

PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS À DEPRESSÃO EM ESTUDANTES DE MEDICINA

PREVALENCE AND FACTORS ASSOCIATED WITH DEPRESSION IN MEDICAL STUDENTS

Juliane dos Anjos de Paula¹, Ada Maria Farias Sousa Borges², Louise Rayra Alves Bezerra², Helena Vieira Parente², Rafael César dos Anjos de Paula³, Rubens Wajnsztein⁴, Alzira Alves de Siqueira Carvalho⁵, Vitor Engrácia Valenti⁵, Luiz Carlos de Abreu⁵

Aplicação clínica do estudo: É imprescindível intervenções no campo da Saúde Pública para cuidar dos profissionais que cuidam da população. Estudantes de medicina com alta prevalência de Depressão terão dificuldades de cuidar de pessoas durante sua formação e após, no exercício da sua função de médico.

DOI: dx.doi.org/10.7322/jhdg.88911

RESUMO

Introdução: a depressão, além de causar grande sofrimento psíquico, pode levar a prejuízos no desempenho acadêmico e nos relacionamentos sociais. **Objetivo:** estimar a prevalência de sintomas depressivos e sua associação com aspectos sociodemográficos e psicossociais em estudantes de medicina de uma região do Sertão Nordeste, Brasil. **Método:** a população foi constituída por 1024 estudantes do primeiro ao décimo segundo períodos do curso de medicina de duas escolas médicas do Cariri, Sertão Nordeste, Ceará, Brasil. Utilizou-se o questionário de caracterização sociodemográfica e o Inventário de Depressão de Beck versão II. **Resultados:** a prevalência encontrada nessa população para o diagnóstico de depressão foi de 28,8%. 652 (63,7%) cumpriram com todos os protocolos para permanência na pesquisa. Apresentaram impacto negativo na saúde mental dos estudantes no modelo ajustado de regressão logística: sexo feminino OddsRatio ajustado (ORa) (IC_{95%}): 1,83(1,19-2,82), saúde física razoável ORa (IC_{95%}): 3,15(2,09-4,73), incerteza quanto ao futuro profissional ORa (IC_{95%}): 2,97(1,65-5,34), desejo de mudar de curso ORa (IC_{95%}): 2,51(1,63-3,86), relacionamento social bom porém sem participação de atividades sociais ORa (IC_{95%}): 1,96(1,27-3,04), dificuldades de relacionamento ORa (IC_{95%}): 11,40(4,32-30,14) e raras atividades de lazer ORa (IC_{95%}): 2,45(1,49-4,04) ou esporádicas atividades de lazer ORa (IC_{95%}): 3,04(1,70-5,42). **Conclusão:** observou-se alta prevalência de depressão nos estudantes de medicina nesta região. Sexo feminino, saúde física razoável, incerteza quanto ao futuro profissional, desejo de mudar de curso, não participação de atividades sociais e/ou dificuldades de relacionamentos, esporádica ou rara atividade de lazer foram associados a maior chance de desenvolver sintomas depressivos.

Palavras-chave: depressão, estudantes de medicina, prevalência, transtorno depressivo, educação médica.

1 Médica Psiquiatra. Mestre em Ciências da Saúde. Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde. Faculdade de Medicina do ABC, Santo André, SP, Brasil.

2 Faculdade de Medicina de Juazeiro do Norte- Estácio/FMJ. Ceará, Brasil.

3 Médico, Programa de Residência Médica em Neurologia. Hospital Universitário Edgar Santos – UFBA/BA. Salvador, Bahia, Brasil.

4 Professor da Disciplina de Neurologia Pediátrica. Departamento de Neurociências. Faculdade de Medicina do ABC. Santo André, SP, Brasil.

5 Laboratório de Delineamento de Estudos e Escrita Científica. Departamento de Saúde da Coletividade. Faculdade de Medicina do ABC. Santo André, SP, Brasil.

Artigo decorrente da dissertação de mestrado do pós-graduação em Ciências da Saúde da Faculdade de Medicina do ABC: "Prevalência de Sintomas Depressivos e Fatores Associados em Estudantes de Medicina do Sertão Nordeste", Santo André, SP, 2014.

Corresponding author: julianepaula2@hotmail.com

INTRODUÇÃO

A depressão constitui-se no grupo de doença com a maior prevalência e crescimento dentro da população mundial, tornando-se um problema de saúde pública. Afeta uma em cada cinco pessoas em algum momento da vida e há previsão de que no ano de 2020 se torne a segunda doença em maior prevalência, perdendo apenas para as doenças cardíacas¹.

Os sintomas clínicos da depressão^{2,3} são humor depressivo, tristeza, perda de interesse, perda ou ganho de peso significativo, insônia ou hipersonia, agitação ou retardo psicomotor, fadiga ou perda de energia, sentimento de inutilidade ou culpa excessiva ou inadequada, indecisão ou capacidade diminuída de pensar ou concentrar-se e pensamentos de morte recorrentes. Além de causar grande sofrimento psíquico, pode levar a prejuízos no desempenho acadêmico e nos relacionamentos sociais⁴.

Estudos realizados^{6,7} com estudantes universitários revelam taxas de adoecimento para algum tipo de transtorno psiquiátrico durante a graduação em torno de 15 a 25%. O termo depressão tem sido utilizado em várias pesquisas para denominar tanto sintomas depressivos como transtornos depressivos, entretanto a presença de sintomas pode não necessariamente corresponder a um episódio depressivo.

