



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

**ISABELLA DUTRA MARCARINI
PAULA GOMES DA SILVA**

**PREVALÊNCIA DE SINTOMAS DE DEPRESSÃO E DE ANSIEDADE EM ALUNOS
DO 1º AO 6º ANO DE MEDICINA DE UMA FACULDADE DO TOCANTINS**

**PORTO NACIONAL-TO
2019**

**ISABELLA DUTRA MARCARINI
PAULA GOMES DA SILVA**

**PREVALÊNCIA DE SINTOMAS DE DEPRESSÃO E DE ANSIEDADE EM ALUNOS
DO 1º AO 6º ANO DE MEDICINA DE UMA FACULDADE DO TOCANTINS**

Projeto de pesquisa submetido ao Curso de Medicina do ITPAC – Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos – Porto Nacional, como requisito parcial para aprovação da disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso I.

Orientador: Profº. Drº. José Lopes Soares Neto

**PORTO NACIONAL-TO
2019**

**ISABELLA DUTRA MARCARINI
PAULA GOMES DA SILVA**

**PREVALÊNCIA DE SINTOMAS DE DEPRESSÃO E DE ANSIEDADE EM ALUNOS
DO 1º AO 6º ANO DE MEDICINA DE UMA FACULDADE DO TOCANTINS**

Projeto de pesquisa submetido ao Curso de
Medicina ITPAC – Instituto Tocantinense
Presidente Antônio Carlos – Porto Nacional, como
requisito parcial para aprovação da disciplina de
Trabalho de Conclusão de Curso I.

Aprovado em: ____/____/____

Professor: Profº. Drº. José Lopes Soares Neto
Instituto Presidente Antônio Carlos

Professor: Larissa Jácome Barros Silvestre
Instituto Presidente Antônio Carlos

Professor: Arthur Alves Borges de Carvalho
Instituto Presidente Antônio Carlos

**PORTO NACIONAL-TO
2019**

RESUMO

Introdução: Os transtornos de humor são emoções persistentes que influenciam o comportamento de uma pessoa. São uma categoria importante de doenças psiquiátricas, e a mais prevalente delas é o transtorno de humor depressivo, que frequentemente está associado a comorbidades, como o abuso de álcool e transtorno de ansiedade. **Objetivos:** O presente trabalho pretende avaliar a prevalência de sintomas de depressão e de ansiedade em acadêmicos de Medicina de diferentes períodos, do 1º ao 6º ano de graduação. **Metodologia:** Será realizada a aplicação de questionários autoaplicáveis e anônimos nos participantes da pesquisa, incluindo-se questionário sociodemográfico, Inventário de Depressão de Beck e Inventário (BDI) de Ansiedade de Beck (BAI). **Resultados esperados:** Espera-se determinar qual é a prevalência de acadêmicos de medicina do 1º ao 6º ano que apresentam sintomas de ansiedade e de depressão. Além disso, encontrar resultados que confirmem que fatores como uso de álcool, ser proveniente de outro estado do país e período letivo de maior exigência de estudos na faculdade estão relacionados ao desenvolvimento de sintomas de depressão e de ansiedade em estudantes de Medicina ao longo da graduação.

Palavras-chave: Estudantes de medicina. Depressão. Ansiedade.

ABSTRACT

Introduction: Mood disorders are persistent emotions that influence a person's behavior. They are an important category of psychiatric illness, and the most prevalent of these is the depressive mood disorder, which is often associated with comorbidities such as alcohol abuse and anxiety disorder. **Objectives:** This project aims to evaluate the prevalence of depressive and anxiety symptoms in medical students from different periods, from 1^o to 6^o year of graduation. **Methodology:** Self-applicable and anonymous questionnaires will be applied in the participants, including the sociodemographic questionnaire, Beck Depression Inventory (DBI) and Beck Anxiety Inventory (BAI). **Expected results:** It is expected to determine the prevalence of medical students from 1st to 6th grade who have symptoms of anxiety and depression. In addition, finding results that confirm that factors such as alcohol use, coming from another state in the country, and the most demanding academic studies in college are related to the development of symptoms of depression and anxiety in medical students during undergraduate studies.

Keywords: Medical students. Depression. Anxiety.

LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

5-HT	Serotonina
BAI	Inventário de Ansiedade de Beck
BDI	Inventário de Depressão de Beck
BDNF	Fator neurotrófico derivado do cérebro
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
ITPAC	Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos
MDD1	Major Depressive Disorder 1
MDD2	Major Depressive Disorder 2
MAO	Monoaminoxidase
NE	Norepinefrina
OMS	Organização Mundial da Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Critérios diagnósticos para depressão conforme DSM-5	12
Quadro 2	Cronograma do projeto de pesquisa “Prevalência de Sintomas de Depressão e de Ansiedade em Alunos do 1º ao 6º ano de medicina de uma Faculdade do Tocantins” .	26
Quadro 3	Orçamento do projeto de “Prevalência de Sintomas de Depressão e de Ansiedade em Alunos do 1º ao 6º ano de medicina de uma Faculdade do Tocantins” .	27

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	9
1.1	PROBLEMA DE PESQUISA	10
1.2	HIPÓTESE	10
1.3	JUSTIFICATIVA	10
2	OBJETIVOS	12
2.1	OBJETIVO GERAL	12
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	12
3	REFERENCIAL TEÓRICO.....	13
3.1	HISTÓRIA	15
3.2	ETIOPATOGENIA.....	16
3.3	EPIDEMIOLOGIA.....	19
3.4	DEPRESSÃO EM ESTUDANTES DE MEDICINA	19
4	METODOLOGIA	21
4.1	DESENHO DO ESTUDO	21
4.2	LOCAL E PERÍODO DE REALIZAÇÃO DA PESQUISA.....	21
4.3	POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	21
4.4	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	21
4.5	CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	22
4.6	VARIÁVEIS	22
4.7	INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS, ESTRATÉGIAS DE APLICAÇÃO, ANÁLISE E APRESENTAÇÃO DOS DADOS	22
4.8	CRITÉRIOS PARA SUSPENDER OU ENCERRAR A PESQUISA.....	23
5	DELINEAMENTO DA PESQUISA	24
6	ASPECTOS ÉTICOS	25
6.1	RISCOS	25
6.2	BENEFÍCIOS	25
7	DESFECHO.....	26
7.1	DESFECHO PRIMÁRIO.....	26

7.2	DESFECHOS SECUNDÁRIOS.....	26
8	CRONOGRAMA.....	27
9	ORÇAMENTO	28
	REFERÊNCIAS	29
	ANEXOS	31
	APÊNDICES	37

1 INTRODUÇÃO

A depressão é considerada um transtorno de humor. A doença tem se tornado um problema de saúde pública, apresentando altos níveis de prevalência e de crescimento na população mundial. De acordo com dados publicados em 2017 pela World Health Organization estima-se que em 2020 o transtorno se torne a segunda doença de maior prevalência do mundo, ficando atrás apenas das doenças cardiovasculares. Alguns dos sintomas clínicos incluem humor depressivo, tristeza, perda de interesse, insônia ou hipersonia, fadiga, sentimento de inutilidade ou culpa excessiva, dificuldade para se concentrar e pensamentos recorrentes de morte.

