

Centro Universitário de Anápolis –UniEVANGÉLICA

Curso de Medicina

**MEDICINA DEPRESSIVA E ANSIOSA: UMA ANÁLISE DOS
ESTUDANTES DE MEDICINA DO CENTRO
UNIVERSITÁRIO DE ANÁPOLIS - UniEVANGÉLICA**

Carina Saori Takahashi Miranda
Eduardo da Silva Camargo
Lenise de Oliveira Teixeira
Murilo Carvalho Aleixo
Thalita Paula de Oliveira Silva

Anápolis - Goiás

2019

Centro Universitário de Anápolis –UniEVANGÉLICA

Curso de Medicina

**MEDICINA DEPRESSIVA E ANSIOSA: UMA ANÁLISE DOS
ESTUDANTES DE MEDICINA DO CENTRO
UNIVERSITÁRIO DE ANÁPOLIS - UniEVANGÉLICA**

Projeto de pesquisa apresentado à disciplina de iniciação científica do Curso de Medicina da UniEVANGÉLICA sob orientação do Prof. Dr. Humberto de Sousa Fontoura e da co-orientadora Prof. Dr^a. Talita Braga.

Anápolis - Goiás

2019

**PARECER FAVORÁVEL DO ORIENTADOR**

À
Coordenação de Iniciação Científica
Faculdade de Medicina –
UniEvangélica

Eu, Prof. Orientador **Humberto de Sousa Fontoura** venho, respeitosamente, informar a essa Coordenação, que os (as) **acadêmicos (as) Carina Saori Takahashi Miranda, Eduardo da Silva Camargo, Lenise de Oliveira Teixeira, Murilo Carvalho Aleixo e Thalita Paula de Oliveira Silva** estão sob minha supervisão desenvolvendo o trabalho de curso intitulado **INCIDÊNCIA DOS TRANSTORNOS DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO NOS ESTUDANTES DE MEDICINA**. O relatório parcial em anexo foi revisado e aprovado e retrata o desenvolvimento do TC sob minha orientação.

Observações:

Anápolis, ____ de _____ de _____.



Professor Orientador

RESUMO

Os distúrbios de humor como o transtorno depressivo e o transtorno de ansiedade nos estudantes de medicina têm representado crescente e atual preocupação na saúde pública, visto que nos últimos anos vem sendo documentado aumento de casos e suas complicações, incluindo o suicídio. O estudante de medicina está imerso em uma condição de grande risco e vulnerabilidade para tais transtornos, uma vez que com o decorrer do curso, se intensificam: o maior comprometimento e senso de responsabilidade para com a futura profissão, a carga horária, reduzindo o tempo disponível para atividades sociais e de lazer. Nesse sentido, atualmente destacam-se a dificuldade de diagnosticar e intervir em tempo hábil para evitar possíveis desfechos catastróficos, principalmente o suicídio. O presente estudo tem por objetivo descrever a incidência dos sintomas de transtornos de ansiedade e depressão nos discentes do curso de medicina do Centro Universitário de Anápolis-UniEVANGÉLICA. A pesquisa é do tipo transversal descritiva quantitativa no período de fevereiro de 2019 a abril de 2019, realizada na Faculdade de Medicina do Centro Universitário de Anápolis – UniEVANGÉLICA. O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado ao CEP e executada conforme a resolução 466/2012. Foram aplicados dois questionários, um sobre depressão (HAM-D) e o outro sobre ansiedade (GAD-7), a acadêmicos do curso, maiores de idade, distribuídos entre primeiro, quinto e oitavo períodos, que concordaram em participar da pesquisa. Foram coletados dados de 101 indivíduos, sendo 35 acadêmicos do primeiro período, 43 do quinto período e 23 do oitavo período. Ao avaliar o sexo mais acometido com os transtornos estudados no presente estudo, há um destaque para o feminino. Em relação aos sintomas, 60% e 80% dos participantes do 1º período foram positivos para os sintomas de ansiedade e depressão respectivamente. Já no quinto, as taxas são de 74,4% para ansiedade e 88,4% para depressão. Em relação ao oitavo os resultados são de 52,1% positivos para ansiedade e 26% para a depressão. Assim sendo, pode-se concluir que a maioria de toda a amostra analisada apresenta positividade de sintomas para as síndromes psiquiátricas apresentadas, o que condiz com os dados encontrados nas literaturas analisadas, fazendo-se necessário intervenção oportuna visto que essas podem acarretar desfechos possivelmente fatais.

Palavras-chave: Saúde Mental; Psiquiatria; Educação Médica.

ABSTRACT

Mood disorders such as depressive disorder and anxiety disorder in medical students have been a growing and current concern in public health, as in recent years there has been a documented increase in cases and their complications, including suicide. The medical student is immersed in a condition of great risk and vulnerability to such disorders, as over the course of the course intensify: the greater commitment and sense of responsibility towards the medical career, the workload, reducing the time available for social and leisure activities. In this sense, currently stand out the difficulty of diagnosing and intervening in a timely manner to avoid possible catastrophic outcomes, especially suicide. This study aims to describe the incidence of symptoms of anxiety and depression disorders in medical students at the University Center of Anápolis-UniEVANGÉLICA. This is a quantitative descriptive cross-sectional research from February 2019 to April 2019, applied at the Faculty of Medicine of the University Center of Anápolis - UniEVANGÉLICA. The research project was submitted and approved to CEP and executed according to resolution 466/2012. Two questionnaires, one about depression (HAM-D) and the other about anxiety (GAD-7), were applied to the students, distributed between the first, fifth and eighth periods, who agreed to participate in the research. Data was collected from 101 individuals, being 35 students from the first period, 43 from the fifth period and 23 from the eighth period. In assessing the sex most affected with the disorders studied in the present study, there is a highlight for females. Regarding symptoms, 60% and 80% of participants in the first period were positive for anxiety and depression symptoms respectively. In the fifth, the rates are 74.4% for anxiety and 88.4% for depression. Regarding the eighth, the results are 52.1% positive for anxiety and 26% positive for depression. Thus, it can be concluded that most of the sample analyzed presents positive symptoms for the psychiatric syndromes presented, which is consistent with the data found in the analyzed literature, requiring timely intervention as these may lead to potentially fatal outcomes.

Keywords: Mental Health; Psychiatry; Medical Education.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	7
2. REVISÃO DE LITERATURA	9
2.1. Vulnerabilidade dos discentes de medicina	9
2.2. Transtorno depressivo	9
2.3. Transtorno de ansiedade	11
2.4. Fisiopatologia	11
2.5 Tratamento	12
3. OBJETIVOS	14
3.1. Objetivo Geral	14
3.2. Objetivos Específicos	14
4. METODOLOGIA	15
4.1. Tipo de estudo	15
4.2. Local da pesquisa	15
4.3. População e amostra	15
4.4. Critérios de inclusão	15
4.5. Critérios de exclusão	16
4.6. Instrumentos de coleta de dados	16
4.7. Questionários utilizados	16
4.8. Mecanismos de análise dos dados	17
4.9. Aspectos éticos	17
5. RESULTADOS	18
6. DISCUSSÃO	28
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	30
8. REFERÊNCIAS	31
9. ANEXOS	33
Anexo 1 – Questionário Generalized Anxiety Disorder 7 (GAD-7)	33
Anexo 2 – Escala de Hamilton (HAM-D 21)	34
Anexo 3 – Parecer de Aprovação do CEP	37

1. INTRODUÇÃO

O período universitário é um momento de intensas mudanças que está associado ao aumento das responsabilidades e ao comprometimento com a formação profissional, o que gera grande impacto na vida dos estudantes. A escola médica é reconhecida como desencadeadora de estresse e como influência negativa no bem-estar físico e psicológico, e no desempenho acadêmico dos estudantes (DEL PORTO, 1999).

Dessa forma, cerca de 15% a 20% dos estudantes de medicina apresentam algum tipo de transtorno psiquiátrico durante o seu período acadêmico. Dentre esses transtornos, os depressivos e os de ansiedade são os mais frequentes. O termo *depressão*, na linguagem corrente, tem sido empregado para designar tanto um estado afetivo normal (a tristeza), quanto um sintoma, uma síndrome e uma (ou várias) doença(s). Enquanto *síndrome*, a depressão inclui não apenas alterações do humor (tristeza, irritabilidade, falta da capacidade de sentir prazer, apatia), mas também uma gama de outros aspectos, incluindo alterações cognitivas, psicomotoras e vegetativas (sono, apetite) (DEL PORTO, 1999).

Já a ansiedade é um transtorno psiquiátrico que possui como principal sintoma a preocupação excessiva, mórbida. Essa se apresenta, muitas vezes, concomitante a uma inquietude, irritabilidade, a um cansaço e a uma dificuldade de concentração (MENEZES et al., 2007).

É importante salientar que há evidências que apontam que a ansiedade e a depressão são difíceis de diferenciar e de dissociar empiricamente. Isso, porque existe um modelo tripartido em que os sintomas de ansiedade e depressão se agrupam em três estruturas básicas. A primeira estrutura é designada por estresse ou afeto negativo e gera sintomas relativamente inespecíficos como, por exemplo: humor deprimido e ansioso, insônia, desconforto ou insatisfação, irritabilidade e dificuldade de concentração, que são experimentados tanto por indivíduos deprimidos como ansiosos. Por outro lado, as outras duas estruturas são mais específicas de cada transtorno, sendo essas a tensão somática e a hiperatividade para o transtorno ansioso, e a anedonia e a ausência de afeto positivo, para o transtorno depressivo (GALVAO et al., 2017).

Além disso, os principais desfechos desses distúrbios psiquiátricos, se não tratados, são o consumo de álcool e de outras drogas ilícitas e o suicídio. Trata-se de meios pelos quais os acadêmicos recorrem, muitas vezes, para lidar com o estresse, tendo como objetivo a fugacidade dos problemas do dia-a-dia ou, desinibição social, ou simplesmente, para pôr um fim a tudo. Adicionado a esses fatores, há também o aumento da morbidade e

mortalidade, por meio não só da via do suicídio, mas também pela possibilidade de aumentar o risco ou piorar o prognóstico de outras doenças crônicas ditas “orgânicas”, dentre elas a doença coronariana e a diabetes mellitus de tipo II (VASCONCELOS et al., 2015).

Diante do exposto, o presente estudo tem por objetivo descrever a incidência dos sintomas de transtornos de ansiedade e depressão nos estudantes de medicina do Centro Universitário de Anápolis - UniEVANGÉLICA.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1. Vulnerabilidade dos discentes de medicina

Dentre os vários fatores que podem gerar elevados índices de transtornos de humor nos estudantes, os principais relatados são: a grande quantidade de conteúdo para aprender, a carga horária intensa, o contato com pacientes com doenças graves e prognósticos ruins, e principalmente a insegurança em relação ao ingresso no mercado de trabalho e a cobrança da sociedade, da instituição de ensino e autocobrança, comum no perfil do acadêmico de medicina. Outros relatam os critérios de avaliação, a falta de tempo para o lazer, pressão para excelência como os principais estressores que o curso de medicina impõe aos seus alunos, deixando-os suscetíveis ao desenvolvimento desses transtornos mentais (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION et al., 2014).

Os estudantes de medicina não trabalham com aspectos puramente técnicos. O discente está envolvido com relações subjetivas que exploram o seu psicológico, como os sentimentos, emoções, expectativas, decepções, prazer, sofrimento e relações humanas. O confronto entre estes problemas pessoais mobiliza a defesa inconsciente de cada ser, o que reflete na vulnerabilidade a transtornos psiquiátricos. Assim sendo, o curso, exige uma inteligência emocional bem desenvolvida, ou seja, a habilidade de perceber, expressar, entender, motivar controlar e regular suas emoções. Essa, por sua vez, permite o sucesso em várias áreas ocupacionais como o ambiente de trabalho e no bem-estar psicológico e físico (MARGIS et al., 2003).

