



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR
Covilhã | Portugal



**Prevalência da sintomatologia depressiva
nos estudantes da Faculdade de Ciências da Saúde da
Universidade da Beira Interior**

Filipe Alexandre Ferreira Coutinho

Covilhã, 2010



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR
Covilhã | Portugal



**Prevalência da sintomatologia depressiva
nos estudantes da Faculdade de Ciências da Saúde da
Universidade da Beira Interior**

Dissertação apresentada à Universidade da Beira Interior no âmbito do Mestrado
Integrado em Medicina na área da Psiquiatria e Saúde Mental

Autor: Filipe Alexandre Ferreira Coutinho

Orientadores: Dr. Carlos Leitão e Dr. Vítor Saínhas

Covilhã, 2010

*“Tudo quanto fazemos, na arte ou na
vida, é a cópia imperfeita do que
pensámos em fazer. Desdiz não só da
perfeição externa, senão da perfeição
interna; falha não só à regra do que
deveria ser, senão à regra do que
julgávamos que poderia ser. Somos ocos
não só por dentro, senão também por
fora, párias da antecipação e da
promessa.”*

*Fernando Pessoa
in “o Livro do Desassossego”*

Índice

LISTA DE SIGLAS/ABREVIATURAS	6
ÍNDICE DE FIGURAS.....	7
ÍNDICE DE TABELAS	9
DEDICATÓRIA	11
RESUMO	12
ABSTRACT.....	14
INTRODUÇÃO	17
MATERIAIS E MÉTODOS.....	22
RESULTADOS	28
DISCUSSÃO	60
SUGESTÕES	70
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	71
REFERÊNCIAS	73
ANEXO 1.....	81
ANEXO 2.....	92
ANEXO 3.....	93
ANEXO 4.....	94
ANEXO 5.....	97

Sumário

LISTA DE SIGLAS/ABREVIATURAS	6
ÍNDICE DE FIGURAS.....	7
ÍNDICE DE TABELAS	9
DEDICATÓRIA	11
RESUMO	12
ABSTRACT.....	14
INTRODUÇÃO	17
MATERIAIS E MÉTODOS.....	22
1. Caracterização do estudo.	22
2. Cálculo e caracterização da amostra.	22
3. Instrumentos.....	23
4. Recolha dos dados.....	24
5. Variáveis em estudo.	25
6. Pesquisa da literatura de referência.....	25
7. Metodologia estatística dos dados.	26
RESULTADOS	28
1. Análise descritiva da amostra.	28
2. Análise estatística dos testes de hipóteses.	39
3. Análise da fiabilidade e validade da versão portuguesa do IDB.	56
DISCUSSÃO.....	60
1. Interesse do estudo.	60
2. Discussão da prevalência da sintomatologia depressiva obtida.....	60
3. Discussão dos resultados das hipóteses testadas.....	61
4. Discussão das análises de fiabilidade e validade do inventário.....	66
5. Discussão sobre o inventário utilizado	67
6. Limitações do estudo	68
SUGESTÕES	70
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	71
REFERÊNCIAS	73
ANEXO 1.....	81
ANEXO 2.....	92
ANEXO 3.....	93
ANEXO 4.....	94
ANEXO 5.....	97

Lista de siglas/abreviaturas

BDI	Beck Depression Inventory
CB	Ciências Biomédicas
CF	Ciências Farmacêuticas
DSM - IV	Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders – fourth edition
FCS	Faculdade de Ciências da Saúde
IDB	Inventário de Depressão de Beck
KMO	Kaiser-Mayer-Olkin
Med	Medicina
PTSS	Post-Traumatic Stress Syndrome
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
UBI	Universidade da Beira Interior
X ²	Teste de independência do Qui-Quadrado

