



**FAPAC - FACULDADE PRESIDENTE ANTÔNIO CARLOS
INSTITUTO TOCANTINENSE PRESIDENTE ANTÔNIO CARLOS PORTO LTDA
CURSO DE MEDICINA**

THIAGO GOUVEIA MACÊDO

**TRANSTORNO DE HUMOR EM ACADÊMICOS DE MEDICINA: DEPRESSÃO E
ANSIEDADE**

**PORTO NACIONAL - TO
2018**

THIAGO GOUVEIA MACÊDO

**TRANSTORNO DE HUMOR EM ACADÊMICOS DE MEDICINA: DEPRESSÃO E
ANSIEDADE**

Projeto de Pesquisa submetido ao curso de Medicina do Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos Porto – ITPAC PORTO NACIONAL, como requisito parcial para obtenção do Grau de Bacharel em Medicina.

Orientador: Prof. Dr. Astério Souza Magalhães Filho

PORTO NACIONAL – TO

2018

THIAGO GOUVEIA MACÊDO

**TRANSTORNO DE HUMOR EM ACADÊMICOS DE MEDICINA: DEPRESSÃO E
ANSIEDADE**

Projeto de Pesquisa submetido ao curso
de Medicina do Instituto Tocantinense
Presidente Antônio Carlos Porto – ITPAC
PORTO NACIONAL, como requisito
parcial para obtenção do Grau de Bacharel
em Medicina.

Orientador: Prof. Dr. Astério Souza
Magalhães Filho

BANCA EXAMINADORA

APROVADO EM: ____/____/____

Prof. Dr. Astério Souza Magalhães Filho – Orientador - Instituto Tocantinense
Presidente Antônio Carlos Porto

Examinador 1

Examinador 2

PORTO NACIONAL – TO

2018

RESUMO

Introdução: A escola médica é reconhecida como um estressor que afeta negativamente o desempenho acadêmico, a saúde e o bem-estar psicológico do estudante de Medicina. Estima-se que de 15% a 25% dos estudantes universitários apresentam algum tipo de transtorno psiquiátrico durante a sua formação acadêmica. Dentre esses transtornos, os depressivos e de ansiedade são os mais frequentes. Os profissionais acometidos por esgotamento profissional são aqueles do serviço público que trabalham na área da saúde, em especial a categoria médica, considerada como altamente vulnerável a desenvolver sintomas depressivos. **Objetivo:** Buscar conhecer a frequência dos sintomas de ansiedade e depressão entre os acadêmicos de medicina do ano de 2019 do ITPAC – Porto. **Métodos:** Trata-se de um estudo transversal, quantitativo e qualitativo, descritivo e exploratório dos dados obtidos através de questionários aplicados aos estudantes de Medicina do ITPAC – PORTO. **Resultados Esperados:** Espera-se encontrar uma relação diretamente proporcional entre o período do acadêmico de Medicina do ITPAC – PORTO com o nível de prevalência de sintomas de ansiedade e depressão.

Palavras-chave: Conceito. Epidemiologia. Diagnóstico. Tratamento.

ABSTRACT

Introduction: The medical school is recognized as a stressor that negatively affects the academic performance, health, and psychological well-being of the medical student. It is estimated that 15% to 25% of college students present some type of psychiatric disorder during their academic training. Among these disorders, depressive and anxiety disorders are the most frequent. Professionals affected by professional exhaustion are those of the public service who work in the health area, especially the medical category, considered as highly vulnerable to developing depressive symptoms. **Objective:** To investigate the frequency of anxiety and depression symptoms among the 2019 medical students of ITPAC - Porto. **Methods:** This is a cross-sectional, quantitative and qualitative, descriptive and exploratory study of the data obtained through questionnaires applied to ITPAC-PORTO medical students. **Expected Results:** We expect to find a directly proportional relationship between the period of the ITPAC-PORTO medical student and the level of prevalence of anxiety and depression symptoms.

Keywords: Concept. Epidemiology. Diagnosis. Treatment.

LISTA DE ABREVIATURAS

5-HT: Serotonina

ADT: Antidepressivos Tricíclicos

CEP: Comitê de Ética e Pesquisa

CFM: Conselho Federal de Medicina

CID: Classificação Internacional das Doenças

H1: Hipótese 1

H2: Hipótese 2

IAB: Inventário de Ansiedade de Beck

IDB: Inventário de Depressão de Beck

IMAO: Monoaminoxidase

INRs: Noradrenalina

ISRSs: Inibidores Seletivos de Recaptação de Serotonina

ITPAC: Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos

MIN: Minutos

NE: Norepinefrina

OMS: Organização Mundial da Saúde

SEG: Segundos

TCLE: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TDM: Transtorno Depressivo Maior

TEC: Terapia Eletroconvulsiva

TO: Tocantins

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
1.1 PROBLEMA DE PESQUISA	8
1.2 HIPÓTESE	9
1.3 JUSTIFICATIVA	9
2 OBJETIVOS	10
2.1 OBJETIVO GERAL	10
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	10
3 REFERENCIAL TEÓRICO	11
3.1 CONCEITO E CARACTERÍSTICAS	11
3.1.1 Conceito e Características da Depressão	11
3.1.2 Conceito e Características da Ansiedade	11
3.2 SINAIS E SINTOMAS	12
3.2.1 Sinais e Sintomas da Depressão	12
3.2.2 Sinais e Sintomas da Ansiedade	12
3.3 EPIDEMIOLOGIA	12
3.4 CLASSIFICAÇÃO DOS TRANSTORNOS	13
3.4.1 Depressão	13
3.4.2 Ansiedade	15
3.5 RELAÇÃO COM A MEDICINA	15
3.6 DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO	16
3.6.1 Diagnóstico e Tratamento da Depressão	16
3.6.2 Diagnóstico e Tratamento da Ansiedade	18
4 METODOLOGIA	19
4.1 DESENHO DO ESTUDO	19
4.2 LOCAL E PERÍODO DE REALIZAÇÃO DA PESQUISA	19
4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA	19
4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	19
4.5 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	19
4.6 VARIÁVEIS	20
4.7 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS, ESTRATÉGIAS DE APLICAÇÃO, ANÁLISE E APRESENTAÇÃO DOS DADOS	20
5 DELINEAMENTO DA PESQUISA	21
6 ASPECTOS ÉTICOS	22
6.1 RISCOS	22
6.2 BENEFÍCIOS	22
7 DESFECHO	23
7.1 DESFECHO PRIMÁRIO	23
7.2 DESFECHO SECUNDÁRIO	23
8 CRONOGRAMA	24
9 ORÇAMENTO	25
REFERÊNCIAS	26
ANEXOS	29
ANEXO A	29
ANEXO B	30
ANEXO C	32