A prevalência de transtornos depressivos na população geral gira em torno de 4,4%, enquanto que os de sintomas depressivos gira em torno de 12% no decorrer da vida, de acordo com estimativas publicadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2017.

A preocupação com a qualidade de vida dos estudantes de Medicina vem sendo alvo de diversos estudos, em vários países, como Estados Unidos, Alemanha, Inglaterra, entre outros, uma vez que resultados tem demonstrado que a prevalência de sintomas depressivos e de ansiedade nesse grupo populacional é significativamente maior quando comparado a população geral.

Andrade *et al.* (2014) citam como fatores predisponentes o contato prematuro com a morte, a competitividade acirrada entre os alunos, a demanda dos professores, privação do lazer, carga horária exaustiva, a insegurança técnica e as incertezas do mercado de trabalho estão inseridos dentro do contexto da formação médica durante a graduação.

Uma meta-análise de mais de 200 estudos, envolvendo 130 mil estudantes de medicina em 43 países mostrou que as taxas de depressão estão cada vez maiores entre os estudantes de medicina em todo o mundo. Os números são preocupantes e, o pior, apenas uma pequena parcela procura ajuda. Os resultados do estudo mostraram que a prevalência de depressão ou sintomas depressivos foi de 27,2%. No entanto, a porcentagem de estudantes que procuram tratamento psiquiátrico foi de apenas 15,7%. (ROTENSTEIN *et al.*, 2016).

Assim, o objeto desse estudo é estimar a prevalência de sintomas depressivos e de ansiedade em estudantes de medicina de uma faculdade na região Norte do Brasil, em Porto Nacional, Tocantins.

1.1 PROBLEMA DE PESQUISA

Qual a prevalência de sintomas depressivos e ansiosos nos acadêmicos de graduação em Medicina, do 1º ao 6º ano, da Faculdade Presidente Antônio Carlos (FAPAC/ITPAC - PORTO)?

1.2 HIPÓTESE

H1: fatores como uso de álcool, ser proveniente de outro estado do país e período letivo de maior exigência de estudos na faculdade estão relacionados ao desenvolvimento de sintomas de depressão e de ansiedade em alunos durante a graduação em Medicina, do 1º ao 6º ano, do Instituto Presidente Antônio Carlos.

H2: fatores como uso de álcool, ser proveniente de outro estado do país e período letivo de maior exigência de estudos na faculdade não estão relacionados ao desenvolvimento de sintomas de depressão e de ansiedade em alunos durante a graduação em Medicina, do 1º ao 6º ano, do Instituto Presidente Antônio Carlos.

1.3 JUSTIFICATIVA

A depressão afeta 322 milhões de pessoas no mundo, segundo dados divulgados em 2017 pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Em 10 anos, de 2005 a 2015, esse número cresceu 18,4%. A prevalência do transtorno na população mundial é de 4,4%. Dentre os países da América Latina, o Brasil é o país que apresenta a maior prevalência.

Segundo Santa e Cantilino (2016), dentre as parcelas mais afetadas pela doença, os médicos lideram o ranking quando se trata de transtornos psiquiátricos, especialmente os depressivos. Estudos demonstram que em toda parte do mundo a taxa de suicídio na população médica é superior à da população geral. Os impactos da profissão se iniciam desde a graduação, e estudos têm demonstrado alta prevalência de suicídio, depressão, uso de drogas, distúrbios conjugais e disfunções

profissionais em médicos e estudantes de Medicina, que podem prejudicar o cuidado do paciente.

Tendo em vista o cenário acima elencado presume-se que os estudantes de Medicina do Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos, em Porto Nacional, encontram-se dentro de uma parcela populacional de maior risco de desenvolvimento de transtornos psiquiátricos, como a depressão, ansiedade, distímia, etc., tornando pertinente a elaboração e análises de dados no tocante de estabelecer o perfil do estudante mais afetado, e, através da disponibilização desses dados, permitir o desenvolvimento de projetos que possam oferecer melhorias à qualidade de vida do aluno e medidas profiláticas quanto ao desenvolvimento de transtornos depressivos nos estudantes de Medicina da instituição.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Investigar a prevalência de sintomas de depressão e de ansiedade em alunos do 1º ao 6º ano do curso de Medicina, durante o ano de 2020, da faculdade FAPAC/ITPAC – Porto,

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar o ano de maior prevalência de sintomas de depressão e de ansiedade
- Analisar o perfil do acadêmico que está mais suscetível ao desenvolvimento de sintomas de depressão e de ansiedade
- Relacionar a prevalência de sintomas depressivos e de ansiedade com o consumo de álcool

3 REFERENCIAL TEÓRICO

Os transtornos depressivos estão enumerados na 10ª edição da Classificação Internacional das Doenças (CID -10) da OMS. A 5ª edição do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais estipula 9 critérios para depressão, dos quais cinco devem estar presentes, por pelo menos duas semanas, conforme o quadro a seguir:

Quadro 1 - Critérios diagnósticos para depressão conforme DSM-5

Pelo menos 5 sintomas, presentes por pelo menos 2 semanas, na maioria dos dias:
Um sintoma deve ser obrigatoriamente: - Humor deprimido - Perda de interesse/prazer
Outros sintomas: 1. Humor deprimido na maior parte do dia, quase todos os dias, conforme indicado por relato subjetivo (p. ex. sente-se triste, vazio ou sem esperança) ou por observação feita por outra pessoa (p. ex., parece choroso) (Nota: em crianças e adolescentes, pode ser humor irritável). 2. Acentuada diminuição de interesse ou prazer em todas ou quase todas as atividades na maior parte do dia, quase todos os dias (conforme indicado por relato subjetivo ou observação). 3. Perda ou ganho significativo de peso sem estar fazendo dieta (por exemplo, mudança de mais de 5% do peso corporal em menos de um mês) ou redução ou aumento no apetite quase todos os dias. (Nota: em crianças, considerar o insucesso em obter o peso esperado). 4. Insônia ou hipersonia quase diária. 5. Agitação ou retardo psicomotor quase todos os dias. 6. Fadiga ou perda de energia quase todos os dias. 7. Sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva ou inapropriada (que podem ser delirantes) quase todos os dias (não meramente autorrecriação ou culpa por estar doente). 8. Capacidade diminuída para pensar ou se concentrar, ou indecisão quase todos os dias (por relato subjetivo ou observação feita por outra pessoa).