Índice de figuras

Figura 1 – Total de alunos por curso e número de participantes no inquérito.....	28
Figura 2 – Distribuição dos participantes por curso.	29
Figura 3 – Distribuição dos participantes por <i>ano</i> e por curso.	29
Figura 4 – Distribuição dos participantes segundo a variável <i>sexo</i>	30
Figura 5 – <i>Boxplot</i> com a distribuição dos participantes segundo a variável <i>idade</i> (medianas e <i>outliers</i>).	30
Figura 6 – Distribuição dos participantes segundo a variável <i>distrito de origem</i>	31
Figura 7 – Distribuição dos participantes segundo a variável <i>estado civil</i>	31
Figura 8 – Distribuição dos participantes segundo a variável <i>grau de satisfação com o curso actual</i>	32
Figura 9 – Distribuição dos participantes segundo a variável <i>opção de candidatura no curso actual</i>	33
Figura 10 – Distribuição dos participantes segundo a variável <i>frequência de realização de actividades de lazer</i>	33
Figura 11 – Distribuição dos participantes segundo a variável <i>acontecimentos de vida stressantes e seus subtipos</i>	35
Figura 12 – Distribuição dos participantes segundo a variável <i>antecedentes pessoais de doença psiquiátrica</i>	35
Figura 13 – Distribuição dos participantes segundo a variável <i>tipos de doença psiquiátrica</i>	36
Figura 14 – Distribuição dos participantes segundo a variável <i>antecedentes familiares de doença psiquiátrica</i>	36
Figura 15 – Distribuição dos participantes segundo a variável <i>acompanhamento psicológico anterior</i>	37
Figura 16 – Distribuição dos participantes segundo a variável <i>acompanhamento psiquiátrico anterior</i>	37
Figura 17 – Distribuição geral da amostra de acordo com a intensidade da sintomatologia depressiva.	38
Figura 18 – Distribuição do grau de intensidade da sintomatologia depressiva por curso.	38

Figura 19 – Histograma representativo da pontuação global no IDB com a média, o desvio-padrão e a curva normal.	39
Figura 20 – Histogramas referentes às médias e desvios-padrão da pontuação no IDB por curso.....	39
Figura 21 – Distribuição da sintomatologia depressiva para cada curso.....	40
Figura 22 – Distribuição da intensidade da sintomatologia depressiva em cada curso.	41
Figura 23 – Distribuição da intensidade da sintomatologia depressiva pelos anos curriculares de cada curso.	42
Figura 24 – Representação gráfica do cruzamento entre o género e a sintomatologia depressiva para cada curso.....	43
Figura 25 – Representação gráfica do cruzamento entre a faixa etária e a sintomatologia depressiva para cada curso.	44
Figura 26 – Representação gráfica do cruzamento entre a composição do agregado familiar durante o período lectivo e a sintomatologia depressiva para cada curso.....	45
Figura 27 – Representação gráfica do cruzamento entre o rendimento familiar médio mensal e a sintomatologia depressiva para cada curso	46
Figura 28 – Representação gráfica do cruzamento entre o grau de satisfação com o curso actual e a sintomatologia depressiva para cada curso.	47
Figura 29 – Representação gráfica do cruzamento entre a frequência da realização de actividades de lazer e a sintomatologia depressiva para cada curso.....	48
Figura 30 – Representação gráfica do cruzamento entre acompanhamento psicológico anterior e a sintomatologia depressiva para cada curso.	51
Figura 31 – Representação gráfica do cruzamento entre acompanhamento psiquiátrico anterior e a sintomatologia depressiva para cada curso.	52
Figura 32 – Representação gráfica do cruzamento entre antecedentes pessoais de doença psiquiátrica e a sintomatologia depressiva para cada curso.	53
Figura 33 – Representação gráfica do cruzamento entre antecedentes familiares de doença psiquiátrica e a sintomatologia depressiva para cada curso.	54
Figura 34 – Representação gráfica do cruzamento entre acontecimento(s) de vida stressante(s) e a sintomatologia depressiva para cada curso.....	55
Figura 35 – Análise <i>Scree Plot</i> dos valores próprios.....	57

