

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

**CURSO DE MEDICINA**

**JOSÉ AIRES DA CUNHA NETO**

**TRANSTORNOS DEPRESSIVOS EM DISCENTES DE MEDICINA: REVISÃO  
SISTEMÁTICA**

**SÃO LUÍS**

**2018**

**JOSÉ AIRES DA CUNHA NETO**

**TRANSTORNOS DEPRESSIVOS EM DISCENTES DE MEDICINA: REVISÃO  
SISTEMÁTICA**

Artigo apresentado ao Curso de Medicina  
da Universidade Federal do Maranhão  
como requisito à obtenção do Grau de  
Médico

Orientadora: Prof. Ms. Walquíria Lemos Ribeiro da  
Silva Soares

**SÃO LUÍS**

**2018**

Cunha Neto, José Aires da. Transtornos depressivos em discentes de medicina: revisão sistemática / José Aires da Cunha Neto. - 2018. 49 f.

Orientador(a): Walquíria Lemos Ribeiro da Silva Soares.  
Curso de Medicina, Universidade Federal do Maranhão,  
São Luís, 2018.

1. Depressão. 2. Estudantes. 3. Medicina. I.  
Soares, Walquíria Lemos Ribeiro da Silva. II. Título.

**JOSÉ AIRES DA CUNHA NETO**

**TRANSTORNOS DEPRESSIVOS EM DISCENTES DE MEDICINA: REVISÃO  
SISTEMÁTICA**

Artigo apresentado ao Curso de  
Medicina da Universidade Federal do  
Maranhão como requisito à obtenção  
do Grau de Médico.

Orientadora: Prof. Ma. Walquíria Lemos Ribeiro da  
Silva Soares

**SÃO LUÍS**

**2018**

**BANCA EXAMINADORA**

---

**Prof. Ms. Walquíria Lemos Ribeiro da Silva Soares - Orientadora**

**Universidade Federal do Maranhão**

---

**Prof<sup>a</sup>. Ms. Francisca Luzia Soares Macieira de Araújo- Examinador 1**

**Universidade Federal do Maranhão**

---

**Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Leopoldina Milanez da Silva Leite - Examinador 2**

**Universidade Federal do Maranhão**

---

**Prof<sup>a</sup> Ms. Adriana Lima dos Reis Costa - Examinador 3**

**Universidade Federal do Maranhão**

---

**SÃO LUÍS**

**2018**

**ARTIGO A SER SUBMETIDO**

**TRANSTORNOS DEPRESSIVOS EM DISCENTES DE MEDICINA: REVISÃO  
SISTEMÁTICA**

Depressive disorders among medical students: a systematic review

**Walquíria Lemos Ribeiro da Silva Soares<sup>1</sup>**

**Jose Aires da Cunha Neto <sup>2</sup>**

---

*Trabalho realizado no Hospital Universitário Presidente Dutra-HUPD, em São Luís, Brasil.*

*Curso de Medicina.*

*1- Professora Mestre Adjunta da Universidade Federal do Maranhão*

*2 – Graduando do Curso de Medicina da Universidade Federal do Maranhão*

*Autor responsável: José Aires da Cunha Neto – joseairesc@gmail.com*

**SÃO LUÍS**

**2018**

## ***DEDICATÓRIA***

*Ao Deus que guia-me, meus pais, familiares e amigos que acalentam  
meu caminho.*

## **AGRADECIMENTOS**

Ao Deus, criador e Pai, pelo amor que não enxerga diferenças e que entende todas as angústias pelas quais perpassam aqueles que as enfrentam. Eu amo Você.

Aos meus pais, cada um com sua forma única e especial de apoio. À minha mãe, por ser a base do homem que sou e futuro profissional que serei, e ao meu pai, que é a prova que com amor e resiliência, mesmo diante das adversidades mais sombrias e difíceis, é possível vencer. Eu amo vocês.

Aos meus irmãos, em suas particularidades, pelos anos de convivência. Muitas vezes me encontrei sem respostas, e sem meus pais - que lutavam pelo futuro da família- pude encontrar em vocês meu porto seguro e a força que precisava para continuar. Eu amo vocês.

Aos meus amigos, me faltam palavras. Agradeço a Deus por me proporcionar as melhores companhias durante esses anos, em especial ao meu amigo Victor, que tornou-se parte da minha família e parte indissociável de mim. Obrigado por entender minhas risadas e o silêncios de quem eu sou. Obrigado por me dar a chance de poder fazê-los sorrir. Eu amo vocês.

À minha orientadora, professora Walquíria, pela paciência e dedicação a este projeto.

Por fim, gostaria de mencionar, honrosamente e com toda a minha profunda admiração, a professora Sâmia Jamile Coelho. Profissional pela qual eu guio meu caminho e pessoa pela qual tenho estima inigualável. Muitas vezes o espelho para seguir acreditando que professores e alunos podem ser amigos e que existem, em meio a tanta animosidade e indiferença na universidade, vínculos de amizade e respeito entre nós e nossos mestres.

## RESUMO

**Introdução:** O manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-5 da Associação Psiquiátrica Americana (2014) caracteriza como depressivos os transtornos com características de humor rebaixado, comprometimento de atividades diárias, bem-estar e saúde e atividades laborais e/ou acadêmicas, além de afastamento afetivo. **Objetivo:** Realizar revisão sistemática sobre as incidências/prevalências gerais dos Transtornos de Depressivos em estudantes de medicina; Analisar o diagnóstico e manejo, além de possíveis desfechos desfavoráveis. **Métodos:** Trata-se de Revisão de Artigos científicos publicados em plataformas como Google Acadêmico, PubMed, Scielo e Lilacs, que correspondem a pesquisa de termos como “depressão”, “universitários” e “medicina” e que representam os transtornos depressivos em estudantes de medicina. **Resultados:** Foram encontrados 25 artigos que se enquadram na revisão, sendo 7 selecionados. Os resultados são conclusivos em relação ao sexo feminino ser mais prevalente. Fatores como idade, horas de atividades recreativas/ físicas, tipo e condição de moradia se mostraram conflitantes na revisão. Quanto a busca por apoio, a maioria dos estudantes evita serviços de auxílio em saúde mental. Estudos referem maior consumo de drogas lícitas/ilícitas por parte dos estudantes. Nesse contexto, a revisão aborda o suicídio como desfecho principal. **Conclusão:** a revisão conclui que as taxas de depressão são crescentes em incidência e prevalência nos universitários, especialmente recém-ingressos e os concluintes. Mesmo com medidas desenvolvidas visando redução de danos e prevenção de doenças de Saúde Mental, observam-se modelos pouco eficazes. Assim, é

necessária reformulação no modelo de aplicação dos conteúdos e avaliações, focando em detecção e intervenção precoces.

