivos são classificados de acordo com as regras descritas no CID-10 F32. O transtorno afetivo bipolar inclui ainda os episódios mistos (CANDIDO; FUREGATO, 2008).

Existem também alguns outros tipos especiais tais como Depressão Pós-parto: Ocorre entre 2 semanas a 12 meses após o parto, com risco maior em mulheres com antecedentes de depressão. Considera-se que o parto (e as mudanças que ele traz, hormonais e de vida) seja um potente agente estressor desencadeando a depressão pós-parto em mulheres com certa tendência a adquirir essa condição (OMS, 1997).

A depressão reativa ou secundária surge em resposta a um estresse identificável como perdas (reações de luto, ou pode ser consequência de uma das incapacidades decorrentes de doença física (tumores cerebrais, AVE e doenças na tireoide); por exemplo, o AVE tem como sintoma, a afasia - que seria uma alteração na comunicação e expressão da linguagem. O sujeito afásico tem dificuldades de interações sociais e laborativas, o que pode ocasionar sentimentos de menos valia e constrangimentos diante do mesmo. Esse estresse provocado por essa sensação de vergonha e incapacidade pode fazer com que o sujeito procure se isolar de seu meio, reprimindo seus sentimentos de tristeza. Essa tristeza e esse isolamento podem desencadear a depressão reativa no paciente em questão (RODRIGUES, et al., 2011).

A depressão atípica é evidenciada por hipersonia, hiperfagia, ganho de peso, variação diária invertida piorando à noite, humor reativo, aumentada sensibilidade interpessoal (LAUTER, 2011).

#### **4.4 Tratamento da depressão e profilaxia**

O tratamento da depressão divide-se em duas abordagens: o medicamento e a psicoterapia. As duas abordagens devem sempre estar de mãos juntas, não se recomendando assim uma escolha por parte do paciente em apenas uma única via de tratamento (SILVA, 2010).

Um dos avanços mais importantes nas abordagens psicossociais aos problemas sociais foi o sucesso da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) para a depressão. Empregando uma série de técnicas cognitivas e comportamentais bem

especificadas, a terapia também se diferencia pela estrutura detalhada de cada sessão, com suas pautas específicas e pelo estilo terapêutico bem definido e claramente capaz de interagir com o paciente por intermédio de várias perguntas (Estilo Socrático). A TCC foi desenvolvida em meados da década de 1950 por Aaron T. Beck; a partir de seus estudos propôs um modelo de depressão, que, evoluindo em seus aspectos teórico e aplicado, constitui-se em um novo sistema de psicoterapia, que ele denominou inicialmente de Terapia Cognitiva e que hoje é mais amplamente conhecida como Terapia Cognitivo-Comportamental (YOUNG et al., 2016).

A psicanálise constitui-se como um discurso importante na compreensão dos problemas sociais e culturais da sociedade contemporânea. Quando Freud criou a psicanálise prevaleciam os valores fundamentados em grandes ideais os quais privilegiavam a coletividade. Essencialmente é uma teoria da personalidade e um procedimento de psicoterapia; considerada como um método para a compreensão e análise do homem, compreendido enquanto sujeito do inconsciente (MENDES; VIANA; BARA, 2015).

Como recomendação farmacológica, tem-se um vasto imenso arsenal de medicações que ajudam no tratamento da doença tais como fluoxetina (prozac), citalopram (celexa), sertralina (zoff), paroxetina (paxil), escitalopram (lexapro), os quais são conhecidos na literatura médica como antidepressivos inibidores selectivos de receptação de serotonina (ISRSs). Os ISRSs aumentam a concentração extracelular do neurotransmissor serotonina ao inibir a sua recaptação pelo neurónio pré-sináptico, elevando o nível de serotonina disponível para se ligar ao receptor neuronal pós-sináptico (SILVA, 2010).

Carlson (2002) afirma que o lítio tem sido empregado para alongar os intervalos intercrises, além de abortar ou minimizar as crises de depressão endógena e os episódios de mania. Acredita-se que o lítio estabiliza os receptores de neurotransmissor especialmente de serotonina.

Os antidepressivos tricíclicos têm sido o padrão ouro de eficácia antidepressiva e preferidas pelos psiquiatras nas depressões graves. Sua eficácia em idosos é bem estabelecida. Os ADT atuam sobre receptores noradrenérgicos e serotoninérgicos; bem como os histaminérgicos, alfa-adrenérgicos, muscarínicos e dopaminérgicos; são responsáveis por vários efeitos colaterais tais como:

hipotensão ortostática, xerostomia, tremores, constipação, taquicardia e diminuição da pressão arterial sistólica ao levantar. (SCALCO, 2002).

O Projeto Terapêutico Singular (PTS) deve ser resultado da discussão de uma equipe interdisciplinar e ser dedicado a casos complexos de saúde mental, como por exemplo pacientes diagnosticados com depressão. Tal projeto resulta num conjunto de propostas terapêuticas ao indivíduo e/ou sua coletividade, levando-se em conta as necessidades do sujeito, suas crenças, suas expectativas, o contexto social no qual o sujeito está inserido e as necessidades do mesmo que busca cuidados por sofrimento psíquico (RITT, 2016).

Alguns tipos de depressão não podem ser evitados pois teorias científicas apontam que eles podem ser oriundos do mau funcionamento do sistema nervoso central. Porém existem boas evidências de que ela pode ser evitada e/ ou minimizada com bons hábitos de saúde. Uma alimentação balanceada, exercícios físicos, férias, evitar estresse em ambiente de trabalho e guardar um tempo para se distrair são atitudes as quais deixam a doença de lado ou até mesmo mais fragilizada (LOPEZ et al., 2010).

#### **4.5 Depressão e estudantes**

Estudos realizados entre enfermeiros e estudantes de enfermagem registraram manifestações físicas e emocionais de desgaste, queixas sobre as condições de trabalho, dificuldades em suas relações interpessoais, agravadas pela convivência diuturna com o sofrimento e a dor (FRANCO; BARROS; NOGUEIRA-MARTINS, 2005).

É primordial verificar o impacto da presença de sintomatologia depressiva sobre o funcionamento do cotidiano do estudante e verificar planos de suicídio, perda de peso acentuada, falta de energia; considerando-se a duração e a evolução destes estados no diagnóstico clínico (DALGALARRONDO, 2007).

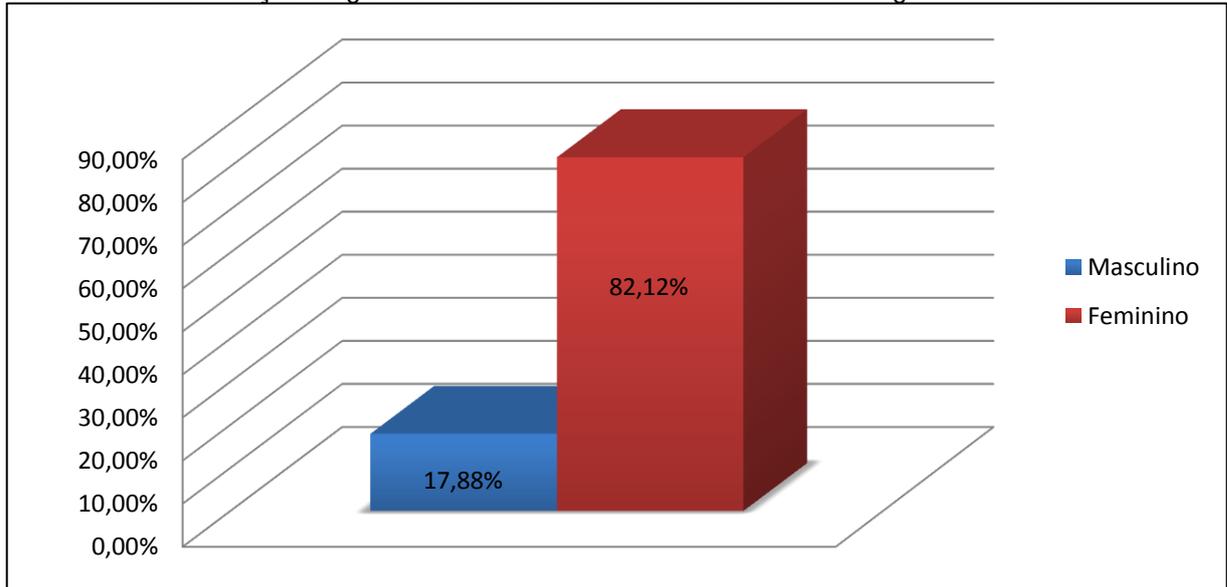
A saúde mental dos estudantes de enfermagem preocupa tanto quanto a qualidade do ensino que lhes é ministrado. Portanto, partimos do pressuposto de que o enfermeiro, além de bem preparado científica e tecnicamente, deve gozar de boa saúde mental para oferecer os melhores cuidados aos portadores de depressão (FUREGATO; SANTOS; SILVA, 2010).