Outro aspecto de peso para a elevada incidência desses distúrbios é a tendência em não procurar ajuda profissional, mesmo que em meio a elevada aflição e prejuízos cada vez maiores na vida cotidiana. Isso pode ser justificado por falta de conhecimento acerca dos serviços de apoio, custos financeiros, falta de tempo, medos e receios quanto ao estigma de ser portador de um transtorno psiquiátrico (VASCONCELOS et al, 2015).

2.2. Transtorno depressivo

No âmbito semiológico, a depressão é conhecida e descrita há muito tempo, estando já patente, sob um paradigma menos específico e mais filosófico, na Teoria Humoral Hipocrática: a *bilis* negra, fria e seca, tradução literal do termo grego *melancholia*. Desde a década de 60 a depressão tem sido diagnosticada como perturbação depressiva maior, isto em oposição aos casos mais ligeiros que não preenchem um número suficiente de critérios (FLECK et al., 2009).

Apesar de o humor deprimido representar o principal sintoma norteador ao transtorno depressivo na prática clínica, outros sintomas merecem destaque e devem ser identificados, uma vez que a falha em detectar sintomas depressivos associados poderá resultar em casos subdiagnosticados e, por conseguinte, em tratamento e reabilitação ineficazes. A insônia ou fadiga habitualmente são queixas frequentemente concomitantes. A tristeza pode ser negada no início, mas pode ser descoberta por meio de entrevista ou inferida por fácies depressiva típica e pelas atitudes do paciente (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION et al, 2014).

A perda de interesse ou prazer quase sempre está presente, pelo menos em algum grau. Os indivíduos podem relatar menor interesse por passatempos, “não se importar mais” ou falta de prazer com qualquer atividade anteriormente considerada prazerosa. Os membros da família com frequência percebem retraimento social ou negligência de atividades prazerosas (por exemplo, um indivíduo que antes era ávido golfista deixa de jogar, uma criança que gostava de futebol encontra desculpas para não praticá-lo). Em poucos pacientes, há redução significativa nos níveis anteriores de interesse ou desejo sexual (CANALE, 2006; SCHWAN, 2011).

Dadas as significativas perdas humanas e materiais decorrentes do transtorno depressivo, faz-se necessária sua identificação precoce por métodos sistematizados e eficazes. Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V) do ano de 2014, define-se como episódio depressivo maior (que define uma perturbação depressiva maior na ausência de episódios de elevação do humor e de perturbações psicóticas de base) quando o doente se apresenta com os sintomas há mais de duas semanas com humor depressivo e/ou perda de interesse ou prazer, bem como pelo menos mais quatro – três, caso tenha ambos os sintomas referidos – sinais ou sintomas dentro dos seguintes: perda de peso ou aumento do apetite; insônia ou hipersonia; lentificação ou agitação psicomotora; fadiga ou perda de energia; sentimento de desvalorização ou culpa desproporcional; indecisão ou perda de concentração ou da capacidade de pensamento; ideação ou tentativas de suicídio, ou pensamentos recorrentes acerca da morte. (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION et al., 2014)

Esse conjunto de sintomas deve estar presentes quase todos os dias, exceto ganho ou perda e ideação suicida, e causar mal-estar ou incapacidade funcional significativos, tendo-se também que excluir como etiologias um fármaco ou uma doença do foro “médico” (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION et al., 2014).

2.3. Transtorno de ansiedade

Outra causa comum que acomete os estudantes de medicina é o transtorno de ansiedade, que são estados de humor que compartilham características de medo e ansiedade excessivos e suas perturbações comportamentais associadas. O medo e a ansiedade são dois estados que se sobrepõem, sendo sua diferenciação sutil, mas possível na prática clínica. Medo é a resposta emocional a ameaça iminente real ou percebida, sendo com mais frequência associado a períodos de excitabilidade autonômica aumentada – resposta fisiológica de luta ou fuga. Ansiedade é a antecipação de ameaça futura, sendo mais frequentemente associada a vigilância em preparação para perigo futuro e comportamentos de cautela ou esquiva (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION et al., 2014).

Em consonância, as manifestações de ansiedade oscilam ao longo do tempo, e não ocorrem na forma de ataques, nem se relacionam a situações determinadas. Estão presentes na maioria dos dias e por longos períodos, de meses a anos. O sintoma principal é a expectativa apreensiva ou preocupação exagerada, mórbida. Adicionado, há sintomas como inquietude, cansaço, dificuldade de concentração, irritabilidade, tensão muscular, insônia e sudorese. O início do transtorno de ansiedade generalizada é insidioso e precoce. Os pacientes informam que sempre foram “nervosos”, “tensos” (CORREIA, 2018).

Sistematicamente, o DSM-V define como critérios diagnósticos para o transtorno de ansiedade generalizada a ansiedade e preocupação excessivas que ocorrem na maioria dos dias, por pelo menos seis meses e relacionada a inúmeros eventos ou atividades, como por exemplo o trabalho ou desempenho acadêmico; preocupação difícil de controlar; a ansiedade e a preocupação são associadas a três ou mais dos sintomas: inquietação ou sensação de estar no limite, cansar-se facilmente, dificuldade de concentração, irritabilidade, tensão muscular, distúrbios do sono (dificuldade de iniciar ou manter o sono e sensação de sono não satisfatório); os sintomas físicos, preocupação ou ansiedade causam sofrimento clinicamente significativo ou incapacidade em atividades sociais, ocupacionais ou outras; o transtorno não pode ser atribuído a: uma condição médica geral, uso de substâncias ou outro transtorno mental (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION et al, 2014).

2.4. Fisiopatologia

Os fatores ambientais e psicológicos são relevantes na patogênese dos transtornos em estudo, uma vez que estão relacionados a eventos indesejáveis ou traumáticos da vida, associados a percepções tendenciosas da realidade. Isso porque indivíduos com depressão ou

ansiedade, inconscientemente, costumam dar ênfase sensório-emocional a situações ameaçadoras ou preocupantes no passado ou no futuro, respectivamente (ZUARDI, 2017).

Observa-se que alterações significativas e em longo prazo no estado psicológico do indivíduo desencadeiam respostas neuroendócrinas e imunológicas. Evidências sugerem que o estado persistente de estresse físico e mental provoca a liberação do hormônio liberador de corticotrofina (CRH), que atuará sobre o sistema *locus coeruleus*-noradrenalina (LC-NA), ativando o eixo hipotálamo-hipófise-adrenal (HPA) e a divisão simpática do sistema nervoso autônomo. Este mecanismo será percebido pelos contrarreguladores do hipocampo – estrutura moduladora do humor e responsável pela formação de novas memórias – que irão detectar e integrar a “informação de estresse” e poderão originar as respostas de adaptação do sistema efetor (LAGE, 2010).

Dessa forma, a desregulação do tônus simpático com desbalanço para o polo adrenérgico resulta em alterações que compreendem aspectos cognitivos, comportamentais e fisiológicos. As respostas cognitivo-comportamentais visam propiciar uma melhor percepção da situação e de suas demandas, assim como um processamento mais rápido da informação disponível, possibilitando uma busca de soluções, selecionando condutas adequadas e preparando o organismo para agir de maneira rápida e vigorosa. Quanto às alterações orgânicas adrenérgicas, surge a correlação entre tais transtornos e a hipertensão arterial e problemas cardíacos (MARGIS, 2003; ZUARDI, 2017).

As principais consequências funcionais desses transtornos são proporcionais à gravidade. Se o prejuízo for leve, aqueles que interagem com o indivíduo afetado podem não perceber os sintomas depressivos. No entanto, se grave, pode se estender até a total incapacidade, de modo que a pessoa deprimida se torna incapaz de dar atenção às necessidades básicas de cuidado consigo mesma ou fica muda, catatônica. Entre os indivíduos atendidos em contextos médicos gerais, aqueles com transtorno depressivo maior têm mais dor e doença física e maior redução no funcionamento físico, social e de papéis (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION et al., 2014).

2.5 Tratamento

Sabe-se que atraso no tratamento cursa com prejuízo no rendimento e aprendizagem do acadêmico, baixa autoestima e insegurança, podendo resultar em formação inadequada das habilidades do profissional médico, redução da qualidade de vida, abandono do curso e suicídio (VASCONCELOS et al., 2015). Portanto, é fundamental aplicar os princípios básicos do tratamento e reabilitação desses indivíduos.

No que tange os aspectos aplicáveis para o tratamento, as medicações que possuem eficácia comprovada para com as perturbações de ansiedade são os inibidores da recaptação da serotonina, os benzodiazepínicos e os antidepressivos tricíclicos. Em relação às modificações não-farmacológicas os tratamentos psicológicos que demonstraram ser eficazes na diminuição da ansiedade baseiam-se em dois tipos de procedimentos, empiricamente suportados, que se designam por terapia comportamental e por terapia cognitiva. Ambas se estruturam em dois princípios centrais. O primeiro de que nossas cognições têm uma influência controladora sobre nossas emoções e comportamento; e segundo reflete que o modo como agimos ou nos comportamos pode afetar profundamente nossos padrões de pensamento e nossas emoções (MULLER et al.,2015).

A prática clínica da terapia cognitivo-comportamental está alicerçada em um conjunto de teorias que são bem-desenvolvidas e usadas para formular planos de tratamento e orientar as ações do terapeuta. Esses profissionais podem partir de uma série de métodos voltados para todas as três áreas de funcionamento patológico identificadas no modelo básico da terapia: cognições, emoções e comportamentos. O papel central nesse modelo é do processamento cognitivo, isso porque o ser humano continuamente avalia a relevância dos acontecimentos internamente e no ambiente que o circunda (MULLER et al.,2015).

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo Geral

Descrever a incidência dos sintomas de transtornos de ansiedade e depressão nos estudantes de medicina do Centro Universitário de Anápolis - UniEVANGÉLICA.

3.2. Objetivos Específicos

- Quantificar o número de acadêmicos acometidos pelos sintomas de ansiedade e depressão;
- Relacionar os casos positivos para os sintomas de ansiedade e com os de depressão;
- Avaliar o grau de vulnerabilidade dos estudantes de medicina aos transtornos de ansiedade e depressão estimulando ações futuras de prevenção, promoção e proteção à saúde mental;

4. METODOLOGIA

4.1. Tipo de estudo

A pesquisa é do tipo transversal descritiva quantitativa no período de fevereiro de 2019 a abril de 2019.

4.2. Local da pesquisa

Foi realizada na Faculdade de Medicina do Centro Universitário de Anápolis-UniEVANGÉLICA.

4.3. População e amostra

O estudo foi construído por meio de uma amostra de conveniência com discentes de medicina do primeiro (1º), quinto (5º) e oitavo (8º) períodos do Centro Universitário de Anápolis que concordaram em participar da pesquisa. Dessa forma, não houve a necessidade de cálculo amostral, nem seleção de gênero. Estimou-se a participação de 200 indivíduos.

A escolha da população e amostra baseou-se na tentativa de abranger todo o período que antecede a fase de internato, procurando abordar estudantes de ciclos distintos que ainda se encontram na fase de ciclo de aulas: básico e clínico. Assim, a pesquisa foi feita com alunos do início do curso (1º período) 80 alunos no total, aqueles que concluíram o ciclo básico (5º período) 60 alunos no total e, por fim, os discentes que estão finalizando o quarto ano (8º período) 60 alunos no total. Divididos, portanto, em três grupos: Grupo 1º período com 80 participantes, Grupo 5º período com 60 participantes; Grupo 8º período com 60 participantes.