**Palavras-chave:** Depressão; Estudantes; Medicina

## ABSTRACT

**Introduction:** The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - DSM-5 of the American Psychiatric Association (2014) characterizes as depressive disorders with lowered mood characteristics, impairment of daily activities, wellness and health, and work and / or academic activities, besides affective withdrawal. **Objective:** To make a systematic review on the general incidence / prevalence of Depressive Disorders in medical students; Analyse diagnosis and management, in addition to possible unfavourable outcomes.

**Methods:** This is a review of scientific articles published on platforms such as Google Scholar, PubMed, Scielo and Lilacs, which correspond to the search for terms such as " depression ", " university " and " medicine " that represent the depressive disorders in medical students.

**Results:** We found 25 articles that fit the review, then 7 were selected. The results are conclusive in relation to females being more prevalent. Factors like age, hours of recreational / physical activities, type and living conditions were conflicting in the review. As for the search for support, most students avoid mental health services. Studies have reported higher consumption of licit / illicit drugs by students. In this context, the review addresses suicide as its main outcome.

**Conclusion:** this review concludes that rates of depression are increasing in incidence/prevalence in college students, especially newcomers and graduates. Besides acts that aim harm reduction and prevention of Mental Health diseases, barely effective models are observed. Thus, it is necessary to reformulate contents and evaluations, focusing on early detection / intervention.

**Keywords:** Depression; Students; Medicine

## LISTA DE TABELAS

**Tabela 1-** Estudos que investigam depressão em acadêmicos de medicina---22

## **LISTAS DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

IDB - Índice de Beck

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	16
2. MÉTODOS.....	20
3. RESULTADOS.....	25
4. DISCUSSÃO.....	28
5. CONCLUSÃO.....	36
REFERÊNCIAS.....	39
APÊNDICE A.....	45

## 1. INTRODUÇÃO

Em uma sociedade que exige resultados e diferenciais cada vez maiores, os indivíduos são moldados para buscar as melhores posições desde o período escolar.

O curso de Medicina, então, torna-se o sonho e a oportunidade para muitos que enxergam também a possibilidade de ascensão social e/ou financeira. A preparação para ingressar nas Universidades é intensa e exaustiva, incluindo cargas horárias extenuantes e altos índices de candidatos/vaga<sup>1</sup>.

A realidade dos acadêmicos do curso encontra-se muito além, e comparativamente ao pré-universitário, torna-se ainda mais extenuante, revelando altas prevalência e incidência de desordens de saúde mental, como ansiedade, depressão, abuso de álcool e drogas e suas consequências imediatas e tardias, incluindo suicídio<sup>2</sup>.

Na população universitária, em geral, há uma estimativa de que 15% a 25% dos estudantes apresentam algum transtorno psiquiátrico durante a formação acadêmica<sup>3</sup>. Dentre esses transtornos, os depressivos e de ansiedade são os mais frequentes<sup>3,4</sup>.

Logo no primeiro ano, os alunos experienciam um momento de duplicidade de sentimentos: por um lado, convivem com o deslumbramento da aprovação. Por outro, se deparam com uma realidade que não esperavam: estão diante de um curso eminentemente teórico, enfrentando aulas longas, cansativas, ricas em conteúdo, mas vazias de significado para este momento. Muitos não compreendem por que necessitam estudar todo o conteúdo programático para

serem médicos. Assim, estes vão assimilando o discurso de que ser médico é abdicar da vida social e pessoal, o que implica essencialmente em sacrifícios<sup>5</sup>.

A partir de então, com os primeiros resultados dos exames, vem a frustração maior: como encarar as notas baixas, frequentes no início do curso, e sua autoestima diante desse primeiro entrave? Percebem que precisam reaprender a estudar. Além disso, assumem responsabilidades que nunca tiveram: tarefas do lar, pagamentos, alimentação; aliando-se a angústia de dependerem dos pais/fonte de renda externa, advindo do fato de não poderem trabalhar, dado que o curso é integral<sup>4</sup>.

Durante toda a graduação, o aluno se depara com a competição, iniciada no vestibular, com a criação de verdadeiros grupos feudais na faculdade. Surgem as desistências nos anos pré-clínicos, quando a sobrecarga de informações é maior e há pouco tempo livre. Nessa fase, muitos discentes consideram a escolha de curso em função de um restrito poder de resiliência, resultado de uma união de fatores que desencadeiam a piora progressiva do humor<sup>6</sup>.

No período do internato, finalmente, o atendimento ao paciente e a dedicação integral fazem com que os alunos repensem, mais uma vez, sua escolha profissional: aumentam a angústia e a falta de tempo, e surge a necessidade de escolher uma especialidade. Assim, o internato provoca no aluno sentimentos de desânimo e impotência<sup>7</sup>. Inicia-se um período de comunicação com doentes graves, de conduta difícil, o sofrimento, o desespero e a morte dos pacientes que teoricamente tem responsabilidade, bem como

com situações de frustração pessoal, que corroem a autoestima do graduando<sup>8</sup>.

Sendo assim, fatores já foram identificados e mais elevaram a prevalência de depressão nos estudantes de Medicina, incluindo elevada carga horária, grande volume de conteúdo teórico-prático, a prática médica intensa que expõe o acadêmico a diversas doenças e prognósticos, insegurança em relação à prática após formação e mercado de trabalho, cobrança da sociedade e da instituição de ensino, além da auto-cobrança<sup>9</sup>.

Muitos aspectos e crenças da cultura da medicina e educação médica contribuem de forma significativa para o problema de saúde mental dos estudantes de medicina – aspectos estes que vem se perpetuando há muito tempo – que reiteram pontos deletérios da educação médica <sup>10</sup>.

A primeira destas afirmativas é de que a prática médica é uma profissão com elevadas exigências e, portanto, a educação médica nas universidades tem que ser como tal<sup>11</sup>. Se o acadêmico não é “forte” o suficiente para suportar o estresse, então provavelmente deve procurar outra carreira. Essas crenças, de alguma forma, levam a outro aspecto similar que representa uma grande barreira na mudança de conceitos: a validação de que mais pressão, horas e demandas são indicadores de melhor formação acadêmica e que padrões que não se encaixem nesses termos indicam menor qualidade de ensino.

O segundo aspecto a ser considerado é de que por muito tempo saúde mental não era considerada como problema de saúde física real, e os aspectos de prevenção ficaram a despeito dos tratamentos após os efeitos deletérios das doenças<sup>12</sup>.