9. Pensamentos recorrentes de morte (não somente medo de morrer), ideação suicida recorrente sem um plano específico, tentativa de suicídio ou plano específico para cometer suicídio.

Fonte: American Psychiatric Association (2014).

O tratamento dependerá da gravidade do quadro, que poderá ser classificado em leve, moderado ou grave. A mensuração da gravidade dos episódios depressivos atualmente é auxiliada pela aplicação do Inventário de Depressão de Beck, criado por Aaron Beck, o qual consiste em um questionário autoaplicável com 21 itens de múltipla escolha, originalmente publicado em 1961, e que se encontra na sua segunda versão, reformulada e publicada em 1996.

A conduta nos episódios leves inicialmente restringe-se a orientações gerais e mudanças de estilo de vida, como psicoeducação, atividade física, higiene do sono e técnicas de controle de ansiedade. A prescrição farmacológica é recomendada somente se, após adotadas as medidas recomendadas, os sintomas persistirem. Já nos casos considerados moderados a graves a terapia farmacológica é prontamente prescrita, juntamente com a psicoterapia, quando disponível, para tratamento combinado.

A ansiedade é caracterizada como um sentimento de medo, desconforto e que se tornam patológicos quando são manifestados de forma exacerbada. A principal forma de distinção entre o transtorno e a ansiedade normal é por meio da avaliação da duração e o fato que desencadeou o evento (CASTILLO et al., 2000).

Segundo o DSM-V, os sintomas de ansiedade consistem em preocupações excessivas ou difíceis de controlar. A ansiedade e a preocupação estão associadas a três (ou mais) sintomas nos últimos meses, entre eles inquietação ou sensação de estar no limite, cansar-se com facilidade, tensão muscular, dificuldade em se concentrar e alguns distúrbios relacionados ao sono.

O tratamento consiste em psicoterapia e, dependendo da circunstância, necessita de fármacos. Estudos mostram que a Terapia Cognitiva Comportamental é a mais eficaz quando relacionadas as demais. Essa terapia permite que o paciente desenvolva habilidades que o permita a lidar melhor com o problema (ZUARDI, 2017).

Indivíduos com transtornos de humor, especialmente o transtorno depressivo maior têm maior risco de desenvolver outros transtornos comórbidos. Entre eles, os mais frequentes são abuso e dependência de drogas, principalmente álcool, e transtorno de ansiedade social (SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017).

3.1 HISTÓRIA

A depressão é hoje chamada por muitos de o “mal do século”. Mas será que a depressão é uma doença pós-moderna? O mesmo quadro era descrito antigamente como “melancolia”. Etimologicamente, a palavra é de origem grega, “*melano chole*”, que significa bÍlis negras. O termo “depressão” só foi adotado para descrever o mesmo quadro, antes conhecido como melancolia, em 1660.

Os primeiros relatos sobre essa doença estão registrados em documentos gregos, e já naquela época se dizia: “Mente sã em corpo sã”. No mesmo período perdurava a teoria dos quatro humores, que buscava explicar a origem de todas as enfermidades do homem quando existia um desequilíbrio entre os humores fleuma, bile amarela, sangue e bile negra. A melancolia era, para os gregos, o excesso de bile negra, uma substância supostamente fria e seca (que, aliás, nunca foi encontrada no corpo humano). A primeira descrição clínica da melancolia foi feita pelo médico grego Hipócrates, considerado o pai da medicina, no século V antes a.C., que, inclusive, descreveu um quadro de sintomas semelhante à denominação atual. Afirmam Cuhe e Gerard (1994), que Hipócrates,(Séc. V, a.C.) conhecia e definia a depressão como uma tristeza relacionada a uma ideia constante sem razão e sem febre que deixava a pessoa abatida, com perda de sono, falta de apetite, desejo de morte, aonde a pessoa se sentia invadida pela tristeza e cansaço, cujo tratamento envolvia mudar a dieta, fazer ginástica, hidroterapia e medicamentos orais, com ervas e purgantes.

O modelo intelectual grego foi substituído pela supremacia da Igreja Católica, durante a Idade Média, conhecida por “Idade das Trevas”, após a queda do

Império Romano. A razão deu lugar às crenças no sobrenatural, superstição e o misticismo. A melancolia, então, passou a ser vista como um afastamento de Deus. Era considerada uma doença especialmente nociva, pois o melancólico era aquele que não se alegrava perante o conhecimento do amor e da misericórdia divinos. (SOLOMON, A. 2001).

Quando o Renascimento surgiu e inaugurou a Idade Moderna, ressuscitando o racionalismo científico, a noção de melancolia volta a ser reconhecida conforme os sintomas apresentados. O debate sobre a etiopatogênese da doença, ainda considera um excesso de bile negra, volta a ser discutida no final do século XVII com René Descartes, no período do grande Racionalismo Clássico. “Penso, logo existo”. Se o homem é capaz de conhecer e governar as próprias emoções, resta supor que a depressão é uma doença física, e não mental. Nessa época surgem os questionamentos: a mente influencia o corpo ou o corpo influencia a mente?

A partir do século XVII as doenças mentais foram associadas à ociosidade. O trabalho duro era considerado o melhor remédio para a depressão. É perceptível que até hoje este conceito está arraigado em nosso meio, de maneira frequente é comum escutarmos “depressão é coisa de quem não tem o que fazer”.

O século XIX foi marcado por avanços em diversas áreas da ciência, como biologia, física, química, anatomia, neurologia e bioquímica. Essas descobertas permitiram relacionar as doenças mentais a alterações no cérebro, e a partir disso, a depressão passou a ser bioquimicamente tratada, com a descoberta dos antidepressivos, em 1950.

Finalmente, no início do século XXI, a doença foi catalogada dentro da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID), que atualmente se encontra em sua décima edição.

3.2 ETIOPATOGENIA

A depressão é um transtorno de humor, e a etiopatogenia da doença envolve a relação entre o ambiente, predisposição genética, alterações epigenéticas e eventos ao longo do desenvolvimento, que vão levar a alterações estruturais e neuroquímicas do sistema nervoso central (SAMPAIO et al., 2014).

Apesar de tantos estudos, pouco ainda se pode afirmar sobre a fisiopatologia dos transtornos depressivos. Atualmente, a teoria mais aceita alega que o episódio depressivo seria resultado de interações de fatores biológicos (resposta ao estresse, fatores neurotróficos), psicológicos (personalidade e relacionamentos pessoais), ambientais (dieta, álcool, ritmos biológicos) e genéticos (TORRES, A. 2012).