Devido ao maior número de alunos no início do curso (1º período com 80 alunos) em relação aos demais (5º e 8º período com 60 alunos cada), um maior número amostral dos acadêmicos do 1º período se justifica em relação aos demais períodos.

Os estudantes foram abordados na própria instituição em suas respectivas salas de aula antes do início da primeira aula do período vespertino. O convite à participação se fez de forma verbal por um dos autores da pesquisa que solicitou a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) onde, houve concordância do aluno e sua conseguinte oficialização como participante da pesquisa.

4.4. Critérios de inclusão

Estudantes do curso de medicina do Centro Universitário de Anápolis dos seguintes períodos: 1º, 5º e 8º; que concordaram em participar e assinaram o TCLE.

4.5. Critérios de exclusão

Participantes que não preencheram completamente os questionários repassados; acadêmicos que não concordaram em participar da pesquisa; acadêmicos de outros períodos que não os analisados ou de outros cursos e menores que 18 anos.

4.6. Instrumentos de coleta de dados

- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE);
- Questionário Generalized Anxiety Disorder 7 (GAD-7) (Anexo 1);
- Escala de Avaliação de Depressão de Hamilton (HAM-D) (Anexo 2).

4.7. Questionários utilizados

Um dos questionários aplicados foi o de ansiedade GAD-7, elaborado por Spitzer e cols.(2006) e validado por Kroenke, Spitzer, Williams, Monahan e Löwe (2007), de acordo com os critérios do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-5 (American Psychiatric Association, 2014). Este questionário possui sete itens de avaliação, graduados em uma escala com quatro pontos, sendo de 0 (nenhuma vez) a 3 (quase todos os dias), com pontuação total que varia de 0 a 21, ao medir frequência de sinais e sintomas de ansiedade nas últimas duas semanas. Julgou-se positividade de sinais e sintomas de transtorno de ansiedade, resultado igual ou maior 10 pontos. Além do questionário foi perguntado o gênero do participante da pesquisa.

O outro questionário utilizado foi a Escala de Avaliação de Depressão de Hamilton (HAM-D), construída na década de 1960 por Max Hamilton, utilizada com base na investigação de como o paciente tem se sentido nos últimos sete dias, incluindo o dia da aplicação. Neste são avaliados 21 quesitos como: humor deprimido, sentimento de culpa, suicídio, insônia inicial, insônia intermediária, insônia tardia, trabalhos e atividades, retardo, agitação, ansiedade psíquica, ansiedade somática, sintomas somáticos gastrointestinais, sintomas somáticos em geral, sintomas genitais, hipocondria e perda de peso, que foram pontuados de acordo com as informações dadas em cada item. Na prática atual se aceita, entretanto, que escores com mais de 25 pontos caracterizem pacientes gravemente deprimidos; escores entre 18 a 24 pontos, pacientes modernamente deprimidos; e escores 7 e 17 pontos, pacientes com depressão leve. Entretanto, a Escala de Hamilton não tem finalidade diagnóstica, sendo isso considerado mau uso da mesma (MORENO et al., 2016).

4.8. Mecanismos de análise dos dados

As análises estatísticas foram realizadas pelo software Microsoft Excel® 2016. Os dados obtidos foram posteriormente tabulados em planilhas. Foi realizada estatística descritiva com análise relativa e absoluta e média.

Foi utilizado o programa IBM SPSS Statistics que, através de cálculos de teste de relação linear direta, pôde-se estabelecer o Erro Padrão de Estimativa (EPE) e grau de significância da amostra obtida até o momento ($p < 0,05$). Além disso, este programa possibilitou o cálculo de previsão ajustada através da equação de regressão, avaliando o grau de previsibilidade dos sintomas de ansiedade sobre os sintomas de depressão.

Os dados foram trabalhados da seguinte forma: para análise inferencial, realizou-se o teste de Shapiro-Wilk para verificar a normalidade dos dados; aos que tiverem normalidade, foi utilizado o Teste T de Student para amostras pareadas com nível de significância de 95%, e aos que não houveram normalidade, foi utilizado o teste de Wilcoxon com o mesmo nível de significância e, por fim, para comparação dos dados encontrados e os dados esperados para a amostra pesquisada, foi utilizado o teste de qui-quadrado.

4.9. Aspectos éticos

O presente estudo seguiu os critérios da resolução, inclusive, tendo respaldo do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) pela Plataforma Brasil para utilização dos dados dos participantes nesta pesquisa bem como a divulgação dos resultados, tendo sido aprovado com o parecer de nº 3.186.115 (Anexo 3).

5. RESULTADOS

Participaram deste estudo 101 estudantes, dos quais 35 acadêmicos do 1º período, 43 do 5º período e 23 do 8º período. A idade média dos participantes foi de 20,9 anos (DP= +/- 2); 62 indivíduos eram do sexo feminino (61,4%) e 39, do masculino (38,6%).

No 1º período, dos 35 acadêmicos, 68,6% (24/101) eram do sexo feminino e 31,4% (11/101) eram do sexo masculino (Tabela 1).

Tabela 1: Resultados das escalas de ansiedade e depressão no 1º período.

Classificação dos sintomas de ansiedade				
SEXO	Positivo		Negativo	
	n (%)		n (%)	
Feminino	17 (48,6)		7 (20)	
Masculino	4 (11,4)		7 (20)	
TOTAL	21 (60)		14 (40)	
Classificação dos sintomas de depressão				
SEXO	Ausência	Leve	Moderado	Grave
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Feminino	5 (14,3)	15 (42,8)	4 (11,4)	0(0)
Masculino	2 (5,7)	7 (20,0)	1 (2,9)	1 (2,9)
TOTAL	7 (20,0)	22 (62,8)	5 (14,3)	1 (2,9)

Quanto à escala GAD-7 para ansiedade, notou-se que a maioria das mulheres apresentou positividade, enquanto que, nos homens, a relação positividade-negatividade dos sintomas na escala ficou em 50%. Ao total, 60% dos participantes do 1º período foram positivos para os sinais e sintomas de ansiedade (Figura 1).

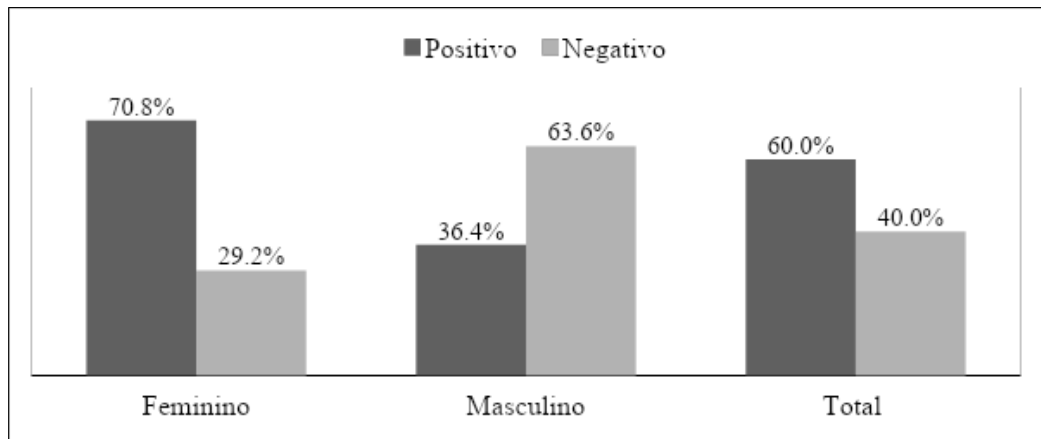


Figura 1: Distribuição dos alunos do 1º período, de acordo com a escala de ansiedade.

Quanto à escala para a clínica indicativa de depressão (HAM-D 21), tanto mulheres como homens apresentaram a maioria classificada como levemente deprimido, seguido de ausência de sintomas depressivos. Ao total, 62,8% dos participantes apresentaram a classificação levemente deprimido, 20% apresentaram ausência de sinais e sintomas em geral, 14,3% apresentaram-se como moderadamente deprimidos e apenas 2,9%, gravemente deprimidos (Figura 2).

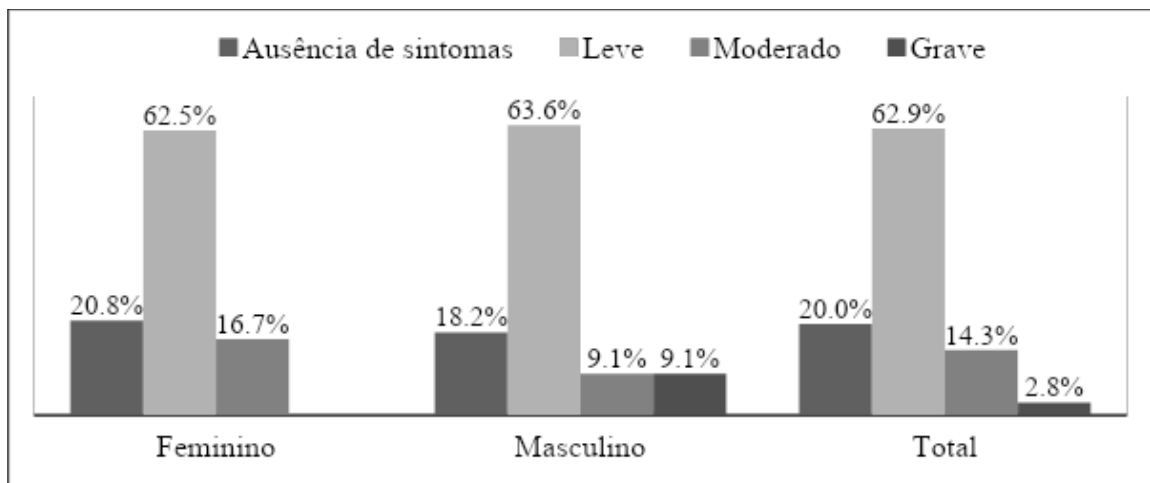


Figura 2: Distribuição dos alunos do 1º período de acordo com a escala de depressão.

No 5º período, 43 pessoas participaram da pesquisa, sendo 65,1% (28/101) do sexo feminino e 34,9% (15/101), masculino (Tabela 2).

Tabela 2: Resultados das escalas de ansiedade e depressão no 5º período.

Classificação dos sintomas de ansiedade				
SEXO	Positivo		Negativo	
	n (%)		n (%)	
Feminino	23 (53,4)		5 (11,6)	
Masculino	9 (21,0)		6 (14,0)	
TOTAL	32 (74,4)		11 (25,6)	

Classificação dos sintomas de depressão				
SEXO	Ausência	Leve	Moderado	Grave
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Feminino	3 (7,0)	13 (30,2)	9 (20,9)	3 (7,0)
Masculino	2 (4,6)	9 (20,9)	3 (7,0)	1 (2,3)
TOTAL	5 (11,6)	22 (51,1)	12 (27,9)	4 (9,3)

Quanto à escala GAD-7, tanto mulheres (82,1%), como homens (60,0%) apresentaram positividade para sintomas de ansiedade, sendo 74,4% ao total (Figura 3).