1 INTRODUÇÃO

De acordo com Baldassin, Martins e Andrade (2006) a escola médica é reconhecida como um estressor que afeta negativamente o desempenho acadêmico, a saúde e o bem-estar psicológico do estudante de Medicina e os transtornos emocionais descritos na literatura podem estar presentes em até 50% dessa população.

Alves et al. (2010) afirmam que vários estudos em diferentes partes do mundo têm mostrado situações estressantes na vida do médico que comprometem sua qualidade de vida e citaram uma pesquisa divulgada pelo Conselho Federal de Medicina que revelou que mais da metade dos médicos no Brasil apresentam distúrbios psiquiátricos, como ansiedade e depressão, além de estafa.

A ocorrência de distúrbios de humor e ansiedade ainda na graduação, quando não detectada e adequadamente tratada, pode se perpetuar ou agravar durante a residência médica e na atividade profissional (VASCONCELOS et al., 2015).

Para Amaral et al. (2008) o desenvolvimento de processos patológicos, tanto físicos quanto psíquicos, nos estudantes de Medicina, está relacionado com a frequente exposição desses acadêmicos às situações estressantes. Cybulski e Mansani (2017) concordam com Amaral et al. (2008) e ainda exemplificam algumas situações/agentes estressores, sendo eles: perda da liberdade pessoal, alto nível de exigência e de conteúdo, sentimento de desumanização, falta de tempo para o lazer, forte competição entre os colegas e o próprio contato com pacientes, com a dor e a doença.

Para Sakae, Padão e Jornada (2010) a pessoa deprimida perde a capacidade de apreciar o que anteriormente lhe proporcionava prazer, abandona suas atividades rotineiras, possui uma visão negativa de si próprio, do mundo e do futuro. Embora a característica mais típica dos estados depressivos seja a proeminência dos sentimentos de tristeza ou vazio, nem todos os pacientes relatam a sensação subjetiva de tristeza. “Uma síndrome depressiva caracteriza-se por humor depressivo acompanhado por marcada redução na energia e nas atividades. ” (SAKAE, PADÃO, JORNADA, 2010, p.38)

Gabriel et al. (2005) vão mais além e definem depressão como uma doença de expressão clínica complexa que altera o humor e o estado de ânimo, dimensões do psiquismo responsáveis pela nossa capacidade de sentir prazer, tristeza, alegria e

disposição para a vida. Para eles, sofrer de depressão significa não conseguir desfrutar os prazeres normais da vida, experimentar sentimentos persistentes de inadequação, tristeza profunda, irritação, desamparo e pessimismo exagerado. Além disso, uma pessoa acometida de depressão revela dificuldade de desempenho cognitivo, notadamente de memória, concentração e raciocínio.

Vasconcelos et al. (2015) trazem a prevalência dos transtornos psiquiátricos em estudantes de Medicina ao redor do mundo. De acordo com o estudo, estima-se que de 15% a 25% dos estudantes universitários apresentam algum tipo de transtorno psiquiátrico durante a sua formação acadêmica. Dentre esses transtornos, os depressivos e de ansiedade são os mais frequentes. Em Dubai, um estudo demonstrou que 28,6% dos estudantes de Medicina apresentavam depressão e 28,7% manifestavam ansiedade. Uma pesquisa realizada na Universidade Federal de São Paulo mostrou que 38,2% dos alunos do curso de Medicina apresentavam sintomas depressivos. Um estudo que envolveu estudantes de Medicina conduzido na Estônia evidenciou alta porcentagem de estudantes com sintomas emocionais, dos quais 21,9% apresentavam sintomas de ansiedade e 30,6% tinham sintomas de depressão.

Dado que a ansiedade e depressão e suas consequências, como o suicídio, são transtornos mais frequentes nos estudantes de Medicina que na população em geral, faz-se necessária a oferta precoce de atendimento e apoio (BALDASSIN; MARTINS; ANDRADE, 2006).

Diante da alta prevalência de transtornos psiquiátricos nos estudantes de medicina, o objetivo deste projeto será buscar conhecer a frequência dos sintomas de ansiedade e depressão entre os acadêmicos de medicina do ano de 2019 do ITPAC – Porto.

1.1 PROBLEMA DE PESQUISA

A depressão que é considerada a condição mais incapacitante e penosa que existe, é uma doença complexa, que pode levar a complicações que atingem inúmeras esferas da vida de um indivíduo. No cenário do estudante de Medicina, isto inclui o desempenho acadêmico e a relação médico-paciente.

1.2 HIPÓTESE

H1: Há alta prevalência de transtornos psiquiátricos, principalmente depressão e ansiedade, entre os acadêmicos de Medicina do ITPAC – PORTO (Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos do município de Porto Nacional).

H2: A maior parte dos acadêmicos de Medicina do ITPAC – PORTO (Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos do município de Porto Nacional) que possuem transtornos psiquiátricos não têm o tratamento adequado.

1.3 JUSTIFICATIVA

Transtornos psiquiátricos são particularmente preocupantes devido ao risco inerente de suicídio associado, que acomete cerca de 10% a 15% dos indivíduos com depressão grave. A frequência dos quadros depressivos é maior na população jovem estudantil do que na população geral. É evidente o aparecimento de sintomas depressivos nos acadêmicos de Medicina ao longo da sua formação, os quais, por conviverem precocemente com a dor humana, podem ter maior probabilidade de desenvolver quadros depressivos.