Fatores intimamente relacionados à depressão são o abuso de drogas e o suicídio, muitos indivíduos buscam nas drogas uma maneira de aliviar sintomas de depressão ou mesmo a depressão está relacionada à abstinência de alguma substância⁵. O suicídio é um importante indicativo de gravidade de um episódio depressivo².

A prevalência de transtornos depressivos na população geral é em torno de 7%, enquanto que a de sintomas depressivos gira em torno de 12,6% ao longo da vida^{2,3}. Esses sintomas podem igualmente levar prejuízos a vida funcional e psicossocial dos indivíduos e, podem configurar risco para um transtorno depressivo maior quando não reconhecidos e tratados⁴.

Transtornos depressivos e transtornos de ansiedade são os mais prevalentes.

Entre os universitários, os alunos do curso de medicina tem sido alvo constante de pesquisas relacionadas, apresentando prevalência para os transtornos depressivos variando de 8 a 64%⁵⁻⁹. Essa ampla variação poder ser explicada pela variedade de instrumentos existentes validados para pesquisa de sintomas depressivos em populações não clínicas assim como os diferentes pontos de corte estabelecidos.

Eventos estressores ao longo da formação médica tem sido apontados como possíveis desencadeadores de sintomas depressivos tais como: pouco tempo de lazer, contato com doenças e morte, a agressividade inerente a muitos procedimentos médicos, dificuldade em comunicar más notícias aos familiares e doentes e "pacientes-problema"¹⁰.

A depressão é problema de saúde pública e acomete vários estratos da sociedade, entretanto

tem sido prevalente entre profissionais de nível superior^{6,7}. Assim, o objetivo deste estudo foi estimar a prevalência de sintomas depressivos e sua associação com aspectos sociodemográficos e psicossociais em estudantes de medicina de uma região do Sertão Nordestino, Brasil.

MÉTODO

Trata-se de estudo transversal, realizado no período de setembro a novembro de 2013, cuja a população foi constituída de 1024 estudantes de medicina, sendo 356 alunos da Universidade Federal do Cariri (UFCa) e 668 alunos da Faculdade de Medicina Estácio de Juazeiro do Norte – Estácio/FMJ.

Os estudantes foram convidados a participar deste estudo e assinar o "Termo de Consentimento Livre e Esclarecido" (TCLE), sendo caracterizado como critério de inclusão, o preenchimento do questionário sociodemográfico e do Inventário de Depressão de Beck versão II.

A escolha dos cursos deveu-se por serem similares em número de semestres e anos letivos. O curso de graduação em medicina está dividido em três módulos: básico (1º ao 4º semestre), intermediário (5º ao 8º semestre) e internato (9º ao 12º semestre).

Da população potencial (1024), 652 (63,7%) cumpriram com todos os protocolos para permanência na pesquisa. Foram excluídos: estudantes que participaram da pesquisa como facilitadores.

Foi aplicado o questionário de caracterização sociodemográfico contendo 24 questões com os seguintes dados complementares: período do curso, universidade, idade, sexo, cor, estado e país de nascimento, estado civil, prole, religião, local de residência, transporte utilizado até a faculdade, atividade remunerada, saúde física, uso de álcool e tabaco, hábitos de vida, relacionamentos sociais, satisfação com o curso, entre outros; juntamente com o Inventário de Depressão de Beck versão II (IDB-II).

O IDB-II é um questionário padronizado e autoaplicável. E configura-se como uma medida de autoavaliação dos sintomas de depressão. O IDB-II consiste em 21 afirmações que variam de intensidade de zero a três, com uma pontuação final que pode variar de zero a 63.

O uso do IDB-II não é recomendado para a classificação por escores de gravidade da depressão em amostras não clínicas^{11,12}. Os pontos de cortes estabelecidos seguiram os critérios da última validação brasileira do IDB-II em amostras comunitárias sendo que zero a dez pontos correspondem à normalidade, a partir de 11 pontos constituem depressão^{11,12}.

A variável depressão foi adotada como dependente, analisando-a a partir das independentes sexo, instituição de ensino superior, ciclo do curso, idade, religião, estado civil, saúde física, uso de tabaco, uso do álcool, incerteza em relação ao futuro profissional, desejo de mudar de curso.

A partir dos questionários respondidos foi elaborado um banco de dados no programa STATA, versão 12, no qual foi desenvolvida estatística des-

critiva e inferencial, fazendo uso de tabelas com frequências absolutas e relativas, valor médio, desvio padrão, máximo, mínimo, coeficiente de prevalência e teste de Qui-Quadrado de Pearson adotando significância estatística quando valor $p < 0,05$.

Após o teste de Qui-Quadrado, a partir das variáveis que apresentaram valor p de até 0,2 com a variável depressão, foi elaborado um modelo logístico multinomial, obtendo-se os valores de OddsRatios (OR) ajustados em função das variáveis mantidas neste modelo após que compuseram este modelo, permitindo interpretar as estimativas de OR e Intervalo de Confiança (IC) já ajustadas pelas variáveis envolvidas nesta análise^{13,14}.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina do ABC, número do Parecer: 268.234.

RESULTADOS

Nas tabelas de 1 a 4 relatam-se os eventos descritivos e associativos da depressão.