Os enfermeiros precisam estar atentos para que a presença de depressão seja detectada e enfrentada antes que cause prejuízos ao seu desempenho profissional. Devemos começar a criar o mundo solidário dentro da própria profissão, identificando os problemas de saúde entre os alunos e os enfermeiros, nas mais diversas situações de trabalho. Programas educacionais, estratégias clínicas para orientação e o diagnóstico precoce desses problemas devem ser estimulados. (FUREGATO, 2006).

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Foi realizada uma pesquisa com 151 acadêmicos de enfermagem, sendo 124 do sexo feminino e 27 do sexo masculino, na faixa etária de 18 a 43 anos, do 3º ao 8º período, nos turnos matutino e vespertino.

Gráfico 1 – Classificação de gênero dos acadêmicos do Curso de Enfermagem. São Luís/2017.

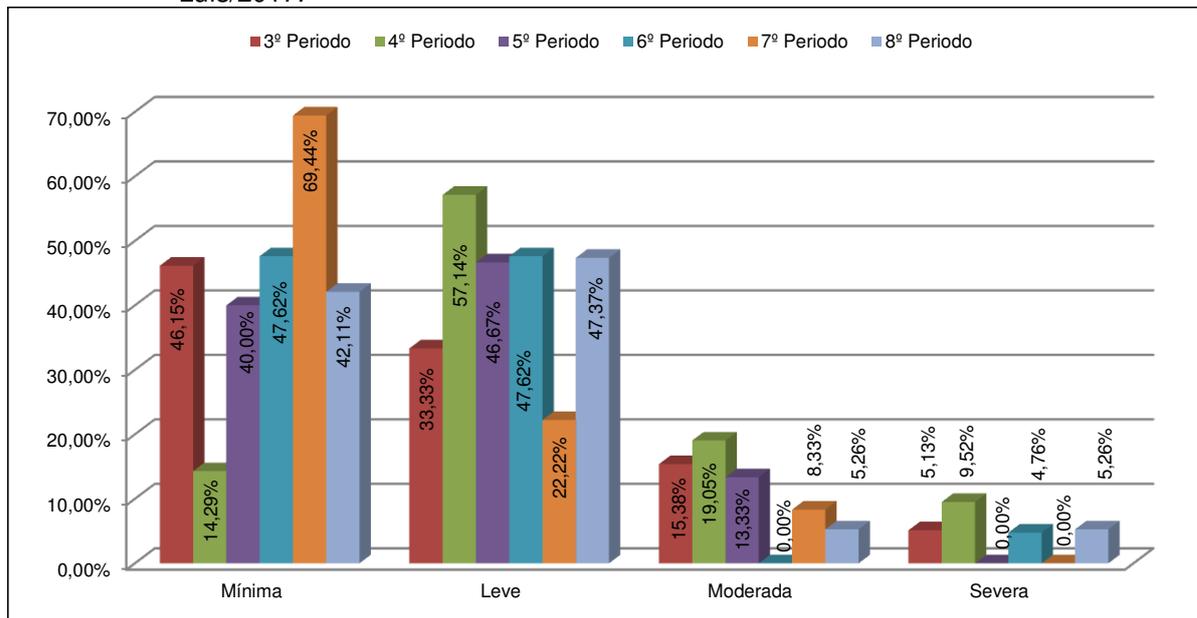


Dos participantes do estudo destacou-se o sexo feminino 82,12% e masculino 17,88%; evidenciando assim, que a enfermagem é uma profissão ainda dominada pelas mulheres. Os resultados foram semelhantes aos encontrados por Moreira (2009, p. 57) que descreve que com a opção pelo mundo do trabalho deu-se a busca por carreiras que se aproximassem das características femininas, assim, “[...] a saída de casa deu-se por meio de profissões tais como enfermagem e magistério, onde a mulher aparece com funções de cuidado e ensino remetidas ao universo familiar”.

A singularidade do trabalho da enfermagem é marcante não somente por caracterizar-se como profissão essencialmente integrada por pessoas do sexo feminino como, também, pela especificidade das ações que desenvolvem no dia-a-dia. As profissionais de enfermagem convivem com a dinâmica das organizações no desenvolvimento de suas atividades e, ao mesmo tempo, gerenciam suas vidas como pessoas, esposas e mães (SILVA et al., 2011).

Vale ressaltar que a profissão sofre diretamente os reflexos das modificações do cenário em que se insere. Com os avanços tecnológicos, as implementações mais diversificadas repercutem no fazer da enfermagem, bem como as retrações financeiras que acabam, em última instância, comprometendo o cuidado prestado à clientela.

Gráfico 2 – Períodos e graus de depressão segundo acadêmicos do Curso de Enfermagem. São Luís/2017.



Os alunos apresentaram algum grau de depressão independente do período no qual estão matriculados, variando entre o grau mínimo e severo de depressão.

Observou-se graus de depressão leve aproximados, em acadêmicos do 5º período, 6º período e 8º período, apresentando respectivamente 46,67%; 47,62%; 47,37%.

Estudos de Vasconcelos (2008) descreve que os transtornos depressivos são doenças comuns e que por tanto afetam um grande número de pessoas, de certo que o ambiente colabora e portanto, o cenário acadêmico e mais, o curso em questão dão elementos favoráveis para que essa doença seja mais comumente encontrada neste cenário.

Na análise sobre o grau de depressão por períodos verifica-se que o 4º período, foi o período que apresentou baixa no grau de depressão mínima, enquanto os demais períodos estavam com percentuais elevados nesse nível de depressão. O

4º período foi o que teve menor percentual (14,29%), e foi nesse período também que se obteve a taxa mais elevada para o grau de depressão severa com 9,52% dos acadêmicos entrevistados.

Ressalta-se que o 7º período mostrou maior grau de depressão mínima em 69,44% e o grau de depressão leve desse período foi de 22,22% e não se constatou grau de depressão severa.

No 8º período, o percentual do grau de depressão mínima ficou em 42,11%, e o grau de depressão leve ficou em 47,37%, e os graus moderada e severa em 5,26%.

Corroborando com o estresse vivenciado pelo 8º período, Torquato *et al.*, (2010) relatou que em estudo realizado com 188 acadêmicos de enfermagem encontrou níveis mais elevados de estresse nos alunos do oitavo período, atribuindo isso ao fato de esses discentes terem a responsabilidade dos estágios, estarem em contato com o paciente, sofrerem cobrança maior dos professores, preocuparem-se com o mercado de trabalho e a sua participação no trabalho de conclusão de curso.

De acordo com Bastos *et al.*, (2008) aponta que nas profissões da área da saúde, a ansiedade e a depressão tende a ser comum, uma vez que os profissionais presenciam o sofrimento humano e a morte, constantemente nas realizações de suas tarefas diárias.

Nesse contexto, o enfermeiro desempenha função primordial, pois é ele, o profissional que mais se aproxima do paciente e da família em casos onde há doenças terminais como o câncer, por exemplo. Nesse sentido, a convivência, a proximidade tanto com o paciente quanto com a família deste, corrobora para que o enfermeiro acabe assimilando aquela dor e gerando situação de depressão (SILVA, 2009).

Retomando com as análises expostas sobre depressão nos acadêmicos do Curso de Enfermagem/UFMA, verifica-se que, de maneira geral os estudantes pesquisados apresentaram algum tipo de depressão sendo que em sua maioria se presenciou um grau mínimo com um quantitativo de 72,85% e para o grau leve 16,56%.