Diante disso, torna-se importante reconhecer e tratar os sintomas depressivos em tempo hábil, devendo-se avaliar e acompanhar a resposta ao tratamento, bem como as decisões tomadas em relação ao mesmo.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Identificar a prevalência de transtornos psiquiátricos, principalmente depressão e ansiedade, nos acadêmicos de Medicina do Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos do município de Porto Nacional – TO.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 2.2.1 Detectar o perfil do acadêmico de Medicina do Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos quanto a existência de transtornos psiquiátricos;
- 2.2.2 Estabelecer quais períodos há maior prevalência desses transtornos entre os acadêmicos.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 CONCEITO E CARACTERÍSTICAS

3.1.1 Conceito e Características da Depressão

De acordo com Esteves e Galvan (2005) a depressão é a alteração afetiva mais estudada e falada na atualidade. É classificada como um transtorno de humor, e vem reger as atitudes dos sujeitos modificando a percepção de si mesmos, passando a enxergar suas problemáticas como grandes catástrofes. A percepção da realidade hoje tem por base as primeiras relações objetais, as quais funcionam como protótipo, ou modelo para todas as relações posteriores. Para Esteves e Galvan (2015) é uma doença da sociedade moderna e tem características que podem traduzir uma patologia grave ou ser apenas mais um sintoma do sujeito diante de uma situação real de vida, ou seja, suas características podem determinar uma melancolia em si ou ser apenas um sintoma constituinte de uma outra patologia.

3.1.2 Conceito e Características da Ansiedade

Zamignani e Banaco (2005) afirmam que “ansiedade” é um estado que envolve excitação biológica ou manifestações autonômicas e musculares (taquicardia, respostas galvânicas da pele, hiperventilação, sensações de afogamento ou sufocamento, sudorese, dores e tremores), redução na eficiência comportamental (decréscimo em atividades comportamentais e de concentração), respostas de esquiva e/ou fuga (o que sugere expectativa ou um controle por eventos futuros) e relatos verbais de estados internos desagradáveis (angústia, apreensão, medo, insegurança, mal-estar indefinido).

Já para Castillo et al. (2000) a ansiedade é um sentimento vago e desagradável de medo, apreensão, caracterizado por tensão ou desconforto derivado de antecipação de perigo, de algo desconhecido ou estranho. Ainda de acordo com Castillo et al. (2000) a ansiedade e o medo passam a ser reconhecidos como patológicos quando são exagerados, desproporcionais em relação ao estímulo, ou qualitativamente diversos do que se observa como norma naquela faixa etária e

interferem com a qualidade de vida, o conforto emocional ou o desempenho diário do indivíduo.

3.2 SINAIS E SINTOMAS

3.2.1 Sinais e Sintomas da Depressão

Istilli et al. (2010, apud FEITOSA, BOHRY e MACHADO, 2011, 129) relatam que na depressão “O paciente apresenta alterações de humor, sensação de vazio, angustia, irritação, agitação ou lentidão, crises de choro, déficit de memória, sonolência ou insônia, perda ou ganho de apetite, desinteresse sexual, isolamento social, dentre outros sintomas”.

Feitosa, Bohry e Machado (2011) trazem a Classificação Internacional de Doenças (CID-10) que descreve portador de depressão como sendo aquela pessoa com baixo-auto-estima, que uma perspectiva negativa do futuro, que se vê solitário e triste, com dificuldade de concentração e atenção, que cansa facilmente ao realizar pequenos esforços, não encontra força de vontade e ânimo para realizar as atividades diárias, possui sentimentos de culpa e inutilidade, e que idealiza pensamentos ou ações autodestrutivas ou suicidas.

3.2.2 Sinais e Sintomas da Ansiedade

Batista e Oliveira (2005) abordam os sinais e sintomas mais comuns de ansiedade e sendo eles: tremor, agitação, irritabilidade, taquicardia, sudorese, dor de estômago, insônia ou sonolência, medo, impaciência, sensação de incapacidade, preocupação, nervosismo, insegurança, pavor, aborrecimento, susto, aumento do apetite, sensação de falta de ar, garganta seca e tontura.

3.3 EPIDEMIOLOGIA

Uma pesquisa divulgada pelo Conselho Federal de Medicina mostrou que 51,7% dos médicos no Brasil apresentam distúrbios psiquiátricos não psicóticos, como depressão e ansiedade. Mostrou ainda que fadiga e burnout são características do contexto de trabalho no âmbito da Medicina e que 4,6% dos médicos se sentem sem

esperanças, infelizes e já tiveram ideações suicidas. Azi (2003, apud CAVESTRO e ROCHA, 2006, 265) relata que “No Brasil, a taxa de transtornos depressivos foi de 15,6% entre estudantes da Faculdade de Medicina de Salvador”.

De acordo com estudo realizado por Porcu et al. (2001) evidenciou-se que, em geral, os profissionais acometidos por esgotamento profissional são aqueles do serviço público que trabalham na área da saúde, em especial a categoria médica, considerada como altamente vulnerável a desenvolver sintomas depressivos. Ainda de acordo com os autores, relatou-se que o contato estreito com portadores de diferentes doenças e prognósticos ruins, a grande carga horária, a imposição do alto nível de cobrança, não só pela sociedade como pelo próprio indivíduo, seriam responsáveis por desencadear crises frequentes, as quais podem levar a episódios depressivos.

Kaplan et al. (2007, apud GOMES e OLIVEIRA, 2013, p. 25) afirma que “Em relação à epidemiologia, a depressão prevalece em cerca de 15% a 25% das mulheres e 5% a 12% em homens, independente do tipo de etnia, nível de escolaridade, aspectos econômicos ou estado civil [...]”.

3.4 CLASSIFICAÇÃO DOS TRANSTORNOS

3.4.1 Depressão

Para Porto (1999) a depressão tem sido classificada de várias formas, com variantes como a dependência do período histórico, a preferência dos autores e o ponto de vista adotado. Para ele, vale ressaltar alguns tipos: transtorno depressivo maior, melancolia, distímia e depressão como parte da ciclotímia.