Um terceiro aspecto refere-se a estrutura e hierarquia dentro das instituições universitárias. Departamentos de Ensino e Núcleos de Apoio aos Estudantes, em universidades que sequer as possuem, são historicamente pouco integrados e colaborativos. Nesse aspecto, uma das dificuldades dos cuidados de ordem da saúde mental para os estudantes de Medicina é o fato de que eles tendem a não procurar ajuda médica para seus problemas<sup>13</sup>. Estudos demonstraram que, apesar do alto nível de aflição que acomete os estudantes de Medicina, apenas de 8% a 15% deles procuram cuidado psiquiátrico durante a sua formação<sup>14</sup>.

O quarto quesito refere-se a relativa indiferença das instâncias mais elevadas das escolas médicas no que se refere a saúde mental dos acadêmicos. Grande parte disso ocorre devido ao foco na prática clínica e nas pesquisas em saúde, um processo que mais uma vez reitera a fraca prevenção primária no cenário apresentado<sup>15</sup>.

Frente a tal contexto sobre o tema, há um destaque para o aumento na taxa de suicídio em médicos, sendo estas uma das mais trágicas e temidas repercussões das síndromes depressivas, taxa essa reconhecidamente mais elevada do que a da população em geral<sup>16</sup>. Tal condição é alarmante, também, porque um estudo americano publicado em 2013 revelou que poucas pesquisas avaliaram as informações sobre comorbidades de saúde mental e estressores psicossociais que podem contribuir para o suicídio nesta classe profissional<sup>17</sup>. Devido à sua importância, o presente artigo também teve como objetivo revisar o suicídio em estudantes de Medicina.

## 2 MÉTODOS

Este artigo representa um estudo de revisão sistemática que utiliza um processo de análise de literatura abrangente, imparcial e reprodutível, que localiza, avalia e sintetiza o conjunto de evidências dos estudos científicos para obter uma visão geral e confiável da estimativa do transtorno depressivo em estudantes de medicina. Foram selecionados dentre 25 (100%) artigos encontrados, 7 (28%) de características apropriadas a proposta da revisão.

Esta revisão está formatada segundo as normas para submissão de artigos científicos e de referências bibliográficas da Revista de Pesquisa em Saúde do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão – HUUFMA.

Como critérios de inclusão do estudo foram considerados artigos publicados em plataformas de referência que incluíssem termos de pesquisa como “depressão”, “estudantes de medicina”, “suicídio” e foram excluídos da amostra estudos com enfoque apenas em outras desordens de saúde mental. Os dados foram obtidos por meio pesquisa eletrônica em portais de artigos científicos como Google Scholar, PubMed, Scielo e Lilacs. Foi incluído como complicação os índices de suicídio como desfecho final do transtorno depressivo como proposto por um artigo em estudo.

O escore avaliado nos estudos, em sua grande maioria, foi o denominado Índice de Beck (IDB) (Apêndice A), que é um instrumento de rastreamento de sintomas depressivos, não sendo um teste propriamente diagnóstico, podendo deixar de detectar ou superestimar tais sintomas<sup>18</sup>. É um questionário auto-aplicativo e foi traduzido para vários idiomas e validado em diferentes países, inclusive no Brasil<sup>6</sup>. A escala consiste em 21 itens referentes

a tristeza, pessimismo, sensação de fracasso, falta de satisfação, sensação de culpa, sensação de punição, entre outros<sup>18</sup>. A mesma possui quatro categorias de classificação dos sintomas depressivos, subdivididas por escores: 0-3 (nenhum ou mínimo); 4-7 (leve); 8-15 (moderado); 16 ou mais (grave).

Foram considerados portadores de sintomas depressivos os acadêmicos que apresentaram escorem  $\geq 11$  pontos no IDB, por ser este o ponto de corte considerado o melhor limiar para detectar depressão, alcançando sensibilidade de 70% e especificidade de 87%<sup>6</sup>.

Os estudantes foram analisados quanto às seguintes variáveis: Tempo de ingresso na universidade (divididos em Ciclo Básico, ciclo clínico ou internato), idade, sexo, moradia, nível de estresse (nulo, baixo, médio ou alto), horas de lazer por semana (0 a 2; 2 a 14; mais de 14), parceria fixa, uso de álcool e de drogas ilícitas, tabagismo, satisfação com a escolha do curso e falta de apoio emocional.

Foi realizada a análise descritiva-analítica de acordo com os dados computados, para variáveis quantitativas foram calculadas média e moda. Para variáveis qualitativas, calculou-se frequências absolutas e relativas. A associação entre variáveis qualitativas foi avaliada com o uso do teste do qui-quadrado, foram consideradas significativas as associações cujo p-valor foi inferior a 5% (0,05).

**Tabela 1 – Estudos que investigam depressão em acadêmicos de medicina**

<b>Autor (es)</b>	<b>Local</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Tipo de Estudo</b>	<b>População</b>	<b>Conclusões</b>
<b>Abrão et al.<sup>30</sup> (2011)</b>	São Paulo, São Paulo, Brasil	Investigar a relação entre bem-estar, percepção de necessidades e busca de ajuda entre alunos do último ano do curso médico.	Estudo transversal	Estudantes do último ano Faculdade de medicina USP, SP.	Bem-estar, especialmente sintomas de ansiedade, gênero e necessidades psicológicas percebidas são aspectos fundamentais para buscar ajuda especializada no Serviço de Saúde Mental.
<b>Benevides-Pereira<sup>10</sup> (2008)</b>	Maringá, Paraná, Brasil	Investigar a ocorrência de transtornos em 18 alunos ao longo dos seis anos de um curso de Medicina.	Estudo Longitudinal	Alunos do início ao final da formação acadêmica da Universidade de Maringá, Paraná	Nos testes aplicados já no primeiro ano do curso, os participantes deste estudo denotavam médias mais elevadas para estresse e burnout em relação aos padrões nacionais.
<b>Santal e Cantilino<sup>46</sup> (2016)</b>	Recife, Pernambuco, Brasil	Construir uma revisão integrativa de literatura sobre o suicídio em médicos e estudantes de Medicina	Revisão Bibliográfica	-	É preciso outros estudos sobre o tema a fim de formular intervenções, prevenção e tratamento específico para essa população.

**Continua**

**Tabela 1 – Estudos que investigam depressão em acadêmicos de medicina (continuação)**

<b>Autor (es)</b>	<b>Local</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Tipo de Estudo</b>	<b>População</b>	<b>Conclusões</b>
<b>Vanconcelos et al<sup>36</sup> (2015)</b>	Recife, Pernambuco, Brasil	Determinar prevalência de sintomas de ansiedade e depressão em estudantes de Medicina e avaliar fatores associados.	Transversal	Estudantes de todos os semestres da Faculdade Pernambuana de Saúde	A prevalência de sintomas de ansiedade e depressão associada ao uso de drogas psicoativas e ilícitas, respectivamente, indica a necessidade de medidas de prevenção e diagnóstico precoces.
<b>Dahlin et al<sup>47</sup> (2005)</b>	Estocolmo, Suécia	Avaliar a exposição a diferentes estressores e a prevalência de depressão entre estudantes de medicina de diferentes níveis de ensino, considerando as diferenças de gênero.	Transversal	Todos os alunos dos anos 1, 3 e 6 foram incluídos no estudo	Uma diferença entre os gêneros em relação aos níveis de estresse foi observada, onde as mulheres relataram níveis mais altos de estresse. Estudantes de medicina tiveram taxas de depressão mais altas do que a população em geral, e estudantes mulheres tiveram taxas mais altas.