Participaram deste estudo 652 estudantes (63,7%) distribuídos em todos os semestres do curso de medicina das duas instituições instaladas

na região do Cariri, uma particular (68,9%) e outra pública (31,1%). A maioria estava cursando o ciclo básico (44,3%) sendo a maior parte dos participantes são do sexo feminino (58,9%), com média de idade de $22,74 \pm 3,68$ com maior concentração no intervalo dos 20 aos 27 anos de idade (73,0%), a cor da pele predominante foi a cor branca (58,9%) (Tabela 1).

A maioria dos estudantes era proveniente do estado do Ceará (75,6%), sendo que 93,5% estavam solteiros, 50,3% mantinham algum relacionamento amoroso e 71,2% eram católicos. A maioria morava com familiares (55,1%) e 29,5% moravam com outros estudantes (Tabela 1). Segundo os relacionamentos sociais, 60,7% relataram relacionar-se bem com amigos e parentes e participavam com frequência de atividades sociais. 40,5% dos estudantes realizam esporadicamente atividades de lazer e 66,3% escolheram o curso de medicina por vontade própria.

De forma geral, a principal forma de locomoção desses estudantes é feita através de carro próprio (46,6%). A maioria dos estudantes não exerce nenhuma atividade remunerada (82,5%), porém verifica-se que os estudantes de Instituição de Ensino Superior (IES) pública apesar de em sua maio-

Tabela 1: Distribuição de 652 estudantes de medicina por características sociodemográficas, região do Crajubar/Cariri Cearense, Nordeste, Brasil, 2014

Variáveis demográficas	Categorias	N	%
Ciclo do curso	Básico	289	44,3
	Intermediário	255	39,1
	Internato	108	16,6
Tipo de instituição	Particular	448	68,9
	Pública	202	31,1
Idade	Até 19 anos	112	17,6
	Entre 20 e 27 anos	464	73,0
	A partir de 28 anos	60	9,4
Sexo	Masculino	268	41,1
	Feminino	384	58,9
Cor	Branca	386	59,7
	Preta	16	2,5
	Parda/Mulata	231	35,7
	Amarela	14	2,2
Região proveniente	Não identificou	7	1,1
	CE	493	75,6
	NE	110	16,9
	Fora do NE	42	6,4
Estado civil	Solteiro com companheiro ou namorado	326	50,3
	Solteiro sem companheiro ou namorado	280	43,2
	Casado/União estável	42	6,5
Prole	Nenhum	26	78,8
	Um	7	21,2
	Dois	0	0,0
	Mais de dois	0	0,0
Religião	Católico	460	71,2
	Espírita	30	4,6
	Outra	72	11,1
	Não tem religião	84	13,0
Com quem mora	Mora com familiares	359	55,1
	Mora sozinho	79	12,1
	Mora com outros estudantes	192	29,5
	Mora em pensão ou república	9	1,4
	Mora em casa de estudante	12	1,8

* N = número da amostra; % = porcentagem.

Tabela 2: Distribuição de 652 estudantes de medicina classificados quanto à ausência de depressão e a presença de depressão, segundo o Inventário de Depressão de Beck versão II, região do Crajubar/Cariri Cearense, Nordeste, Brasil, 2014

Classificação da depressão	N	CP	Média ± DP*	Mín - Máx*
Sem depressão	464	71,2	4,6 ± 2,9	0 - 10
Depressão	188	28,8	16,9 ± 6,4	11 - 54

* Pontuação obtida no Inventário de Depressão de Beck; DP = Desvio padrão; Min-Max = Valor Mínimo - Valor Máximo.

N = número da amostra; CP = Coeficiente de Prevalência.

Tabela 3: Distribuição dos 652 estudantes de medicina segundo a pergunta sobre ideação suicida (questão 9) demonstrando as pontuações médias, valores mínimos e máximos obtidos no Inventário de Depressão de Beck versão II, região do Crajubar/Cariri Cearense, Nordeste, Brasil, 2014

Variáveis	Categorias	N	Média ± DP*	Min-Max*
Ideação Suicida	Não tenho quaisquer ideias de me matar	583	6,94 ± 5,32	0 - 32
	Tenho ideias, mas não as executaria	59	19,19 ± 8,20	4 - 35
	Gostaria de me matar	3	22,33 ± 11,93	14 - 36
	Me mataria se tivesse oportunidade	1	54,00	-

* Pontuação obtida no Inventário de Depressão de Beck; DP = Desvio padrão; Min-Max = Valor Mínimo - Valor Máximo.

N = número da amostra.

Tabela 4: Resultados provenientes de modelo de regressão logística univariante e múltipla, região do Crajubar/Cariri Cearense, Nordeste, Brasil, 2014