Os fatores psicológicos foram estudados por diversos grandes autores, como Sigmund Freud e K. Abraham, que afirmavam que a depressão é decorrente da perda, real ou imaginada, do objeto amado. Após o “abandono”, o indivíduo nutre sensações confusas de amor e ódio pelo objeto, sem, todavia, exteriorizar os sentimentos, e como forma de expressão, acaba se virando contra si mesmo (SAMPAIO et al., 2014).

Os modelos cognitivos de depressão foram posteriormente desenvolvidos e sugerem que a depressão tem origem na perturbação de processos cognitivos em resposta a abalos afetivos. Aaron Temkin Beck, um psiquiatra norte-americano conhecido como o pai da Terapia Cognitiva, desenvolveu um modelo, vastamente aplicado ainda nos dias de hoje, sobre os fatores envolvidos na etiologia da depressão, entre eles esquemas cognitivos disfuncionais desenvolvidos na infância através da vivência de eventos traumatizantes, da visão negativista do indivíduo em relação a si mesmo e, por fim, erros cognitivos, onde o indivíduo distorce a realidade para que esta se encaixe na sua visão pessimista geral.

Ainda segundo Sampaio et. al (2014), outros autores trabalham com fatores como a vulnerabilidade como situação desencadeante da depressão, incluindo-se eventos estressantes como abandono materno, abuso sexual, morte de familiares, etc. Apesar disso, estudos mostraram que essa vulnerabilidade se relaciona com os primeiros episódios depressivos, e nem tanto com os episódios subsequentes. A partir desses estudos foi introduzido o conceito do fenômeno de *kindling*, o qual afirma que o primeiro episódio seria causador de mudanças estruturais e funcionais duradouras, ou seja, alterações biológicas, as quais tornariam, portanto, o indivíduo mais propenso a apresentar episódios subsequentes de depressão.

Os dos primeiros modelos desenvolvidos para o estudo das alterações biológicas da depressão foi a teoria monoaminérgica, que surgiu após a observação dos efeitos de antidepressivos inibidores de monoaminoxidase (MAO) e dos tricíclicos,

em meados da década de 50. Uma vez que o uso desses medicamentos causava, em vias de fato, no aumento dos níveis de neurotransmissores, principalmente norepinefrina (NE) e de serotonina (5-HT), hipóteses que enfatizavam que a falta ou excesso de neurotransmissores eram os causadores dos transtornos de humor ganharam notoriedade. Todavia, a teoria ainda não explicava o porquê de esses medicamentos levarem cerca de 2 a 3 semanas para apresentarem efeito terapêutico.

Para complementar a teoria das monoaminas foi levantada a hipótese da dessensibilização dos receptores. Isso significa que as alterações do sistema de neurotransmissores não necessariamente ocorreriam por diminuição na quantidade dessas moléculas, mas também poderiam ser consequência de mudanças de sensibilidade dos receptores pré e pós-sinápticos, mesmo sem alterações na quantidade do próprio neurotransmissor. Todavia, ainda não está claro qual dos fatores é o fator desencadeante do transtorno, se a depressão causa o desequilíbrio de neurotransmissores e dos seus receptores, ou se a quebra da homeostase desse sistema resultaria em transtornos de humor. Atualmente, considera-se que as alterações nos níveis de serotonina e cortisol seriam consequência de estresse celular e não a principal etiologia da depressão. Pesquisa mais contemporâneas ainda investigam o papel da regulação enzimática (proteínas quinases) nas mudanças envolvidas na fisiopatologia da doença, destacando-se o BDNF (fator neurotrófico derivado do cérebro, do inglês *brain-derived neurothrophic factor*), que tem se mostrado crucial na regulação da atividade sináptica e plasticidade, por provocar mudanças funcionais e estruturais nos neurônios (PERITO; FORTUNATO, 2012).

No estudo de fatores genéticos que influenciam a depressão foram realizadas pesquisas envolvendo gêmeos idênticos, os quais sugerem que há uma concordância de até 50% no desenvolvimento de depressão maior nestes indivíduos. Além disso, parentes de 1º grau apresentam chances até 3 vezes maiores de desenvolver esse transtorno de humor, quando comparado ao restante da população. Foram identificados dois genes de suscetibilidade, o gene *major depressive disorder 1* (MDD1) e o gene MDD2. (SOUSA, 2015).

3.3 EPIDEMIOLOGIA

Vários estudos demonstram que o gênero influencia aspectos dos transtornos psíquicos, desde os sintomas e reações aos medicamentos até a progressão do distúrbio ao longo da vida. Desse modo, a porcentagem do transtorno em meninas é de 60% e em homens, 40%. Logo, o público feminino tem maior propensão para desenvolver o transtorno psíquico (SERRA; DINATO; CASEIRO, 2015).

Baptista e Baptista (1999), a partir da revisão bibliográfica de estudos advindos de diversas partes do globo, demonstraram que as mulheres apresentam maior tendência ao desenvolvimento de sintomas depressivos, apresentando-se de duas a três vezes maior prevalência nas mulheres do que nos homens. Algumas hipóteses psicossociais tentam explicar o porquê da ocorrência de tais dados: maior tendência da mulher a internalizar eventos estressantes; status e direitos diferenciados em relação aos homens; maior responsabilidade social da mulher (sustento da casa, criação e educação dos filhos, cuidado com o marido, dentre outras tarefas); exigência do corpo perfeito, mais cobrados das mulheres do que dos homens; atendimento maior das mulheres nos serviços de saúde, uma vez que para muitos homens admitir um transtorno depressivo é um fato inaceitável.

Em consonância com os estudos que demonstram maior prevalência de sintomas depressivos em mulheres na população geral estão também os estudos epidemiológicos envolvendo acadêmicos de Medicina.

3.4 DEPRESSÃO EM ESTUDANTES DE MEDICINA

A maioria das doenças psíquicas se manifestam até a idade de 24 anos, em média, e por essa razão é considerado um importante período para aplicar intervenções voltadas para esse grupo populacional. (KESSLER et al., 2005). É também essa mesma faixa etária, de maior vulnerabilidade, que compõem a maioria dos estudantes de graduação de Medicina.

Outros estudos tem demonstrado que a população universitária em geral sofre mais com transtornos depressivos e ansiosos que a população em geral (DYRBYE et al., 2006).

Há, ainda, estudos que apontam que a prevalência de doenças mentais nos estudantes universitários de medicina vem aumentando nos últimos anos, e, atualmente, cerca de 27,2% dos estudantes apresentam sintomas depressivos. (ROTENSTEIN et al., 2016).

Estudantes do primeiro ano do curso de Medicina possuem o desafio de se adaptar à nova fase, já os do último ano, possuem o desafio de enfrentar a vida profissional além da residência na especialidade almejada. Por conseguinte, a depressão deve ser tratada como um problema de saúde pública devido à alta incidência e posterior probabilidade de aumento do número de casos nos anos seguintes, não só entre os acadêmicos de medicina.