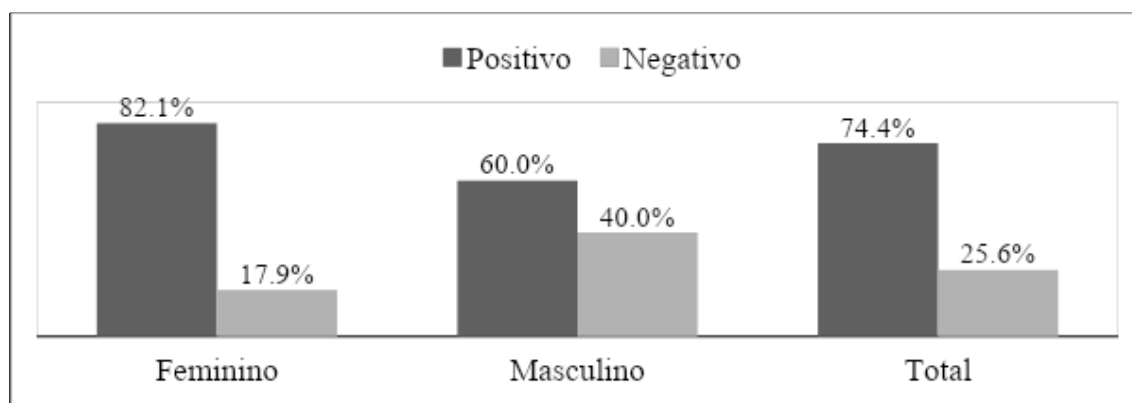


Figura 3: Distribuição dos alunos do 5º período, de acordo com a escala de ansiedade.

Analisando a escala HAM-D 21, ambos os sexos apresentaram porcentagens parecidas de classificação de humor levemente deprimido (61,1% no geral), com aumento significativo de pessoas com classificação de gravemente deprimidos em comparação ao 1º período, sendo 14,3% nas mulheres, 6,7% em homens e 11,1% no geral de todos do 5º período (Figura 4).

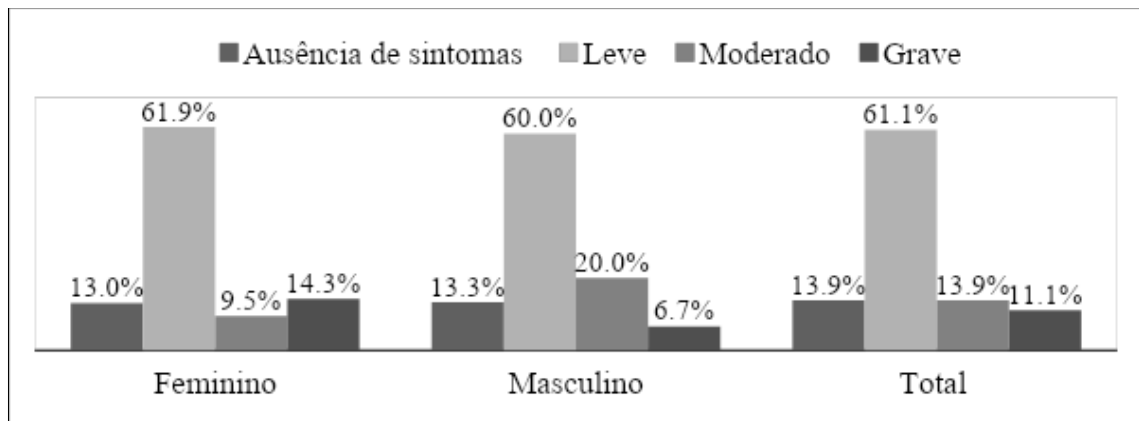


Figura 4: Distribuição dos alunos do 5º período de acordo com a escala de depressão.

No 8º período foram 23 participantes, sendo 43,5% (10/101) acadêmicas do sexo feminino e 56,5% (13/101), masculino (Tabela 3).

Tabela 3: Resultados das escalas de ansiedade e depressão no 5º período.

SEXO	Classificação dos sintomas de ansiedade	
	Positivo	Negativo
	n (%)	n (%)
Feminino	5 (21,7)	5 (21,7)
Masculino	7 (30,4)	6 (26,1)
TOTAL	12 (52,1)	11 (47,8)

Classificação dos sintomas de depressão

SEXO	Ausência	Leve	Moderado	Grave
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Feminino	3 (13,0)	6 (26,0)	1 (4,5)	0(0)
Masculino	3 (13,0)	6 (26,0)	4 (17,5)	0(0)
TOTAL	6 (26,0)	12 (52,0)	5 (22,0)	0(0)

Quanto ao questionário de ansiedade, a relação inverte com relação aos homens, em comparação ao primeiro período, tendo neste caso, uma maioria de 53,8% de sintomáticos. A relação entre as mulheres ficou de 50% para sintomáticos em ansiedade (Figura 5).

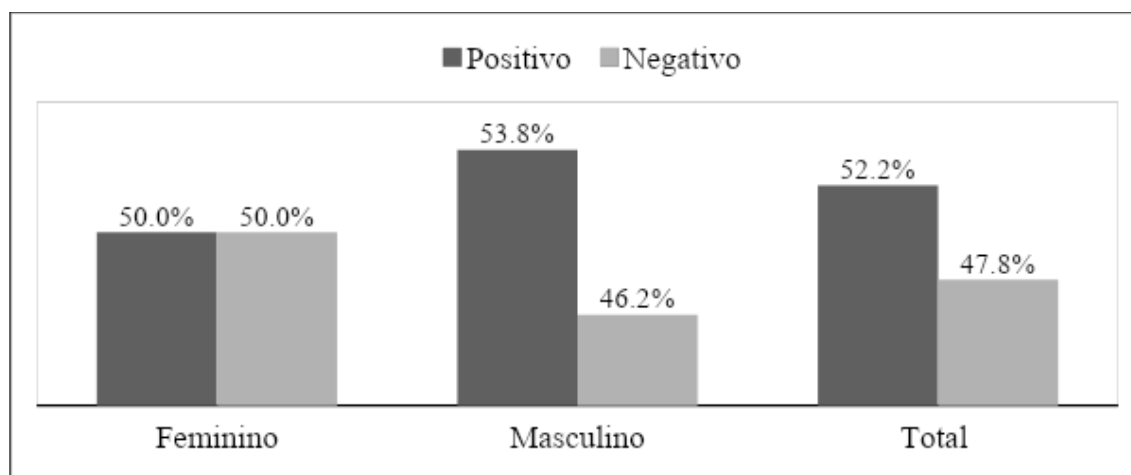


Figura 5: Relação de alunos do 8º período, de acordo com a escala de ansiedade.

Voltando a análise ao questionário de depressão, a maioria apresentou classificação de levemente deprimido (52,2%), seguida por moderadamente deprimido (21,1%) e por ausência de sintomas depressivos (26,1%). Nenhum aluno participante da pesquisa no oitavo período apresentou classificação gravemente deprimido (Figura 6).

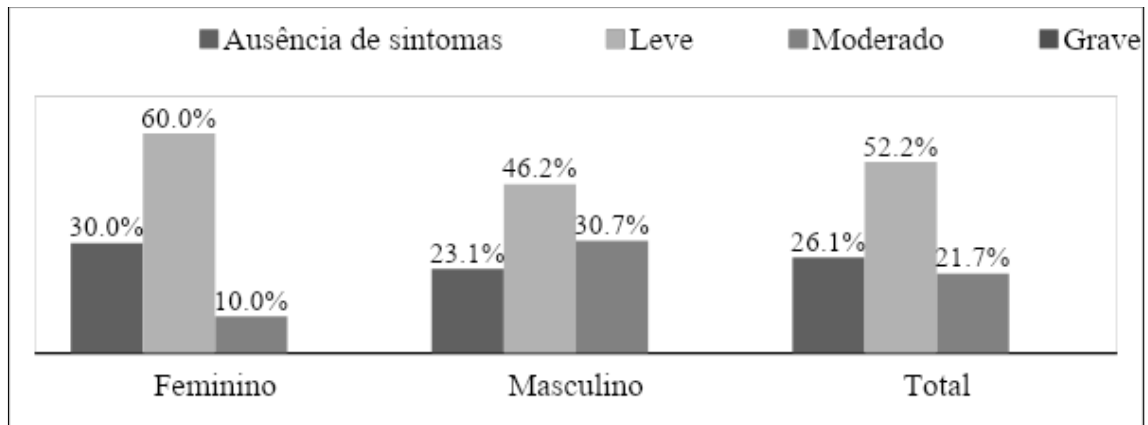


Figura 6: Distribuição dos alunos do 8º período, de acordo com a escala de depressão.

Analisando os resultados de todos os períodos (figura 7), percebeu-se que mais da metade dos acadêmicos do curso de medicina da amostra apresentaram-se com sintomas positivos para a ansiedade (64,35%), ao passo que 35,6% classificaram-se como ausentes para tais sintomas.

Quanto aos resultados para sintomas depressivos, 17,8% da amostra apresentou-se com ausência para os sintomas, a maioria (56,4%) encontrou-se com sintomas de gravidade leve, 21,8% revelaram sintomas moderados e 4 indivíduos (4% da amostra) demonstraram sintomas graves de depressão. Estes dados representam, por si só, um cenário alarmante e imperativo a medidas de atenção à saúde mental pela instituição de ensino, docentes, acadêmicos e seus familiares.

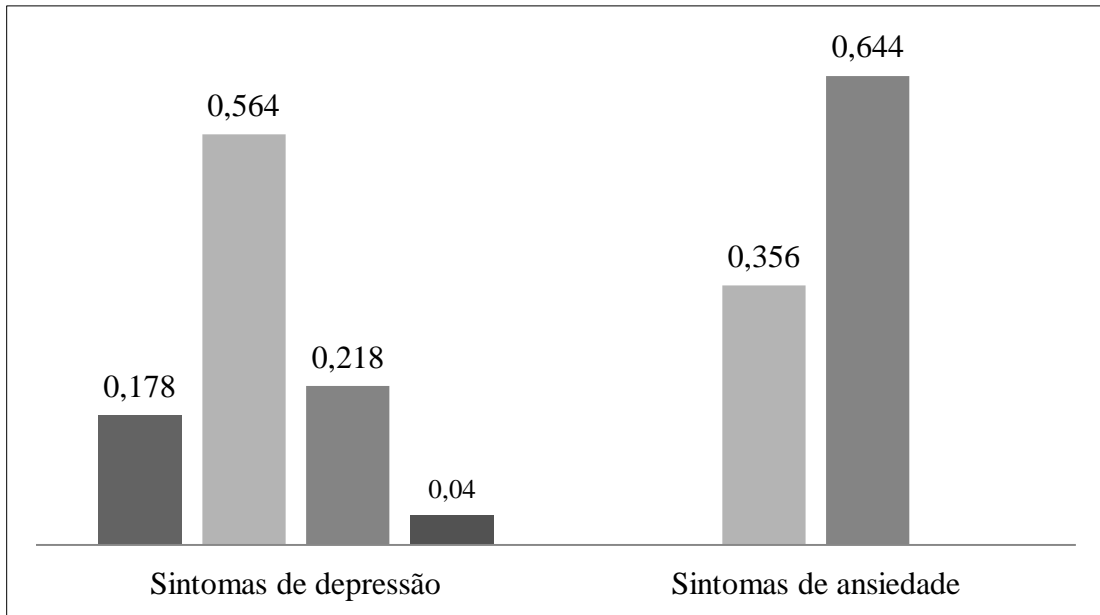


Figura 7: Distribuição percentual quanto às escalas dos sintomas de depressão (ausente; leve; moderado; grave) e ansiedade (negativo; positivo) dos acadêmicos de medicina.