Índice de tabelas

Tabela 1 – Distribuição dos participantes segundo a variável <i>consumo regular de substâncias psicoactivas</i>	34
Tabela 2 – Tabela de cruzamento entre o género e a sintomatologia depressiva	43
Tabela 3 – Tabela de cruzamento entre a faixa etária e a sintomatologia depressiva..	44
Tabela 4 – Tabela de cruzamento entre as variáveis constituídas por três ou mais categorias e a sintomatologia depressiva	49
Tabela 5 – Tabela de cruzamento entre acompanhamento psicológico anterior e a sintomatologia depressiva.....	50
Tabela 6 – Tabela de cruzamento entre acompanhamento psiquiátrico anterior e a sintomatologia depressiva.....	51
Tabela 7 – Tabela de cruzamento entre antecedentes pessoais de doença psiquiátrica e a sintomatologia depressiva	52
Tabela 8 – Tabela de cruzamento entre os antecedentes familiares de doença psiquiátrica e a sintomatologia depressiva.....	53
Tabela 9 – Tabela de cruzamento entre as variáveis acontecimento(s) de vida stressante(s) e sintomatologia depressiva.	55
Tabela 10 – Análise da consistência interna do IDB através do cálculo do <i>Alfa de Cronbach</i>	56
Tabela 11 – Análise da adequabilidade amostral da matriz de correlações.....	57
Tabela 12 – Matriz rodada da análise dos componentes principais	58

Agradecimentos

- Ao Dr. Carlos Leitão e ao Dr. Vítor Saínhas, pela cordialidade e amizade com que sempre me receberam. Pelo apoio e pelo acreditar no projecto.
- À Professora Doutora Anabela Almeida, pela simpatia, disponibilidade e sugestões.
- Ao Prof. Dr. Miguel Castelo-Branco, pelo empenho e profissionalismo, sendo um exemplo para todos os alunos da FCS.
- Ao Dr. Rui Costa, pelo auxílio nas dúvidas relativas a questões informáticas.
- À Dra. Luíza Granadeiro e Dra. Sílvia Socorro, pela colaboração na difusão do trabalho e na disponibilização do *link* referente ao inquérito aos estudantes de C. Farmacêuticas e C. Biomédicas.
- À Dra. Sandra e Dra. Célia pela simpatia e fornecimento de bases enriquecedoras relativas ao programa SPSS.
- Ao Dr. Jorge Gama e ao Prof. Dr. Francisco Álvarez pela disponibilidade na revisão da análise estatística. Ao Prof. Dr. Ricardo Gouveia, pela revisão da validação do inventário utilizado.
- À Dra. Paula Cruz, por provar que ainda existem pessoas que praticam o “Bem” e em quem podemos confiar, mesmo sem conhecer pessoalmente.

Dedicatória

Dedico este trabalho às pessoas mais importantes da minha vida, a quem devo tudo o que sou e tudo o que serei.

- À minha Mãe, pelas velas e orações, pelo amor, pelas batalhas que enfrentámos e que enfrentaremos juntos.

- Ao meu Pai, pelo amor e pelo apoio, por acreditar em mim, por ser o meu melhor amigo e por ser um exemplo.

- Ao meu irmão, pela amizade e apoio constante, por me tornar mais do que um simples irmão.

- À Sónia, pelo amor e carinho incondicional, pelos conselhos, pela amizade, por ser o meu alicerce da vida, por ser o meu orgulho e por me completar como Ser Humano.

- À minha santa, a Nossa Senhora de Fátima, porque a Fé é inesgotável e um porto de abrigo nas horas de solidão e de desassossego.

Resumo

Introdução: A presença das perturbações depressivas origina um elevado impacto negativo na população a vários níveis (não só a nível pessoal e familiar, mas também a nível social e económico). Pelo facto de se assistir a um aumento progressivo da sintomatologia depressiva nos estudantes universitários, passando muitas vezes despercebida e devido à precariedade de informação epidemiológica neste âmbito em Portugal, justifica-se a realização desta investigação.

Objectivos: 1) Determinar a prevalência dos sintomas depressivos nos estudantes da Faculdade de Ciências da Saúde e analisar a sua relação com determinados factores; 2) proceder à validação da versão do Inventário de Depressão de Beck (IDB) utilizada nesta população.