4 METODOLOGIA

4.1 DESENHO DO ESTUDO

Este estudo tem como abordagem uma análise quali-quantitativa com delineamento transversal, onde será feito um levantamento de dados por meio da aplicação de um questionário sociodemográfico de elaboração própria sem validação internacional (APÊNDICE A), preenchimento do Inventário de Depressão de Beck (BDI) – ANEXO B - e do Inventário Beck de Ansiedade (BAI) – ANEXO A - aos acadêmicos participantes da pesquisa do 1º ao 6º ano de Medicina da FAPAC/ITPAC – PORTO, após assinarem o “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)” – APÊNDICE B.

4.2 LOCAL E PERÍODO DE REALIZAÇÃO DA PESQUISA

A seleção dos participantes se dará através da disponibilização dos questionários a serem aplicados em alunos do 1º ao 6º ano devidamente matriculados no curso de Medicina da FAPAC/ITPAC – PORTO. O período de realização da pesquisa será no primeiro semestre de 2020, onde serão aplicados os questionários, após autorização do Comitê de Ética da FAPAC/ITPAC – PORTO.

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

Acadêmicos regularmente matriculados no curso de Medicina da FAPAC/ITPAC – PORTO, entre o 1º e o 12º período da graduação em Medicina, no primeiro e segundo semestres de 2020.

A população de estudantes entre o 1º e 12º períodos no primeiro semestre de 2020 é de 544 alunos. A amostra calculada corresponde a 226 alunos, considerando-se 95% de confiança e 5% de erro.

4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

- Acadêmicos que concordarem com a participação na pesquisa por meio da assinatura do Termo de Compromisso Livre e Esclarecido (TCLE).

- Acadêmicos que preencherem devidamente todos os campos do questionário sociodemográfico, Inventário de Depressão de Beck versão II e Inventário Beck de Ansiedade (BAI).
- Acadêmicos matriculados entre o 1º e 12º período do curso de Medicina do ITPAC – PORTO.

4.5 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

- Acadêmicos que não concordarem com a participação na pesquisa por meio da assinatura do Termo de Compromisso Livre e Esclarecido (TCLE).
- Acadêmicos que preencherem parcialmente os campos do questionário sociodemográfico, Inventário de Depressão de Beck versão II e Inventário Beck de Ansiedade (BAI).
- Não serem acadêmicos devidamente matriculados no curso de Medicina do Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos – ITPAC – PORTO.

4.6 VARIÁVEIS

Serão avaliadas as variáveis sexo, raça/etnia, estado civil, idade, ano da graduação em andamento, renda familiar mensal, religião, residência anterior, com quem mora, percepção de saúde, incerteza sobre futuro profissional, satisfação com o curso, desejo de mudar de curso, relacionamentos sociais, prática de atividade física, prática de atividade de lazer, uso de bebidas alcóolicas, uso de medicamentos psiquiátricos, presença de transtorno de humor, acompanhamento psicológico e/ou psiquiátrico.

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

Aos participantes da pesquisa serão aplicados questionário sociodemográfico, seguido de Inventário de Depressão de Beck (BDI) e Inventário de Ansiedade de Beck (BAI). Os dados serão organizados e analisados com o auxílio do software Microsoft Excel, onde serão inseridas as respostas do questionário de cada

participante. É importante salientar ainda que o profissional entrevistado não será exposto nem terá seu nome coletado e/ou divulgado.

O presente projeto será submetido ao CEP (Comitê de Ética em Pesquisa) da FAPAC/ITPAC Porto e somente após a sua aprovação será iniciada a sua execução. De posse desta autorização, os participantes serão contatados pelos próprios pesquisadores. Aos alunos do 1º ao 4º ano de Medicina serão aplicados os questionários na própria faculdade ITPAC – PORTO, durante o semestre letivo. Os alunos do 5º e 6º anos serão contatados e os pesquisadores disponibilizarão os questionários nos locais de internato que os alunos mais frequentam, em horários convenientes para que os participantes possam respondê-los. Os dados serão analisados dentro de softwares específicos, e correlacionados com os dados obtidos pela aplicação dos questionários e comparados com os estudos mais recentes acerca dessa temática.

4.8 CRITÉRIOS PARA SUSPENDER OU ENCERRAR A PESQUISA

A pesquisa será suspensa caso a sua execução acarrete riscos aos participantes, principalmente através da identificação dos contribuintes, por qualquer motivo não considerado previamente, ou por restrição da amostra, que possa comprometer a segurança dos resultados. A pesquisa somente será reiniciada após a devida adequação do roteiro de forma a minimizar a possibilidade de novas suspensões. Antes da retomada das atividades, a pesquisa só será reiniciada após a aprovação das alterações pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

A pesquisa será encerrada caso a identificação dos participantes não puder ser preservada ou corrigida após a suspensão, ou se verificada qualquer falha no método de divulgação dos dados que possa levar à identificação dos participantes.

5 DELINEAMENTO DA PESQUISA

Será realizada uma pesquisa para delimitar a prevalência de sintomas depressivos e ansiosos em acadêmicos do curso de Medicina de uma faculdade do Norte do país (ITPAC – PORTO NACIONAL), e o perfil dos alunos que apresentam tais sintomas, conforme as variáveis escolhidas e propostas no questionário sociodemográfico.

A população envolvida será constituída de acadêmicos de medicina da faculdade selecionada, estimando-se a participação de 226 alunos. A amostra foi definida a partir de realização de cálculo amostral considerando a população total de 544 acadêmicos, com grau de confiança de 95%. Os dados coletados serão tabulados em software MS Excel®, analisados por método de estatística e os resultados serão apresentados em formato de gráficos e tabelas.

6 ASPECTOS ÉTICOS

A presente pesquisa está pautada na Resolução CNS N. 466/12, que discorre sobre as Diretrizes e Normas Regulamentadoras para Pesquisas que envolvem seres humanos. Portanto, este projeto será submetido à Plataforma Brasil e aguardará o Parecer do Comitê de Ética da FAPAC/ ITPAC Porto antes do início da execução do projeto de pesquisa.

6.1 RISCOS

A participação nesta pesquisa não prevê riscos físicos à integridade de seus participantes, entretanto, poderá causar alguma sensação de desconforto ao responder o questionário proposto pela pesquisa. Existe ainda a possibilidade de quebra do sigilo e identificação do participante de pesquisa. A fim de minimizar esse risco os instrumentos de coletas não constarão de campos de identificação para preenchimento além de idade e qual ano da graduação o participante está cursando.