Foi realizado o teste t para os dados colhidos (tabela 4) comparando os resultados de ambas às escalas à idade dos indivíduos da amostra. A partir disso, foi provado que a idade dos participantes não é um viés para a análise dos escores, uma vez que não houve diferença significativa entre as médias dos indivíduos com positividade e negatividade dos sintomas de ansiedade. Da mesma forma, a média da classificação dos sintomas de depressão para os indivíduos com positividade para os sintomas de ansiedade foi significativamente maior (média = $15,66 \pm 6,69$), ao passo que os indivíduos com negatividade para os sintomas de ansiedade obtiveram uma média menor no escore dos sintomas de depressão (média = $7,83 \pm 4,33$).

Tabela 4: Teste t para amostras independentes.

Variáveis	Classificação dos sintomas de ansiedade	n	Média	Desvio padrão	<i>p</i>
Faixa etária	Negativo	36	20,61	2,15	0,202
	Positivo	65	21,18	2,24	
Classificação dos sintomas de ansiedade	Negativo	36	5,97	2,77	0,001
	Positivo	65	14,80	3,85	
Classificação dos sintomas de depressão	Negativo	36	7,83	4,33	0,001
	Positivo	65	15,66	6,69	

Os resultados da amostra foram aplicados ao teste Qui-quadrado (tabela 5), que demonstrou que, dentre os indivíduos com negatividade nos sintomas de ansiedade, quatorze indivíduos (38,9%) apresentaram ausência concomitante aos sintomas depressivos, ao passo que a maioria (58,3%) se apresentou na classificação leve de sintomas depressivos, 2,8% apresentaram sintomas moderados e nenhum indivíduo, sintomas graves.

Quanto aos indivíduos com positividade para os sintomas de ansiedade, apenas 4 indivíduos (6,2%) apresentaram ausência de sintomas depressivos, enquanto a maioria (55,4%) apresentou sintomas leves de depressão, 32,3% apresentou sintomas moderados – aumento considerável em relação ao grupo de indivíduos sem sintomas de ansiedade – e 6,2% apresentou sintomas graves, resultado também maior em comparação ao grupo anterior.

Embora a análise temporal não seja possível na forma do presente estudo, o padrão apresentação dos dados aos testes aplicados permitiu a constatação da hipótese de que quanto mais tempo um indivíduo permanece com sintomas de ansiedade, mais chance terá de apresentar sintomas de depressão, que por sua vez, aumentam a gravidade proporcionalmente ao tempo na ausência de medidas terapêuticas.

O valor do qui-quadrado resultou em 25,457 ($p < 0,001$), demonstrando que os dados são estatisticamente significativos, ou seja, a distribuição percentual dos dados da amostra aponta para uma relação de que quanto maiores os níveis de ansiedade, mais chances o indivíduo tem de ter depressão concomitantemente.

Tabela 5: Relação entre as classificações de ansiedade e depressão na amostra (teste qui-quadrado).

		Classificação dos sintomas de depressão				Total
		Ausente	Leve	Moderada	Grave	
Classificação dos sintomas de ansiedade	Negativo	14	21	1	0	36
		38,9%	58,3%	2,8%	0,0%	100,0%
	Positivo	4	36	21	4	65
		6,2%	55,4%	32,3%	6,2%	100,0%
	Total	18	57	22	4	101
		17,8%	56,4%	21,8%	4,0%	100,0%

Qui-quadrado= 25,457 ($p < 0,001$)

A partir disso dos resultados estatísticos dos testes qui-quadrado e teste t, foi possível aplicar os dados na equação de regressão, estabelecendo uma relação dos níveis de ansiedade em relação aos de depressão. Demonstrou-se que 53,8% dos casos sintomáticos de depressão de todos os períodos analisados levam a sintomas positivos para ansiedade, o que permite inferir que a partir de determinada pontuação no questionário de ansiedade, a pessoa terá grande possibilidade de já apresentar sintomas depressivos (Figura 8). Esta relação, segundo a equação de Erro Padrão de Estimativa (EPE), apresenta elevada relevância, uma vez que o EPE resultou em 0,09, ou seja, apenas 9% de chances de o cálculo estar errado.

Equação de regressão de ansiedade em relação a depressão:

Chance de alcance de pontuação favorável à depressão = $2,9058 + 0,859x$ (Escore de ansiedade); ($p=0,001$; EPE= 0,09).

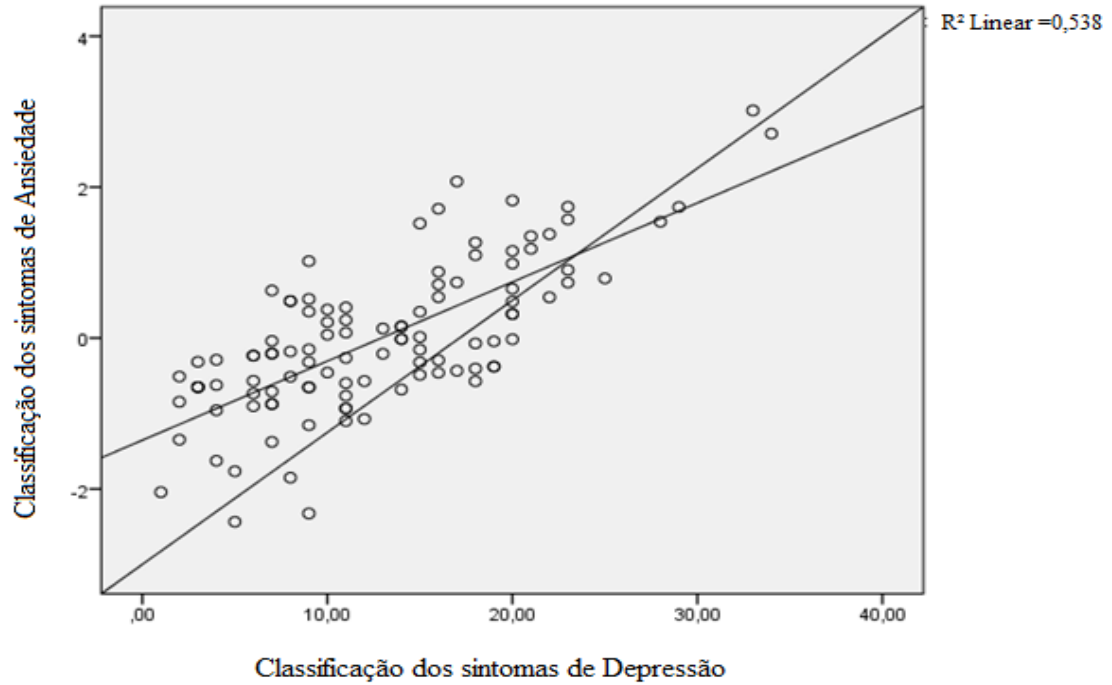


Figura 8: Chance de alcance de pontuação favorável à depressão em relação à ansiedade.

6. DISCUSSÃO

O fato de os transtornos de ansiedade e depressão serem as afecções psiquiátricas que mais permeiam os acadêmicos de medicina é unânime em toda literatura pesquisada, bem como os seus índices serem superiores em comparação à população geral (JÚNIOR, 2015; VASCONCELOS et al, 2015; PALMEIRA, 2016). Em congruência, os resultados deste estudo demonstram que a maioria dos indivíduos da amostra foi sintomática para ambos os transtornos. Estes sugerem que há uma taxa crescente de estudantes de medicina acometidos por transtornos de ansiedade e depressão assim como cita a literatura.

Diversas variáveis podem ser destacadas para serem condições *sine qua non* relacionadas ao desenvolvimento dessas síndromes. *A priori*, destaca-se que o curso de medicina é um gatilho para ansiedade, pois funciona como um agente estressor que necessita de dedicação intensa por tratar diretamente com vidas humanas e por apresentar grande cronologia temporal (VASCONCELOS et al, 2015). Além disso, com o decorrer do curso e há o questionamento sobre o que fazer em seguida, principalmente aqueles que não desenvolveram habilidades, estágios mais fundamentados, network, etc., o que afeta o senso pessoal de competência (MELO et al, 2017).

Quanto aos sintomas depressivos, observou-se, em todos os períodos analisados, uma relação decrescente nas porcentagens para: humor levemente deprimido, ausência de sintomas, humor moderadamente deprimido, seguido por baixos índices de humor gravemente deprimido. Comparativamente, o oitavo período apresentou maior porcentagem de assintomáticos (26,0%), o primeiro período apresentou maior número relativo de classificação de humor levemente deprimido (62,8%) e o quinto período apresentou maior porcentagem de indivíduos com humor moderadamente deprimido (27,9%) em relação aos demais períodos. Isso demonstra relação semelhante à ansiedade entre os períodos, com crescentes índices até o quinto período, seguido de queda relativa ao oitavo período.

Além disso, pode-se concluir que em relação a gravidade dos sintomas de depressão avaliados pela escala de Hamilton, o quinto período apresentou a maior quantidade de alunos que se enquadram na categoria sintomática grave. Essa ideia pode ser explicada devido a um maior nível de estresse desenvolvido por serem expostos de forma mais intensa do que no primeiro período a fatores determinantes como vida e morte, nascimento e finitude (MELO et al, 2017).

A associação entre a progressão do curso e o aumento na incidência dos sintomas de ansiedade e depressão não é totalmente válida quando se avalia o primeiro e oitavo período, porém ao visualizar o parâmetro dual do primeiro com o quinto período, observa-se

grande aumento nesse último. Isso porque encerra-se o ciclo básico e inicia-se o ciclo clínico, e essa mudança traz consigo altas exigências curriculares e um pequeno aumento da carga horária, o que gera um conflito intrapsíquico que surge pela necessidade de dar conta da demanda escolar e da social (VASCONCELOS et al., 2015).

O sintoma de ideação suicida se torna difícil de ser analisado e pesquisado, muitas vezes a pessoa tenta não expor tal pensamento. A quantidade (2,8%) de alunos que apresentou ideais suicidas manteve-se abaixo do estudo realizado em 2009 nos Estados Unidos com 2 mil estudantes de medicina e residentes indicou que quase 6% dessa amostra relataram ideação suicida. Essa pesquisa revelou também que as maiores taxas de ideação suicida foram encontradas nos estudantes que apresentaram depressão maior (SANTA, 2016).

Após análise dos questionários, verificaram-se que 54,9% dos estudantes avaliados apresentavam queixas de ansiedade (psíquica ou somática). Desses, mais de 50% eram estudantes do sexo feminino. Tal ideia se apresenta consoante com os dados da literatura. Segundo Mayer (2017), a justificativa baseia-se em questões culturais relacionadas ao estigma social e a não equidade entre os sexos, características do ambiente educacional e até mesmo as demandas conflitantes dos papéis sociais das mulheres. Alguns autores afirmam que as mulheres são mais críticas e exigentes consigo mesmas em relação aos homens, proposição essa que pode reafirmar a maior intensidade nos sentimentos de auto-cobrança pelas estudantes.

Do ponto de vista de limitações desse estudo, verifica-se que indivíduos que apresentam doenças clínicas frequentemente apresentam mais sintomas depressivos e ansiosos, manipulando assim a existência primária desses transtornos. Adicionado, o questionário GAD-7 e a escala de Hamilton tem por finalidade detectar sintomas ansiosos e depressivos e não a presença ou ausência de um episódio depressivo, e tampouco possíveis diagnósticos.