Metodologia: Apresenta-se como uma investigação transversal, de cariz descritivo e com componente analítica dos dados. Baseou-se na aplicação de um questionário anónimo via *online*, constituído por duas partes: 1) dados sócio-demográficos e 2) IDB. Os resultados foram analisados no *software* estatístico SPSS[®] - versão 17 para o Windows[®] e consideraram-se significativos para um $p < 0,05$. Recorreu-se ao teste de independência do Qui-quadrado para analisar as relações entre as variáveis. Na validação do IDB, avaliou-se a sua consistência interna e análise factorial.

Resultados: No total, 359 (36,2%) dos alunos aderiram ao inquérito, sendo a maioria solteira e do sexo feminino. Dos 26 (7,24%) alunos com antecedentes pessoais de doença psiquiátrica, 19 (73,1%) referem a Depressão como doença em causa. A

prevalência dos sintomas (*ponto de corte* > 10 pontos no IDB) foi de 42,1%. Entre os estudantes de cada curso, verificou-se que 50% de Ciências Farmacêuticas, 46% de Ciências Biomédicas e 37% de Medicina apresentavam sintomas depressivos. Os maiores valores na prevalência dos sintomas estão significativamente associados a: baixo nível sócio-económico, menor satisfação com o curso, diminuição na realização de actividades de lazer e consumo regular de cafeína. Na validação do IDB, obteve-se um *Alfa* de *Cronbach* de 0,89; os 21 itens do IDB foram reduzidos a quatro dimensões avaliadas pelo IDB: cognitiva, afectiva, somática e desviante do funcionamento depressivo.

Conclusão: Como se pode comprovar no presente estudo, a existência de sintomatologia depressiva nos estudantes universitários é uma realidade bem presente. Nasce assim a necessidade de desenvolver esforços para a implementação de programas de apoio psicológico com vista à sua detecção atempada e prevenir futuras consequências negativas, como o suicídio. A versão do IDB utilizada apresentou boas propriedades psicométricas para a população estudada.

Palavras-chave: Sintomatologia depressiva; Estudantes universitários; Faculdade de Ciências da Saúde; Inventário de Depressão de Beck; Análise psicométrica; Prevalência;

Abstract

Introduction: The presence of depressive disorders leads to a high negative impact on the population at various levels (not only on personal and family life, but also in their social and economical situation). By the fact of itself watch to a progressive increase of the depressive symptomatology in the university students, passing many unnoticed times and due to the precariousness of epidemiological information in this scope in Portugal, justifies-itself the achievement of this investigation.

Objectives: 1) To determine the prevalence of depressive symptoms in students from the Faculty of Health Sciences of the University of Beira Interior and analyze its relation to certain factors; 2) Proceed to the validation of the version of the Beck Depression Inventory (BDI) applied in this population.

Methodology: It is presented as a cross-sectional research, drafted in a descriptive and analytical component of data. Based on the application of an anonymous questionnaire via online, which consists of two parts: 1) socio-demographic data and 2) BDI. The results were analyzed using SPSS[®] software - version 17 for Windows[®] and were considered significant at $p < 0.05$. We resorted to the test of independence Chi-square to analyse the relationships between variables. In the validation of the BDI, we evaluated the internal consistency and factorial analysis.

Results: In total, 359 (36.2%) students have joined this investigation and the absolute majority was single and female. Of the 26 (7.24%) students with a history of psychiatric illness, 19 (73.1%) referred Depression as a disease. The prevalence of

symptoms (*cutoff* point > 10 points in BDI) was 42.1%. Among students of each course, it was found that 50% of Pharmaceutical Sciences, 46% of Biomedical Sciences and 37% of Medicine had depressive symptoms. The highest prevalence of symptoms was significantly associated with: low social and economical status, lower satisfaction with the course, a decrease in leisure activities and regular consumption of caffeine. In the validation of the BDI, we obtained a *Cronbach's alpha* of 0.89; the 21 BDI items were reduced to four dimensions: cognitive, affective, somatic and depressive deviant functioning.