De acordo com Machado et al. (2009) transtorno depressivo maior (TDM) é uma condição médica comum, crônica e recorrente que frequentemente ocasiona incapacidade funcional e comprometimento da saúde física e mental. Na atualidade, o transtorno é a quarta causa de incapacidade no mundo e, de acordo com estimativas, em 2020 a doença será a segunda maior causa mundial de inabilidade para o trabalho.

Mendes, Viana e Bara (2014) relatam que na melancolia encontramos as mesmas características do luto profundo, no qual houve a perda real de uma pessoa amada. Porém na elaboração normal do luto, espera-se que a pessoa enlutada retire

todo o seu investimento libidinal do objeto perdido. Isso demanda do enlutado um grande dispêndio de tempo e energia. No caso da melancolia é como se houvesse uma negação da realidade exterior e a pessoa se agarrasse ao objeto por meio de uma psicose alucinatória de desejo. A melancolia pode ser uma reação à perda de um objeto amado, mas pode ser também uma reação a uma perda idealizada, na qual o objeto de amor não morreu, mas foi perdido enquanto objeto de amor.

Segundo Lima (1999, apud ORSINI e RIBEIRO, 2012, p. 710) “[...] o transtorno distímico é caracterizado como uma depressão duradoura, que se dá de maneira insidiosa na adolescência e dura, às vezes, indefinidamente. Possui sintomatologia depressiva mais branda, de natureza crônica, com sintomas que persistem por mais de dois anos.

Bosaipo, Borges e Juruena (2017) caracterizam o quadro de Transtorno Ciclotímico como sendo uma alternância entre períodos hipomaníacos e depressivos ao longo de pelo menos dois anos em adultos (ou um ano em crianças) sem, entretanto, atender os critérios para um episódio de mania, hipomania ou depressão maior.

Já Feitosa, Bohry e Machado (2011) trazem os tipos de depressão de acordo com a Organização Mundial da Saúde (1997) através da Classificação Internacional das Doenças (CID-10): Episódio Depressivo Leve, é aquele em que “Há perda de interesse e fadigabilidade. Por duas semanas o paciente apresenta-se progressivo em suas atividades rotineiras, mas envolvem sintomas somáticos como dores vagas e imprecisas (CID 10, 1997) ”; Episódio Depressivo Moderado, que é aquele que possui “Diversos sintomas presentes (quatro ou mais) com permanência cerca de duas semanas. Apresenta-se com dificuldade em desenvolver atividades usuais tais como: social, doméstica e laborais. Além de outros sintomas somáticos como cólicas e falta de ar (CID 10, 1997) ”; Episódio Depressivo Grave, é o que “O paciente fica angustiado ou agitado. Tem perda da autoestima, sentimentos de inutilidade ou culpa; o suicídio é um risco marcante; tem também a síndrome somática onde os sintomas estão presentes em maior gravidade. O depressivo grave não consegue desenvolver suas atividades diárias laborais, sociais e domésticas, podendo apresentar sintomas psicóticos como; retardo psicomotor, alucinações e delírios (CID 10, 1997) ”; Transtorno Depressivo Recorrente, que é o que “Há apresentação pelo paciente de episódios recorrentes de depressão sem presença de mania, podem durar em média

de seis meses. Ocorre a recuperação, mas pode ocorrer depressão persistente na velhice (CID 10, 1997, p.123) ”.

3.4.2 Ansiedade

Para Freud (1936, apud BATISTA e OLIVEIRA, 2004, 44) a ansiedade pode ser dividida em três tipos: real ou objetiva, neurótica e moral. Freud (1936) baseia-se nas fontes de onde provém a ansiedade e não em aspectos qualitativos. Assim, a ansiedade como medo do mundo externo seria a ansiedade objetiva, enquanto a ansiedade neurótica teria como fonte o medo do id e a moral o medo do superego. A ansiedade tem uma inegável relação com a expectativa, sendo a ansiedade por algo. Se o verdadeiro perigo é um perigo conhecido, tem-se a ansiedade realística, a ansiedade por esse perigo conhecido; e a ansiedade neurótica é a ansiedade por um perigo desconhecido, ainda a ser descoberto

3.5 RELAÇÃO COM A MEDICINA

De acordo com Cybulski e Mansani (2017) a depressão é considerada a condição mais incapacitante e penosa que existe. É uma doença complexa, que pode levar a complicações que atingem inúmeras esferas da vida de um indivíduo. No cenário do estudante de Medicina, isto inclui o desempenho acadêmico e a relação médico-paciente.

Aragão et al. (2014) afirmam que os episódios depressivos podem surgir dentro dos mais variados quadros clínicos, tais como: transtorno de estresse pós-traumático, demência, esquizofrenia, alcoolismo, doenças clínicas em resposta a situações estressantes ou a circunstâncias sociais e econômicas adversas. Trazem ainda que trabalhadores de diferentes qualificações, com destaque para os profissionais de saúde, durante suas atividades têm seus aspectos relacionais e afetivos constantemente requeridos, tornando-os, desse modo, mais propensos a desenvolver quadros de esgotamento físico e mental e de depressão.

Amaral et al. (2008) afirmam que estudantes de Medicina estão frequentemente expostos a situações estressantes, que podem contribuir para o desenvolvimento de processos patológicos vários, tanto físicos quanto psíquicos. Relatam ainda que estudos relacionando a ocorrência de sintomas depressivos nesse

grupo de universitários têm evidenciado uma alta prevalência desses sintomas quando comparados à população em geral. Essa alta prevalência estaria associada a uma série de fatores inerentes à escola médica e ao próprio indivíduo.

Aguiar et al. (2009) relacionam ainda as situações estressantes ao fato de que na maioria das vezes o aluno reside sozinho e distante de casa, o curso possui longo período e é de tempo integral, a grande quantidade de informações que precisa ser adquirida, a qualidade da relação professor-aluno e a influência da atividade acadêmica sobre suas atividades de lazer e relacionamentos sociais. Além disso, após a conclusão do curso, o ex-estudante de medicina enfrenta um exame cada vez mais competitivo para ingresso em um programa de residência médica ou o ingresso imediato no mercado de trabalho, sem mais a retaguarda da escola.