Outra limitação é a menor amostra da população estudada, em relação a estimada no início do trabalho. A baixa adesão pode ter se dado por falta de interesse dos estudantes.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os transtornos de ansiedade e depressão são os principais distúrbios psiquiátricos que acometem os estudantes de medicina. A taxa de incidência, que é crescente e significativa como mostra este trabalho e os demais da literatura, torna essas síndromes problemas de saúde pública. É consenso que existem estudos que focam a presença de sintomas depressivos e ansiosos em estudantes universitários, mas ainda é escassa a quantidade de informações a cerca do tema, bem como a atenção destinada a esse por parte das instituições públicas e privadas. Assim sendo, um dos parâmetros que podem ser mencionados para intervenção em tempo oportuno é o reconhecimento de sinais e sintomas e posterior tratamento farmacológico e psicoterapêutico. Uma estratégia identificada pelo estudo foi a relação positiva entre os sintomas de ansiedade como fator de risco para o desenvolvimento de sintomas de depressão. Isso possibilita aos profissionais de saúde mental o direcionamento da abordagem aos acadêmicos com ansiedade, quanto a medidas preventivas aos transtornos depressivos, evitando-se as complicações referentes a estes distúrbios.

Visto que o grau de vulnerabilidade dos acadêmicos de medicina quanto aos transtornos de ansiedade e depressão é elevado, é necessário que haja um maior investimento em políticas que visem a prevenção e tratamento desses transtornos. Um exemplo para essa prática seria a implementação de centros psicoterapêuticos destinados a todos os estudantes que teriam como objetivo uma abordagem que evocaria uma maior atenção para o bem estar da saúde mental, e que poderia posteriormente gerar uma mudança no perfil desse estudante para que ele começasse a enxergar a medicina não como uma oponente a ser vencida mas como uma aliada na batalha da vida.

8. REFERÊNCIAS

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION et al. **DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. Artmed Editora, 2014.
- BRASIL, C. N. S. Resolução 466/2012-Normas para pesquisa envolvendo seres humanos. **Brasília, DF**, 2012.
- CANALE, A. Depressão. ArqMudi. Maringá, PR, p.24, 2006
- CORREIA, S. Depressão: Um problema por resolver? **Rev. ADSO**, v.6, n.8, p. 46, 2018.
- DEL PORTO, J. Conceito e diagnóstico. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 21, p. 06-11, 1999.
- FLECK, M. et al. Revisão das diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento da depressão (Versão integral). **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 31, n. suppl 1, p. S7-S17, 2009.
- GALVAO, A.et al. Ansiedade, stress e depressão relacionados com perturbações do sono-vigília e consumo de álcool. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, Porto , n. spe5, p. 8-12, ago. 2017.
- JÚNIOR, Miguel Angelo Giovanni Noronha et al. Depressão em estudantes de medicina. **Rev. méd. Minas Gerais**, v. 25, n. 4, 2015.
- KROENKE, Kurt et al. Anxiety disorders in primary care: prevalence, impairment, comorbidity, and detection. **Annals of internal medicine**, v. 146, n. 5, p. 317-325, 2007.
- LAGE, J. **Neurobiologia da depressão**. 2010.Monografia (Mestrado Integrado em Medicina) – Faculdade de Medicina, Universidade do Porto, Portugal, 2010.
- MARGIS, R. et al. Relação entre estressores, estresse e ansiedade. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 25, n. 1, p. 65-74, 2003.
- MENEZES, G.et al. Resistência ao tratamento nos transtornos de ansiedade: fobia social, transtorno de ansiedade generalizada e transtorno do pânico. **RevBrasPsiquiatr**, v. 29, n. Suppl II, p. S55-60, 2007.
- MELO, et al. "**Depressão em adolescentes: revisão da literatura e o lugar da pesquisa fenomenológica**." *Psicologia Ciência e Profissão* 37.1, p. 18-34, 2017.
- MORENO, A.et al. "**Escala de depressão de Montgomery-Åsberg (MADRS)**." Instrumentos de avaliação em saúde mental. Artmed, 2016.
- MULLER, Juliana de Lima et al . Transtorno de Ansiedade Social: um estudo de caso. **Contextos Clínic**, São Leopoldo , v. 8, n. 1, p. 67-78, jun. 2015 .

PALMEIRA, Wendell Dantas et al. Ansiedade e depressão: desafios a serem superados por acadêmicos de medicina. In: **Anais do Congresso Brasileiro de Ciências da Saúde [Internet]**. 2016. p. 15-17.

SANTA, Nathália Della, and Amaury Cantilino. "A Review of Literature on Suicide among Doctors and Medical Students." *Revista Brasileira de Educação Médica* 40.4 (2016): 772-780.

SCHWAN, S. Depressão em crianças: Uma breve revisão de literatura. **Psicol. Argum.**, Curitiba, v. 29, n. 67, p. 457-468, 2011.

SONEGO, Márcio Lemos et al. Avaliação da probabilidade do diagnóstico de transtornos de ansiedade e depressão entre estudantes de medicina da UFRGS. **Clinical and biomedical research. Porto Alegre**, 2017.

VASCONCELOS, T.et al. Prevalência de sintomas de ansiedade e depressão em estudantes de medicina. **Rev. Bras. Educ. Méd**, v. 39, n. 1, p. 135-142, 2015.

ZUARDI A. **Características básicas do transtorno de ansiedade generalizada**. Medicina (Ribeirao Preto. Online), 50(supl1.), 51-55, 2017

9. ANEXOS

Anexo 1 – Questionário Generalized Anxiety Disorder 7 (GAD-7)

Idade: _____

Sexo: () Feminino () Masculino

Período: _____

Data: ___/___/___

Durante as <u>últimas 2 semanas</u> , com que frequência você foi incomodado/a pelos problemas abaixo?	Nenhuma vez	Vários dias	Mais da metade dos dias	Quase todos os dias
<i>(Marque sua resposta com "✓")</i>				
1. Sentir-se nervoso/a, ansioso/a ou muito tenso/a	0	1	2	3
2. Não ser capaz de impedir ou de controlar as preocupações	0	1	2	3
3. Preocupar-se muito com diversas coisas	0	1	2	3
4. Dificuldade para relaxar	0	1	2	3
5. Ficar tão agitado/a que se torna difícil permanecer sentado/a	0	1	2	3
6. Ficar facilmente aborrecido/a ou irritado/a	0	1	2	3
7. Sentir medo como se algo horrível fosse acontecer	0	1	2	3

(For office coding: Total Score T_____ = _____ + _____ + _____)

Anexo 2 – Escala de Hamilton (HAM-D 21)

ESCALA DE HAMILTON
AVALIAÇÃO DA DEPRESSÃO (HAM-D 21 itens)

1	HUMOR DEPRIMIDO	ESCORE
	0. Ausente 1. Sentimentos relatados apenas ao ser perguntado 2. Sentimentos relatados espontaneamente, com palavras 3. Comunica os sentimentos com expressão facial, postura, voz e tendência ao choro 4. Sentimentos deduzidos da comunicação verbal e não verbal do paciente	
	2 SENTIMENTOS DE CULPA 0. Ausentes 1. Auto-recriminação; sente que decepcionou os outros 2. Idéias de culpa ou ruminção sobre erros passados ou más Acões 3. A doença atual é um castigo. Delírio de culpa 4. Ouve vozes de acusação ou denúncia e/ou tem alucinações visuais ameaçadoras	
	3 SUICÍDIO 0. Ausente 1. Sente que a vida não vale a pena 2. Desejaria estar morto; pensa na possibilidade de sua morte 3. Idéias ou gestos suicidas 4. Tentativa de suicídio (qualquer tentativa séria)	
	4 INSÔNIA INICIAL 0. Sem dificuldade 1. Tem alguma dificuldade ocasional, isto é, mais de meia hora 2. Queixa de dificuldade para conciliar todas as noites	
	5 INSÔNIA INTERMEDIÁRIA 0. Sem dificuldade 1. Queixa-se de inquietude e perturbação durante a noite 2. Acorda à noite; qualquer saída da cama (exceto para urinar)	
	6 INSÔNIA TARDIA 0. Sem dificuldade 1. Acorda de madrugada, mas volta a dormir 2. Incapaz de voltar a conciliar o sono ao deixar a cama	
	7 TRABALHOS E ATIVIDADES 0. Sem dificuldade 1. Pensamento/sentimento de incapacidade, fadiga, fraqueza relacionada às atividades; trabalho ou passatempos 2. Perda de interesse por atividades (passatempos, trabalho) – quer diretamente relatada pelo paciente, ou indiretamente, por desatenção, indecisão e vacilação (sente que precisa se esforçar para o trabalho ou atividades). 3. Diminuição do tempo gasto em atividades ou queda da produtividade. No hospital, marcar 3 se o paciente passa menos de 3h em atividades externas (passatempos ou trabalho hospitalar) 4. Parou de trabalhar devido à doença atual. No hospital, marcar 4 se o paciente não se ocupar de outras atividades além de pequenas tarefas do leito, ou for incapaz de realizá-las sem auxílio	
	8 RETARDO 0. Pensamento e fala normais	

	<ol style="list-style-type: none"> 1. Leve retardo durante a entrevista 2. Retardo óbvio à entrevista 3. Estupor completo 	
9	AGITAÇÃO <ol style="list-style-type: none"> 0. Nenhuma 1. Brinca com as mãos ou com os cabelos, etc 2. Troce as mãos, rói as unhas, puxa os cabelos, morde os lábios 	
10	ANSIEDADE PSÍQUICA <ol style="list-style-type: none"> 0. Sem ansiedade 1. Tensão e irritabilidade subjetivas 2. Preocupação com trivialidades 3. Atitude apreensiva aparente no rosto ou fala 4. Medos expressos sem serem inquiridos 	
11	ANSIEDADE SOMÁTICA (sintomas fisiológicos de ansiedade: boca seca, flatulência, indigestão, diarreia, cólicas, eructações; palpitações, cefaléia, hiperventilação, suspiros, sudorese, freqüência urinária) <ol style="list-style-type: none"> 0. Ausente 1. Leve 2. Moderada 3. Grave 4. Incapacitante 	
12	SINTOMAS SOMÁTICOS GASTROINTESTINAIS <ol style="list-style-type: none"> 0. Nenhum 1. Perda do apetite, mas alimenta-se voluntariamente; sensações de peso no abdome 2. Dificuldade de comer se não insistirem. Solicita ou exige laxativos ou medicações para os intestinos ou para sintomas digestivos 	
13	SINTOMAS SOMÁTICOS EM GERAL <ol style="list-style-type: none"> 0. Nenhum 1. Peso nos membros, costas ou cabeça. Dores nas costas, cefaléia, mialgia. Perda de energia e cansaço 2. Qualquer sintoma bem caracterizado e nítido, marcar 2 	
14	SINTOMAS GENITAIS (perda da libido, sintomas menstruais) <ol style="list-style-type: none"> 0. Ausentes 1. Leves distúrbios menstruais 2. Intensos 	
15	HIPOCONDRIA <ol style="list-style-type: none"> 0. Ausente 1. Auto-observação aumentada (com relação ao corpo) 2. Preocupação com a saúde 3. Queixas freqüentes, pedidos de ajuda, etc 4. Idéias delirantes hipocondríacas 	
16	PERDA DE PESO (Marcar A ou B; A – pela história; B – pela avaliação semanal do psiquiatra responsável) <p>A.</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. Sem perda de peso 1. Provável perda de peso da doença atual 2. Perda de peso definida <p>B.</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. Menos de 0,5kg de perda por semana 1. Mais de 0,5kg de perda por semana 2. Mais de 1kg de perda por semana 	

17	CONSCIÊNCIA DA DOENÇA 0. Reconhece que está deprimido e doente 1. Reconhece a doença mas atribui-lhe a causa à má alimentação, ao clima, ao excesso de trabalho, a vírus, necessidade de repouso 2. Nega estar doente	
18	VARIAÇÃO DIURNA (se há variação dos sintomas pela manhã ou à noite; caso não haja variação, marcar 0) 0. Ausentes 1. Leve 2. Grave	
19	DESPERSONALIZAÇÃO E DESREALIZAÇÃO (Idéias niilistas, sensações de irrealidade) 0. Ausentes 1. Leves 2. Moderadas 3. Graves 4. Incapacitantes	
20	SINTOMAS PARANOIDES 0. Nenhum 1. Desconfiança 2. Idéias de referência 3. Delírio de referência e perseguição	
21	SINTOMAS OBSESSIVOS E COMPULSIVOS 0. Nenhum 1. Leves 2. Graves	

ESCORE TOTAL = _____ PONTOS

Anexo 3 – Parecer de Aprovação do CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PREVALÊNCIA DOS TRANSTORNOS DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO NOS ESTUDANTES DE MEDICINA

Pesquisador: Humberto de Sousa Fontoura

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 02182918.0.0000.5076

Instituição Proponente: ASSOCIACAO EDUCATIVA EVANGELICA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.186.115

Apresentação do Projeto:

INTRODUÇÃO

O período universitário é um momento de intensas mudanças que está associado ao aumento das responsabilidades e o comprometimento com a formação profissional, o que gera grande impacto na vida dos estudantes. A escola médica é reconhecida por inúmeras pesquisas como desencadeadora de estresse e como influência negativa no bem-estar físico e psicológico, e no desempenho acadêmico dos estudantes (DEL PORTO et al., 1999).