**Continua**

**Tabela 1 – Estudos que investigam depressão em acadêmicos de medicina (continuação)**

<b>Autor (es)</b>	<b>Local</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Tipo de Estudo</b>	<b>População</b>	<b>Conclusões</b>
<b>Puthran et al<sup>48</sup> (2016)</b>	Singapura, Indonésia	Avaliar prevalência global de depressão entre estudantes de medicina, bem como fatores epidemiológicos, psicológicos, educacionais e sociais, a fim de identificar grupos de alto risco que podem exigir intervenções direcionadas.	a Meta-análise	-	A depressão afeta quase metade dos estudantes de medicina, as taxas de tratamento são baixas. Os resultados atuais sugerem que as faculdades médicas devem oferecer programas de detecção, prevenção e intervenções para a depressão para os estudantes antes da graduação.
<b>Rezende CHA et al<sup>27</sup> (2007)</b>	Uberlândia, Minas Gerais, Brasil	Conhecer prevalência de sintomas depressivos entre estudantes de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia	a Transversal	Estudantes matriculados no primeiro semestre de 2004	Proporção de sintomas depressivos superior à literatura. As excessivas cargas horárias e ansiedade exigem uma mudança curricular.

### 3. RESULTADOS

De acordo com os escores do IDB estabelecidos para esta revisão, observou-se que cerca de 1080 (64%) do total dos acadêmicos estudados (n= 1688) apresentavam sintomas depressivos com ou sem tratamento. Naqueles que eram portadores de sintomas depressivos, o tipo de transtorno depressivo mais frequente foi o distúrbio moderado do humor, seguido por depressão clínica *borderline* e depressão moderada. Depressão severa e depressão extrema apresentaram prevalências pequenas (<10% - cerca de 160 discentes) nos estudos pesquisados.

Considerando-se os sintomas depressivos em geral, independentemente de seu grau, verificou-se uma frequência de 1334 discentes (79%) entre a população estudada.

Foram demonstradas correlações negativas significantes entre a variável "pontuação obtida no *Índice de Beck*" e as seguintes variáveis: atividade de lazer, tratamento psicológico, tratamento psiquiátrico e grau de satisfação com o curso ( $p < 0,05$ ).

Foi encontrada correlação positiva significativa entre as variáveis "pontuação obtida no IDB" e períodos cursados pelos alunos ( $p < 0,05$ ), indicando que, quanto mais elevado o período, maiores os valores no IDB.

Quanto à idade dos acadêmicos, verificou-se que cerca de 1215 (72%) dos indivíduos são jovens, com média de 21 anos e 11 meses, não sendo demonstrada correlação significativa entre a idade e a pontuação obtida no IDB. Segundo dados da literatura, a idade que geralmente precede os transtornos depressivos situa-se entre 20 e 40 anos (57%), sendo que fatores sociais podem colocar as pessoas mais jovens em maior risco<sup>19</sup>.

Os estudos mostram que é muito comum nessa fase surgirem questões de ordem financeira, visto que o estudante de Medicina, com raras exceções, não tem renda própria, e, portanto, depende mais dos pais. A conclusão é pouco favorável à sua auto-imagem, começando a ver a si mesmos como inúteis, que não trabalham e que nada realizam na vida<sup>20</sup>. Contudo, os resultados da presente revisão não demonstraram correlações significantes entre a variável "pontuação obtida no IDB" e o exercício de atividade remunerada pelo estudante, sendo que os acadêmicos predominantemente não praticam atividade remunerada alguma (<25% do total).

A privação de lazer foi praticamente homogênea ao longo dos anos, sendo mais prevalente no segundo e terceiro anos de formação.

Não foi possível observar correlação significativa entre a variável estado civil e pontuação no IDB. Contudo, o casamento, mais frequentemente, agrava a situação, pelas responsabilidades acarretadas, a menos que, em caráter excepcional, o cônjuge que já trabalha possa fazer face às dificuldades materiais existentes<sup>3</sup>.

Foi encontrada correlação negativa e estatisticamente significativa ( $p=0,012$ ) entre as variáveis de tratamento psicológico e psiquiátrico e a pontuação obtida com o IDB. Contudo, este não é um resultado concordante na revisão dos artigos.

A correlação entre o grau de satisfação dos estudantes de Medicina com o seu curso e a pontuação obtida com o IDB mostrou-se negativa e significativa sob o ponto de vista estatístico ( $p<0,05$ ). Esses resultados traduzem que quanto maior a satisfação do estudante com o seu curso, maior é o seu grau de engajamento com o mesmo, reduzindo, portanto, sintomas depressivos, o que

se traduz em menor pontuação no IDB. Tal correlação foi evidenciada em estudo realizado por Clark e Zeldow (1988)<sup>21</sup>, no qual foi observado que os acadêmicos que apresentaram as menores notas durante o primeiro ano do curso eram aqueles que obtiveram pontuação no IDB acima de 21, ou seja, que apresentavam sintomas depressivos graves.

Na tentativa de elucidar a relação entre os transtornos psiquiátricos e suicídio em médicos, destaca-se o estudo de Alexandrino-Silva et al<sup>22</sup>. Essa pesquisa investigou a existência de pensamentos suicidas, sintomas depressivos e sintomas de desesperança entre estudantes de Medicina. O resultado dessa pesquisa revelou que os pensamentos de desesperança foram mais frequentes em estudantes de Medicina. Também foi identificada a existência de correlação positiva entre o risco de suicídio e a presença de sintomas depressivos e de desesperança ( $p < 0,05$ )<sup>22</sup>.

Quando a revisão se destina a investigar o uso de drogas ilícitas e drogas psicoativas, a conclusão é de que o uso tem crescido entre os estudantes. Entre os medicamentos com potencial para abuso, os mais utilizados são os ansiolíticos e as anfetaminas. De acordo com uma pesquisa realizada na Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, os acadêmicos usam tais medicamentos com o intuito de melhorar a atenção e/ou se manter acordados durante mais tempo para estudar<sup>23</sup>.