Vasconcelos et al. (2015) afirmam que é bem estabelecido no meio acadêmico que em pessoas com depressão há uma redução do rendimento da aprendizagem nas tarefas cotidianas, ocorrência de baixa autoestima e insegurança. Bampi et al. (2013) falam que sintomas de estresse, ansiedade ou depressão podem afetar diretamente a qualidade de vida dos futuros médicos e por esse motivo é necessário criar mecanismos de suporte que instrumentalizem os acadêmicos para o enfrentamento de inúmeras situações difíceis e penosas que vivenciarão no decorrer de seu processo de formação.

Um estudo feito por Alves et al. (2010) evidenciou que a qualidade de vida dos estudantes de Medicina, quando avaliada pelo instrumento Whoqol-bref, sofre desgastes no domínio psicológico durante o curso médico de maneira progressiva, ou seja, o desgaste psicológico aumenta no decorrer do curso de Medicina.

O Conselho Federal de Medicina (CFM) estabelece as precárias condições de trabalho, com jornadas extenuantes, multiplicidade de atividades, desgaste profissional e redução dos salários como sendo as principais causas do adoecimento do médico.

3.6 DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

3.6.1 Diagnóstico e Tratamento da Depressão

De acordo com Fleck et al. (2003) através das Diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento da depressão, os pacientes deprimidos

apresentam limitação da sua atividade e bem-estar além de uma maior utilização de serviços de saúde. No entanto, a depressão é sub-diagnosticada e sub-tratada. Para eles, 50% a 60% dos casos de depressão não são detectados pelo médico clínico. Muitas vezes, os pacientes deprimidos também não recebem tratamentos suficientemente adequados e específicos. A morbimortalidade associada à depressão pode ser em boa parte prevenida (em torno de 70%) com o tratamento correto.

Aguiar (2011, apud FEITOSA, BOHRY e MACHADO, 2011, 131) fala que “Na depressão ocorre uma diminuição de neurotransmissores como serotonina, dopamina e noradrenalina, que são substâncias químicas responsáveis pela regulação do humor e de nossas respostas emocionais. Os antidepressivos atuam nesses neurotransmissores objetivando uma melhora na sintomatologia do paciente”.

Ainda de acordo com Fleck et al. (2003), os antidepressivos são efetivos no tratamento agudo das depressões moderadas e graves, mas não mostraram vantagens em relação ao placebo em depressões leves, pois uma boa resposta é observada em ambos.

Souza (1999) vai além do tratamento farmacológico e explica que tratamento antidepressivo deve ser entendido de uma forma globalizada levando em consideração o ser humano como um todo incluindo dimensões biológicas, psicológicas e sociais. E que, portanto, a terapia deve abranger todos esses pontos e utilizar a psicoterapia, mudanças no estilo de vida e a terapia farmacológica. Souza (1999) fala ainda que as intervenções psicoterápicas podem ser de diferentes formatos, como psicoterapia de apoio, psicodinâmica breve, terapia interpessoal, comportamental, cognitiva comportamental, de grupo, de casais e de família. E traz alguns fatores que podem influenciar no sucesso psicoterápico, como: motivação, depressão leve ou moderada, ambiente estável e capacidade para insight. As mudanças no estilo de vida deverão ser debatidas com cada paciente, objetivando uma melhor qualidade de vida.

Aguiar (2011, apud FEITOSA, BOHRY e MACHADO, 2011, 131) fala ainda que “Dentre os antidepressivos mais utilizados estão: Monoaminoxidase (IMAO), Antidepressivos Tricíclicos (ADT), Inibidores de Recaptação de Serotonina e Noradrenalina (IRNs) e os Inibidores Seletivos de Recaptação de Serotonina (ISRSs)”.

Para Teng, Humes e Demetrio (2005) independentemente da condução do tratamento farmacológico, é sempre útil a indicação de avaliação psicológica e eventualmente de psicoterapia para depressão, associada ao tratamento

medicamentoso. Eles relatam ainda que os efeitos da psicoterapia sobre o humor são muitas vezes evidentes, promovendo melhora direta do ânimo e da vontade de viver.

3.6.2 Diagnóstico e Tratamento da Ansiedade

Romeiro, Fraga e Barreiro (2003) dizem que antes da disponibilidade de fármacos antidepressivos, pacientes psiquiatricamente deprimidos eram tratados somente pela Terapia Eletroconvulsiva (TEC), a qual surgiu em 1938. A técnica consiste na aplicação de uma corrente elétrica durante 0,1-1 seg, levando o paciente a um estado convulsivo com duração de 1 min, em intervalos de 10-15 min em um total de 520 exposições. Para eles, o mecanismo de ação associado a esta terapia envolve a liberação de Norepinefrina (NE) e Serotonina (5-HT), agindo como analgésico e relaxante muscular de curta ação. Este procedimento terapêutico é considerado como rápido e eficaz, principalmente para pacientes com depressão aguda (reincidência de 85%) e cardiopatas agitados ou psicóticos.

Castillo et al. (2000) traz a abordagem do tratamento da ansiedade e diz que a psicoterapia pode ser das mais diversas modalidades, não se tendo estudos comprovando a relativa eficácia entre elas até o momento. Para eles a terapia cognitivo-comportamental consiste basicamente em provocar uma mudança na maneira alterada de perceber e raciocinar sobre o ambiente e especificamente sobre o que causa a ansiedade (terapia cognitiva) e mudanças no comportamento ansioso (terapia comportamental). Esse método pode ter eficácia duradoura sobre os transtornos ansiosos em geral.

4 METODOLOGIA

4.1 DESENHO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo transversal, quantitativo e qualitativo, descritivo e exploratório dos dados obtidos através de questionários aplicados aos estudantes de Medicina do ITPAC – PORTO.

4.2 LOCAL E PERÍODO DE REALIZAÇÃO DA PESQUISA

A pesquisa será realizada no Instituto Presidente Antônio Carlos de Porto Nacional – TO, no ano de 2019.

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

Acadêmicos do Curso de Medicina de Porto Nacional, discentes do Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos de Porto Nacional – TO, matriculados do 1º ao 8º período.

