

Prevalência de sintomas depressivos em estudantes de Medicina*

Prevalence of depressive symptoms in medical students

Nathália Gaspar Vallilo¹, Roberto Danzi Júnior¹, Rafael Gobbo¹, Neil Ferreira Novo², Carlos von Krakauer Hübner³

*Recebido Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Sorocaba, SP.

RESUMO

JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS: Diversos estudos revelam que os estudantes de Medicina são altamente suscetíveis ao aparecimento de quadros depressivos. Essa maior predisposição parece estar relacionada a diferentes fatores ao longo do curso. A depressão, além de causar grande sofrimento psíquico, pode levar a prejuízos no desempenho acadêmico e nos relacionamentos sociais. O objetivo deste estudo foi verificar a prevalência de sintomas depressivos entre os estudantes de Medicina e avaliar como eles se comportam de acordo com o sexo, idade e período do curso.

MÉTODO: O estudo foi realizado no segundo semestre de 2009 com 400 alunos devidamente matriculados no curso de Medicina. Os alunos foram divididos em três grupos distintos: o grupo A formado por alunos do 1º e 2º anos, o grupo B por alunos do 3º e 4º anos e o grupo C por alunos do 5º e 6º anos. Foi utilizado o Inventário de Depressão de Beck que é uma medida de autoavaliação dos sintomas da depressão.

RESULTADOS: A idade média foi de 22,56 anos e a pontuação média geral de 5,77, sendo 5,11 para os homens e 6,29 para as mulheres. As três questões com maior pontuação foram as de número 8, 5 e 17.

CONCLUSÃO: Autoacusação, culpa e fadiga foram os três sintomas depressivos de maior frequência com alta concordância entre os grupos. Não houve diferença significativa em relação à quantidade de sintomas depressivos presentes entre os três grupos.

Descritores: Alunos de Medicina, Depressão, Inventário de depressão de Beck.

SUMMARY

BACKGROUND AND OBJECTIVES: Several studies show that medical students are highly susceptible to the onset of depression. This increased predisposition seems to be related to different stressors throughout the course. Depression, besides causing great psychological distress, may lower academic performance and social relationships. The aim of this study is to identify the prevalence of depressive symptoms among medical students of the Medical School and assess how they change according to gender, age and period of the course.

METHOD: The study was conducted during the second half of 2009 with 400 students duly enrolled in medical school. Students were divided into three different groups. Group A is formed by students of the 1st and 2nd year, group B for students in 3rd and 4th year students and group C for the 5th and 6th years. We used the Beck Depression Inventory: a self-assessment of depressive symptoms

RESULTS: The mean age was 22.56 years and the overall average score was 5.77, and 5.11 for men and 6.29 for women. The three questions highest scored were questions 8, 5 and 17.

CONCLUSION: Self-blame, guilt and fatigue were the most frequent among the depressive symptoms - with high agreement between groups. There was no significant difference in the quantity of depressive symptoms among the three groups.

Keywords: Beck depression inventory, Depression, Medical students.

INTRODUÇÃO

A depressão é um transtorno de humor que deve ser diagnosticado e tratado adequadamente. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2020, a depressão está projetada para ocupar o segundo lugar no *ranking* dos “anos de vida perdidos ajustados por incapacidade” (Disability Adjusted Life Years - DALY) para todas as idades e sexos¹.

Os sintomas clínicos da depressão, de acordo com o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-IV)² e o Código Internacional de Doenças (CID-10)³ são humor depressivo, tristeza, perda de interesse ou prazer, perda ou ganho de peso significativo, insônia (no início, na metade ou no final do sono) 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.

Não é difícil encontrar indivíduos em estado depressivo com diminuição do rendimento no estudo, no trabalho e em seus afaze-

1. Graduandos de Medicina (6º ano) da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Sorocaba, SP, Brasil

2. Professor de Estatística da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Sorocaba, SP, Brasil

3. Professor de Psiquiatria da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Sorocaba, SP, Brasil

Apresentado em 10 de novembro de 2010

Aceito para publicação em 31 de janeiro de 2011

Endereço para correspondência:
Nathália Gaspar Vallilo
Praça Dr. José Ermírio de Moraes, 290
18030-095 Sorocaba, SP
Fone: (11) 9941-1822
E-mail: nathalian1@hotmail.com

© Sociedade Brasileira de Clínica Médica

res cotidianos. Muitas vezes por não conhecerem as manifestações da doença, acabam não procurando ajuda especializada e convivem neste estado por um longo período de tempo⁴.