6.2 BENEFÍCIOS

Os benefícios desta pesquisa decorrem do reconhecimento da magnitude dos transtornos de humor depressivos dentre os acadêmicos da faculdade, e é esperado que a partir do conhecimento desses dados sejam desenvolvidos projetos ou medidas por parte da instituição de ensino e dos próprios discentes e docentes, no sentido de promover a reflexão da comunidade acerca da importância do tema e suas repercussões na vida profissional e social dos envolvidos.

7 DESFECHO

7.1 DESFECHO PRIMÁRIO

O principal resultado a ser atingido é definir a prevalência de sintomas depressivos e ansiosos em acadêmicos de Medicina do ITPAC – PORTO.

7.2 DESFECHOS SECUNDÁRIOS

A partir do levantamento de dados e processamento de análises estatísticas o presente estudo visa definir o perfil do aluno que está mais suscetível ao desenvolvimento de transtornos de humor depressivos e ansiosos. Além disso, dentre os objetivos específicos está incluso determinar se existe um ano de maior incidência desses transtornos, e, posteriormente, pretende-se compartilhar os dados obtidos a fim de permitir o desenvolvimento de projetos e ações que tenham como objetivo melhorar a qualidade de vida desses acadêmicos, principalmente nos períodos mais suscetíveis durante a graduação, a fim de minimizar os impactos na vida social e profissional dos estudantes.

Ademais, o presente estudo também tem a intenção de relacionar as mesmas condições ao uso de álcool, a fim de estabelecer o impacto dessa prática no estado psicológico dos estudantes da pesquisa.

Os resultados servirão para corroborar outros estudos semelhantes e enfatizar a importância da promoção da saúde dessa parcela da população que, comprovadamente, está sujeita a maior índice de suicídios e de desenvolvimento de transtornos de humor.

8 CRONOGRAMA

Quadro 2 - Cronograma da pesquisa

2019					2020				
ETAPAS	Ago.	Set.	Out.	Nov.	Jan.	Fev.	Mar.	Abr.	Maio
Escolha do tema	x								
Pesquisa bibliográfica	x	x							
Elaboração do Projeto	x	x	x	x					
Submissão ao CEP				x					
Encontros com o(a) orientador(a)	x	x	x	x		x	x	x	x
Seleção dos participantes					x	x			
Levantamento dos dados						x	x		
Análise dos Resultados							x	x	
Escrita do Artigo Científico							x	x	x
Revisão final									x
Defesa do Artigo									x
Submissão do Artigo									x

Fonte: Elaborado pelos autores

9 ORÇAMENTO

Quadro 3 - Orçamento dos recursos gastos com a pesquisa

CATEGORIA: GASTOS COM RECURSOS MATERIAIS			
Itens	Quantidade	Valor Unitário R\$	Valor Total R\$
Resma de folha de A4 chamex Office de A4	2	25,00	50,00
Pasta portfólio	1	15,00	15,00
Impressões	800	0,15	120,00
Caneta bic	10	2,50	25,00
CATEGORIA: GASTOS COM RECURSOS HUMANOS			
Itens	Quantidade	Valor Unitário R\$	Valor Total R\$
Combustível	10l	4,50	45,00
CATEGORIA: FINANCIAMENTO TOTAL DA PESQUISA			
Categorias			Valor Total R\$
Gastos com recursos materiais			210,00
Gastos com recursos humanos			45,00
Valor Total:			255,00

Fonte: Elaborado pelos autores

REFERÊNCIAS

ANDRADE, J. B. C. D; SAMPAIO, J. J. C; FARIAS, L. M. D. Contexto de formação e sofrimento psíquico de estudantes de medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 2, p. 231-242, mai./2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-55022014000200010&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 26 set. 2019.

ASSOCIATION, American Psychiatry. **Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais**. 5. ed. Washington: Artmed, 2014.

BAPTISTA, Makilim Nunes; BAPTISTA, A. S. D; OLIVEIRA, M. D. G. D. Depressão e gênero: por que as mulheres deprimem mais que os homens?. **Temas em Psicologia**, Ribeirão Preto, v. 7, n. 2, p. 143-156, ago./1999. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X1999000200005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 6 out. 2019.

CASTILLO, Ana Regina GL et al. Transtornos de ansiedade. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 22, supl. 2, p. 20-23, Dec. 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462000000600006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 01 nov. 2019.

CUCHE, Henry; GERAD, Alain. **Não aguento mais: um guia para compreender e combater a depressão**. 2. ed. São Paulo: Papirus, 2014.

DYRBYE, L. N. *et al.* Personal Life Events and Medical Student Burnout: A Multicenter Study. **Academic Medicine**, Washington, v. 81, n. 4, p. 374-384, abr./2006. Disponível em: <https://sydney.edu.au/medicine/pdfs/dyrbe_2006_personal_life_events_and_medical_student_burnout.pdf>. Acesso em: 1 out. 2019.

KESSLER, R. C. *et al.* Lifetime Prevalence and Age-of-Onset Distributions of DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. **Arch Gen Psychiatry**, Los Angeles, v. 62, n. 7, p. 593-602, jul./2005. Disponível em: <http://www.ph.ucla.edu/epi/faculty/detels/PH150/Kessler_DSMIV_AGP2009.pdf>. Acesso em: 30 set. 2019.

ORGANIZATION, World Health. **Depression and Other Common Mental Disorders**. 1. ed. Geneva: WHO Document, 2017.

PERITO, M. E. S; FORTUNATO, Jucélia Jeremias. Marcadores Biológicos da Depressão: Uma Revisão Sobre a Expressão de Fatores Neurotróficos. **Revista Neurociências**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 597-603, jul./2012.

ROTENSTEIN, L. S. *et al.* Prevalence of Depression, Depressive Symptoms, and Suicidal Ideation Among Medical Students: A Systematic Review and Meta-Analysis.

Journal of the American Medical Association, Boston, v. 316, n. 21, p. 2214-2236, dez./2016. Disponível em: <<https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2589340>>. Acesso em: 26 set. 2019.

SAMPAIO, Daniel; AFONSO, Pedro. **Manual de Psiquiatria Clínica**. 1. ed. Lisboa: Lidel, 2014. p. 402-405.

SANTA, Nathália Della; CANTILINO, Amaury. Suicídio entre Médicos e Estudantes de Medicina: Revisão de Literatura. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 4, p. 772-780, dez./2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022016000400772&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 set. 2019.

SERRA, Rosana Denobile; DINATO, S. L. M; CASEIRO, Marcos Montani. Prevalência de sintomas depressivos e ansiosos em alunos de medicina na cidade de Santos. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 64, n. 3, p. 213-220, set./2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0047-20852015000300213&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 1 out. 2019.

SOLOMON, Andrew. **O Demônio do Meio-Dia**. 1. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2001.