Variáveis	Categorias	N(%)	X ² (p)*	OR(IC _{95%})**	ORa(IC _{95%})***
Sexo	Masculino	55(20,5)	15,321(0,000)	1,00	1,00
	Feminino	133(34,6)		2,05 (1,43-2,91)	1,83 (1,19-2,82)
Religião	Católico	122(26,5)	4,821(0,185)	1,00	NS
	Espírita	13(43,3)		2,12 (1,00-4,49)	NS
	Outra	22(30,6)		1,22 (0,71-2,10)	NS
	Não tem religião	27(32,1)		1,31 (0,79-2,17)	NS
Estado civil	Solteiro com companheiro ou namorado	86 (26,4)	2,145 (0,342)	1,00	NS
	Solteiro sem ou namorado companheiro	89 (31,8)		1,3 (0,91-1,85)	NS
	Casado/União estável	12 (28,6)		1,12 (0,55-2,28)	NS
Saúde	Péssima	3 (37,5)	51,876 (0,000)	2,66 (0,62-11,38)	NS
	Razoável	113 (44,7)		3,58 (2,50-5,11)	3,15 (2,09-4,73)
	Boa/Excelente	72 (18,4)		1,00	1,00
Usa tabaco	Não uso tabaco	177 (28,2)	2,535 (0,111)	1,00	NS
	Uso tabaco	10 (43,5)		1,96 (0,84-4,55)	NS
Incerteza do futuro	Não tem	21 (16,9)	45,091 (0,000)	1,00	1,00
	Pouca/mediana	121 (26,9)		1,81 (1,08-3,02)	NS
	Muita	46 (59,7)		7,28 (3,78-13,99)	2,97 (1,65-5,34)
Desejo de Mudar de curso	Não	101 (21,6)	42,793 (0,000)	1,00	1,00
	Sim	86 (47,5)		3,29 (2,28-4,74)	2,51 (1,63-3,86)
Relacionamentos sociais	Relaciona-se bem e participa de atividades sociais	71(18,1)	75,382(0,000)	1,00	1,00
	Relaciona-se bem mas não participa de atividades sociais	88 (39,8)		2,99 (2,06-4,34)	1,96(1,27-3,04)
	Dificuldades de relacionamentos	26 (78,8)		16,19 (7,01-40,21)	11,40(4,32-30,14)
Atividade de lazer	Sempre	35 (14,2)	50,883 (0,000)	1,00	1,00
	Esporadicamente	85 (32,4)		2,89 (1,86-4,50)	2,45 (1,49-4,04)
	Raramente	66 (74,5)		5,45 (3,34-8,88)	3,04 (1,70-5,42)

* Teste qui-quadrado de Pearson (X²), as variáveis que apresentaram p < 0,20 foram incluídos no modelo de regressão logística univariante e múltipla.

** OR = OddsRatio, ***ORa = OddsRatio ajustado.

IC95% = intervalo de confiança; N = número da amostra; NS = Não significante.

ria não exercer nenhuma atividade com renda (65,3%) eles exerciam mais atividades acadêmicas com bolsa (30,2%) quando comparados com alunos de escola privada (3,3%), tal fato reflete provavelmente as oportunidades nas distintas IES. A maioria dos estudantes referiu sua saúde física como boa, consumiam álcool e não faziam uso de cigarro de tabaco.

A prevalência encontrada nessa população para o diagnóstico de depressão foi de 28,8%, sendo a média de pontuação obtida dos alunos deprimidos no IDB-II foi de $16,9 \pm 6,4$ (tabela 2). 10,34% estudantes apresentaram ideação suicida (tabela 3).

Após teste qui-quadrado de Pearson foram selecionadas as variáveis ($p < 0, 20$) para o modelo de regressão logística: sexo ($p < 0,001$), religião ($p = 0,185$), saúde física ($p < 0,001$), uso de tabaco ($p = 0,111$), incerteza do futuro profissional ($p < 0,001$), desejo de mudar de curso ($p < 0,001$), relacionamentos sociais ($p < 0,001$) e atividade de lazer ($p < 0,001$). Visto o estado civil ($p = 0,342$) ser um fator comumente associado a sintomas depressivos optou-se por incluir esta variável na regressão logística (tabela 4).

Não entraram no modelo de regressão logística as variáveis: instituição de ensino superior ($p = 0,441$), ciclo do curso ($p = 0,439$), idade ($p = 0,950$) e uso do álcool ($p = 0,472$).

No modelo ajustado, as variáveis selecionadas foram capazes de explicar 23,54% do diagnóstico de depressão nos participantes do estudo ($r^2 = 0,2354$) (tabela 4).

Em algumas perguntas do questionário sociodemográfico, questões como estado civil e religião foram deixadas em branco por alguns participantes.

DISCUSSÃO

A prevalência de depressão e fatores associados de estudantes de medicina de uma região do Sertão Nordestino, Brasil, foi elencado como situação de grave problema de saúde pública^{1,4}.

A prevalência de sintomas depressivos encontrada foi de 28,8%, sendo a média de pontuação no IDB-II de $16,9 \pm 6,4$ (Tabela 2), já a prevalência de transtornos depressivos na população geral é em torno de 7%, e de sintomas depressivos gira em torno de 12,6% ao longo da vida^{2,3}.

Esses sintomas podem igualmente levar prejuízos a vida funcional e psicossocial dos indivíduos e, podem configurar risco para um transtorno depressivo maior quando não reconhecidos e tratados⁴.

Observa-se que quanto maior a intensidade da ideação suicida relatada através da questão 9 do IDB-II, maior era a média do score geral encontrado. Dos 10,34% estudantes que apresentaram alguma ideação suicida no momento da avaliação, todos apresentavam score para depressão (IDB > 10) (tabela 3).

Estudos^{8,9,15-20} utilizando-se o IDB com pontos de corte semelhantes ao utilizado neste estudo, observou-se que a prevalência para depressão variou entre 13,9% a 48,2%. Esta extensa varia-

ção parece ser indicativo de vieses nas coletas de dados no qual dificultam a realização de comparações entre os estudos, permitindo apenas tratá-los como semelhantes.