Tabela 1 – Incidência de depressão nos acadêmicos de enfermagem da UFMA. São Luís/MA. 2017

<b>Escala de Beck – BDI</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>% Acumulada</b>
Depressão mínima (0 -13)	110	72,85	72,85
Depressão leve (14 - 19)	25	16,56	89,40
Depressão moderada (20 - 28)	10	6,62	96,03
Depressão severa (29 - 63)	6	3,97	100,00
	151	100,00	

Cumprе explicitar que o referido estudo não fez a análise comparativa com outros instrumentos de avaliação como a escala de Zung e Hamilton, por exemplo. Mas, o que se presenciou é que estudos que fizeram esse comparativo demonstraram que o inventário de Beck apresenta maior sensibilidade ao detectar sinais indicativos de depressão (FUREGATO, 2006).

Em estudos de Ballone e Moura (2006) relatam que o estresse vivenciado pelos alunos implica de forma negativa no desenvolvimento das suas atividades acadêmicas. Em suas falas, muitos alunos expuseram que a repercussão das situações estressoras conduz a problemas de ordem motivacional em relação às atividades desempenhadas durante o curso. Outra interferência que ocorre é o próprio desgaste advindo do estresse ao atuar como agente condutor de baixo rendimento escolar.

Tabela 2 – Sintomas apresentados pelos acadêmicos do curso de Enfermagem da UFMA de acordo com o Inventário de Beck

<b>Item</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Humor deprimido	48	31,8
Pessimismo	38	25,2
Sensação de fracassado	38	25,2
Perda de satisfação	68	45,0
Sentimentos de culpa	116	76,8
Sensação de punição	43	28,5
Autor-rancor (ódio, Aversão)	69	45,7
Auto-acusação	106	70,2
Ideação Suicida	11	7,3
Choro	44	29,1
Irritabilidade	75	49,7
Isolamento social	59	39,1
Indecisão	74	49,0
Imagem corporal alterada	54	35,8
Inibição para o trabalho	76	50,3
Anormalidade do sono	103	68,2

Tabela 2 – Sintomas apresentados pelos acadêmicos do curso de Enfermagem da UFMA de acordo com o Inventário de Beck (cont.)

Fatigamento	120	79,5
Perda de apetite	30	19,9
Perda de peso	37	24,5
Preocupações somáticas	73	48,3
Perda da Libido	24	15,9

Foram excluídos os itens que de alguma forma teve a opção 0 marcada, ou seja, foi extraído da tabela 2 todos os itens que apontaram para algum item indicativo do sintoma de depressão. Importante visualizar que os alunos referiram mais de um sinal ou sintoma relacionados a escala de depressão de Beck.

Nos itens que tratam de sentimentos de culpa (76,8%); auto-acusação (70,2%) e fadiga (79,5%) percebeu-se maiores evidências quanto aos sintomas de depressão. Os acadêmicos pesquisados apresentaram estes itens como sendo os maiores sintomas.

De acordo com Fernandes Pereira *et al.* (2014) apontam que as estatísticas depressivas no tocante aos elementos da tabela 2 vão diminuindo no 8º e 9º períodos uma vez que se observa, que a medida que o acadêmico avança em sua formação, o medo, a insegurança (que geralmente dão pauta para a sensação de culpa e acusação em caso de erro) e a adequação quanto ao tempo (relacionado ao fadiga) em realizar atividades típicas da profissão que envolvem cuidados diretos ao paciente, com certo grau de complexidade, vão diminuindo.

Sintomas depressivos que foram referenciados: perda de satisfação (45,0%) e auto-rancor (45,7%). É válido destacar que estes elementos e os elementos tabela 2, favoreceram ao eixo da depressão moderada e da severidade dessa doença, e que tais sintomas tem se mostrado os responsáveis pela mecanização dos procedimentos técnicos (quando o acadêmico está em fase de estágio), a falta de diálogo e a ausência de empatia, dentre outros (TORQUATO *et al.*, 2010).

Os sintomas de depressão referidos pelos acadêmicos apontaram com certa semelhança quantitativa três itens sendo eles: pessimismo (25,2%), sensação de fracasso (25,2%) e perda de peso (24,5%). Esses são dentre os sintomas que se apresentaram com um quantitativo semelhante. De maneira geral esses elementos não significaram elevação no tocante à depressão severa.

Dentre os acadêmicos cerca de 7,3% apresentaram ideação suicida. Esse dado se mostra presente quando o estudante por um longo período presencia certo tipo de estresse e o não alcance dos ideais propostos pela vida acadêmica.

Percebe-se que no ambiente acadêmico existem altas expectativas, sobrecarga de informação, pressão acadêmica, ambições irrealistas, oportunidades limitadas e alta competitividade são algumas das fontes comuns que podem levar à depressão, posto que acabam gerando aquela sensação de incompetência quando não há o alcance desses ideais e isso gera outros elementos, medo, sensação de fracasso, pessimismo, dentre outros.

Estudo apontado por Sinha, Sharma e Nepal (2011), estudantes de graduação indicaram experimentar o maior grau de pressão dos estudos. Apontaram que os acadêmicos encontraram o requisito de cumprir os prazos de avaliação como uma importante fonte que dá subsídios para a genese da depressão. Os acadêmicos relatam experimentar estresse certo grau de abatimento quando foram levados a estudar exaustivamente para exames, competição de pontuação e a grande quantidade de conteúdo para dominar em um pequeno período de tempo.

Mani (2010), aponta que, a carga do curso versus o tempo disponível também foi citada como um fator relevante para o desenvolvimento da depressão acadêmica. Estudos revelam que os alunos percebem que a carga do curso é alta em seu primeiro ano de estudo e que a percepção da carga do curso se correlaciona positivamente no decorrer do curso.

Estudo, realizado por Talib e Zai-ur-Rehman (2012) encontrou que a maioria dos alunos (53%) afirmou que a carga do curso é a fonte de depressão e que, afetou seu desempenho acadêmico e sua convivência social. Acerca do exame, Mani (2010), faz relevante exposição explicando que não é o exame em si que induz a depressão, mas o fato de que a possibilidade de falhar ou passar o exame pode moldar o curso da carreira acadêmica e profissional.

Segundo Silva *et al.*, (2011) esses sintomas de depressão são presenciados principalmente no final da vida acadêmica, onde a percepção dos acadêmicos aponta que ainda há muito o que se aprender, mas que o aprendizado deve ser contínuo.

Além da carga horária do curso e da preparação do exame, existem exigências que podem induzir o estresse acadêmico, dependendo da natureza do curso que o acadêmico está realizando. Pesquisas conduzidas para explorar fatores

que levam à depressão no cenário acadêmico relacionado de estudantes de medicina citam demandas acadêmicas como mudança de hora variável para rotações clínicas, privação de sono, além da sobrecarga do currículo (KUHN, 2010).

Clark, Cavanaugh e Gibbons (2013) desenvolveram estudo onde os itens do Inventário de Depressão de Beck destacaram-se como sendo o melhor na percepção da intensidade da depressão. Tais estudos mostraram que a presença paralela de ideação suicida, sensação de fracasso, sensação de culpa, isolamento social, indecisão e perda de satisfação podem ser os critérios essenciais capazes de determinar a intensidade da depressão e não é mascarada pela presença de doença física.

O estudo de Clark, Cavanaugh e Gibbons (2013) apresentou a sensação de fracasso, o isolamento social, a indecisão e a perda da satisfação são duas vezes maior e mais frequentes que os outros itens.

Torna-se relevante apresentar que o estudo realizado por Ross, Niebling e Heckert (2009) apontou sintomas associados com a pressão de encontrar um emprego a tempo parcial para atender suas demandas financeiras e criar uma ponte para a vida profissional após seus estudos. Além das dificuldades acadêmicas, os alunos enfrentam situações decorrentes de seus empregos a tempo parcial.

Stecker (2014) descobriu que os estudantes de Enfermagem que eram mais propensos a ter empregos durante seu treinamento acadêmico relataram níveis mais elevados dos sintomas de depressão do que os outros acadêmicos. Baldwin, Wilkinson e Bradley (2009) enfatizam que os acadêmicos são acometidos por tais situações durante os períodos de exames de meio período e final do ano letivo do que em qualquer outro horário. Isso decorre do absentismo da classe devido à demanda de estar no trabalho.

O mau desempenho acadêmico geralmente gera feedback negativo sobre o desempenho dos acadêmicos; Conseqüentemente levando à ansiedade e à depressão. Isto é evidenciado pelo fato de que os estudantes de baixa condição econômica social foram sofrerem mais ao terem que atender às expectativas dos pais (ANG; HUAN, 2006).