Diversos estudos revelam que os estudantes de medicina são altamente suscetíveis ao aparecimento de quadros depressivos⁵⁻⁹. Alguns estudos demonstraram a existência de diferentes agentes estressores ao longo do curso universitário e que esses dependem do nível em que o aluno se encontra (início, meio ou final de curso)¹⁰⁻¹⁶. Essa maior predisposição parece estar relacionada a diferentes fatores estressores ao longo do curso como perda da liberdade pessoal, alto nível de exigência do curso, sentimento de desumanização, falta de tempo para o lazer, forte competição existente entre os colegas e o próprio contato com pacientes^{17,18}.

A depressão, além de causar grande sofrimento psíquico, pode levar a prejuízos no desempenho acadêmico e nos relacionamentos sociais¹⁹. Outros fatores intimamente relacionados à depressão são o abuso de drogas²⁰ e o suicídio. Alguns estudos indicam elevado risco de suicídio entre os universitários em geral, particularmente entre os estudantes de Medicina²¹, sendo esta a segunda causa mais comum de morte, perdendo somente para os acidentes automobilísticos²².

O objetivo deste estudo foi verificar a prevalência de sintomas depressivos entre os estudantes de Medicina e avaliar como eles se comportam de acordo com o sexo, idade e período do curso.

MÉTODO

Após aprovação do Comitê de Ética do *Campus* de Sorocaba da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (Processo nº 0012.0.154.000-09), realizou-se este estudo no segundo semestre de 2009, com todos os alunos devidamente matriculados no curso de Medicina da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, *Campus* Sorocaba, que se dispuseram a participar após a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) e preenchimento do questionário.

Os alunos foram divididos em três grupos distintos. O grupo A formado por alunos do 1º e 2º anos, o grupo B por alunos do 3º e 4º anos e o grupo C por alunos do 5º e 6º anos.

O questionário utilizado é padronizado e autoaplicável, chamado inventário de depressão de Beck (IDB), que é uma medida de autoavaliação dos sintomas da depressão. Ele consiste em 21 afirmações que variam de intensidade de 0 a 3, com uma pontuação final que pode variar de 0 a 63. Os itens referem-se a sintomas de caráter afetivo, cognitivo e somático. Os itens de caráter afetivo, 1, 4, 10, 11 e 12 representam os seguintes sintomas respectivamente: tristeza, falta de satisfação, crises de choro, irritabilidade e retração social. Os itens de caráter cognitivo, 2, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 13, 14 e 20, avaliam os seguintes parâmetros: pessimismo, sensação de fracasso, sensação de culpa, sensação de punição, autodepreciação, autoacusações, ideias suicidas, indecisão, distorção da imagem corporal e preocupação somática. Os itens somáticos, 15, 16, 17, 18, 19 e 21, correspondem à inibição para o trabalho, distúrbios do sono, fadiga, perda de apetite, perda de peso, diminuição da libido (Anexo 1).

O ponto de corte utilizado seguiu os padrões propostos por Kendall e são compostos por: 0-14 pontos correspondem à normalidade, 15-20 pontos encaixam-se no quadro de disforia e pontuação maior que 20 indica depressão.

Para a análise dos resultados foram aplicados os seguintes testes: 1- Qui-quadrado com o objetivo de comparar os sexos feminino e masculino em relação às condições de normalidade, quanto à depressão, para os grupos de escores 0-14; 15-20; 21-63. 2- Análise de Variância de Kruskal-Wallis com a finalidade de comparar os grupos A, B e C em relação aos escores de cada uma das 21 questões. 3- Análise de Variância de Friedman com o objetivo de comparar, em separado para os grupos A, B e C, os escores atribuídos a cada uma das 21 questões do questionário. Em todos os testes fixou-se o nível de significância em 0,05 ou 5%.

RESULTADOS

Foram entrevistados 400 alunos do curso de Medicina, que corresponde a 62% do total. Nesta amostra, a idade média foi de 22,56 anos, com média de 22,63 anos para os homens e 22,51 anos para as mulheres. Já com relação à pontuação, encontrou-se uma média geral de 5,77 pontos, sendo 5,11 para os homens e 6,29 para as mulheres.