Uma maior prevalência para depressão em estudantes do ciclo básico tem sido relatados²¹. Estudo encontrou que quase metade (48,2%) dos estudantes apresentavam sintomas depressivos, sendo que 20,7% apresentavam sintomas leves, 16,6% sintomas moderados, e 10,9% sintomas graves. A prevalência de depressão foi mais alta entre os estudantes do primeiro ano (64%) e segundo ano (62%), e mais baixa nos alunos do quarto ano (33%)⁹.

Verificou-se no presente estudo que a prevalência de sintomas depressivos foi diminuindo à medida que o curso avançava, saindo de 31,1% no ciclo básico, 27,8% no ciclo intermediário, para 25% durante o internato. A maior ocorrência de depressão no ciclo básico estaria relacionada à mudança da rotina dos estudantes que ingressam no curso médico e que passam a receber uma grande quantidade de informações, aumento da carga horária exigida de estudos e mudança abrupta no método de estudo²².

Por outro lado, nos achados de Melo-Carrilho et al²³ verificou-se um aumento significativo de sintomas depressivos em estudantes que cursavam oitavo semestre (quarto ano) do curso médico, tal fato foi associado ao início do internato. Em concordância, Costa et al¹⁵, estimou a prevalência de sintomas depressivos em alunos durante o internato em medicina em torno de 40,5%. Fatores como contato com a doença e a morte, agressividade inerente a muitas intervenções, dificuldades em comunicar más notícias, além da necessidade de uma especialização ao final do curso seriam responsáveis pela sintomatologia⁸.

No instrumento utilizado IDB-II, o suicídio é desfecho negativo mais grave do transtorno depressivo. Estudos^{20,24} têm relacionado a ideação suicida em estudantes de medicina a eventos estressores, gravidade de sintomas depressivos e ansiosos, perda de controle, transtorno de personalidade, e ausência de relacionamento estável.

Verificou-se associação com depressão, na primeira análise, através do teste qui-quadrado, as variáveis: sexo, saúde física, incerteza em relação ao futuro profissional e desejo em mudar de curso (tabela 4).

Após regressão logística, observou-se que o sexo feminino apresentou uma chance 1,83 vezes maior para desenvolvimento de depressão em comparação com ao sexo masculino (tabela 4). Os estudos têm demonstrado que o sexo feminino é um fator de risco significativo para depressão tanto em populações universitárias quanto na população geral^{9,25-27}.

A presença e severidade dos sintomas depressivos têm sido associadas aos anos iniciais da faculdade e sexo feminino⁹. Jadoonet al²⁵ verificou que o sexo feminino teria 2,01 mais chance para depressão do que os pares do sexo masculino. Com o passar dos anos as atividades masculinas e femininas tem se estreitado, o que os deixam equivalentes em responsabilidades, porém

observa-se que estudantes de sexos diferentes têm um padrão distinto de resposta ao estresse²².

De uma maneira geral, as mulheres na nossa sociedade além de acumular atividades acadêmicas e laborais, exercem múltiplos papéis como a maternidade, responsabilidades no lar e cobranças sociais, além de maior predisposição, alterações de humor resultantes de influências hormonais, o que poderia explicar em parte essa maior predisposição a depressão nessa população²⁸.

A religião, estado civil, uso de tabaco no modelo ajustado não apresentaram significância estatística neste estudo (tabela 4). Em Jadoonet al.²⁵, idade, estado civil, localidade e rendimento familiar também não foram fatores determinantes na prevalência de depressão em estudantes de medicina. Entretanto, em relação ao tabagismo, alguns estudos têm demonstrado maiores chances para depressão nos usuários. Os fumantes entre estudantes de medicina foram 2,2 vezes mais propensos a ter sintomas depressivos do que os não fumantes²⁹.

Outro estudo³⁰ nessa temática verificou que estudantes que fumavam regularmente tinham níveis significativamente mais altos de depressão. Nossos resultados demonstraram oddsratio 1,96 IC95% (0,84-4,55) para depressão nos tabagistas, porém não foi estatisticamente significante certamente pelo pequeno tamanho da amostra.

Vasegh e Mohammadi³¹ sugeriram que a crença religiosa seria um possível fator protetor para sintomas depressivos e ansiosos, porém não encontraram significância estatística para depressão.

A percepção de saúde física como razoável quando comparada com uma percepção de boa saúde apresentou uma chance de 3,15 vezes mais para ocasionar depressão (tabela 4). Estudos enfocando qualidade de vida detectaram uma significativa deterioração nos domínios da vitalidade, saúde física e psíquica ao estudarem prospectivamente a qualidade de vida relacionada à saúde dos estudantes de medicina^{32,33}.

Entre os alunos que tinham muita incerteza quanto ao seu futuro profissional encontra-se a chance para depressão 2,97 maior em relação aos que não tinham incerteza em relação ao futuro (tabela 4). Nas variáveis "ter atividades de lazer e bons relacionamentos sociais com participação de atividades com amigos e familiares" parece fazer bem a saúde mental do estudante. Em estudos correlatos^{32,33} a carga horária exaustiva, falta de tempo para realização de atividades físicas, diminuição das atividades de lazer no dia a dia pode estar relacionado a um mau desempenho físico e mental.

A incerteza em relação ao futuro profissional assim como o desejo em mudar de curso apresentou ocorrência crescente à medida que o estudante tinha dúvidas acerca do que almejava no futuro (tabela 4). Estudos^{34,35} avaliaram a correlação entre o grau de satisfação dos estudantes de medicina com o curso e a pontuação obtida pelo Inventário de Depressão de Beck (IDB), verificaram-se que quanto maior a satisfação e envolvimento do estudante com o curso menor será a presença de sintomas depressivos, com menor pontuação no IDB.