Além disso, os alunos eram mais sensíveis às observações de outros importantes como professores e pais em suas vidas (ANG; HUAN, 2006). As expectativas sociais de que os acadêmicos do sexo masculino deveriam ser superiores mesmo no desempenho acadêmico apresentaram um ambiente propicio

para sintomas de depressão para estudantes do sexo masculino (BANG, 2009).

Kunh (2010) destacou as características importantes de um ambiente acadêmico de apoio como aquele que forneceu suporte aos alunos para ter sucesso acadêmico e social. Esse ambiente permite aos alunos atender às demandas não-acadêmicas e oferece suporte que melhora o relacionamento do aluno com colegas, professores e administração institucional. A incapacidade de se integrar no ambiente acadêmico e social pode causar sofrimento psicológico aos alunos.

Ross, Niebling e Heckert (2009) enfatizaram o fato de que os níveis de depressão variaram com base no ano de estudo. No primeiro ano, os alunos eram mais propensos a um maior índice de depressão em comparação com outros anos de estudo. Isso resultou da ausência de um quadro de apoio social e do caráter transitório da vida universitária que exige ajuste ao novo ambiente em meio a novas responsabilidades e desafios. Às vezes, o primeiro ano os alunos estão saindo de casa pela primeira vez e, portanto, precisam se adaptar à nova liberdade e manter um alto nível de desempenho acadêmico (ROBOTHAM, 2008).

Os níveis de depressão relacionados entre acadêmicos diferiram entre estudantes do sexo masculino e feminino, sendo as acadêmicas do sexo feminino mais propensas a mais estresse acadêmico do que as suas homólogas masculinas. As mulheres experimentaram níveis mais altos de depressão acadêmica devido a avaliações negativas do evento estressante e foco nos desafios emocionais na sequência do evento estressante (BANG, 2009).

Estudantes masculinos são treinados para mostrar força e machismo diante dos desafios desde a idade jovem. No entanto, as estudantes do sexo feminino apresentaram melhor desempenho do que os estudantes do sexo masculino, por apresentarem melhor média de pontos das notas (GPA) do que os estudantes do sexo masculino, mesmo em caso de estresse significativo (TALIB; ZIA-UR-REHMAN, 2012).

É comum indivíduos com depressão apresentarem certa diminuição no rendimento no estudo. Acredita-se que o sintoma depressivo interfira no modo de vida dos alunos, processos cognitivos e comportamentos adaptativos, como o atendimento de classe (LUMLEY; PROVENZANO, 2013). Estudos demonstraram que existe uma associação positiva entre a depressão e a doença física, que essas associações diminuem com a provisão de suporte informacional.

Outras formas de mecanismos de enfrentamento utilizados pelos acadêmicos incluem esportes, música, sair com amigos, dormir ou entrar em isolamento (SHAIKH et al., 2014).

Acadêmicos com maiores avaliações de resolução de problemas relataram melhor ajuste psicossocial na vida universitária, apresentaram níveis mais baixos de depressão durante o estudo e melhor desempenho acadêmico do que seus colegas com menores avaliações de resolução de problemas (BAKER, 2003).

A escolha dos mecanismos de enfrentamento utilizados é explicada pela diferença nas expectativas de função de gênero e nos estereótipos de função sexual em que as mulheres são ensinadas a se concentrar em emoções e a buscar apoio social, enquanto os homens são treinados para assumir ações externas para lidar com a situação geradoras de sintomas da depressão (BANG, 2009).

A gestão do tempo, a definição de metas acadêmicas realistas, o estabelecimento de recompensas para a conclusão de uma tarefa, revisão, tomada de notas e organização de materiais são hábitos de estudo críticos que têm impacto no desempenho acadêmico de um aluno. Ang et al. (2009) enfatizam que o nível de motivação e a atitude em relação à tomada de teste contribuem significativamente para a qualidade dos hábitos de estudo e, por sua vez, seu desempenho acadêmico.

A vida na universidade envolve o dinamismo de muitas responsabilidades como ler livros e capítulos, cumprir os prazos do papel/curso e participar das atividades extracurriculares universitárias usuais, fazendo com que os alunos sintam que não há tempo suficiente para completar seu trabalho de forma adequada.

O gerenciamento do tempo é visto como um preditor do desempenho acadêmico, pois envolve a definição de metas e priorização, controle de tempo disponível, planejamento, organização de tarefas e controle de tempo. Pesquisas indicam que uma pessoa envolvida mais freqüentemente em comportamentos de gerenciamento de tempo relatará menos sintomas físicos e psicológicos da depressão (ANG et al., 2009).

Os acadêmicos têm uma tendência geral para procrastinar a conclusão dos cursos e a preparação dos exames até o último momento, um fenômeno que diminui à medida que o período dos exames se aproxima.

Os comportamentos de gerenciamento de tempos ruins, são levados a um sofrimento psíquico e um desempenho escolar fraco em seu estudo de ansiedade de teste, desempenho acadêmico e o efeito do comportamento

relacionado ao estudo, observou que o gerenciamento do tempo de estudo foi significativamente correlacionado ao desempenho acadêmico (ANG et al., 2009).

A vida universitária exige que os acadêmicos encontrem um equilíbrio na vida, considerando os horários, cumprindo os prazos dos cursos, a aprendizagem auto-regulada e outras responsabilidades sociais (ATIBUNI, 2012).

Deduz-se que o esforço para o sucesso acadêmico e face as suas demandas acadêmicas, sociais e pessoais; os alunos devem estabelecer prioridades à luz de seus recursos para evitar situações que levam à depressão. É pertinente destacar que os hábitos de estudo dos acadêmicos, portanto, os ajudam a maximizar os recursos disponíveis, como o tempo, as finanças, o apoio social e familiar e a administração institucional para manobra dos elementos depressivos potenciais.

Compreende-se que o nível da depressão está significativamente relacionado ao uso de estratégias focadas no problema, o sentimento de culpa foi observado como sendo um dos causadores para a situação desencadeadora da depressão; no entanto, o uso da emoção também está relacionado a níveis de depressão mais elevados.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considera-se que a depressão muitas vezes atinge a pessoa quando se está sobrecarregada ou ameaçada. Às vezes, parece sem causa aparente, embora sempre haja um sinal de que algo, em algum lugar, não é como deveria ser. Isso pode ser por meio de experiências passadas ou presentes, ou medos futuros que podem ou não ser óbvios.

Encontrou-se neste estudo que os sintomas de culpa, a autoacusação, o fadigamento, a satisfação dentre outros foram elementos essenciais para averiguar os indicadores de depressão nesta amostra.

Mas também se visualizou que a possibilidade desses sintomas tinham duas causas aparentes: o início da nova vida acadêmica, quando foi encontrado elementos de depressão nos períodos iniciais; e a transição do período acadêmico para a fase profissional.

A transição do período acadêmico para a nova fase de atividade profissional, onde os jovens precisam tomar decisões importantes, contribui para a presença de estresse, conforme observado no presente estudo.

Assim, percebeu-se no decorrer do presente estudo que o estresse pode estar relacionado à presença de sintomas de depressão. As pontuações para o estresse foram proporcionais aos escores para a depressão, ou seja, quanto maior o estresse que o aluno apresentou, mais suscetível seria a apresentar sinais de depressão.

O Curso de Enfermagem da UFMA, junto com os professores, devem criar estratégias as quais favoreçam a diminuição do estresse da vida acadêmica; apoiando os discentes em seus momentos de angústias e de fragilidades.