O grupo A foi formado por 129 alunos, sendo que destes, 77 mulheres e 52 homens. A mediana da idade para este grupo foi calculada em 20 anos, sendo que a média para ambos os sexos foi de 20 anos. O escore total do questionário para o grupo A foi de 6,27 pontos, sendo que o máximo encontrado foi de 34 pontos e o mínimo de zero ponto.

Já o grupo B contou com 169 alunos, 88 mulheres e 81 homens, com mediana calculada em 22 anos, sendo que a média para os homens foi de 23 anos e para as mulheres de 22 anos. O total escore deste grupo foi de 5,3 pontos, com máximo de 30 pontos e mínimo de zero ponto.

Por fim, o grupo C com 102 alunos, sendo 59 mulheres e 43 homens. A mediana da idade calculada foi de 24 anos, sendo que a média das idades para os homens foi de 24 anos e para as mulheres foi de 25 anos. O total escore calculado foi de 5,8 pontos, com máximo de 19 pontos e mínimo de zero ponto.

Em relação às questões com maiores pontuações, no grupo A encontraram-se, em ordem decrescente, as questões 8, 5 e 17, que correspondem a autoacusações, sensação de culpa e fadiga, respectivamente. No grupo B, as questões 17, 8 e 5, que correspondem à fadiga, autoacusações e sensação de culpa. No grupo C, as questões 8, 17 e 5 que correspondem à autoacusações, fadiga e sensação de culpa. Ao calcular a concordância das respostas dadas pelos três grupos encontrou-se alta e significativa concordância entre os grupos, mostrando coeficiente de concordância de Kendall $w = 0,94$ com $X^2 = 56,40$ ($p < 0,0001$) (Tabela 1).

Com o objetivo de comparar os grupos em relação à presença dos sintomas elaborou-se o gráfico 1.

Separando por sexo os três grupos de estudo (A, B e C) observou-se que no grupo A 7 pessoas apresentaram disforia (4 homens e 3 mulheres), enquanto 5 pessoas apresentaram depressão (3 homens e 2 mulheres). No grupo B 5 pessoas apresentaram disforia (3 homens e 2 mulheres), ao passo que 6 pessoas apresentaram notas compatíveis com depressão (4 homens e 2 mulheres). Por sua vez, o grupo C apresentou 6 pessoas com notas indicativas de disforia (4 homens e 2 mulheres) e 5 pessoas com indicação de depressão (4 homens e 1 mulher). Não houve diferença estatística entre os grupos. Os dados completos estão dispostos na tabela 2.

Tabela 1 – Distribuição em ordem decrescente das questões (Q) com maior pontuação

	Alunos do 1º e 2º	Alunos do 3º e 4º	Alunos do 5º e 6º
	anos	anos	anos
1º	8	17	8
2º	5	8	17
3º	17	5	5
4º	16	11	11
5º	11	16	16
6º	15	15	4
7º	20	12	12
8º	7	20	7
9º	13	13	15
10º	4	14	1
11º	1	4	10
12º	12	7	13
13º	19	6	24
14º	10	10	17
15º	6	19	19
16º	2	1	6
17º	14	18	21
18º	18	2	2
19º	3	3	3
20º	9	21	18
21º	21	9	9

Nas comparações por questões não foi possível identificar nenhuma diferença significativa entre as respostas dadas pelos alunos dos três grupos. Os dados estão dispostos na tabela 3.

Tabela 3 - Alunos de medicina segundo o resultado (p) da comparação dos grupos A, B e C, para cada um dos itens do questionário.

Número da Questão	Significado da Questão	Índice de Significância (p-valor)
1	Tristeza	0,18
2	Pessimismo	0,48
3	Sensação de fracasso	0,82
4	Falta de Satisfação	0,31
5	Sensação de culpa	0,38
6	Sensação de punição	0,86
7	Autodepreciação	0,42
8	Autoacusação	0,33
9	Ideias suicidas	0,77
10	Crises de choro	0,70
11	Irritabilidade	0,08
12	Retração Social	0,60
13	Indecisão	0,90
14	Distorção da imagem corporal	0,60
15	Inibição para o trabalho	0,50
16	Distúrbio do Sono	0,80
17	Fadiga	0,72
18	Perda de apetite	0,74
19	Perda de peso	0,71
20	Preocupação Somática	0,26
21	Diminuição da libido	0,67