SOUSA, Juliana Sofia Pinto de. **Epidemiologia, etiopatogenia, diagnóstico e tratamento farmacológico da depressão em Portugal**. Orientador: Joana Queiroz. 2015. 84 p. Monografia (grau de Mestre em Ciências Farmacêuticas) - Mestrado, Porto, 2015. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/61020736.pdf>. Acesso em: 1 nov. 2019.

TORRES, A. R. *et al.* **Compêndio de Clínica Psiquiátrica**. 1. ed. Barueri: Manole, 2012. p. 296-314.

ANEXOS

ANEXO A

INVENTÁRIO DE ANSIEDADE DE BECK – BAI

Período:_____ Idade:_____ Data: ____/____/____

Abaixo está uma lista de sintomas comuns de ansiedade. Por favor, leia cuidadosamente cada item da lista. Identifique o quanto você tem sido incomodado por cada sintoma durante a **última semana, incluindo hoje**, colocando um “x” no espaço correspondente, na mesma linha de cada sintoma.

	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)				

ANEXO B

INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK – BDI

Período: _____ **Idade:** _____ **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.

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	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
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	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
3	0 Não me sinto um fracasso 1 Acho que fracassei 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	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

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	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
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	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
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	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
7	0 Não me sinto decepcionado comigo mesmo 1 Estou decepcionado comigo mesmo 2 Estou enojado de mim 3 Eu me odeio	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
8	0 Não me sinto de qualquer modo pior que os outros 1 Sou crítico em relação a mim por minhas fraquezas ou erros	19	0 Não tenho perdido muito peso se é que perdi algum recentemente

	2 Eu me culpo sempre por minhas falhas 3 Eu me culpo por tudo de mal que acontece		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 _____
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	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
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 quera	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
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		

APÊNDICES

APÊNDICE A

QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO – PROJETO DE TCC

Orientador: Prof. Dr. José Lopes Soares Neto

Responsáveis: Isabella Dutra Marcarini; Paula Gomes da Silva

- | | |
|---|---|
| <p>1. Sexo:</p> <p>☐ Feminino</p> <p>☐ Masculino</p> <p>2. Raça/Etnia:</p> <p>☐ Caucasiano/branco</p> <p>☐ Pardo</p> <p>☐ Negro</p> <p>☐ Indígena</p> <p>☐ Outros</p> <p>3. Qual seu estado civil?</p> <p>☐ Solteiro(a)</p> <p>☐ Casado(a)/União estável</p> <p>☐ Divorciado(a)</p> <p>☐ Viúvo(a)</p> <p>☐ Outros</p> <p>4. Idade (em anos): _____</p> <p>5. Qual ano de faculdade está atualmente cursando?</p> <p>☐ 1º ano</p> <p>☐ 2º ano</p> <p>☐ 3º ano</p> <p>☐ 4º ano</p> <p>☐ 5º ano</p> <p>☐ 6º ano</p> <p>6. Possui alguma outra graduação? Se sim, qual?</p> <p>☐ Sim. _____</p> <p>☐ Não</p> <p>7. Quanto é, aproximadamente, a renda familiar mensal?</p> <p>☐ Nenhuma renda.</p> <p>☐ Até 1 salário mínimo (até R\$ 998,00).</p> <p>☐ De 1 a 3 salários mínimos (de R\$ 998,00 até R\$ 2.994,00).</p> <p>☐ De 3 a 6 salários mínimos (de R\$ 2.994,00 até R\$ 5.988,00).</p> <p>☐ De 6 a 9 salários mínimos (de R\$ 5.988,00 até R\$ 8.982,00).</p> <p>☐ De 9 a 12 salários mínimos (de R\$ 8.982,00 até R\$ 11.976,00).</p> <p>☐ De 12 a 15 salários mínimos (de R\$ 11.976 até R\$ 14.970,00).</p> | <p>☐ Mais de 15 salários mínimos (mais de R\$ 14.970,00).</p> <p>8. Religião:</p> <p>☐ Nenhuma, mas acredito em Deus</p> <p>☐ Nenhuma, e não acredito em Deus</p> <p>☐ Católico</p> <p>☐ Evangélico/Protestante</p> <p>☐ Espírita</p> <p>☐ Outros</p> <p>9. Mudou de residência quando veio estudar na Faculdade?</p> <p>☐ Sim</p> <p>☐ Não</p> <p>10. Se sim, em qual região do país vivia antes de ingressar na Faculdade?</p> <p>_____</p> <p>11. Há quantos anos vive nesta região?</p> <p>_____</p> <p>12. Com quem mora?</p> <p>☐ Moro com familiares</p> <p>☐ Moro sozinho</p> <p>☐ Moro com outros estudantes</p> <p>☐ Moro em pensão ou república</p> <p>13. Considero o meu estado de saúde:</p> <p>☐ Ruim</p> <p>☐ Razoável</p> <p>☐ Bom/excelente</p> <p>14. Incerteza do futuro profissional:</p> <p>☐ Não tenho</p> <p>☐ Pouca/Mediana</p> <p>☐ Muita</p> <p>15. Satisfação com o curso:</p> <p>☐ Insatisfeito</p> <p>☐ Razoavelmente ou indiferente</p> <p>☐ Satisfeito</p> <p>16. Deseja de mudar de curso:</p> <p>☐ Sim</p> <p>☐ Não</p> <p>17. Relacionamentos sociais:</p> |
|---|---|

- ☐ Relaciona-se bem e participa de atividades sociais
☐ Relaciona-se bem, mas não participa de atividades sociais
☐ Dificuldade de relacionamentos sociais

18. Pratica alguma atividade física?

- ☐ Não
☐ Sim, uma vez por semana
☐ Sim, entre duas a três vezes por semana
☐ Sim, mais de três vezes por semana

19. Pratica alguma atividade de lazer?

- ☐ Não
☐ Sim, sempre
☐ Sim, esporadicamente
☐ Raramente

20. Considera seu tempo de atividade de lazer:

- ☐ Suficiente
☐ Insuficiente

21. Faz uso de bebidas alcóolicas?

- ☐ Não
☐ Sim

22. Se sim, com que frequência?

- ☐ 1 vez por semana
☐ 2 a 3 vezes por semana
☐ de 3 a 5 vezes por semana
☐ Todos os dias
☐ Apenas socialmente
☐ Raramente
☐ Não consumo bebidas alcóolicas

23. Faz acompanhamento psicológico atualmente?

- ☐ Sim
☐ Não

24. Já fez acompanhamento psicológico em algum momento anterior?

- ☐ Sim
☐ Não

25. Já foi diagnosticado com algum transtorno de humor? Se sim, especifique:

- ☐ Sim _____
☐ Não

26. Se sim à questão anterior, marque uma das opções abaixo:

- ☐ Diagnóstico antes do início do curso de graduação em Medicina

☐ Diagnóstico durante o curso de graduação em Medicina, quando estava cursando o _____ ano de faculdade.