Apesar de não ter sido avaliada nessa revisão, é importante salientar a associação do tabaco com sintomas sugestivos de ansiedade e depressão. A literatura demonstra que o tabagismo está relacionado diretamente com os transtornos de ansiedade, principalmente no sexo feminino, e com os transtornos depressivos, especialmente o transtorno depressivo maior<sup>24</sup>.

## 4 DISCUSSÃO

Este estudo de revisão de artigos tem mais que função puramente acadêmica, uma função social, dada sua importância e relevância atual. Os artigos selecionados têm os desenhos variados, variando em amostra, mas mantendo objetivos e metodologias semelhantes, com discussão e conclusões apresentados a seguir.

Para fins de definição, o termo “*depressão*” adquire distintos significados, podendo designar tanto um estado afetivo normal (a tristeza), quanto um sintoma, uma síndrome e uma (ou várias) doença(s).

Representado como *sintoma*, a depressão surge nos mais variados quadros clínicos: transtorno de estresse pós-traumático, demência, doenças relacionadas ao abuso de drogas lícitas ou ilícitas, etc. Pode ainda ocorrer como resposta a situações estressantes, ou a circunstâncias sociais e econômicas adversas.

Enquanto *síndrome*, a depressão inclui alterações do humor (apatia, tristeza, inabilidade em sentir prazer) e uma gama de outros aspectos, como alterações vegetativas (apetite, sono), psicomotoras e cognitivas.

Finalmente, como *doença*, a depressão tem sido classificada de maneiras distintas, a depender do período histórico, dos autores e da abordagem. Entre os quadros mencionados na literatura atual encontram-se: transtorno depressivo maior, melancolia, distimia, depressão integrante do transtorno bipolar tipos I e II, etc.

Segundo o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fifth Edition (DSM-5), os transtornos depressivos podem ser classificados por sintomas específicos:

- Transtorno depressivo maior
- Transtorno depressivo persistente (Distímia)
- Outro transtorno depressivo específico ou inespecífico

Outros exemplos são classificados pela etiologia:

- Transtorno disfórico pré-menstrual
- Transtorno depressivo decorrente de outra condição médica / induzido por substância/medicação

Os transtornos depressivos ocorrem em qualquer idade, mas normalmente aparecem perto da adolescência ou terceira/ quarta décadas de vida. Na atenção primária, estudos como o de Maleiro (1998)<sup>25</sup> demonstram que até 30% dos pacientes relatam sintomas depressivos, porém < 10% têm depressão maior .

A ocorrência de distúrbios de humor ainda na graduação, quando não detectada e adequadamente tratada, pode se perpetuar ou agravar durante a residência médica e na atividade profissional<sup>26</sup>.

No meio acadêmico, já é bem estabelecido que em pessoas com depressão há redução do rendimento, aprendizagem, prejuízo das tarefas cotidianas, ocorrência de baixa autoestima e insegurança. Além disso, é demonstrada uma reciprocidade negativa entre assertividade e nível de ansiedade, tão importante durante a formação profissional, acarretando danos ao conhecimento profissional e aprendizado da experiência médica, podendo culminar, inclusive, no abandono do curso e até em suicídio<sup>27</sup>.

Quando os sinais de problemas de saúde mental dos estudantes aparecem, o maior erro dentro das universidades é não reconhecer que o problema se encontra no ambiente, não no discente. As orientações e métodos de ajuda são quase sempre limitados, apenas incluindo aconselhamento para que “coma melhor”, “se exercite”, “medite”, trazendo a universidade uma falsa noção de ajuda ao acadêmico, que, todavia, não tem seu problema compreendido e nem solucionado.

A exaustão emocional surge nos discentes que não conseguem superar as adversidades, marcada pela sensação incapacidade e/ou pela sensação de haver chegado ao próprio limite. Os indivíduos se tornam ansiosos, estudam cada vez mais, dormem pouco, têm pouco tempo livre, perdem relações sociais e atividades recreativas, tornando-se mais vulneráveis aos distúrbios mentais. Na tentativa de distanciamento, de minimizar a exaustão, começam a tratar amigos e parentes com indiferença e impessoalidade, adotando atitudes irônicas ou cínicas, caracterizando o que vem sendo chamado de desumanização<sup>25,11</sup>. Essa questão tem sido bastante enfatizada recentemente, devido à acentuação de atitudes céticas e da diminuição dos sentimentos humanísticos em muitos acadêmicos<sup>10</sup>.

Direcionando aos principais fatores associados à saúde mental desses estudantes, houve associação de gênero tanto com Depressão quanto com Estresse. Há, de acordo com a maioria dos artigos, maior frequência de sintomas depressivos em mulheres, tanto no meio acadêmico como na população geral<sup>28</sup>, embora os dados para estudantes de medicina sejam conflitantes. No entanto, uma revisão sistemática por Drybye et al. em 2006<sup>31</sup>

revelou que metade dos estudos publicados envolvendo estudantes de medicina relatou diferença na depressão e no estresse entre os sexos.

No estudo Abrão C et al. (2006)<sup>30</sup>, houve predominância de acadêmicos do sexo feminino, o que só vem ratificar que, no Brasil, há um processo de aumento marcante de mulheres na profissão médica, o que ainda é um número em ascensão. A tendência crescente da participação feminina na Medicina vem de algumas décadas, ocorrendo em diversos países<sup>31</sup>, como consequência de mudanças culturais e socioeconômicas<sup>7</sup>. Portanto, com maior número de participantes do sexo feminino, verificou-se diferença significativa de pontuação no IDB, com valores maiores obtidos pelas mulheres.

O sexo feminino por si só parece não ser um fator de risco, mas, sim, o suporte social e ambiente na maioria das culturas<sup>32</sup>. Investigações recentes apontam que mulheres com jornada integral, trabalho e filhos pequenos podem estar sob maior risco de desenvolver transtornos mentais<sup>33</sup>, especialmente no meio acadêmico.

Ressalta-se que nos estudos desta revisão, em sua maioria, exibiram aumento de quase três vezes mais sintomas depressivos na fase clínica comparado ao primeiro período (fase pré-clínica). O discurso introjetado e replicado de que ser médico exige a abdicação da vida social e pessoal, e múltiplos sacrifícios podem exacerbar esse desconforto inicial <sup>10</sup>. Dados semelhantes foram encontrados por Wolf et al. (1991)<sup>34</sup> com relatos dos alunos do primeiro ano referindo falta de oportunidades para buscar e manter seus relacionamentos pessoais. Paralelamente, alguns autores revelaram que, no final do primeiro ano, os alunos apresentavam mais sintomas depressivos, que atingiram o pico no final do segundo ano - no quarto semestre.