4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Os critérios de inclusão relacionam-se aos Acadêmicos do Curso de Medicina do Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos de Porto Nacional –TO, que estejam devidamente matriculados entre o 1º ao 8º período, de ambos os sexos, de qualquer idade, que concordaram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

4.5 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos os acadêmicos que não estiverem presentes no dia que será passado o questionário, assim como aqueles que não concordarem e não assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

4.6 VARIÁVEIS

Neste estudo as variáveis a serem analisadas serão divididas entre variáveis sócio demográficas como o número de acadêmicos que aderiram ao estudo, sexo, idade e período que está cursando.

4.7 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS, ESTRATÉGIAS DE APLICAÇÃO, ANÁLISE E APRESENTAÇÃO DOS DADOS

Após a submissão e aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos (CEP), será informado a comunidade acadêmica de Medicina de Porto Nacional sobre a realização do estudo e do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para que decidam sobre a autorização e assinatura, sendo que após a assinatura os questionários serão entregues para a realização do projeto.

Após os acadêmicos concordarem com a pesquisa e assinarem o TCLE, os pesquisadores irão realizar um levantamento do perfil dos discentes voluntários a pesquisa com base nos dados apresentados nas variáveis. O levantamento será feito através de dois questionários, denominados Inventário de Depressão de Beck – IDB e Inventário de Ansiedade de Beck - IAB.

5 DELINEAMENTO DA PESQUISA

O tema do projeto de pesquisa apresentado neste trabalho foi escolhido em Julho e Agosto de 2018 pelo autor do mesmo. A primeira etapa consiste em pesquisas bibliográficas de Agosto a Setembro de 2018, que irão tornar como base para a futura coleta de dados através de questionários destinados aos acadêmicos de Medicina. O projeto será apresentado em Novembro de 2018 no ITPAC – PORTO e, após sua aprovação, será submetido ao CEP em Dezembro de 2018 para então liberação e realização da coleta de dados nos primeiros três meses do primeiro semestre do ano 2019. Posteriormente, dará seguimento a análise e discussão dos casos no mês de Abril, Maio e Junho de 2019, seguido da elaboração do artigo no mês de Julho, Agosto e Setembro de 2019.

Tal artigo será revisado no mês de Outubro de 2019 e assim submetido a publicação no mês de Novembro de 2019.

6 ASPECTOS ÉTICOS

O pesquisador se compromete a respeitar as normas estabelecidas pelo Conselho Nacional de Saúde através da Resolução nº 466, de 12 de Dezembro de 2012, que trata das Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo seres humanos, respeitando os princípios que norteiam este tipo de pesquisa. Devendo ser livre e esclarecido para todos os indivíduos, além de ser submetido a um comitê de ética em pesquisa.

A pesquisa só será iniciada após a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa.

6.1 RISCOS

Os riscos dos participantes envolvidos na pesquisa são mínimos assim como os prejuízos. Tais riscos estão relacionados à quebra não intencional do sigilo sobre as informações dos participantes envolvidos no estudo. Entretanto, o pesquisador garante que irá tomar todas as medidas para garantir o sigilo dos participantes de pesquisa.

6.2 BENEFÍCIOS

Os participantes irão contribuir para um levantamento de dados que levará a conscientização da população acadêmica a respeito da prevalência de sintomas de ansiedade e depressão entre os estudantes de Medicina do Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos Porto Nacional.

7 DESFECHO

7.1 DESFECHO PRIMÁRIO

Espera-se encontrar uma relação diretamente proporcional entre o período do acadêmico de Medicina do ITPAC – PORTO com o nível de prevalência de sintomas de ansiedade e depressão.

7.2 DESFECHO SECUNDÁRIO

Os resultados obtidos serão divulgados para a comunidade científica e acadêmica através da publicação de um artigo científico a fim de servir de base para nortear a respeito da prevalência de sintomas de ansiedade e depressão nos acadêmicos de Medicina do ano de 2019 do ITPAC – Porto.

8 CRONOGRAMA

Evento	Ano 2018						Ano 2019										
	07	08	09	10	11	12	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11
Escolha do Tema																	
Pesquisa Bibliográfica																	
Elaboração do Projeto																	
Apresentação do Projeto																	
Submissão ao CEP																	
Revisão Bibliográfica																	
Coleta de Dados																	
Análise dos Dados																	
Discussão dos Dados																	
Elaboração do Artigo																	
Revisão do Artigo																	
Submissão do Artigo																	

Quadro 1: Cronograma de execução de pesquisa Transtorno de humor em acadêmicos de medicina: depressão e ansiedade.

9 ORÇAMENTO

CATEGORIA: Gastos com Recursos Materiais

ITENS	QUANTIDADE	VALOR UNITÁRIO (R\$)	VALOR TOTAL (R\$)
Impressão/Xerox	600	0,25	150,00
Canetas	10	1,00	10,00
Pastas	8	15,00	120,00
TOTAL -----			280,00

Quadro 2: Gastos com Recursos Materiais Transtorno de humor em acadêmicos de medicina: depressão e ansiedade.

CATEGORIA: Gastos com Recursos Humanos

ITENS	QUANTIDADE	VALOR UNITÁRIO (R\$)	VALOR TOTAL (R\$)
Combustível	20 litros	5,00	100,00
TOTAL -----			100,00

Quadro 3: Gastos com Recursos Transtorno de humor em acadêmicos de medicina: depressão e ansiedade.

FINANCIAMENTO TOTAL DA PESQUISA

CATEGORIAS	VALOR TOTAL (R\$)
Gastos com Recursos Materiais	280,00
Gastos com Recursos Humanos	100,00
TOTAL -----	380,00

Quadro 4: Orçamento relacionado ao projeto de pesquisa Transtorno de humor em acadêmicos de medicina: depressão e ansiedade.