27. Faz uso de medicamentos com prescrição de um psiquiatra?

- ☐ Sim
☐ Não

28. Se você ainda não faz acompanhamento psicológico e ou psiquiátrico, você sente que se beneficiaria desse auxílio profissional?

- ☐ Sim
☐ Não
☐ Já faço acompanhamento

APÊNDICE B
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Prezado (a) Senhor (a),

O (a) Sr (a). está sendo convidado a participar da pesquisa: “SINTOMAS DE DEPRESSÃO E DE ANSIEDADE EM ALUNOS DO 1º AO 6º ANO DE MEDICINA DE UMA FACULDADE DO TOCANTINS” que tem por determinar a prevalência de acadêmicos do curso de Medicina de uma faculdade e suas correlações com características sociodemográficas.

Essa pesquisa será realizada com ALUNOS DO 1º AO 6º ANO DE MEDICINA DO INSTITUTO TOCANTINENSE PRESIDENTE ANTONIO CARLOS – ITPAC – PORTO, DEVIDAMENTE MATRICULADOS NO CURSO DE MEDICINA DO ITPAC - PORTO. Não participarão da pesquisa pessoas QUE NÃO ESTEJAM MATRICULADAS NO CURSO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA DO ITPAC – PORTO.

Sua participação no estudo consistirá em RESPONDER ALGUMAS QUESTÕES sobre SINTOMAS DE DEPRESSÃO E ANSIEDADE CONFORME VIVENCIADO NAS ÚLTIMAS 2 SEMANAS, ALÉM DE QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO. A coleta de dados terá uma duração de mais ou menos 10 minutos.

Os riscos com essa pesquisa são MÍNIMOS, sendo que o Sr. pode se sentir DESCONFORTÁVEL EM RESPONDER ALGUMA PERGUNTA, mas o Sr. tem a liberdade de não responder ou interromper a participação em qualquer momento. O Sr. tem a liberdade de não participar da pesquisa ou retirar seu consentimento a qualquer momento, mesmo após o início da entrevista/coleta de dados, sem qualquer prejuízo. Está assegurada a garantia do sigilo das suas informações. O Sr. não terá nenhuma despesa e não há compensação financeira relacionada à sua participação na pesquisa.

Caso tenha alguma dúvida sobre a pesquisa o Sr. poderá entrar em contato com os pesquisadores responsáveis pelo estudo: orientador JOSÉ LOPES SOARES NETO, (telefone 63 98122-9915) que pode ser localizado no Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos Porto Ltda – ITPAC PORTO, na Rua 02, Quadra 07, s/n., Bairro Jardim dos Ipês, Porto Nacional – TO, CEP: 77500-00, às segundas-feiras,

entre 10h e 12h, e às quintas-feiras, das 11h às 11h30, ou pelo e-mail netotocantins@gmail.com, ou com os pesquisadores ISABELLA DUTRA MARCARINI (telefone 63 98470-6535) e PAULA GOMES DA SILVA (telefone 61 98421-4060), que podem ser localizadas no Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos Porto Ltda – ITPAC PORTO, na Rua 02, Quadra 07, s/n., Bairro Jardim dos Ipês, Porto Nacional – TO, CEP: 77500-00, de segunda-feira à quinta-feira, das 8h às 15h, ou através dos e-mails isadmarc@gmail.com e paulags95@hotmail.com, respectivamente. O Comitê de Ética e Pesquisa - CEP, também poderá ser consultado caso o Sr. tenha alguma consideração ou dúvida sobre a ÉTICA da pesquisa pelo telefone (63) 3363 – 9674 ou pelo e-mail cep@itpacporto.com.br.

Sua participação é importante e voluntária e vai gerar informações que serão úteis para estabelecer a quantidade de acadêmicos mais suscetíveis ao desenvolvimento de transtornos de humor, para que medidas de prevenção em saúde e projetos de prevenção e promoção da saúde mental sejam desenvolvidos, tendo como público-alvo os estudantes de medicina.

Este termo será assinado em duas vias, pelo senhor e pelo responsável pela pesquisa, ficando uma via em seu poder.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito do que li ou foi lido para mim, sobre a pesquisa: "PREVALÊNCIA DE SINTOMAS DE DEPRESSÃO E DE ANSIEDADE EM ALUNOS DO 1º AO 6º ANO DE MEDICINA DE UMA FACULDADE DO TOCANTINS". Discuti com os pesquisadores ISABELLA DUTRA MARCARINI ou PAULA GOMES DA SILVA, responsáveis pela pesquisa, sobre minha decisão em participar do estudo. Ficaram claros para mim os propósitos do estudo, os procedimentos, garantias de sigilo, de esclarecimentos permanentes e isenção de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo.

_____/____/____

Assinatura do entrevistado

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido deste entrevistado OU REPRESENTANTE LEGAL (se for o caso) para a sua participação neste estudo.

_____/____/____

Assinatura do responsável pelo estudo.

APÊNDICE C

FAPAC - Faculdade Presidente Antônio Carlos.
INSTITUTO TOCANTINENSE PRES. ANTÔNIO CARLOS PORTO S/A
Rua 02, Qd. 07 - Jardim dos Ypês - Porto Nacional - TO - CEP 77.500-000
CX Postal 124 - Fone: (63) 3363 - 9600 - CNPJ - 10.261. 569/0001 - 64
www.itpacporto.com.br

TERMO DE COMPROMISSO DA INSTITUIÇÃO PROPONENTE

PROJETO: PREVALÊNCIA DE SINTOMAS DE DEPRESSÃO E DE ANSIEDADE EM ALUNOS DO 1º AO 6º ANO DE MEDICINA DE UMA FACULDADE DO TOCANTINS

PESQUISADORES RESPONSÁVEIS: ISABELLA DUTRA MARCARINI; PAULA GOMES DA SILVA; JOSÉ LOPES SOARES NETO.

A FAPAC/ITPAC PORTO declara que está de acordo com a execução do projeto PREVALÊNCIA DE SINTOMAS DE DEPRESSÃO E DE ANSIEDADE EM ALUNOS DO 1º AO 6º ANO DE MEDICINA DE UMA FACULDADE DO TOCANTINS, coordenado pelo pesquisador JOSÉ LOPES SOARES NETO, desenvolvido em conjunto com os acadêmicos ISABELLA DUTRA MARCARINI e PAULA GOMES DA SAILVA e assume o compromisso de apoiar o desenvolvimento da referida pesquisa nesta instituição durante a realização da mesma.

Declaramos conhecer e cumprir as resoluções éticas brasileiras, em especial a Resolução 466/20102 do Conselho Nacional de Saúde. Esta instituição está ciente de suas responsabilidades como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Porto Nacional, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Responsável pela IES