## REFERÊNCIAS

- AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION (APAS). **Guia Essencial da Depressão**. São Paulo (SP): Aquariana, 2002.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **DSM-IV**: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. Porto Alegre: Artmed, 2002.
- \_\_\_\_\_. **DSM-V**: manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- ANG, R. P.; et al., The self-regulation of attitudes, intentions, and behavior. **Social Psychology Quarterly**, 2009.
- ANG, R. P.; HUAN, V. S. Academic Expectations Stress and depression Inventory: Development, factor analysis, reliability, and validity. **Educational and Psychological Measurement**, 2006.
- ATIBUNI, D. Z. Academic attitudes, religiosity, locus of control and work readiness among university students. (Unpublished Master of Educational Psychology dissertation). **Mbarara University of Science and Technology**, Uganda, 2012.
- BAKER, S. R. A prospective longitudinal investigation of social problem-solving appraisals on adjustment to university, stress, health, and academic motivation and performance. **Personality and Individual Differences**, v. 35, p. 569–591, 2003.
- BALDWIN, D. A.; WILKINSON, F. C; BARKLEY, D. C. **Effective management of student employment**: organizing for standard deployment in academic libraries. Englewood: Libraries Unlimited, Inc., 2009.
- BALLONE, G.J.; MOURA, E.C. Estresse: Introdução. **PsiquWeb**, 2006. Disponível em: <<http://www.psiqweb.med.br/cursos/stress1.html>>. Acesso em: 23 jun. 2017.
- BANG, E. The effects of gender, academic concerns, and social support on stress for international students. **Retrieved April**, v. 6, 2009. Disponível em: <<https://mospace.umsystem.edu/>>. Acesso em: 27 jun. 2017.
- BARBOSA, Fabiana de Oliveira; MACEDO, Paula Costa Mosca; SILVEIRA, Rosa Maria Carvalho. Depressão e o suicídio. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1 jun. 2011.
- BASTOS, A.V.B.; et al. Conceito e perspectivas de estudo das organizações. In: \_\_\_\_\_. **Psicologia, Organizações e Trabalho no Brasil**. Porto Alegre: Artmed, 2008.
- BECK, A.T.; ALFORD, B.A. **Depressão**: causas e tratamento. 2. ed. São Paulo: Ed. Artmed, 2016.

BECK, A.T.; STEER, R.A.; GARBIN, M.G. Psychometric Properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-Five Years of Evaluation. **Clinical Psychology Review**, v. 8, p. 77-100, 1988.

CANDIDO, M. C. F. S; FUREGATO, A. R. F; Transtornos depressivos: um material didático para a educação a distância, **Escola Anna Nery**, 2008.

CARLSON, N. R. **Fisiologia do comportamento**. 7. ed. Barueri: Manole, 2002. p. 544-55.

CAVALCANTE, K.C.; LAGE, A.M.V. Depressão: uma “Psicopatologia” Classificada nos Manuais de Psiquiatria. **Rev. Psicologia, Ciência e Profissão**, Ceará, v. 27, n. 1, p. 106-119, 2007.

CLARK, D.C.; CAVANAUGH, S.A; GIBBONS, R.D. The core symptoms of depression in medical and psychiatric patients. **J. Nerv. Ment. Dis.**, v. 171, n.12, p.705-13, 2013.

CLAUDINO, J.; CORDEIRO R.; Níveis de ansiedade e depressão nos alunos do curso de licenciatura em enfermagem o caso particular da Escola Superior de Saúde de Porto Alegre. **Ver Educação, Ciência e Tecnologia**, 2017.

CURSO DE ENFERMAGEM UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO (Campus São Luís). **Projeto Político Pedagógico do Curso de Enfermagem**. São Luís, 2016.

DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. Porto Alegre: Artes Médicas; 2007.

DELOYA, D. **Depressão, estação psíqué: refúgio, espera, encontro**. São Paulo: Escuta/FAPESP, 2002.

FERNANDES PEREIRA, F.G.; et al . Avaliação do estresse na inserção dos alunos de enfermagem na prática hospitalar. **Invest. educ. enferm**, Medellín, v. 32, n. 3, p. 430-437, dez. 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-530720140003000008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-530720140003000008&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 15 maio 2017.

FERRAZ, P.M. Depressão e Envelhecimento. **Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra**. Coimbra, Universidade de Coimbra, 2014.

FRANCO, G.P.; BARROS, A.L.B.L; NOGUEIRA-MARTINS, L.A. Qualidade de vida e sintomas depressivos em residentes de enfermagem. **Rev. Latino- Am. Enfermagem**, 2005, vol.13, n.2, pp.139-144. ISSN 1518-8345.

FREUD, S. Artigos sobre Metapsicologia. In: \_\_\_\_\_. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, vol. XIV**. Rio de Janeiro: Imago, 1974. p. 123-295. (Originalmente publicado em 1915).

FUREGATO, A.R.F. et al . Depressão e auto-estima entre acadêmicos de enfermagem. **Rev. psiquiatr. clín.**, São Paulo, v. 33, n. 5, p. 239-244, 2006.

FUREGATO, A.R.F.; SANTOS, J.L.F; SILVA, E.C.S. Depressão entre estudantes de dois cursos de enfermagem: autoavaliação da saúde e fatores associados. **Rev. Brasileira de Enfermagem**, 2010.

FUREGATO, A.R.F; SANTOS, J.L.F.; SILVA, E.C. Depressão entre estudantes de enfermagem relacionada à autoestima, à percepção da sua saúde e interesse por saúde mental. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, 2008. Disponível em: <<http://www.eerp.usp.br/rlae>>. Acesso em: 03 jan. 2016.

GONÇALES, C.A.V; MACHADO, A.L. Depressão, o Mal do Século: de que Século ?. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, 2008 abr/jun; 15(2):298-304.

GUSMÃO, R. D. M. **Depressão**: detecção, diagnóstico e tratamento. Estudo de prevalência e despite das perturbações depressivas e tratamento. 2005. Monografia (Graduação) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa, 2005.

JANICAK, P. G. et al. Tratamento farmacológico de depressão. In: FLAHERTY, J.; CHANNON, R. A.; DAVIS, J. M. **Psiquiatria**: diagnóstico e tratamento. São Paulo: Artes Médicas, 1990. 479p.

KAPLAN, H.I., SADOCK, B. **Compêndio de psiquiatria**. 11. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2016.

KUNH, G. D. Understanding campus environments. In: BARR, M.J.; DESLER, M. K. (Eds.). **Handbook in student affairs administration**. 2. ed. San Francisco: Jossey Bass, 2010.

LAUTER, D. S, Estudo de caso de um paciente com diagnóstico de Esquizofrenia e Depressão. **Revista Contexto e Saúde**, 2011.

LOPEZ, M.R.; et al. Depressão e qualidade de vida em jovens de 18 a 24 anos no sul do Brasil. **Rev. Psiquiatr. Rio Gd. Sul**, 2010.

LUMLEY, M. A.; PROVENZANO, K. M. Stress management through emotional disclosure improves academic performance among college students with physical symptoms. **Journal of Educational Psychology**, v. 95, p. 641-64, 2013.

MANI, E.M.J. Aceleração e atendimento educacional especializado aos alunos com altas habilidades ou superdotação: um relato exitoso. **Brasil**, v. 9, n.1, 2010.

MELO, L.F.S.; TEIXEIRA, G. Depressão: uma perspectiva analítico comportamental. **Revista de Psicologia**, 2012.

MENDES, E.D.; VIANA, T.C.; BARA, O. Melancolia e depressão: Um Estudo Psicanalítico. **Rev. Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 30, n. 4, p. 423-431, 2015.

MOREIRA, M.C.N. Imagens no espelho de Vênus: mulher, enfermagem e modernidade. **Rev. Latino Am. Enf.**, v. 7, n. 1, p. 55-65, 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **CID-10. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados à Saúde**. 10. ed. rev. São Paulo: Universidade de São Paulo, 1997.

\_\_\_\_\_. **Relatório sobre a saúde: saúde mental nova concepção, nova esperança**. Geneva: OMS, 2002.

RAMOS, H. L. **Depressão endógena**. Programa Nacional de Atualização Médica Fontoura – Wyeth, 01-03, 1984.

REIS, R.K.; et al. Sintomas de Depressão e Qualidade de Vida de Pessoas vivendo com HIV/Aids. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 19, n. 4, jul./ago. 2011.

RITT, P.A.Q. Projeto Terapêutico Singular. **Repositório Institucional da Universidade Federal de Santa Catarina**, set. 2016.

ROBOTHAM, D. Stress among higher education students: towards a research agenda. **Higher Education**, v. 56, p. 735-746, 2008.

RODRIGUES, Priscila Aparecida; SCHEWINSKY, Sandra Regina; ALVES, Vera Lúcia Rodrigues. Estudo sobre depressão reativa e depressão secundária em pacientes após acidente vascular encefálico. **Rev. Acta fisiátrica**, São Paulo, set. 2011.

ROSS, S. E.; NIEBLING, B. C.; HECKERT, T. M. Sources of depression among college students. **College Student Journal**, v. 33, p. 312-317, 2009.