Todas as despesas para realização do projeto de pesquisa serão custeadas pelos acadêmicos responsáveis pela execução da pesquisa.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, S.M.; VIEIRA, A.P.G.F.; VIEIRA, K.M.F.; AGUIAR, S.M.; NÓBREGA, J.O. Prevalência de sintomas de estresse nos estudantes de medicina. **J Bras Psiquiatr**, v.58, p.34-38, 2009.
- ALVES, J.G.B.; TENÓRIO, M.; ANJOS, A.G.; FIGUEROA, J.N. Qualidade de vida em estudantes de Medicina no início e final do curso: avaliação pelo Whoqol-bref. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v.34, p.91-96, 2010.
- AMARAL, G.F.; GOMIDE, L.M.P.; BATISTA, M.P.; PÍCCOLO, P.P.; TELES, T.B.G.; OLIVEIRA, P.M.; PEREIRA, M.A.D. Sintomas depressivos em acadêmicos de medicina da Universidade Federal de Goiás: um estudo de prevalência. **Rev Psiquiatr**, RS, v.30, p.124-130, 2008.
- ARAGÃO, J.A.; ANDRADE, M.L.; MOTA, M.I.A.; ARAGÃO, M.E.C.S.; REIS, F.P. Ocorrência de sintomas depressivos em médicos que trabalham no programa de saúde da família. **J Bras Psiquiatr**, v.63, p.341-346, 2014.
- BALDASSIN, S.; MARTINS, L.C.; ANDRADE, A.G. Traços de ansiedade entre estudantes de medicina. **Arq Med ABC**, v.31, p.27-31, 2006.
- BATISTA, M.A.; OLIVEIRA, S.M.S.S. Sintomas de ansiedade mais comuns em adolescentes. **PSIC - Revista de Psicologia da Vetor Editora**, v.6, n.2, p.43-50, Jul-Dez 2005.
- BOSAIPO, N.B.; BORGES, V.F.; JURUENA, M.F. Transtorno bipolar: uma revisão dos aspectos conceituais e clínicos. **Medicina (Ribeirão Preto, Online.)**, v.50, p.72-84, 2017.
- CASTILLO, A.R.G.L.; RECONDO, R.; ASBAHR, F.R.; MANFRO, G.G. Transtornos de ansiedade. **Rev Bras Psiquiatr**, v.22, p.20-23, 2000.
- CAVESTRO, J.M.; ROCHA, F.L. Prevalência de depressão entre estudantes universitários. **J Bras Psiquiatr**, v.55(4), p.264-267, 2006.
- CYBULSKI, C.A.; MANSANI, F.P. 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. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Paraná, v.41 (1), p.92-101; 2017.
- ESTEVES, F.C.; GALVAN, A.L. Depressão numa contextualização contemporânea. **Aletheia**, n.24, p.127-135, jul/dez. 2006.
- FEITOSA, M.P.; BOHRY, S.; MACHADO, E.L. Depressão: Família, e seu papel no tratamento do paciente. **Encontro: Revista de Psicologia**, v.14, n.21, p.127-144, 2011.

FLECK, M.P.A.; LAFER, B.; SOUGEY, E.B.; PORTO, J.A.D.; BRASIL, M.A.; JURUENA, M.F. Diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento da depressão (versão integral). **Rev Bras Psiquiatr**, v.25(2), p.114-22, 2003.

GABRIEL, S.A.; IZAR, L.C.; TRISTÃO, C.K.; TOLEDO, J.C.F.; RIBEIRO, D.J.; PINA, S.E.M.; RANZIN, L.S.; JOB, J.R.P.P. Rastreamento Epidemiológico da Sintomatologia Depressiva em Residentes e Estudantes de Medicina. **Rev. Fac. de Ciênc. Méd. Sorocaba**, v.7, n.3, p.15-19, 2005.

GOMES, R.K.; OLIVEIRA, V.B. Depressão, ansiedade e suporte social em profissionais de enfermagem. **Boletim de Psicologia**, v.LXIII, n.138, p.023-033, 2013.

MACHADO, N.; PARCIAS, S.R.; SANTOS, K.; SILVA, M.E.M. Transtorno depressivo maior: avaliação da aptidão motora e da atenção. **J Bras Psiquiatr**, v.58, p.175-180, 2009.

MENDES, E.D.; VIANA, T.C.; BARA, O. Melancolia e Depressão: Um Estudo Psicanalítico. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v.30, n.4, p.423-431, Out-Dez 2014.

ORSINI, M.R.C.A.; RIBEIRO, C.R. Impacto da cronicidade do transtorno distímico na qualidade de vida. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v.29, p.709-717, outubro - dezembro 2012.

PORCU, M.; FRITZEN, C.V.; HELBER, C. Sintomas depressivos nos estudantes de medicina da Universidade Estadual de Maringá. **Psiquiatria na Prática Médica**, São Paulo, v.34, n.1, jan-mar 2001. Disponível em: <http://www2.unifesp.br/dpsiq/polbr/ppm/original5_01.htm>. Acesso em: 28, outubro 2018.

PORTO, J.A.D. Conceito e diagnóstico. **Rev Bras Psiquiatr**, v.21, Maio 1999.

ROMEIRO, L.A.S.; FRAGA, C.A.M.; BARREIRO, E.J. Novas estratégias terapêuticas para o tratamento da depressão: uma visão da química medicinal. **Quim. Nova**, v.26, n.3, p.347-358, 2003.

SAKAE, T.M.; PADÃO, D.L.; JORNADA, L.K. Sintomas depressivos em estudantes da área da saúde em uma Universidade no Sul de Santa Catarina – UNISUL. **Revista da AMRIGS**, Porto Alegre, v.54, p.38-43, jan.-mar, 2010.

SOUZA, F.G.M. Tratamento da depressão. **Rev Bras Psiquiatr**, v.21, p.18-23, 1999.

TENG, C.T.; HUMES, E.C.; DEMETRIO, F.N. Depressão e comorbidades clínicas. **Rev. Psiq. Clín.** v.32 (3); p.149-159; 2005.

VASCONCELOS, T.C.; DIAS, B.R.T.; ANDRADE, L.R.; MELO, G.F.; BARBOSA, L.; SOUZA, E. Prevalência de Sintomas de Ansiedade e Depressão em Estudantes de Medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v.39, p.135-142, 2015.

ZAMIGNANI, D.R.; BANACO, R.A. Um Panorama Analítico-Comportamental sobre os Transtornos de Ansiedade. **Rev. Bras. de Ter. Comp. Cogn**, v.VII, n.1, p.77-92, 2005.