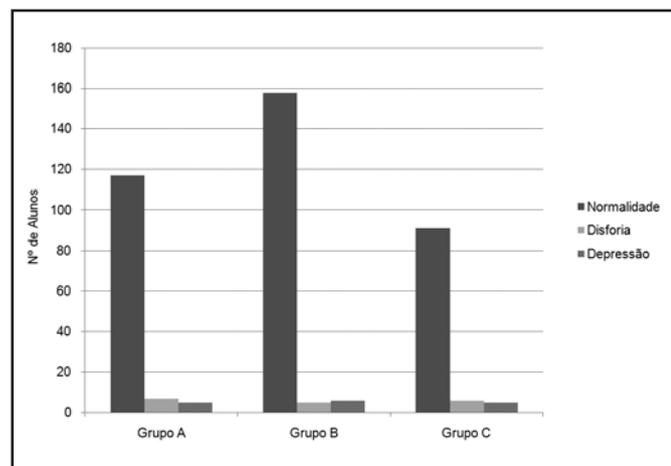


Gráfico 1 – Alunos dos grupos A, B e C, segundo a frequência dos diagnósticos considerados.

BDI = *Beck Depression Inventory*Tabela 2 – Distribuição dos alunos quanto aos pontos obtidos no BDI = *Beck Depression Inventory*

Grupos	Normalidade (0-14)				Disforia (15-20)				Depressão (>20)			
	Mulheres		Homens		Mulheres		Homens		Mulheres		Homens	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
A	70	54,30	47	36,50	4	3,10	3	2,30	3	2,30	2	1,50
B	81	47,90	77	45,60	3	1,80	2	1,20	4	2,30	2	1,20
C	51	50,00	40	39,20	4	2,00	2	2,00	4	3,90	1	1,00
Total	202		161		11		4		11		5	

 $\chi^2 = 2,765$ (p = 0,25) $\chi^2 = 2,045$ (p = 0,35) $\chi^2 = 0,485$ (p = 0,78)

DISCUSSÃO

É consenso que existem inúmeros estudos que focam a presença de sintomas depressivos em estudantes universitários. Neste estudo apenas os estudantes de Medicina foram avaliados, enquanto encontrou-se na literatura estudos direcionados a diversas áreas do conhecimento, como Psicologia e Farmácia²³⁻²⁵. Cavestro e Rocha²⁶ analisaram os sintomas depressivos entre três cursos da área da saúde: Medicina, Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Os estudos de Bourque e Beaudette²⁷ e Gotlib²⁸ não discriminaram os cursos analisados.

Neste estudo, 62% dos alunos do curso foram analisados e divididos entre três grupos de acordo com as séries. Este esquema de agrupamento foi proposto por Baldassin e col.²⁹, que dividiu o número de universitários de Medicina em 3 amostras: básico (1º e

2º anos), intermediário (3º e 4º anos), internato (5º e 6º anos). Já Porcu, Fritzen e Helber³⁰ separaram os alunos em seis amostras independentes, correspondentes a cada uma das séries do curso.

Com relação à diferença de proporção entre os sexos, no presente estudo, a proporção de mulheres foi superior a de homens (56% e 44%) seguindo a tendência demonstrada em outros estudos^{23,25,27,28}. Já com relação à idade, a média geral nesta análise foi de 22,56 anos, índice superior ao encontrado na literatura^{24,25,27,31}. Não se notou desproporção significativa entre a idade média dos estudantes masculinos e femininos nesta análise: 22,63 e 22,51 anos, respectivamente.

Neste estudo houve maior participação do sexo feminino. Mesmo assim, embora haja uma diferença significativa, 8,5% *versus* 3,7%, não houve diferença estatística significativa quanto à presença de depressão entre os estudantes em relação ao sexo, mas vale salientar que existe na literatura maior prevalência de sintomas depressivos em mulheres, tanto no meio acadêmico como na população em geral^{17,23,28,30}.

A pontuação geral média neste estudo foi de 5,77. Este escore mostra-se inferior ao obtido em outros estudos analisados^{23,25,27,28,31}. Há uma discreta disparidade na pontuação média entre os sexos, com o escore médio entre as mulheres maior que entre os homens, uma vez que a pontuação média foi de 6,29 *versus* 5,11. Esta inclinação é também demonstrada em outros estudos^{23,28,31}, porém nesta análise tal diferença não se mostrou estatisticamente significativa. Em contrapartida Porcu, Fritzen e Helber³⁰ encontrou maior prevalência de sintomas depressivos entre os homens.