SCALCO, Mônica Z. Tratamento de idosos com depressão utilizando tricíclicos, IMAO, ISRS e outros antidepressivos. **Rev. Bras. Psiquiatria**; 24: 55-63, abr 2002.

SHAIKH, B. T; et al. Students, stress and coping strategies: A case of Pakistani medical school. **Education for Health**, v. 17, p. 346-353, 2014.

SILVA, N. **Educação em saúde no discurso e na prática dos profissionais de saúde: um estudo de caso no PAM Codajás em Manaus – Amazonas**. 2009. Dissertação (Mestrado), Universidade Federal do Amazonas, Manaus (AM), 2009.

SILVA, P. **Farmacologia**. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara, 2010.

SILVA, V. L. dos S. et al. Fatores de estresse no último ano do curso de graduação em enfermagem: percepção dos estudantes. **Rev. enferm. UERJ**, v. 19, n. 1, p. 121-126, 2011. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v19n1/v19n1a20.pdf>>. Acesso em: 11 jun. 2017.

SINHA, U. K.; SHARMA, V.; NEPAL M. K. Development of a scale for assessing academic stress: A preliminary report. **Journal of the Institute of Medicine**, v. 23, p. 96-102, 2011.

SOARES, G.B.; CAPONI, S. Depressão em pauta: um estudo sobre o discurso da mídia de medicalização da vida. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.15, n.37, p.437-46, abr./jun. 2011.

STECKER, T. Well being in an academic environment. **Medical Education**, v. 38, p. 465-478, 2014.

TALIB, N.; ZIA-UR-REHMAN, M. Academic performance and perceived stress among university students. **Educational Research and Review**, v. 7, p. 127-132, 2012.

TORQUATO, J.A. et al. Avaliação do estresse em estudantes universitários. **Revista Científica Internacional IntersciencePlace**, v. 14, n. 3, p.140-154, ago. 2010.

VASCONCELOS, E. Educação popular como instrumento de reorientação das estratégias de controle das doenças infecciosas e parasitárias. **Cad Saúde Pública**, v. 14, p. 39-57, 2008.

WEITKAMP, L. R.; et al. Depressive disorders and HLA: a gene on chromosome 6 that can affect behavior. **The New England Journal of Medicine**, v. 305, p. 22, 1981.

YOUNG, J.E. et al. Terapia cognitiva para depressão. In: BARLOW, D.H. **Manual clinic de transtornos psicológicos: tratamento passo a passo**. 5. ed. São Paulo: Artmed, 2016.

## APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

O (a) Senhor (a) está sendo convidada a participar como voluntária da pesquisa com o título: “DEPRESSÃO ENTRE ACADÊMICOS DO CURSO DE ENFERMAGEM SEGUNDO O INVENTÁRIO DE BECK”, sob orientação da Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Teresa Martins Viveiros. Caso o (a) senhor (a) esteja de acordo, favor assinar o seu consentimento.

Esta pesquisa possui como objetivo: Conhecer sinais indicativos de depressão entre os acadêmicos de enfermagem, correlacionando-se esses indicadores. Em outras palavras, vamos observar se o (a) senhor (a) apresenta sintomatologia da patologia e correlacionar esses dados da doença, para a identificação dos riscos que o acadêmico de enfermagem pode vir a estar exposto.

Concordando em participar da pesquisa, o (a) senhor (a) irá responder um questionário (Inventário de Beck) nas dependências da Universidade Federal do Maranhão (UFMA), de forma privativa e terá duração aproximada de 30 minutos em horário previamente marcado.

Não haverá **GASTOS** de dinheiro com a sua participação e o (a) senhor (a) também não receberá nenhum pagamento para participar.

A pesquisa não oferecerá nenhum **RISCO** ao (a) senhor (a) e o seu maior desconforto será um possível constrangimento ao responder algumas perguntas.

Será garantido sigilo (segredo) da sua identidade e das informações colhidas ao seu respeito, e estas não serão divulgadas, ou seja, ninguém saberá que a senhora está na pesquisa, a menos que forneça alguma informação.

Fica claro que o (a) senhor (a) pode, a qualquer momento, recusar a sua participação desta pesquisa e retirar seu consentimento sem que lhe traga nenhum prejuízo e/ou punição em relação ao seu tratamento.

Segue abaixo o endereço e telefones para qualquer esclarecimento.

**PESQUISADORA RESPONSÁVEL:** Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Rita da Graça Carvalho Frazão  
Correa

**ENDEREÇO PROFISSIONAL:** Hospital Universitário Unidade Presidente Dutra (4º andar- DIAEPE); Departamento de Enfermagem (Centro Pedagógico Paulo Freire- Cidade Universitária- Universidade Federal do Maranhão- UFMA).

E-mail: ritacarvalho@hotmail.com

TELEFONE:

**PESQUISADOR PARTICIPANTE:** Ramon Flaviano Cantanhede Rocha

ENDEREÇO: Rua 10, Quadra S, Casa 01, Cohaserma-Cohama

E-mail: flavianor007@gmail.com

TELEFONE: (98) 32463539; (98) 981569475

**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO/UFMA**

RESPONSÁVEL: Prof.<sup>a</sup> Dorlene Maria Cardoso de Aquino

ENDEREÇO: Hospital Universitário Presidente Dutra (4º andar); Rua Barão de Itapary, nº 227. Centro.

TELEFONE: (98) 3219-1223

São Luís, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

---

Assinatura do sujeito da pesquisa (participante)

## APÊNDICE B – Questionário

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
CURSO DE ENFERMAGEM

**Pesquisador (Discente):** Ramon Flaviano Cantanhede Rocha

**Pesquisador (Orientador):** Rita da Graça Carvalho Frazão Correa

ALUNO:

\_\_\_\_\_

PERÍODO: \_\_\_\_\_

DATA: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

IDADE: \_\_\_\_\_

SEXO: \_\_\_\_\_

INVENTÁRIO DE BECK (QUESTIONÁRIO)

**Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Depois de ler cuidadosamente cada grupo, faça um círculo em torno do número (0,1,2 ou 3) diante da afirmação, em cada grupo, que descreve melhor a maneira como você tem se sentido nesta semana, inclusive hoje. Se várias afirmações num grupo parecerem se aplicar igualmente bem, faça um círculo em cada uma. Tome cuidado de ler todas as afirmações, em cada grupo, antes de fazer a sua escolha.**

1. 0 Não me sinto triste.

1 Eu me sinto triste.

2 Estou sempre triste e não consigo sair disso.

3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar.

2. 0 Não estou especialmente desanimado quanto ao futuro.

1 Eu me sinto desanimado quanto ao futuro.

2 Acho que nada tenho a esperar.

3 Acho o futuro sem esperança e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar.

3. 0 Não me sinto um fracasso.  
1 Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum.  
2 Quando olho para trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos.  
3 Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso.
4. 0 Tenho tanto prazer em tudo como antes.  
1 Não sinto mais prazer nas coisas como antes.  
2 Não encontro um prazer real em mais nada.  
3 Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo.
5. 0 Não me sinto especialmente culpado.  
1 Eu me sinto culpado às vezes.  
2 Eu me sinto culpado na maior parte do tempo.  
3 Eu me sinto sempre culpado.
6. 0 Não acho que esteja sendo punido.  
1 Acho que posso ser punido.  
2 Creio que vou ser punido.  
3 Acho que estou sendo punido
7. 0 Não me sinto decepcionado comigo mesmo.  
1 Estou decepcionado comigo mesmo.  
2 Estou enojado de mim.  
3 Eu me odeio.
8. 0 Não me sinto de qualquer modo pior que os outros.  
1 Sou crítico em relação a mim devido a minhas fraquezas ou meus erros.  
2 Eu me culpo sempre por minhas falhas.  
3 Eu me culpo por tudo de mal que me acontece.
9. 0 Não tenho quaisquer ideias de me matar  
1 Tenho ideias de me matar, mas não as executaria.  
2 Gostaria de me matar.  
3 Eu me mataria se tivesse oportunidade.
10. 0 Não choro mais que o habitual.  
1 Choro mais agora do que costumava.  
2 Agora, choro o tempo todo.  
3 Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo mesmo que o queira.