A maioria, no entanto, afirma que com o transcorrer dos anos, observou-se que os alunos puderam adquirir segurança e confiança no futuro profissional, evidenciando que as dificuldades apontadas foram superadas, sendo terceiro e quarto anos do curso assinalados como os mais penosos. Estudos semelhantes, embora a maioria transversais, ratificam que, além do primeiro ano do curso, seriam mais estressantes o terceiro e quarto anos<sup>35</sup>. Por parte desses autores, acredita-se que nesse período do curso há um acúmulo de disciplinas, em decorrência da ideia dominante dos gestores de graduação em inserir a maior bagagem de informações possível, atendendo ao surgimento de novas especialidades médicas e novas tecnologias de investigação e terapêutica. Além disso, no estudo de Firth J et al. (1986)<sup>35</sup> na maioria dos cursos foi ampliado o período de internato de um para dois anos, sem redução da carga horária das disciplinas já existentes, o que conseqüentemente levou à sobrecarga tão referida pelos alunos.

A falta de "áreas verdes", como popularmente são conhecidos os tempos de folga - que possibilitaram aos alunos se dedicar a outras atividades ou mesmo cultivar a relação entre eles mesmos, parentes e amigos - foi um dos maiores fatores de dificuldade apontado pelos estudantes pesquisados e tem sido citado por outros autores<sup>7</sup>. As dificuldades de relacionamento com professores também foram apontadas por alunos em diferentes estudos como variável relevante na construção do conhecimento<sup>34</sup>.

De modo geral, os discentes universitários, especialmente aqueles que precisam abandonar o núcleo familiar em decorrência da localização da universidade, tornam-se mais expostos a distúrbios psiquiátricos e suas conseqüências. Em estudo publicado em 2012 por Couto<sup>36</sup>, em uma

universidade brasileira, foi observado que há maior risco de depressão entre os estudantes procedentes de municípios distantes da universidade que, conseqüentemente, estavam afastados do âmbito familiar. Este resultado reitera as demais literaturas, a exemplo de um estudo com alunos de Medicina colombianos que afirma ter ocorrido aumento do risco de depressão à medida que diminuiu a qualidade da relação familiar<sup>37</sup>. Além disso, a literatura descreve que o fato de o estudante dispor de pessoas próximas, com quem possa compartilhar sentimentos, é um elemento importante para retardar ou reter os processos de estresse e *Burnout*<sup>10</sup>.

Outro fator associado designado em alguns dos artigos foi a Religiosidade. Muitos estudos indicam uma associação de crenças espirituais / religiosas com saúde mental / física / qualidade de vida. Outros avaliaram a religiosidade e a opinião dos estudantes de medicina sobre essa questão<sup>38</sup>, mas poucos estudos investigaram especificamente a associação entre transtornos mentais, saúde e crenças na educação médica. Wachholtz et al. (2013)<sup>39</sup> avaliaram 259 graduandos de medicina americanos e descobriram aqueles com níveis menores de práticas espirituais diárias tiveram maior estresse psicológico e *Burnout*. Da mesma forma, Vasegh et al. (2007)<sup>40</sup> obtiveram correlação negativa entre religiosidade, depressão e ansiedade em 285 estudantes iranianos, o que reitera a maioria das revisões. Por outro lado, Lupo et al. (2011)<sup>41</sup> realizaram um estudo com 119 estudantes de medicina em Israel e não encontraram associação entre religiosidade, depressão e ansiedade, mostrando que esses resultados podem sofrer variações de acordo com a cultura e afiliação religiosa.

Os sintomas do *Burnout* podem ser agrupados em categorias, como: físicos (fadiga constante e progressiva, distúrbios do sono, dores musculares, cefaléia e/ou enxaqueca; crises de sudorese, palpitações, distúrbios gastrointestinais, transtornos alimentares,); psíquicos (dificuldade para se concentrar; diminuição da memória, lentidão do pensamento); emocionais (irritação, agressividade, desânimo); comportamentais (inibição, desinteresse, tendência ao isolamento, negligência excessiva, falta de interesse pelo trabalho e/ou lazer, adoção de uma rotina cada vez mais estreita, falta de flexibilidade). É comum o sentimento de autodepreciação, de culpa, ou a adoção de uma compensação mediante a um processo inverso, adotando a onipotência, pela queda da autoestima e da confiança em si mesmo. Devido às dificuldades sentidas, o profissional evita o meio deflagrador dos sintomas. Também é comum o aparecimento ou o aumento do comportamento de fumar, do consumo de bebidas alcoólicas, café e drogas tranquilizantes<sup>10</sup>.

A síndrome tem caráter contínuo e gradual ao longo do tempo, envolvendo as pessoas a tal ponto que a recuperação se torna difícil, quase impossível<sup>41</sup>.

Quanto a outros fatores, estudos realizados em faculdades de São Paulo concluíram que a droga mais usada por estudantes de Medicina é o álcool e que 78% a 86% dos alunos participantes dos estudos já haviam ingerido bebida alcoólica ao menos uma vez na vida; foi constatado, também, aumento do consumo no decorrer do curso<sup>42</sup>. No estudo supracitado, 68% dos estudantes relataram uso frequente dessa substância. Já na Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia, um estudo que investigou as

drogas mais comuns entre estudantes de Medicina revelou que 56,1% dos alunos relataram uso de álcool<sup>43</sup>.

Entre os medicamentos com potencial para abuso, os mais utilizados são os ansiolíticos e as anfetaminas. De acordo com uma pesquisa realizada na Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, os acadêmicos usam tais medicamentos em virtude do extenso conteúdo curricular a ser estudado, com o intuito de melhorar a atenção e/ou se manter acordados durante mais tempo<sup>23</sup>.

## 5 CONCLUSÃO

Em relação às conclusões deste artigo, o objetivo principal foi demonstrar os dados alarmantes no que se refere a saúde mental dos acadêmicos do curso de medicina, direcionado ao transtorno depressivo e suas consequências.

Como destacados nos resultados, testes aplicados já nos dois primeiros períodos do curso evidenciam que o primeiro ano tende a ser o mais estressante e revela maiores pontuações no Índice de Beck- o que indica pior prognóstico, além de médias mais elevadas de *Burnout* dentre o total de participantes e comparado aos demais estudos. Utilizando os instrumentos de avaliação psicológica, além do depoimento dos alunos, o terceiro e quarto anos do curso foram considerados os mais difíceis. A prática, aliada aos conceitos teóricos, foram elementos importantes referenciados pelos acadêmicos e que entram em destaque como elementos essenciais para coordenadores e docentes em suas futuras avaliações e reformulações curriculares.

É notável e alarmante observar que, como já apontam outros autores<sup>8,13</sup>, os níveis de desumanização aumentam no transcorrer do curso, demonstrando desesperança e esgotamento dos alunos e assim, uma progressão desfavorável na relação interpessoal dos acadêmicos com o meio em que vivem.