A chance para depressão naqueles que se relacionam bem mas não participam de atividades sociais foi de 1,96 maior em comparação aos bem relacionados (tabela 4). Os que consideravam ter dificuldades de relacionamento apresentaram 11,40 mais chance para depressão em comparação a aqueles que se relacionavam bem e participavam de atividades sociais. Os que esporadicamente e raramente tinham atividades de lazer apresentaram-se mais vulneráveis a apresentar sintomas depressivos, as chances respectivamente foram de 2,45 vezes e 3,04 vezes para desenvolvimento da doença (tabela 4).

Costa et al¹⁵ avaliou estudantes no internato e verificou que as variáveis de maior impacto associadas ao aparecimento de sintomas depressivos foram: pensamentos de abandonar o curso, tensão emocional e desempenho acadêmico regular.

O modelo ajustado foi capaz de explicar 23,54% do diagnóstico de depressão nos participantes do estudo, valor relativamente alto visto a depressão ser uma doença multifatorial (tabela 4). Além das causas ambientais, outros fatores como os temperamentais por exemplo, o neuroticismo; genéticos, por exemplo, familiares de primeiro grau dos indivíduos com transtorno depressivo maior tem um risco 2 a 4 vezes mais elevado de desenvolver a doença do que a população geral; fatores fisiológicos como doenças endócrinas e modificadores do curso estão envolvidos no desenvolvimento dos sintomas².

Por fim verificou-se que a prevalência de depressão em estudantes de medicina foi mais elevada do que na população geral². Em estudos comparativos observou-se que a prevalência oscilou entre 13,9% a 48,2%. Entretanto estes estudos^{8,9,15-20} foram realizados utilizando o IDB em versões anteriores. Os resultados expressos nas tabelas 1 a 4 reportam prevalência similar entretanto com instrumento em uma versão mais atual e mais fidedigna na composição e análise dos resultados.

A ideação suicida referida através da questão 9 no IDB-II foi diretamente proporcional a gravidade da depressão de acordo com a pontuação obtida neste instrumento.

Por outro lado, mesmo diagnosticados, os estudantes de medicina não procuram ajuda profissional^{36,37}. Protocolos²³ têm sido sugeridos da implementação de programas de psicoeducação com a finalidade de aumentar a adesão do indivíduo a rotina de tratamento. Repensar o papel da instituição e do currículo médico no desencadeamento, manutenção e prevenção dos sintomas detectados poderia amenizar esta problemática^{15,20}.

Na região do Cariri, nas cidades de Juazeiro do Norte – Ceará, Brasil e Barbalha, Ceará, Brasil, pólo das duas faculdades de medicina estudadas há escassez de serviços de saúde mental voltados para suporte psiquiátrico e psicológico do estudante de medicina.

Dos 100% dos estudantes que poderiam ter composto a amostra, 63,7% participaram efetivamente da pesquisa. Essa taxa de resposta foi semelhante em outros nos estudos com universitários^{25,20,36,38}.

Do ponto de vista de limitações de estudo, verifica-se que pacientes deprimidos podem apresentar queixas somáticas importantes e que indivíduos que apresentam doenças clínicas frequentemente apresentam mais sintomas depressivos. Quanto a incerteza em relação ao futuro profissional, desejo de mudar de curso, dificuldades de relacionamento, participação de atividades sociais ou de lazer podem também ser interpretadas como resultantes do estado depressivo em função de sintomas como pessimismo, baixa autoestima, prejuízo da capacidade de decisão, isolamento, desânimo correspondendo talvez ao momento da depressão.

Outra limitação refere-se ao uso do IDB-II, que tem por finalidade detectar sintomas depressivos e não a presença ou ausência de um episódio depressivo, é impossível estabelecer uma relação temporal entre início dos sintomas e o ingresso na universidade já que o IDB-II avalia a presença de sintomas nas duas últimas semanas, bem como de estabelecer causalidade entre as associações encontradas. Estes achados sobre a prevalência de depressão em estudantes de medicina é expectante sobre condutas no campo da saúde pública, visto ser iminentes ações que possam ser direcionadas ao cuidado do profissional que cuida de pessoas.

Como enfatiza Atrashand Karpentier³⁹, a saúde é frequentemente definida como um resultado de interações complexas, sendo algo que esta em constante movimento e, dependendo de atenção

constante e manutenção ativa. Em particular, que a realização de um boa qualidade da saúde pública depende da nossa capacidade de fazer as escolhas certas em relação ao ambiente que determina o estado atual de saúde de uma população, mas também para fazer as escolhas certas e tomar as medidas adequadas para evitar ameaças previsíveis. Por outro lado, processos de medicina translacional⁴⁰ devem ser são imprescindíveis para melhor condução dos graves problemas enfrentados pela Saúde Pública, tal qual a depressão, pois se constitui de processos possíveis de melhoria na qualidade de vida dos atores envolvidos.