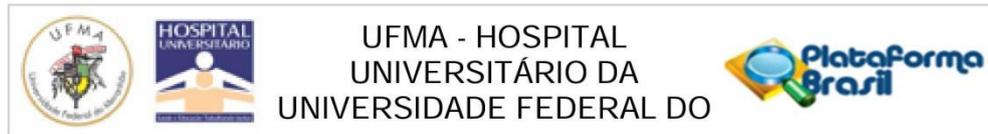
11. 0 Não sou mais irritado agora do que já fui.  
1 Fico molestado ou irritado mais facilmente do que costumava.  
2 Atualmente me sinto irritado o tempo todo.  
3 Absolutamente não me irrita com as coisas que costumavam irritar-me.
12. 0 Não perdi o interesse nas outras pessoas.  
1 Interesse-me menos do que costumava pelas outras pessoas.  
2 Perdi a maior parte do meu interesse nas outras pessoas.  
3 Perdi todo o meu interesse nas outras pessoas.
13. 0 Tomo decisões mais ou menos tão bem como em outra época.  
1 Adio minhas decisões mais do que costumava.  
2 Tenho a maior dificuldade em tomar decisões do que antes.  
3 Não consigo mais tomar decisões.
14. 0 Não sinto que minha aparência seja pior do que costumava ser.  
1 Preocupo-me por estar parecendo velho ou sem atrativos.  
2 Sinto que há mudanças permanentes em minha aparência que me fazem parecer sem atrativos.  
3 Considero-me feio.
15. 0 Posso trabalhar mais ou menos tão bem quanto antes.  
1 Preciso de um esforço extra para começar qualquer coisa.  
2 Tenho de me esforçar muito até fazer qualquer coisa.  
3 Não consigo fazer nenhum trabalho.
16. 0 Durmo tão bem quanto de hábito.  
1 Não durmo tão bem quanto costumava.  
2 Acordo uma ou duas horas mais cedo do que de hábito e tenho dificuldade para voltar a dormir.  
3 Acordo várias vezes horas mais cedo do que costumava e tenho dificuldade para voltar a dormir.
17. 0 Não fico mais cansado que de hábito.  
1 Fico cansado com mais facilidade do que costumava.  
2 Sinto-me cansado ao fazer quase qualquer coisa.  
3 Estou cansado demais para fazer qualquer coisa.
18. 0 Meu apetite não está pior do que de hábito.  
1 Meu apetite não é tão bom quanto costumava ser.  
2 Meu apetite está muito pior agora.  
3 Não tenho mais nenhum apetite.

- 19.** 0 Não perdi muito peso, se é que perdi algum ultimamente.  
1 Perdi mais de 2,5 Kg.  
2 Perdi mais de 5,0 Kg.  
3 Perdi mais de 7,5 Kg.

Estou deliberadamente tentando perder peso, comendo menos: SIM ( )  
NÃO ( )

- 20.** 0 Não me preocupo mais que o de hábito com minha saúde.  
1 Preocupo-me com problemas físicos como dores e aflições ou perturbações no estômago ou prisão de ventre.  
2 Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa que não isso.  
3 Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em outra coisa.
- 21.** 0 Não tenho observado qualquer mudança recente em meu interesse sexual.  
1 Estou menos interessado por sexo que costumava.  
2 Estou bem menos interessado em sexo atualmente.  
3 Perdi completamente o interesse por sexo.

## ANEXO A – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética e Pesquisa



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** DEPRESSÃO ENTRE ACADÊMICOS DO CURSO DE ENFERMAGEM SEGUNDO O INVENTÁRIO DE BECK

**Pesquisador:** Rita da Graça Carvalho Frazão Corrêa

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 66000317.8.0000.5086

**Instituição Proponente:** Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão/HU/UFMA

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 2.003.250

**Apresentação do Projeto:**

A depressão se tornou um problema de grande importância nos dias de hoje e parece estar relacionada a uma reação ao mundo moderno. O Relatório Mundial de Saúde expõe que a urbanização, o envelhecimento e as mudanças globalizadas nos estilos de vida combinam-se entre si para tornar as doenças crônicas e não transmissíveis – incluindo-se a depressão – causas cada vez mais importantes de morbidade e de mortalidade. (LOPEZ et al., 2010). A depressão é considerada como um transtorno mental universal e a sua principal característica consiste na alteração de humor ou do afeto; sendo por isso nomeada como um "transtorno de humor". A variação deste fator possui uma imensa repercussão em relação à pessoa atingida. É uma doença que atinge a pessoa humana em corpo, mente e espírito, bem como afeta as suas relações sociais com o ambiente em que este indivíduo se encontra (APA, 2014). A depressão se origina em meio a alguns fatores que envolvem o contexto social e psicológico (etiologia). Citam-se alguns meios pelo qual ocorre o desenvolvimento da doença: Biológicos – são aqueles que envolvem transtornos do humor com desregulações de neurotransmissores. Os fatores genéticos apresentam-se como uma herança genética, citando-se, como exemplo, o transtorno bipolar. Os fatores psicossociais incluem acontecimentos vitais e estresse ambiental. Consideram-se esses pontos importantes para a compreensão da patologia, para, assim, existirem tratamento adequado. (KAPLAN; SADOCK,

**Endereço:** Rua Barão de Itapary nº 227

**Bairro:** CENTRO

**CEP:** 65.020-070

**UF:** MA

**Município:** SAO LUIS

**Telefone:** (98)2109-1250

**E-mail:** cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 2.003.250

2016). Os transtornos depressivos estão associados a graves consequências em termos de mortalidade e morbidade, causando perda da produtividade e interferindo nas relações interpessoais. E os efeitos da depressão, a longo prazo, são tão graves quanto aqueles observados em diversas condições médicas gerais, capazes de influenciar, de maneira adversa, a longevidade e o bem-estar. (REIS et al., 2011). A depressão é classificada segundo os critérios em leve, moderada e grave. Nos quadros moderados e graves sempre há necessidade de se mapear se há presença de ideias de morte ou ideação suicida (BARBOSA; MACEDO; SILVEIRA, 2011). A depressão é apontada nos dias de hoje como a quarta doença mais presente no mundo. Estima-se que a doença afete 121 milhões de pessoas, e menos de 25% dos deprimidos têm acesso ao tratamento. Calculase que 5 a 10% da população mundial sofrerão ao menos um episódio de depressão ao longo da vida. (OMS, 2002). Os transtornos depressivos manifestam-se nos dois gêneros, em quaisquer idades ou nível de escolaridade, entretanto é mais comum na adolescência e início da vida adulta e entre mulheres devido, principalmente, às mudanças de níveis hormonais no decorrer da vida feminina. Estima-se que a depressão será, até 2020, a primeira causa de incapacitação nos países emergentes. A patologia também pode vir acompanhada com picos de alegria (euforia) e de baixa autoestima, além de ansiedade e medo, em ambos os sexos. As mulheres apresentam chances maiores de deprimir (10 a 20%) do que os homens (5 a 12%) e cerca de 15% dos deprimidos graves se suicidam (FUREGATO; SANTOS; SILVA, 2008, OMS, 2002). Em crianças e adolescentes o humor pode ser irritável ao invés de triste. O indivíduo também deve experimentar pelo menos quatro sintomas adicionais, extraídos de uma lista que inclui alterações no apetite ou peso, sono e atividade psicomotora; diminuição da energia; sentimentos de desvalia ou culpa; dificuldades para pensar, concentrar-se ou tomar decisões; pensamentos recorrentes sobre morte ou ideação suicida, planos ou tentativas de suicídio. (BARBOSA; MACEDO; SILVEIRA, 2011). O principal problema proposto por este trabalho e relacionado à pesquisa consiste na seguinte pergunta: "Qual a medida de depressão entre os acadêmicos de Enfermagem da UFMA ?" .

Financiamento próprio.

#### **Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo Primário: Avaliar a medida de depressão entre acadêmicos do curso de graduação em Enfermagem.

Objetivo Secundário: Descrever o perfil sociodemográfico dos acadêmicos do curso de Enfermagem; conhecer os sinais da depressão apresentada pelos acadêmicos do curso de Enfermagem.