Dessa forma, cerca de 15 a 20 por cento dos estudantes que ingressam na faculdade de medicina apresentam algum tipo de transtorno psiquiátrico durante o seu período acadêmico. Dentre esses transtornos, os depressivos e os de ansiedade são os mais frequentes. O termo depressão, na linguagem corrente, tem sido empregado para designar tanto um estado afetivo normal (a tristeza), quanto um sintoma, uma síndrome e uma (ou várias) doença(s). Enquanto síndrome, a depressão inclui não apenas alterações do humor (tristeza, irritabilidade, falta da capacidade de sentir prazer, apatia), mas também uma gama de outros aspectos, incluindo alterações cognitivas, psicomotoras e vegetativas (sono, apetite) (DEL PORTO et al., 1999).

Já a ansiedade é um transtorno psiquiátrico que possui como principal sintoma a preocupação excessiva, mórbida. Essa se apresenta, muitas vezes, concomitante a uma inquietude, irritabilidade, a um cansaço e a uma dificuldade de concentração (MENEZES et al., 2007).

Endereço: Av. Universitária, Km 3,5
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 75.083-515
UF: GO **Município:** ANAPOLIS
Telefone: (62)3310-6736 **Fax:** (62)3310-6636 **E-mail:** cep@unievangelica.edu.br



Continuação do Parecer: 3.186.115

É importante salientar que há evidências que apontam que a ansiedade e depressão são difíceis de diferenciar e de dissociar empiricamente. Isso, porque existe um modelo tripartido em que os sintomas de ansiedade e depressão se agrupam em três estruturas básicas. A primeira estrutura é designada por estresse ou afeto negativo e gera sintomas relativamente inespecíficos como, por exemplo: humor deprimido e ansioso, insônia, desconforto ou insatisfação, irritabilidade e dificuldade de concentração, que são experimentados tanto por indivíduos deprimidos como ansiosos. Por outro lado, as outras duas estruturas são mais específicas da ansiedade e depressão, sendo essas a tensão somática e a hiperatividade, e a anedonia e a ausência de afeto positivo, respectivamente (GALVAO et al., 2017).

Além disso, uns dos principais desfechos desses distúrbios psiquiátricos, se não tratados, são o consumo de álcool e de outras drogas ilícitas e o suicídio, provavelmente devido à falsa ideia de que elas aliviam estados emocionais negativos. O que funciona como uma estratégia de coping, ainda que mal adaptativa, muitas vezes utilizadas para fazer face ao estresse, tendo como objetivo a fugacidade dos problemas do dia-a-dia ou, desinibição social, ou simplesmente um fim a tudo. Adicionado a esses fatores, há também o aumento da morbidade e mortalidade, por meio não só da via do suicídio, mas também pela possibilidade de aumentar o risco ou piorar o prognóstico de outras doenças crônicas ditas "orgânicas", dentre elas a doença coronariana e a diabetes mellitus de tipo 2 (VASCONCELOS et al., 2015).

Dadas às significativas perdas humanas e materiais decorrentes do transtorno depressivo, faz-se necessária a identificação desse mal por meio de mecanismos eficazes e precoces. Diante do exposto comentado o presente estudo tem por objetivo descrever a prevalência dos transtornos de ansiedade e depressão nos estudantes de medicina do Centro Universitário UniEVANGÉLICA e sua relação com a evolução do acadêmico no curso.

HIPÓTESE

Espera-se que exista uma relação entre a alta carga horária e o stress promovido pelo curso e a ocorrência de transtorno de ansiedade e depressão entre os estudantes do curso de Medicina, presumindo que tal distúrbio seja mais incidente nesse grupo, em comparação entre os demais segmentos da sociedade. Além disso, acredita-se que essa associação entre o stress, ansiedade e depressão se dê de forma crescente ao avaliar universitários do primeiro, quinto e oitavo semestre. Supondo que alunos do quarto ano são submetidos a uma carga horária mais expressiva em relação aos do primeiro e terceiro, sugere-se

Endereço: Av. Universitária, Km 3,5
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 75.083-515
UF: GO **Município:** ANAPOLIS
Telefone: (62)3310-6736 **Fax:** (62)3310-6636 **E-mail:** cep@unievangelica.edu.br



Continuação do Parecer: 3.186.115

que existam menos tempo disponível à prática de exercícios físicos, lazer, distância entre amigos e familiares e mais fatores predisponentes ao desenvolvimento de ansiedade e depressão, como a véspera da entrada ao período de internato.

METODOLOGIA

Tipo de estudo

A pesquisa será do tipo transversal descritiva quantitativa no período de fevereiro de 2019 a abril de 2019.

Local da pesquisa

Será realizada na Faculdade de Medicina do Centro Universitário de Anápolis- UniEVANGÉLICA.

População e amostra

O estudo será construído por meio de uma amostra de conveniência com todos os discentes de medicina do primeiro (1º), quinto (5º) e oitavo (8º) períodos do Centro Universitário de Anápolis que concordarem em participar da pesquisa, dessa forma, não haverá a necessidade de cálculo amostral, nem seleção de gênero. Estima-se a participação de 200 indivíduos.

A escolha da população e amostra baseou-se na tentativa de abranger todo o período que antecede a fase de internato, procurando abordar estudantes de ciclos distintos que ainda se encontram de fácil acesso na instituição. Assim, a pesquisa será feita com alunos do início do curso (1º período) 80 alunos no total, aqueles que concluíram o ciclo básico (5º período) 60 alunos no total e, por fim, os discentes que estão finalizando o quarto ano (8º período) 60 alunos no total divididos portanto em 3 grupos, Grupo 6º período com 60 participantes; Grupo 1º período com 80 participantes; Grupo 8º período com 60 participantes.

Devido ao maior número de aluno no início do curso (1º período) 80 alunos em relação aos demais (5º período e 8º período) 60 alunos, um maior número amostral nos acadêmicos do 1º período se justifica em relação aos demais períodos.

Os estudantes serão abordados na própria instituição em suas respectivas salas de aula antes do início da primeira aula do período vespertino. O convite à participação se fará de forma verbal por um dos autores da pesquisa que irá solicitar a leitura do

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice 1) onde, havendo concordância do aluno, esse estará oficialmente como participante da pesquisa.

Endereço: Av. Universitária, Km 3,5
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 75.083-515
UF: GO **Município:** ANAPOLIS
Telefone: (62)3310-6736 **Fax:** (62)3310-6636 **E-mail:** cep@unievangelica.edu.br



Continuação do Parecer: 3.186.115

A abordagem aos participantes só ocorrerá após a aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UniEVANGÉLICA, de acordo com a resolução 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Critérios de inclusão

Estudantes do curso de medicina dos seguintes períodos: 1º, 5º e 8º; Todos que concordarem em participar e assinarem o TCLE (Apêndice 1).

Critérios de exclusão

Participantes que não preencherem completamente os questionários repassados;
Participantes menores de 18 anos.

Instrumentos de coleta de dados

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice 1);
Questionário Generalized Anxiety Disorder 7-item (GAD-7) (Anexo 1);
Escala de Avaliação de Depressão de Hamilton (HAM-D) (Anexo 2),

Questionários utilizados

Um dos questionários aplicados será o de ansiedade GAD-7, elaborado por Spitzer e cols. (2006) e validado por Kroenke, Spitzer, Williams, Monahan e Löwe (2007), de acordo com os critérios do Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais [recurso eletrônico] : DSM-5 / [American Psychiatric Association ; tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento... et al.] ; revisão técnica: Aristides Volpato Cordioli ...[et al.]. – 5. ed. – Dados eletrônicos. – Porto Alegre : Artmed, 2014. Esse questionário possui sete itens de avaliação, graduados em uma escala com quatro pontos, sendo de 0 (nenhuma vez) a 3 (quase todos os dias), com pontuação que varia de 0 a 21, ao medir frequência de sinais e sintomas de ansiedade nas últimas duas semanas. Joga-se positividade de sinais e sintomas de transtorno de ansiedade, resultado igual ou maior 10 pontos. Além do questionário será perguntado o gênero do participante da pesquisa.

O outro questionário será a Escala de Avaliação de Depressão de Hamilton (HAM-D), construída na década de 1960 por Max Hamilton, utilizada com base na investigação de como o paciente tem se sentido nos últimos sete dias, incluindo o dia da aplicação.

Neste são avaliados 21 quesitos como: humor deprimido, sentimentos de culpa, suicídio, insônia inicial, insônia intermediária, insônia tardia, trabalhos e atividades, retardo, agitação,

Endereço: Av. Universitária, Km 3,5
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 75.083-515
UF: GO **Município:** ANAPOLIS
Telefone: (62)3310-6736 **Fax:** (62)3310-6636 **E-mail:** cep@unievangelica.edu.br



Continuação do Parecer: 3.186.115

ansiedade psíquica, ansiedade somática, sintomas somáticos gastrointestinais, sintomas somáticos em geral, sintomas genitais, hipocondria e perda de peso, que serão pontuados de acordo com as informações dadas em cada item. Na prática atual se aceita, entretanto, que escores com mais de 25 pontos caracterizem pacientes gravemente deprimidos; escores entre 18 a 24 pontos, pacientes modernamente deprimidos; e escores 7 e 17 pontos, pacientes com depressão leve. Entretanto, Escala de Hamilton não tem finalidade diagnóstica, sendo isso considerado mau uso da mesma.

Mecanismos de análise dos dados

As análises estatísticas serão realizadas pelo software Microsoft Excel® 2016. Os dados obtidos serão posteriormente tabulados em planilhas. Inicialmente será realizada estatística descritiva com análise relativa e absoluta, média e desvio padrão.

Para análise inferencial, primeiramente será realizado o teste de Shapiro-Wilk para verificar a normalidade dos dados. Havendo normalidade, será utilizado o Teste T de Student para amostras pareadas com nível de significância de 95%, não havendo normalidade, será utilizado o teste de Wilcoxon com o mesmo nível de significância.