ANEXOS

ANEXO A: TERMO DE ACEITE DE ORIENTAÇÃO DE TCC



TERMO DE ACEITE DE ORIENTAÇÃO DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO (TCC) DA FAPAC ITPAC – PORTO NACIONAL

Eu, Prof.(a), _____, aceito ser orientador(a) _____ do(a) aluno(a): _____ do Curso _____, comprometendo-me a orientar, acompanhar e avaliar o desenvolvimento de seu trabalho, em todas as suas etapas.							
Ambiente _____ de _____ desenvolvimento _____ da pesquisa: _____							
Dia _____ da semana _____ que acontecerá o encontro para orientação: _____							
Linha _____ de estudo _____ (tema _____ ou assunto): _____							
☐ TCC I							
☐ TCC II							

Porto Nacional, _____ de _____ de 2018

Assinatura do(a) orientador(a)

Clientes:

Aluno(a): _____ Data: / /

Aluno(a): _____ Data: / /

ANEXO B: INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK



FAPAC - FACULDADE PRESIDENTE ANTÔNIO CARLOS
INSTITUTO TOCANTINENSE PRESIDENTE ANTÔNIO CARLOS PORTO LTDA
CURSO DE MEDICINA

INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK - BDI

Curso: _____ Idade: _____ Sexo: _____ Data: ____/____/____

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) próximo à afirmação, em cada grupo, que descreve **melhor** a maneira que você tem se sentido na **última semana, incluindo 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 sua escolha.**

1	0 Não me sinto triste 1 Eu me sinto triste 2 Estou sempre triste e não consigo sair disto 3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar	7	0 Não me sinto decepcionado comigo mesmo 1 Estou decepcionado comigo mesmo 2 Estou enojado de mim 3 Eu me odeio
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 esperanças e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar	8	0 Não me sinto de qualquer modo pior que os outros 1 Sou crítico em relação a mim por minhas fraquezas ou erros 2 Eu me culpo sempre por minhas falhas 3 Eu me culpo por tudo de mal que acontece
3	0 Não me sinto um fracasso 1 Acho que fracasei mais do que uma pessoa comum 2 Quando olho pra trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos 3 Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso	9	0 Não tenho quaisquer idéias de me matar 1 Tenho idéias de me matar, mas não as executaria 2 Gostaria de me matar 3 Eu me mataria se tivesse oportunidade
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	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 queria
5	0 Não me sinto especialmente culpado 1 Eu me sinto culpado grande parte do tempo 2 Eu me sinto culpado na maior parte do tempo 3 Eu me sinto sempre culpado	11	0 Não sou mais irritado agora do que já fui 1 Fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que costumava 2 Agora, eu me sinto irritado o tempo todo 3 Não me irrita mais com coisas que costumavam me irritar



FAPAC - FACULDADE PRESIDENTE ANTÔNIO CARLOS
INSTITUTO TOCANTINENSE PRESIDENTE ANTÔNIO CARLOS PORTO LTDA
CURSO DE MEDICINA

INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK - BDI

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	12	0 Não perdi o interesse pelas outras pessoas 1 Estou menos interessado pelas outras pessoas do que costumava estar 2 Perdi a maior parte do meu interesse pelas outras pessoas 3 Perdi todo o interesse pelas outras pessoas
13	0 Tomo decisões tão bem quanto antes 1 Adio as tomadas de decisões mais do que costumava 2 Tenho mais dificuldades de tomar decisões do que antes 3 Absolutamente não consigo mais tomar decisões	18	0 O meu apetite não está pior do que o habitual 1 Meu apetite não é tão bom como costumava ser 2 Meu apetite é muito pior agora 3 Absolutamente não tenho mais apetite
14	0 Não acho que de qualquer modo pareço pior do que antes 1 Estou preocupado em estar parecendo velho ou sem atrativo 2 Acho que há mudanças permanentes na minha aparência, que me fazem parecer sem atrativo 3 Acredito que pareço feio	19	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 ____
15	0 Posso trabalhar tão bem quanto antes 1 É preciso algum esforço extra para fazer alguma coisa 2 Tenho que me esforçar muito para fazer alguma coisa 3 Não consigo mais fazer qualquer trabalho	20	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
16	0 Consigo dormir tão bem como o habitual 1 Não durmo tão bem como costumava 2 Acordo 1 a 2 horas mais cedo do que habitualmente e acho difícil voltar a dormir 3 Acordo várias horas mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir	21	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
17	0 Não fico mais cansado do que o habitual 1 Fico cansado mais facilmente do que costumava 2 Fico cansado em fazer qualquer coisa 3 Estou cansado demais para fazer qualquer coisa		

ANEXO C: INVENTÁRIO DE ANSIEDADE DE BECK



FAPAC - FACULDADE PRESIDENTE ANTÔNIO CARLOS
INSTITUTO TOCANTINENSE PRESIDENTE ANTÔNIO CARLOS PORTO LTDA
CURSO DE MEDICINA

INVENTÁRIO DE ANSIEDADE DE BECK - BAI

Curso: _____ Idade: _____ Sexo: _____ Data: ____/____/____

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) próximo à afirmação, em cada grupo, que descreve **melhor** a maneira que você tem se sentido na **última semana, incluindo 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 sua escolha.**

	Absolutamente não	Levemente Não me incomodou muito	Moderadamente Foi muito desagradável mas pude suportar	Gravemente Difícilmente pude suportar
1. Dormência ou formigamento				
2. Sensação de calor				
3. Tremores nas pernas				
4. Incapaz de relaxar				
5. Medo que aconteça o pior				
6. Atordoado ou tonto				
7. Palpitação ou aceleração do coração				
8. Sem equilíbrio				
9. Aterrorizado				
10. Nervoso				
11. Sensação de sufocação				
12. Tremores nas mãos				
13. Trêmulo				
14. Medo de perder o controle				
15. Dificuldade de respirar				
16. Medo de morrer				
17. Assustado				
18. Indigestão ou desconforto no abdômen				
19. Sensação de desmaio				
20. Rosto afogueado				
21. Suor (não devido ao calor)				