Há especificidades no comportamento dos estudantes de medicina no último período do curso (Internato). Sintomas de ansiedade e necessidades psicológicas percebidas são aspectos especialmente fundamentais para buscar ajuda especializada no Serviço de Saúde Mental nas universidades que possuem o serviço disponível. Essa investigação pode melhorar os recursos de

apoio da escola médica e ajudar no desenvolvimento de estratégias específicas para sensibilizar os alunos quanto à busca de ajuda durante o internato.

Fatores como gênero, tempo de curso e afastamento familiar se mostraram indicadores que influenciam a saúde mental dos estudantes de medicina. Outros aspectos como religiosidade e renda são discrepantes nas literaturas pesquisadas.

Os discentes devem ser estimulados a desenvolver estratégias adaptativas e de enfrentamento que lhes serão imprescindíveis durante a formação e, posteriormente, durante sua carreira profissional. Devem aprender sobre fisiologia do estresse, traços de personalidade com potencial adaptativo, assim como sobre o desenvolvimento de suas relações interpessoais e afetivas, reconhecimento e manejo do estresse no meio médico, e aprender a desvincular sua vida profissional do pessoal <sup>9,16</sup>. Essas estratégias são alternativas para as medidas ineficazes que vem sendo adotadas pelas universidades, com a equivocada ideia de que estão interferindo de forma adequada e efetiva na crescente e problemática questão da depressão no meio acadêmico.

Sugere-se uma análise minuciosa da carga horária e da forma como estão estruturadas e ministradas as disciplinas, para minimizar as consequências deste período de estudos.

Aliados, às mudanças curriculares, as políticas de enfrentamento e o desenvolvimento e consolidação dos Núcleos de Apoio aos Estudantes são os elementos fundamentais para inicialmente interromper a cadeia e em maior prazo findar a angústia e os sintomas depressivos, que são tão deletérios para

os discentes, em uma formação que tem por objetivo final cuidar de vidas e lidar com inúmeras enfermidades e identidades.

## REFERÊNCIAS

1. Newbury-Birch D, Walshaw D, Kamali F. Drink and drugs: from medical students to doctors. *Drug Alcohol Depend.* 2001;64: 265–70.
2. Shapiro SL, Shapiro DE, Schwartz GE. Stress management in medical education: a review of the literature. *Acad Med.* 2000; 75(7):748-59.
3. Adewuia AO, Ola BA, Aloba OO, Mapayi BM, Oginni OO. Depression amongst Nigerian university students: prevalence and sociodemographic correlates. *Soc Psychiatr Epidemiol*
4. Cavestro, Julio de Melo, Rocha, Fabio Lopes. Prevalência de depressão entre estudantes universitários. *J. bras. psiquiatr.* [online]. 2006, vol.55, n.4, pp.264-267. ISSN 0047-2085.
5. Gorestein C, Andrade L. Inventário de depressão de Beck: propriedades psicométricas da versão em português. *Rev Psiq Clin* 1998;25(5):245-250.
6. Gomes-Oliveira MH, Gorenstein C, Neto FL, Andrade LH, Wang YP. Validation of the Brazilian Portuguese version of the Beck Depression Inventory-II in a community sample. *Rev Bras Psiquiatr.* 2012; 34(4):389-94.
7. Millan LR, De Marco OLN, Rossi E, Millan MPB, Arruda PCV. Alguns aspectos psicológicos ligados à formação médica. In Millan LR, De Marco OLN, Rossi E, Arruda PCV (Org.). *O Universo psicológico do futuro médico, vocação, vicissitudes e perspectivas.* São Paulo: Casa do Psicólogo; 1999. p.75-82.
8. Mingote Adán, JC, Perez Corral, F. *El estrés laboral del médico.* Madrid: Diaz de Santos; 1999.

9. Porcu M, Fritzen VC, Helber C. Sintomas depressivos nos estudantes de Medicina da Universidade Estadual de Maringá. *Psiquiatria na Prática Médica*. 2001; 34.
10. Benevides-Pereira A, Gonçalves MB. Transtornos emocionais e a formação em Medicina: um estudo longitudinal. *Rev Bras Educ Med*. 2008; 33(1):10-23.
11. Hafferty FW, Franks R. The hidden curriculum, ethics teaching, and the structure of medical education. *Acad Med*. 1994;69:861–71.
12. Goodell S. Health Policy Brief: Mental Health Parity. April 3, 2014.
13. Yiu V. Supporting the well-being of medical students. *CMAJ*. 2005. 172(7); 889-90.
14. Shaw DL, Wedding D, Zeldow PB, Diehl N. Special Problems of Medical Students: Cap 6. In Wedding D, eds. *Behavior & Medicine*. Hogrefe Publishing. 2006.
15. Slavin ST. Medical Student Mental Health: Culture, Environment, and the Need for Change. *JAMA*. December 6, 2016. 21: 2195-2196
16. Katherine J, Gold MD, Ananda SEN, Thomas L, Schwenk M. Details on suicide among U.S. physicians: Data from the National Violent Death Reporting System. *Gen Hosp Psychiatry*. 2013;35(1):45-9.
17. Støen Grotmol K, Gude T, Moum T, Vaglum P, Tyssen R. Risk factors at medical school for later severe depression: a 15-year longitudinal, nationwide study (NORDOC). *J Affect Disord* [Internet]. Elsevier. 2013. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23017539>.
18. Sandri A et al. Interconsulta psiquiátrica no hospital geral: diagnóstico da situação total. *Revista de Psiquiatria*. 2000;22:138-147.

19. Baldassin S, Alves TC, de Andrade AG, Nogueira Martins LA. The characteristics of depressive symptoms in medical students during medical education and training: a cross-sectional study. *BMC Med Educ* [Internet].2008.
20. Bunevicius A, Peceliuniene J, Mickuviene N, Valius L, Bunevicius R. Screening for depression and anxiety disorders in primary care patients. *Depress Anxiety*. 2007;24:455–60.
21. Clark DC, Zeldow PB. Vicissitudes of depressed mood during four years of medical school. *JAMA*. 1988; 260(17):2521-8.
22. Alexandrino-Silva C, Lazarini M, Pereira G, Bustamante C, Corrêa A, Ferraz DT, et al. Suicidal ideation among students enrolled in healthcare training programs : a cross-sectional study *Ideação suicida entre estudantes da área da saúde : um estudo transversal*. 2009;31(4):338-44.
23. Pinton FA, Boskovitz EP, Cabrera EMS. Uso de drogas entre os estudantes de medicina da faculdade de medicina de São José do Rio Preto. *Arq Cienc Saúde*. 2002. 12(2);91-96.
24. Munaretti CL, Terra MB. Transtornos de ansiedade: um estudo de prevalência e comorbidade com tabagismo em um ambulatório de psiquiatria. *J Bras Psiquiatr* [online]. 2007. 56(2); 108-15.
25. Haldorsen H, Bak NH, Dissing A, Petersson B. Stress and symptoms of depression among medical students at the University of Copenhagen. *Scand J Public Health*. 2014; 42(1):89-95.
26. Meleiro AMAS. Suicídio entre médicos e estudantes de Medicina. *Revista da Associação Médica Brasileira*. 1998;44(2):135-140.