Com relação aos grupos propostos por este estudo, observou-se maior pontuação entre os integrantes do grupo A, que totalizaram 6,27 pontos *versus* 5,3 e 5,8 pontos dos grupos B e C, respectivamente. Estes dados diferem dos obtidos por Baldassin e col.²⁹, que mostraram maiores pontuações no BDI durante o período de internato em comparação com os outros períodos do curso. No presente estudo, apesar da propensão de maior prevalência de sintomas depressivos entre os alunos que se encontram nos extremos, as diferenças entre os dados apresentados não se mostraram significantes. A tendência de diminuição da prevalência dos sintomas depressivos no meio do curso com elevação na chegada do extremo final é demonstrada por Porcu, Fritzen e Helber³⁰.

Ao estratificar os grupos, encontrou-se, em ordem decrescente, maior prevalência de depressão no grupo C, A e B, respectivamente. Do grupo A para o grupo B, tal valor diminuiu de 3,8% para 3,5%, enquanto que do grupo B para o grupo C, esse número saltou de 3,5% para 4,9%. Apesar de não haver diferença estatística entre esses grupos, a trajetória do aluno durante a escola médica justifica esses valores. Inicialmente, existe uma fase de euforia com mudanças no estilo de vida, alta exigência das disciplinas e principalmente pela transição da ciência básica para a prática clínica. Posteriormente, segue-se um período de melhora, até que surge novamente uma fase de angústia pela expectativa de aprovação nas provas de residência médica, maior responsabilidade que vão assumir com a entrada no mercado de trabalho e pelas limitações do conhecimento médico^{30,32}.

Em comparação com estudos que utilizaram o BDI, o percentual de estudantes de Medicina depressivos encontrados neste estudo (12,2%) está abaixo daqueles encontrados em outros estudos^{29,30}. Tal diferença parece ter como causa o ponto de corte estabelecido como parâmetro para depressão. No caso de Porcu, Fritzen

e Helber³⁰, os pontos de corte adotados foram 0-3 (nenhum ou mínimo); 4-7 (leve); 8-15 (moderado); 16 ou mais (grave). Já no de Baldassin e col.²⁹, zero-9 (nenhum ou mínimo); 10-16 (leve); 17-29 (moderado); maior que 30 (grave).

O ponto de corte estabelecido por Kendall e col.³³, confirmado por Gorestein e Andrade³⁴ e que foi usado neste estudo, parece ser mais adequado à literatura atual, uma vez que a amostra utilizada não possui o diagnóstico de depressão definidos pelos CID-10 ou DSM-IV. Outros estudos com universitários não médicos e jovens do ensino médio, que também utilizaram o BDI, encontram escores superiores a este estudo^{25,27}. Entre os universitários não médicos, acredita-se que durante a graduação apesar de haver um enfoque na promoção de saúde, não há o desenvolvimento de potenciais de vida como o aumento das habilidades pessoais, autoestima e satisfação no viver, que são pré-requisitos para uma vida saudável³⁵. As questões com maior significância nos três grupos foram 5, 8 e 17, que correspondem à sensação de culpa, autoacusação e fadiga. Enquanto os itens cognitivos (culpa e autoacusação) podem estar associados à presença de sintomas negativos, medo e insegurança³¹, o item somático (fadiga) pode relacionar-se a maior exigência do próprio curso provocando noites mal dormidas, ausência de suporte familiar e de amigos, confronto com a morte e redução das atividades de prazer³⁶⁻³⁸. Não se observaram diferenças significativas ao comparar cada questão entre as respostas dadas pelos alunos dos três grupos, o contrário do que foi encontrado em outro estudo²⁹. Mesmo sabendo que o uso de antidepressivos entre os estudantes é bastante comum^{39,40} e que isso poderia ser um fator de confusão para os resultados obtidos, o foco deste estudo não levou em consideração o uso destes medicamentos, ainda mais que a automedicação é frequente nesse meio⁴¹ e, portanto se tornaria difícil saber se os alunos que fazem uso deste tipo de medicação o faziam sob prescrição médica ou como automedicação.

Apesar de não ser um dos objetivos do estudo, ao contrário do que é encontrado na literatura²⁴, o item 9, referente a ideias suicidas, foi o que obteve menor pontuação no BDI para os grupos B e C, não sendo superado apenas pela questão referente à diminuição da libido (item 21) no grupo A. Contudo, este é um tema bastante preocupante, pois o suicídio é a segunda causa de morte entre os estudantes de Medicina, perdendo apenas para os acidentes, como mostram outros estudos^{42,43}. Sendo assim, estudos envolvendo estudantes com sintomas depressivos mostram-se importante, uma vez que se não forem identificados e tratados corretamente, poderá haver um alto grau de morbidade e mortalidade, especialmente através do suicídio.