<b>Endereço:</b> Rua Barão de Itapary nº 227	<b>CEP:</b> 65.020-070
<b>Bairro:</b> CENTRO	
<b>UF:</b> MA	<b>Município:</b> SAO LUIS
<b>Telefone:</b> (98)2109-1250	<b>E-mail:</b> cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 2.003.250

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos: Segundo os pesquisadores, este estudo não apresenta riscos físicos, entretanto pode causar constrangimento em virtude de algumas questões, relacionadas ao questionário durante a entrevista. Entretanto o pesquisador oportunizará, outro momento para a aplicação do questionário, caso haja concordância do participante ou ainda caso desista da participação, será garantido que não haverá nenhum prejuízo para o participante. Benefícios: Segundo os pesquisadores, os benefícios são traduzidos pela oportunidade de orientação quanto às dúvidas e esclarecimentos sobre a depressão.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisa de significativa relevância, pois pretende conhecer a problemática da depressão, com base nos tratamentos médicos, terapias alternativas, psicoterapia, haja vista não existir nenhum projeto de orientação na área para um possível encaminhamento desses discentes. A presença de sinais e sintomas incapacitantes, e ainda com a possibilidade do risco de suicídio, podem trazer graves danos à saúde do indivíduo exposto.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

O protocolo apresenta documentos referente aos "Termos de Apresentação Obrigatória": Folha de rosto, Declaração de compromisso em anexar os resultados na plataforma Brasil garantindo o sigilo, Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), Autorização do Gestor responsável do local para a realização da coleta de dados, Orçamento detalhado, Cronograma e Projeto de Pesquisa Original na íntegra em Word. Atende à Norma Operacional no 001/2013(item 3/ 3.3.).

O protocolo apresenta ainda as declarações de anuência, declaração de responsabilidade financeira e termo de compromisso com a utilização dos dados resguardando o sigilo e a confidencialidade.

**Recomendações:**

Após o término da pesquisa o CEP-HUUFMA sugere que os resultados do estudo sejam devolvidos aos participantes da pesquisa ou a instituição que autorizou a coleta de dados de forma anonimizada.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

O PROTOCOLO atende aos requisitos fundamentais da Resolução CNS/MS nº 466/12 e suas complementares, sendo considerado APROVADO.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

O Comitê de Ética em Pesquisa–CEP-HUUFMA, de acordo com as atribuições definidas na

<b>Endereço:</b> Rua Barão de Itapary nº 227	<b>CEP:</b> 65.020-070
<b>Bairro:</b> CENTRO	
<b>UF:</b> MA	<b>Município:</b> SAO LUIS
<b>Telefone:</b> (98)2109-1250	<b>E-mail:</b> cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 2.003.250

Resolução CNS nº.466/2012 e Norma Operacional nº. 001 de 2013 do CNS, manifesta-se pela **APROVAÇÃO** do projeto de pesquisa proposto.

Eventuais modificações ao protocolo devem ser inseridas à plataforma por meio de emendas de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Relatórios parcial e final devem ser apresentados ao CEP, inicialmente após a coleta de dados e ao término do estudo.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_881243.pdf	30/03/2017 17:29:56		Aceito
Outros	Cartaresposta.pdf	30/03/2017 17:28:00	Rita da Graça Carvalho Frazão Corrêa	Aceito
Orçamento	Orçamento.docx	30/03/2017 17:26:10	Rita da Graça Carvalho Frazão Corrêa	Aceito
Cronograma	Cronograma.docx	30/03/2017 17:25:30	Rita da Graça Carvalho Frazão Corrêa	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	30/03/2017 17:12:34	Rita da Graça Carvalho Frazão Corrêa	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projetooriginal.docx	30/03/2017 17:11:52	Rita da Graça Carvalho Frazão Corrêa	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	30/03/2017 17:04:35	Rita da Graça Carvalho Frazão Corrêa	Aceito
Outros	Gestor.pdf	21/03/2017 15:22:31	Rita da Graça Carvalho Frazão Corrêa	Aceito
Outros	termodecompromisso.pdf	21/03/2017 15:20:18	Rita da Graça Carvalho Frazão Corrêa	Aceito
Outros	Outro3.pdf	16/03/2017 12:48:20	Rita da Graça Carvalho Frazão Corrêa	Aceito

**Endereço:** Rua Barão de Itapary nº 227  
**Bairro:** CENTRO **CEP:** 65.020-070  
**UF:** MA **Município:** SAO LUIS  
**Telefone:** (98)2109-1250 **E-mail:** cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 2.003.250

Outros	Outro2.pdf	16/03/2017 12:47:46	Rita da Graça Carvalho Frazão Corrêa	Aceito
Outros	Outro1.pdf	16/03/2017 12:45:51	Rita da Graça Carvalho Frazão Corrêa	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

SAO LUIS, 05 de Abril de 2017

---

**Assinado por:**  
**Dorlene Maria Cardoso de Aquino**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** Rua Barão de Itapary nº 227  
**Bairro:** CENTRO **CEP:** 65.020-070  
**UF:** MA **Município:** SAO LUIS  
**Telefone:** (98)2109-1250 **E-mail:** cep@huufma.br

## ANEXO B – Termo de Compromisso



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
CURSO DE ENFERMAGEM

## APÊNDICE 2 - TERMO DE COMPROMISSO

## ORIENTAÇÃO DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

Eu, RITA DA GRACA CARVALHO FRAZÃO CORREIA professor(a)  
lotado no Departamento de ENFERMAGEM declaro ao Colegiado  
do Curso de Enfermagem que aceito, a partir do 1º semestre de 2017, ser o (a)  
Orientador(a) do Trabalho de Conclusão de Curso do(a) aluno(a) RAMON  
FLAVIANO CANTAMBÈDE LOCHA, matrícula:

que versará sobre o tema:  
DEPRESSÃO ENTRE ACADEMICOS DO CURSO DE  
ENFERMAGEM SEGUNDO O INVENTÁRIO DE  
BECK

, por um período de 02 (dois) semestres letivos,  
considerando o disposto na Resolução nº 1.175-CONSEPE/UFMA e nas Normas  
Complementares de Trabalho de Conclusão do Curso de Enfermagem.

Declaramos estar cientes do disposto nas Normas Complementares do TCC e  
de comum acordo assinamos o presente termo de compromisso de orientação.

São Luís (MA), 01 de fevereiro de 2017.

Rita da Graca Carvalho Frazão Correia Professora (a)  
Ramon Flaviano Cantambêde Locha Orientando (a)

## ANEXO C – Parecer do Colegiado de Curso – Projeto de TCC

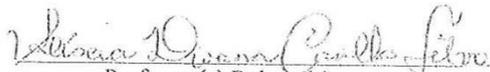


MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO  
CCBS – CURSO DE ENFERMAGEM

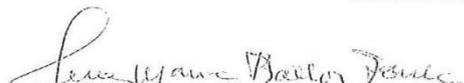
## PARECER DO COLEGIADO DE CURSO - PROJETO DE TCC

1. TÍTULO: DEPRESSÃO ENTRE ACADÊMICOS DO CURSO DE ENFERMAGEM SEGUNDO O INVENTÁRIO DE BECK.
2. ALUNO: Ramon Flaviano Cantanhede Rocha
3. ORIENTADORA: Profa. Dra. Rita da Graça Carvalho Frazão Corrêa.
4. INTRODUÇÃO/JUSTIFICATIVA: A introdução apresenta-se fundamentada, contextualizada, atualizada e problematiza a temática do estudo.
5. OBJETIVOS: Explicitam-se os objetivos para a realização do estudo de forma apropriada.
6. PROCESSO METODOLÓGICO: Apresenta descrição clara do tipo de estudo e metodologia proposta.
7. CRONOGRAMA: Adequado.
8. TERMO DE CONSENTIMENTO: Adequar no Termo de Consentimento a professora orientadora e que não haverá obtenção de qualquer benefício adicional, mas sim a contribuição para ampliar os conhecimentos a respeito do tema.
9. NORMATIZAÇÃO DO PROJETO DE PESQUISA: Adequada.
10. CONCLUSÃO DO PARECER: Estudo com temática relevante e atual que acrescenta conhecimento a área específica, sendo de parecer favorável a sua execução.

São Luís, 22 de fevereiro de 2017.

  
Professor(a) Relator(a)

- Aprovado pelo Colegiado de Curso em reunião do dia 1/1.
- Aprovado "ad referendum" do Colegiado de Curso em 06/03/2017.
- Referendado pelo Colegiado de Curso em reunião do dia 29/03/2017.

  
Profª Drª Lena Maria Barros Fonseca  
Coordenadora do Curso de Enfermagem