27. Rezende CHA, Abrão CB, Coelho EP, da Silva Passos LB. Prevalência de sintomas depressivos entre estudantes de medicina da Universidade Federal de Uberlândia. *Rev Bras Educ Med*. 2008; 32(3):315-23.
28. Moro A, Valle JB, Lima LP. Sintomas depressivos nos estudantes de Medicina da Universidade da Região de Joinville (SC). *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2005;29(2):97-102.
29. Dyrbye LN, Thomas MR, Shanafelt TD. Systematic review of depression, anxiety, and other indicators of psychological distress among US and Canadian medical students. *Acad Med*. 2006; 81(4):354-73.
30. Abrao CB, Coelho ED, Passos LBS. Prevalência de sintomas depressivos entre estudantes de medicina da Universidade Federal de Uberlândia. *Rev Bras Educ Med*. 2008; 32(3):315-23.
31. Ferreira RA, Peret Filho LA, Goulart EMA, Valadão MMA. O estudante de medicina da Universidade Federal de Minas Gerais: perfil e tendências. *Rev Assoc Méd Brás*. 2000;46(3):224-231.
32. Lima MS. Epidemiologia e impacto social. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 1999;21(supl.1):01-05.
33. Menezes PR, Nascimento AF. Epidemiologia da depressão nas diversas fases da vida. In: Lafer B. *et al*. Depressão no ciclo de vida. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000. P 31-36.
34. Wolf T, Almen T, Faucett J, Randall H, Franklin F. Psychosocial changes during the first year of medical school. *Med Educ*. 1991; 25(3):174-81.
35. Firth J. Levels and sources of stress in medical students. *BMJ*. 1986; 292(6529):1177-80.

36. Vanconcelos T et al. Prevalência de Sintomas de Ansiedade e Depressão em Estudantes de Medicina. *Rev. bras. educ. med.* 2015, vol.39, n.1; pp.135-142.
37. Gaviria S, Rodriguez MA, Alvarez T. Calidad de la relación familiar y depresión en estudiantes de Medicina de Medellín, Colombia, 2000. *Rev. Chil. Neuro-Psiquiatr.* Santiago. 2002;40(1):41-46.
38. Lucchetti G, de Oliveira LR, Koenig HG, Leite JR, Lucchetti AL.; SBAME Collaborators. Medical students, spirituality and religiosity--results from the multicenter study SBAME. *BMC Med Educ.* 2013; 13:162.
39. Wachholtz A, Rogoff M. The relationship between spirituality and burnout among medical students. *J Contemp Med Educ.* 2013; 1(2):83-91.
40. Vasegh S, Mohammadi MR. Religiosity, anxiety, and depression among a sample of Iranian medical students. *Int J Psychiatry Med.* 2007; 37(2):213-27.
41. Lupo MK, Strous RD. Religiosity, anxiety and depression among Israeli medical students. *Isr Med Assoc J.* 2011; 13(10):613-8.
42. Maslach C, Leiter MP. Trabalho: fonte de prazer ou desgaste? Campinas: Papyrus; 1999.
43. Moreira-Almeida A, Koenig HG, Lucchetti G. Clinical implications of spirituality to mental health: review of evidence and practical guidelines. *Rev Bras Psiquiatr.* 2014; 36(2):176-82.
44. Moutinho, Ivana Lúcia Damásio et al. Depression, stress and anxiety in medical students: A cross-sectional comparison between students from different semesters. *Rev. Assoc. Med. Bras.* [online]. 2017, vol.63, n.1 [cited 2018-09-28], pp.21-28.

45. Cybulski, Cynthia Ajus; Mansani, Fabiana Postiglione. Análise da Depressão, dos Fatores de Risco para Sintomas Depressivos e do Uso de Antidepressivos entre Acadêmicos do Curso de Medicina da Universidade Estadual de Ponta Grossa.
46. Santal, Nathália Della; Cantilino Amaury. Suicídio entre médicos e Estudantes de medicina: revisão de Literatura. Revista Brasileira de educação Médica 40 (4) : 772-780; 20.
47. Dahlin M; Jonenborg N; Runeson B. Stress and depression among medical students: a cross-sectional study. MEDICAL EDUCATION 2005; 39: 594–604.
48. Rohan Puthran, Melvyn W B Zhang, Wilson W Tam & Roger C Ho. Prevalence of depression amongst medical students: a meta-analysis. Medical Education 2016: 50: 456–468.

## **ANEXOS**

### **A. IDB - ÍNDICE DE BECK**

#### **1ª questão:**

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.

#### **2ª questão:**

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.

#### **3ª questão:**

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.

#### **4ª questão:**

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.

**5ª questão:**

- 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.

**6ª questão:**

- 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.

**7ª questão:**

- 0 Não me sinto decepcionado comigo mesmo.
- 1 Estou decepcionado comigo mesmo.
- 2 Estou enojado de mim.
- 3 Eu me odeio.

**8ª questão:**

- 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 acontece.

**9ª questão:**

- 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.

**10ª questão:**

- 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.

**11ª questão:**

- 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.

**12ª questão:**

- 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.

**13ª questão:**

- 0 Tomo decisões mais ou menos tão bem como em outra época.
- 1 Adio minhas decisões mais do que costumava.
- 2 Tenho maior dificuldade em tomar decisões do que antes.
- 3 Não consigo mais tomar decisões.

**14ª questão:**

- 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.

**15ª questão:**

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.

**16ª questão:**

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 horas mais cedo do que costumava e tenho dificuldade para voltar a dormir.

**17ª questão:**

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.

**18ª questão:**

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.

**19ª questão:**

0 Não tenho perdido muito peso se é que perdi algum recentemente

1 Perdi mais do que 2 quilos e meio

2 Perdi mais do que 5 quilos

3 Perdi mais do que 7 quilos

Estou tentando perder peso de propósito, comendo menos: Sim \_ Não \_

**20ª questão**

0 Não estou mais preocupado com a minha saúde do que o habitual

1 Estou preocupado com problemas físicos, tais como dores, indisposição do estômago ou constipação

2 Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa

3 Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa

**21ª questão:**

0 Não notei qualquer mudança recente no meu interesse por sexo

1 Estou menos interessado por sexo do que costumava

2 Estou muito menos interessado por sexo agora

3 Perdi completamente o interesse por sexo