CONCLUSÃO

Neste estudo não houve diferença significativa em relação à quantidade de sintomas depressivos presentes entre os três grupos, ao contrário do que era esperado antes da sua realização. Também não houve diferença significativa em relação à quantidade de sintomas depressivos presentes quando comparado em relação ao sexo. Foi encontrado o mesmo número de pessoas com depressão nos três grupos, independente do sexo.

Autoacusação, culpa e fadiga foram os três sintomas depressivos de maior frequência, com alta concordância entre os grupos, como demonstrado pelos valores significantes encontrados na comparação.

Anexo 1 – Questionário

Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Depois de ler cuidadosamente cada grupo, faça um círculo em torno do número (0, 1, 2 ou 3) diante da afirmação, em cada grupo, que descreve melhor a maneira como você tem se sentido nesta semana, incluindo hoje. Se várias afirmações num grupo parecerem se aplicar igualmente bem, faça um círculo em cada uma. Tome o cuidado de ler todas as afirmações, em cada grupo, antes de fazer a sua escolha.

1. 0 Não me sinto triste.

1. Eu me sinto triste.
2. Estou sempre triste e não consigo sair disso.
3. Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar.

2. 0 Não estou especialmente desanimado quanto ao futuro.

1. Eu me sinto desanimado quanto ao futuro.
2. Acho que nada tenho a esperar.
3. Acho o futuro sem esperança e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar.

3. 0 Não me sinto um fracasso.

1. Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum.
2. Quando olho para trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos.
3. Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso.

4. 0 Tenho tanto prazer em tudo como antes.

1. Não sinto mais prazer nas coisas como antes.
2. Não encontro um prazer real em mais nada.
3. Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo.

5. 0 Não me sinto especialmente culpado.

1. Eu me sinto culpado às vezes.
2. Eu me sinto culpado na maior parte do tempo.
3. Eu me sinto sempre culpado.

6. 0 Não acho que esteja sendo punido.

1. Acho que posso ser punido.
2. Creio que vou ser punido.
3. Acho que estou sendo punido.

7. 0 Não me sinto decepcionado comigo mesmo.

1. Estou decepcionado comigo mesmo.
2. Estou enojado de mim.
3. Eu me odeio.

8. 0 Não me sinto de qualquer modo pior que os outros.

1. Sou crítico em relação a mim devido a minhas fraquezas ou meus erros.
2. Eu me culpo sempre por minhas falhas.
3. Eu me culpo por tudo de mal que acontece.

9. 0 Não tenho quaisquer ideias de me matar.

1. Tenho ideias de me matar, mas não as executaria.
2. Gostaria de me matar.
3. Eu me mataria se tivesse oportunidade.

10. 0 Não choro mais que o habitual.

1. Choro mais agora do que costumava.
2. Agora choro o tempo todo.
3. Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo mesmo que o queira.

11. 0 Não sou mais irritado agora do que já fui.

1. Fico molestado ou irritado mais facilmente do que costumava.
2. Atualmente me sinto irritado o tempo todo.
3. Absolutamente não me irrita com as coisas que costumavam irritar-me.

12. 0 Não perdi o interesse nas outras pessoas.

1. Interesse-me menos do que costumava pelas outras pessoas.
2. Perdi a maior parte do meu interesse nas outras pessoas.
3. Perdi todo o meu interesse nas outras pessoas.

13. 0 Tomo decisões mais ou menos tão bem como em outra época.

1. Adio minhas decisões mais do que costumava.
2. Tenho maior dificuldade em tomar decisões do que antes.
3. Não consigo mais tomar decisões.

14. 0 Não sinto que minha aparência seja pior do que costumava ser.

1. Preocupo-me por estar parecendo velho ou sem atrativos.
2. Sinto que há mudanças permanentes em minha aparência que me fazem parecer sem atrativos.
3. Considero-me feio.

15. 0 Posso trabalhar mais ou menos tão bem quanto antes.

1. Preciso de um esforço extra para começar qualquer coisa.
2. Tenho de me esforçar muito até fazer qualquer coisa.
3. Não consigo fazer nenhum trabalho.