Para comparação dos dados encontrados e os dados esperados para a amostra pesquisada, será utilizado o teste de qui-quadrado.

Aspectos éticos da pesquisa

Esta pesquisa está de acordo com a Resolução Conselho Nacional de Saúde nº 466, de 12 de Dezembro de 2012, que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012).

O TCLE exigido pelo Ministério da Saúde, será entregue em duas vias idênticas, uma ficará com o participante e outra com os pesquisadores responsáveis. Os pesquisados que aceitarem participar do projeto deverão assinar ambas as vias.

O estudo seguirá os critérios da resolução, inclusive, tendo respaldo do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) pela Plataforma Brasil para utilização dos dados dos participantes nesta pesquisa bem como a divulgação dos resultados.

Uso e destino das informações

Trata-se de um trabalho de conclusão de curso dos pesquisadores e posteriormente fará parte de um artigo científico a ser publicado. Todos os dados serão mantidos sobre sigilo. Os dados obtidos pelos questionários serão guardados por um período de cinco anos e após isso serão

Endereço: Av. Universitária, Km 3,5
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 75.083-515
UF: GO **Município:** ANAPOLIS
Telefone: (62)3310-6736 **Fax:** (62)3310-6636 **E-mail:** cep@unievangelica.edu.br



Continuação do Parecer: 3.186.115

incinerados.

Procedimento para coleta de dados

No início de cada abordagem aos participantes, a pesquisa será exposta e explicada por meio da leitura de todo o TCLE. Concordando, o participante deverá assinar o TCLE. Neste termo, estarão contidos os interesses, os benefícios, os riscos e a destinação dos dados incluindo ainda o contato de um dos pesquisadores.

Logo após, haverá a coleta de dados que consistirá em responder perguntas de dois questionários o GAD-7 e escala de Hamilton conforme descrito anteriormente. O tempo de duração para o preenchimento dos dois questionários será de aproximadamente quinze minutos.

Em relação aos alunos do 1º período, os pesquisadores explicarão os termos técnicos utilizados nos questionários HAM-D e GAD-7, ficando estes na sala durante a coleta de dados para esclarecer possíveis dúvidas em relação ao questionário (vocabulário, preenchimento e outras dúvidas).

Os questionários serão armazenados, mas somente terão acesso aos mesmos os pesquisadores, o orientador e o co-orientador.

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVOS

Objetivo geral

Descrever a prevalência dos transtornos de ansiedade e depressão nos estudantes de medicina do Centro Universitário UniEvangélica e sua relação com a evolução do acadêmico no curso.

Objetivos secundários

- Identificar as causas associadas ao desenvolvimento dos transtornos e os possíveis desfechos;
- Quantificar o número de acadêmicos acometidos por ansiedade ao longo do curso;
- Quantificar o número de acadêmicos acometidos por depressão ao longo do curso;
- Relacionar os casos de ansiedade e depressão por período cursado ao longo do curso.

Endereço: Av. Universitária, Km 3,5
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 75.083-515
UF: GO **Município:** ANAPOLIS
Telefone: (62)3310-6736 **Fax:** (62)3310-6636 **E-mail:** cep@unievangelica.edu.br



Continuação do Parecer: 3.186.115

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos

Os participantes estarão sujeitos neste estudo ao risco de ter sua identidade revelada, além de constrangimentos e exposição ao responder as questões norteadoras.

Dessa forma, para minimizá-los, a abordagem para coleta de dados será em sala da aula, onde os alunos estarão dispostos em fila indiana, na qual o TCLE será passado do primeiro ao último aluno para seu preenchimento. Logo após, será feito o recolhimento do TCLE e a conseguinte entrega dos questionários, nos quais a identidade dos participantes não será identificada. Durante o preenchimento dos questionários, os participantes serão orientados a respondê-los de forma individual e não se comunicarem, visando mais uma vez a diminuição do risco de exposição.

Além disso, os materiais da coleta de dados ficarão armazenados em local seguro por cinco anos sobre responsabilidade dos pesquisadores e após este período serão incinerados. E por fim, será respeitada a vontade do participante de interromper a pesquisa a qualquer momento, entretanto com o conhecimento que seria algo prejudicial para o andamento do trabalho.

Outro risco aos participantes será a possibilidade de “auto-diagnóstico” ao final do preenchimento do questionário em decorrência da positividade na maioria dos sintomas avaliados. Em observância ao disposto no item III.2 da RESOLUÇÃO Nº 466/12, a fim de mitigar este risco, serão asseguradas as medidas de: distribuição de panfletos educativos contendo informações de relevância médica e, sobretudo, aconselhamento acerca da necessidade e viabilidade de acompanhamento, tratamento e assistência integral – dentro e fora da instituição da pesquisa – para a ansiedade e depressão nos estudantes de medicina; preservada a autonomia do participante, através do TCLE, respeitando sua vontade em interromper o preenchimento dos questionários, bem como o esclarecimento de dúvidas sobre o tema pelos pesquisadores durante e após a coleta de dados.

Os participantes da pesquisa serão esclarecidos que as escalas de Hamilton e GAD-7 não são diagnósticas, mas indicam apenas sinais e sintomas comuns nos casos de transtorno de ansiedade e depressão, uma vez que o diagnóstico destas entidades patológicas é realizado por um profissional habilitado, tendo em base o DSM-V.

Benefícios

Como benefício direto para o participante, ele irá adquirir o conhecimento de sua condição de saúde pelo resultado dos testes GAD-7 e escala de Hamilton, pois no fim das perguntas eles podem fazer uma somatória da pontuação adquirida e dessa forma se classificarem como ansiosos

Endereço: Av. Universitária, Km 3,5
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 75.083-515
UF: GO **Município:** ANAPOLIS
Telefone: (62)3310-6736 **Fax:** (62)3310-6636 **E-mail:** cep@unievangelica.edu.br



Continuação do Parecer: 3.186.115

e/ou depressivos, respectivamente.

Além disso, serão entregues panfletos de cunho educativo acerca do acompanhamento, diagnóstico e tratamento integral dos distúrbios psiquiátricos da pesquisa. Tal instrumento será útil no aconselhando sobre as intervenções necessárias, de natureza individual e profissional, para que se possa impedir a progressão da doença e suas complicações mais graves, como por exemplo, o suicídio.

Já pensando em benefícios indiretos, o estudo servirá de base para construção de mais informações a cerca dos temas, devido ao fato de que na nossa sociedade ainda é escassa a atenção voltada para os portadores desses transtornos. Além disso, também pode servir como coadjuvante a outros estudos, auxiliando o meio científico a desenvolver mais meios e técnicas em prol daqueles que padecem desses males.

Também pode funcionar como uma forma de trazer um “feedback” a instituição onde será realizado demonstrando os níveis de ansiedade de seus alunos ao longo do curso, que servirá como uma maneira de analisar se a carga horária está muito intensa ou adequada.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto de Pesquisa, do Curso de Medicina do Centro Universitário de Anápolis UniEVANGÉLICA, sob a orientação do Prof. Dr. Humberto de Sousa Fontoura. O projeto apresenta-se bem delineado, com metodologia exequível. As pendências elencadas na apreciação ética prévia do projeto de pesquisa foram atendidas e especial atenção seja dada a recomendação solicitada.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

De acordo com as recomendações previstas pela RESOLUÇÃO nº 466/2012 e demais complementares o protocolo permitiu a realização da análise ética. Todos os documentos listados abaixo foram analisados. O ORÇAMENTO, apresenta o custo do estudo, arcado pelos pesquisadores.

Recomendações:

Recomendação 1: Remover das escalas de avaliação de ansiedade e depressão a possibilidade do(a) participante realizar o somatório dos itens preenchidos. Sugere-se que essa ação fique a cargo dos pesquisadores.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

PENDÊNCIA 1 - Quanto aos documentos Projeto Detalhado e Plataforma Brasil:

Endereço: Av. Universitária, Km 3,5
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 75.083-515
UF: GO **Município:** ANAPOLIS
Telefone: (62)3310-6736 **Fax:** (62)3310-6636 **E-mail:** cep@unievangelica.edu.br



Continuação do Parecer: 3.186.115

A) Detalhar se os questionários HAM-D e GAD-7, respectivamente, diagnosticam depressão ou ansiedade, ou se somente identificam a frequência de sinais e sintomas da depressão ou ansiedade. Consubstanciar. CORRIGIDO PÁGINA 13 DO PROJETO (PENDÊNCIA ATENDIDA)

B) Descrever quais ações serão utilizadas para minimizar os riscos dos participantes quanto ao possível "auto-diagnóstico" ao final do preenchimento do questionário, em observância ao disposto no item III.2 da RESOLUÇÃO Nº 466/12. CORRIGIDO PÁGINA 13 E 14 DO PROJETO (PENDÊNCIA ATENDIDA)

C) Descrever de forma detalhada o formato da abordagem aos acadêmicos do primeiro período que desconhecem os termos técnicos presentes no formulário HAM-D. CORRIGIDO PÁGINA 16 DO PROJETO (PENDÊNCIA ATENDIDA)

D) Detalhar no projeto de pesquisa os grupos experimentais e o número de participantes por grupo conforme descrito no PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1240523. CORRIGIDO PÁGINA 12 DO PROJETO (PENDÊNCIA ATENDIDA)

E) Descrever os motivos de um número maior de participantes de acadêmicos do 1º período, a fim de consubstanciar o tamanho amostral. CORRIGIDO PÁGINA 12 DO PROJETO (PENDÊNCIA ATENDIDA)

F) Inserir no projeto de pesquisa, em conformidade ao descrito no TCLE, o tempo de duração para o preenchimento dos questionários. CORRIGIDO PÁGINA 16 DO PROJETO (PENDÊNCIA ATENDIDA)

G) Corrigir a inconsistência entre o PB e o projeto de pesquisa no que tange a população participante, isto é, serão os acadêmicos do 6º período (conforme PB) ou 5º período consoante ao projeto de pesquisa. CORRIGIDO.(PENDÊNCIA ATENDIDA)

Considerações Finais a critério do CEP:

O protocolo de pesquisa encontra-se de acordo com a Resolução 466/12 do CNS, não apresentando nenhum óbice ético para sua execução. Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa - CEP UniEVANGÉLICA, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/2012, manifesta-se por aprovar o presente protocolo de pesquisa.

Endereço: Av. Universitária, Km 3,5
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 75.083-515
UF: GO **Município:** ANAPOLIS
Telefone: (62)3310-6736 **Fax:** (62)3310-6636 **E-mail:** cep@unievangelica.edu.br



Continuação do Parecer: 3.186.115

Solicitamos ao pesquisador responsável o envio do RELATORIO FINAL a este CEP, via Plataforma Brasil, conforme cronograma de execucao apresentado.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1240523.pdf	26/02/2019 09:34:50		Aceito
Outros	carta_de_encaminhamento_Murilo.docx	26/02/2019 09:34:36	Humberto de Sousa Fontoura	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcleansiedade.docx	26/02/2019 09:34:22	Humberto de Sousa Fontoura	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO26022019.docx	26/02/2019 09:29:32	Humberto de Sousa Fontoura	Aceito
Folha de Rosto	folhaderostoLenise.pdf	22/10/2018 11:51:48	Humberto de Sousa Fontoura	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

ANAPOLIS, 08 de Março de 2019

Assinado por:
Brunno Santos de Freitas Silva
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Universitária, Km 3,5
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 75.083-515
UF: GO **Município:** ANAPOLIS
Telefone: (62)3310-6736 **Fax:** (62)3310-6636 **E-mail:** cep@unievangelica.edu.br