Em conclusão, evidencia-se que na região do Cariri, localizada no Sertão Nordeste, Brasil, a prevalência geral de sintomas depressivos em estudantes de medicina foi de 28,8%. Sexo feminino, saúde física razoável, incerteza quanto ao futuro profissional, desejo de mudar de curso, não participação de atividades sociais e/ou dificuldades de relacionamentos, esporádica ou rara atividade de lazer foram associados a maior chance de desenvolver sintomas depressivos. Tais associações podem ser consideradas também decorrentes dos sintomas depressivos em que ocorre uma percepção negativa dos fatos e isolamento social. Repensar o papel da instituição e do currículo médico no desencadeamento, manutenção e prevenção dos sintomas detectados poderia ser uma solução com a finalidade de minimizar os efeitos sobre a saúde mental dos estudantes de medicina.

REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial da Saúde. Mental Health Home. Disponível em: http://www.who.int/mental_health/management/depression/en/ Acesso em 17/11/2012.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. Washington: American Psychiatric Publishing; 2013.
3. CID-10. Classificação Internacional das doenças e problemas relacionados à saúde. São Paulo: EDUSP; 1997.
4. Rodrigues RS, Santos SC, Cataldo Neto A et al. Depressão em alunos de medicina. *Acta Médica* 2006; 27:374-380.
5. Chiapetti N, Serbena CA. Uso de álcool, tabaco e drogas por estudantes da área de saúde de uma Universidade de Curitiba. *Psicologia: Reflexão e Crítica* 2007;20(2):303-136.
6. Cerchiari EAN, Caetano D, Faccenda O. Prevalência de transtornos menores em estudantes universitários. *Estudos em Psicologia* 2005; 10(3): 413 -420.
7. Cavestro JM, Rocha FL. Prevalência de depressão entre estudantes universitários. *J. Bras. Psiquiatr* 2006; 55 (4): 264-67.
8. Baldassin S, Alves TC, de Andrade AG, Nogueira Martins LA. The characteristics of depressive symptoms in medical students during medical education and training: a cross-sectional study. *BMC Med Educ* 2008 Dec 11;8:60. doi: 10.1186/1472-6920-8-60.
9. Al-Faris EA, Irfan F, Van der Vleuten CP, Naem N, Alsalem A, Alamiri N, Alraiyes T, Alfowzan M, Alabdulsalam A, Ababtain A et al: The prevalence and correlates of depressive symptoms from an Arabian setting: a wakeup call. *Medical teacher* 2012; 34 (1):S32-36.
10. Silva LCG, Rodrigues MMP. Eventos estressantes na relação com o paciente e estratégias de enfrentamento: estudo com acadêmicos de medicina. *J Bras Psiquiatr* 2004;53(3): 185-96.
11. Wang YP, Gorenstein C. Psychometric properties of the Beck Depression Inventory-II: a comprehensive review. *Rev Bras Psiquiatr* 2013; 35(4): 416-431
12. Gomes-Oliveira MH, Gorenstein C, Neto FL, Andrade LH, Wang YP. Validation of the Brazilian Portuguese version of the Beck Depression Inventory-II in a community sample. *Rev Bras Psiquiatr* 2012;34(4):389-394.
13. Kleinbaum DG, Kupper LL, Nizam A, Muller KE. Applied regression analysis and other multivariable methods. Chapter two. Australia: Brooks/Cole; 2008.
14. Hamilton, LC. Statistics with Stata : updated for version 12. Eighth edition. Cengage; 2012;
15. Costa EF, Santana YS, Santos AT, Martins LA, Melo EV, Andrade TM. Depressive symptoms among medical intern students in a Brazilian public university. *Rev Assoc Med Bras* 2012 Jan-Feb;58(1):53-9.