16. 0 Durmo tão bem quanto de hábito.

1. Não durmo tão bem quanto costumava.
2. Acordo uma ou duas horas mais cedo do que de hábito e tenho dificuldade para voltar a dormir.
3. Acordo várias horas mais cedo do que costumava e tenho dificuldade para voltar a dormir.

17. 0 Não fico mais cansado que de hábito.

1. Fico cansado com mais facilidade do que costumava.
2. Sinto-me cansado ao fazer quase qualquer coisa.
3. Estou cansado demais para fazer qualquer coisa.

18. 0 Meu apetite não está pior do que de hábito.

1. Meu apetite não é tão bom quanto costumava ser.
2. Meu apetite está muito pior agora.
3. Não tenho mais nenhum apetite.

19. 0 Não perdi muito peso, se é que perdi algum ultimamente.

1. Perdi mais de 2,5 Kg.
2. Perdi mais de 5,0 Kg.
3. Perdi mais de 7,5 Kg.

Estou deliberadamente tentando perder peso, comendo menos:
SIM () NÃO ()

20. 0 Não me preocupo mais que o de hábito com minha saúde.

1. Preocupo-me com problemas físicos como dores e aflições ou perturbações no estômago ou prisão de ventre.
2. Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa que não isso.
3. Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em outra coisa.

21. 0 Não tenho observado qualquer mudança recente em meu interesse sexual.

1. Estou menos interessado por sexo que costumava.
2. Estou bem menos interessado em sexo atualmente.
3. Perdi completamente o interesse por sexo.

REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial da Saúde. Mental Health Home. Disponível em: http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/. Acesso em 21/07/2010.
2. DSM - IV. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. Porto Alegre: Artes Médicas; 1994.
3. CID-10. Classificação Internacional das doenças e problemas relacionados à saúde. São Paulo: EDUSP; 1997.
4. Furegato ARF, Silva EC, Campos MC, et al. Depressão e autoestima entre acadêmicos de enfermagem. *Rev Psiquiatr Clín* 2006;33(5):239-44
5. Clark DC, Zeldow PB. Vicissitudes of depressed mood during four years of medical school. *JAMA* 1988;260(19):2521-8.
6. Mosley TH Jr, Perrin SG, Neral SM, et al. Stress, coping, and well-being among third-year medical students. *Acad Med* 1994;69(9):765-7.
7. Dyrbye LN, Thomas MR, Eacker A, et al. Race, ethnicity, and medical student well-being in the United States. *Arch Intern Med* 2007;167(19):2103-9.
8. Dahlin ME, Runeson B. Burnout and psychiatric morbidity among medical students entering clinical training: a three year prospective questionnaire and interview-based study. *BMC Med Educ* 2007;7:6.
9. Baldassin S. O desgaste no internato - o nascimento do *coping* de um médico. In: Guimarães KBS, (editor). *Saúde mental do médico e do estudante de Medicina*. 1ª ed. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2007. p. 51-60.
10. Hahn MS, Ferraz MPT. Características da clientela de um programa de saúde mental para estudantes universitários brasileiros. *Rev ABP-APAL* 1998;20(2):45-53.
11. Lloyd C, Gartrell NK. Psychiatric symptoms in medical students. *Compr Psychiatry* 1984;25(6):552-65.
12. Millan LR, Rossi E, De Marco OLN. A procura espontânea de assistência psicológica pelo estudante de medicina. *Rev ABP-APAL* 1995;17(1):11-6.
13. Millan LR, Barbedo MF. Assistência psicológica ao aluno de medicina: o início de uma experiência. *Rev Bras Educ Méd* 1988;12(1):1-40.
14. Millan LR, Arruda PC. Psychological assistance to medical students : 21 years of experience. *Rev Assoc Med Bras* 2008;54(1):90-4.
15. Millan LR. A saúde mental do estudante de medicina. *Rev Bras Med Psicossomática*. 1997;1:135-140.
16. Pepitone-Arreola-Rockwell F, Rockwell D, Core N. Fifty-two medical student suicides. *Am J Psychiatry* 1981;138(2):198-201.
17. Moro A, Valle JB, Lima LP. Sintomas depressivos nos estudantes de medicina da Universidade da Região de Joinville (SC). *Rev Bras Educ Méd* 2005;29(2):97-102.
18. Montoya LM, Gutiérrez JA, Toro BE., Briñón MA, Rosas E, Salazar LE. Depresión en estudiantes universitarios y su asociación con el estrés académico. *Rev CES Med* 2010;24(1):7-17.
19. Rodrigues RS, Santos SC, Cataldo Neto A et al. Depressão em alunos de medicina. *Acta Médica* 2006; 27:374-380.
20. 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):303-13
21. Ross M. Suicide among physicians. A psychological study. *Dis Nerv Syst* 1973;31(3):145-50.
22. Rimmer J, Halikas JA, Schuckit MA. Prevalence and incidence of psychiatric illness in college students: a four year prospective study. *J Am Coll Health* 1982;30(5):207-11.
23. Tanaka-Matsumi J, Kameoka VA. Reliabilities and concurrent validities of popular self-report measures of depression, anxiety, and social desirability. *J Consult Clin Psychol* 1986;54(3):328-33.
24. Muran JC, Kassinove H, Ross S, et al. Irrational thinking and negative emotionality in college students and applicants for mental health services. *J Clin Psychol* 1989;45(2):188-93.
25. Lightfoot SL, Oliver JM. The Beck inventory: psychometric properties in university students. *J Pers Assess* 1985;49(4):434-6.
26. Cavestro JM, Rocha FL. Prevalência de depressão entre estudantes universitários. *J Bras Psiquiatr* 2006;55(4):264-7.
27. Bourque P, Beaudette D. Étude Psychometrique du questionnaire de dépression de beck auprès d'un échantillon d'étudiants universitaires Francophones. *Can J Behavioral Sci* 1982;14(3):211-8.
28. Gotlib IH. Depression and general psychopathology in university students. *J Abnorm Psychol* 1984;93(1):19-30.
29. Baldassin S, Alves TC, de Andrade AG, et al. The characteristics of depressive symptoms in medical students during medical education and training: a cross-sectional study. *BMC Med Educ* 2008;8:60.
30. Porcu M, Fritzen CV, Helber C. Sintomas depressivos nos estudantes de medicina da Universidade Estadual de Maringá. *Rev Psiquiatr Prat Med* 2001;34(1):2-6.
31. Baldassin SP, Martins LC, Andrade AG; Traços de ansiedade entre estudantes de medicina. *Arq Med ABC* 2006;31(2):27-31.
32. Cataldo Neto A, Cavalet D, Bruxel DM, et al. O estudante de medicina e o estresse acadêmico. *Rev Med PUCRS* 1998;8(1):6-12.
33. Kendall PC, Hollon SD, Beck AT, et al. Issues and Recommendations Regarding Use of the Beck Depression Inventory. *Cognit Ther Res* 1987;11(3):289-99
34. Gorenstein C, Andrade LHS. Inventário de depressão de Beck: propriedades psicométricas da versão em português. *Rev Psiquiatr Clín* 1998;25(5):245-50.
35. Elias WS, Murphy RJ. The case for health promotion programs containing health care costs: a review of the literature. *Am J Occup Ther* 1986;40(11):759-63.
36. Buela-Casal G, Miró E, Lániz MI, et al. Relation between habitual sleep duration and depressed mood state: Somatic versus cognitive symptoms. *Int J Clin Health Psychol* 2007;7(3):615-31.
37. Swami V, Chamorro-Premuzic T, Sinniah D, et al. General health mediates the relationship between loneliness, life satisfaction and depression. A study with Malaysian medical students. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2007;42(2):161-6.
38. Hirata FC, Lima MC, de Bruin VM, et al. Depression in medical school: the influence of morningness-eveningness. *Chronobiol Int* 2007;24(5):939-46.
39. Istilli PT, Miasso AI, Padovan CM, et al. Antidepressants: knowledge and use among nursing students. *Rev Lat Am Enfermagem* 2010;18(3):421-8.
40. Cunha MAB, Neves AAF, Moreira ME, et al. Transtornos psiquiátricos menores e procura por cuidados em estudantes de Medicina. *Rev Bras Educ Méd*. 2009;33(3):321-8.
41. Aquino DS, Barros JAC, Silva MDP. A automedicação e os acadêmicos da área de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* 2010;15(5):2533-8.
42. Simon HJ. Mortality among medical students, during 1947-67. *J Med Educ* 1968; 43:(11)1175-82.
43. Rimmer J, Halikas JA, Schuckit MA. Prevalence and incidence of psychiatric illness in college students: a four year prospective study. *J Am Coll Health* 1982;30(5):207-11.