16. Sherina MS, Rampal L, Kaneson N. Psychological stress among undergraduate medical students. *Med J Malaysia* 2004 Jun; 59(2):207-11.
17. Ahmed I, Banu H, Al-Fageer R, Al-Suwaidi R. Cognitive emotions: depression and anxiety in medical students and staff. *J Crit Care* 2009 Sep; 24(3):e1-7. doi: 10.1016/j.jcrc. 2009. 06.003.
18. Givens JL, Tjia J. Depressed medical students' use of mental health services and barriers to use. *Acad Med* 2002 Sep; 77(9):918-21.
19. Sun L, Sun LN, Sun YH, Yang LS, Wu HY, Zhang DD, Cao HY, Sun Y. Correlations between psychological symptoms and social relationships among medical undergraduates in Anhui Province of China. *Int J Psychiatry Med* 2011; 42(1):29-47.
20. Curran TA, Gawley E, Casey P, Gill M, Crumlish N. Depression, suicidality and alcohol abuse among medical and business students. *Ir Med J* 2009 Sep; 102(8):249-52.
21. Aktekin M1, Karaman T, Senol YY, Erdem S, Erengin H, Akaydin M. Anxiety, depression and stressful life events among medical students: a prospective study in Antalya, Turkey. *Med Educ* 2001 Jan; 35(1):12-7.
22. Colares MFA. As Fontes de tensão no curso médico: um estudo psicométrico. Ribeirão Preto. Dissertação [Mestrado] - Universidade de São Paulo; 1999.
23. Melo-Carrillo A, Van Oudenhove L, Lopez-Avila A. Depressive symptoms among Mexican medical students: high prevalence and the effect of a group psychoeducation intervention. *J Affect Disord* 2012 Feb; 136(3):1098-103. doi: 10.1016/j.jad.2011.10.040.
24. Tyssen R, Vaglum P, Grønvold NT, Ekeberg O. Suicidal ideation among medical students and young physicians: a nationwide and prospective study of prevalence and predictors. *J Affect Disord* 2001 Apr; 64(1): 69-79.
25. Jadoon NA, Yaqoob R, Raza A, Shehzad MA, Zeshan SC. Anxiety and depression among medical students: a cross-sectional study. *J Pak Med Assoc* 2010 Aug; 60(8): 699-702.
26. Roh MS, Jeon HJ, Kim H, Han SK, Hahm BJ. The prevalence and impact of depression among medical students: a nationwide cross-sectional study in South Korea. *Acad Med* 2010 Aug; 85(8):1384-90. doi: 10.1097/ACM. 0b013e 3181df5 e 43.
27. Alvi T, Assad F, Ramzan M, Khan FA. Depression, anxiety and their associated factors among medical students. *J Coll Physicians Surg Pak* 2010 Feb; 20(2):122-6.
28. Brandtner M, Bardagi M. Sintomatologia de Depressão e Ansiedade em Estudantes de uma Universidade Privada do Rio Grande do Sul. *Gerai: Revista Interinstitucional de Psicologia, Gerai: Revista Interinstitucional de Psicologia* 2009 jul-dez; 2 (2): 81-91.
29. Güleç M, Bakir B, Ozer M, Uçar M, Kiliç S, Hasde M. Association between cigarette smoking and depressive symptoms among military medical students in Turkey. *Psychiatry Res* 2005 Apr 30; 134(3):281-6.
30. Aniebue PN, Onyema GO. Prevalence of depressive symptoms among Nigerian medical undergraduates. *Trop Doct* 2008 Jul; 38(3):157-8. doi: 10.1258/td.2007.070202.
31. Vasegh S, Mohammadi MR. Religiosity, anxiety, and depression among a sample of Iranian medical students. *Int J Psychiatry Med* 2007; 37(2):213-27.
32. Alves JGB, Tenorio M, Anjos AG, Figueroa JN. Qualidade de vida em estudantes de Medicina no início e final do curso: avaliação pelo Whoqol-bref. *Rev. bras. educ. med* 2010 Mar. 34(1): 91-96. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022010000100011>.
33. Meyer C, Guimaraes ACA, Machado Z, Parcias SR. Qualidade de vida e estresse ocupacional em estudantes de medicina. *Rev. bras. educ. med* 2012 Dec; 36(4): 489-498.
34. Rezende CHA, Abraço CB, Coelho EP, Passos LBS. Prevalencia de Sintomas Depressivos entre Estudantes de Medicina da Universidade Federal de Uberlandia. *Rev Bras Educ Med* 2008; 32(3):315-23.
35. Swami V1, Chamorro-Premuzic T, Sinniah D, Maniam T, Kannan K, Stanistreet D, Furnham A. General health mediates the relationship between loneliness, life satisfaction and depression. A study with Malaysian medical students. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2007 Feb; 42(2):161-6.
36. Schwenk TL, Davis L, Wimsatt LA. Depression, stigma, and suicidal ideation in medical students. *JAMA* 2010 Sep 15; 304(11):1181-90. doi: 10.1001/jama.2010.1300.
37. Chang E, Eddins-Folensbee F, Porter B, Coverdale J. Utilization of counseling services at one medical school. *South Med J* 2013 Aug; 106(8):449-53. doi: 10.1097/SMJ.0b013e3182a05994.
38. Chang E, Eddins-Folensbee F, Coverdale J. Survey of the prevalence of burnout, stress, depression, and the use of supports by medical students at one school. *Acad Psychiatry* 2012 May ; 36(3):177-82. doi: 10.1176/appi.ap.11040079.
39. Atrash HK, Carpentier R. The evolving role of public health in the delivery of health care. *Journal of Human Growth and Development*. 2012; 22(3): 396-399.
40. Figueiredo JL, Vinegoni C, de Abreu LC. Perinatal health and translational medicine. *Journal of Human Growth and Development*. 2013; 23(2): 125-127.

ABSTRACT

Introduction: depression, besides causing great psychological distress, may lead to poor academic performance and social relationships. **Objective:** to examine the prevalence of depressive symptoms in medical students from a northeastern region of Brazil. **Methods:** the population comprised 1024 students from first to twelfth semesters of two medical schools in Cariri, Ceará, Brazil. We used the questionnaire on sociodemographic characteristics and the Beck Depression Inventory II version. **Results:** the prevalence in this population for the diagnosis of depression was 28.8%.652 (63.7%) complied with all protocols to stay in research. After logistic regression, had a negative impact on students mental health: female Odds Ratio adjusted (ORa) (95% CI): 1.83 (1.19 to 2.82), reasonable physical health ORa (95% CI): 3.15 (2 0.09 to 4, 73), uncertainty about professional future ORa (95% CI): 2.97 (1.65 to 5.34), desire to change course ORa (95% CI): 2.51 (1.63 to 3.86), good social relationship but without participation in social activities ORa (95% CI): 1.96 (1.27 to 3.04), relationship difficulties ORa (95% CI): 11.40 (4.32 to 30.14) and rare leisure activities (95% CI): 2.45 (1.49 to 4.04) or eventual leisure activities ORa (95% CI): 3.04 (1.70 to 5.42). **Conclusion:** there was a high prevalence of depression among medical students in this region. Female, reasonable physical health, uncertainty over future career, desire to change course, do not participate in social activities and / or difficulties in relationships, sporadic or rare leisure activity were associated with increased risk of developing depressive symptoms.

Key words: depression, students, medical, prevalence, depressive disorder, education medical.