Conclusion: As can be seen in this research, the presence of depressive symptoms in case of college students is really common. It is crucial to improve programs of psychological support with a view to early detection and prevent future negative consequences, as a suicide. The BDI version showed good psychometric properties for the studied population.

Key-words: Depressive symptomatology; University students; Health Sciences Faculty; Beck Depression Inventory; Psychometric analysis; Prevalence.

INTRODUÇÃO

“O que faz da juventude um período infeliz é a caça à felicidade, na firme pressuposição de que ela tem de ser encontrada na existência. Disso resulta a esperança sempre malograda e, desta, o descontentamento.”

*Arthur Schopenhauer
in “Aforismos sobre a Sabedoria da Vida”*

Introdução

As perturbações depressivas afectam 320 milhões de pessoas a nível mundial, causando um elevado impacto económico e social. Segundo a Organização Mundial de Saúde, estima-se que em 2020 constituam a segunda maior causa de doença, a seguir às cardiopatias isquémicas. (1) Esta “epidemia” afecta populações de todas as faixas etárias, sendo importante realçar o crescente número de casos em populações mais jovens. (1) A sua presença traduz-se num forte impacto negativo na qualidade de vida sendo, inclusive, superior ao observado noutras doenças crónicas, tais como a Hipertensão, a Diabetes, a Artrite, a Asma, entre outras. (2, 3)

No contexto universitário, múltiplos estudos transmitem a importância de se realizarem investigações nesta população. Ao longo de todo o seu percurso académico, os estudantes encontram-se sob a acção de diversos factores que, de alguma forma, poderão influenciar as suas vivências sociais e a sua *performance* académica. Esses factores podem predispor o aparecimento de diversas patologias do foro de saúde mental, incluindo as perturbações depressivas. (4) Enumeram-se de seguida alguns factores implicados, tais como o distanciamento de casa, problemas familiares, o insucesso académico, a solidão, o stress, as dificuldades económicas pessoais e familiares, a elevada competitividade entre pares, entre outros. (5, 6)

Um aspecto preocupante a destacar é o facto destas perturbações serem frequentemente subdiagnosticadas pelos profissionais de saúde, seja pelo sentimento de vergonha e estigma por parte do aluno, ou por confusão no momento do diagnóstico com determinados períodos de stress a que o estudante pode estar sujeito.

Com base em estudos efectuados neste campo, verifica-se uma forte associação entre a presença da sintomatologia depressiva e a adopção de determinados comportamentos de risco, entre os quais, o abuso de álcool (7), a ideação suicidária (8) e alterações no padrão do sono (9). Por este motivo, surge a necessidade de realizar investigações neste âmbito, com vista a detectar precocemente estes problemas e desenvolver esforços para o seu tratamento e prevenção.

Em Portugal, existe pouca investigação sobre a prevalência da sintomatologia depressiva em estudantes universitários, contrastando com estudos internacionais. Na sua globalidade, esses trabalhos estão direccionados para os estudantes de Medicina devido, em grande parte, a todo o stress a que estão submetidos ao longo do curso. (10-14)

Actualmente, justifica-se a necessidade de ampliar a vertente do estudo para estudantes de outros cursos universitários, em geral, e no ramo das ciências da saúde, em particular, dado que à semelhança dos estudantes de Medicina, também se encontram expostos à actuação de vários agentes que podem promover o aparecimento de patologia mental. (15)

O principal objectivo deste trabalho baseia-se em:

- Determinar a prevalência da sintomatologia depressiva nos estudantes dos cursos de Medicina (Med), de Ciências Biomédicas (CB) e de Ciências Farmacêuticas (CF) da Faculdade de Ciências da Saúde (FCS) correspondente à Universidade da Beira Interior (UBI).

Os objectivos específicos deste trabalho são:

- 1) Realizar um estudo da prevalência da sintomatologia depressiva, com base na aplicação de um inquérito (inclui dados sócio-demográficos e o *Inventário de Depressão de Beck - IDB*) aos estudantes dos cursos de Med, de CB e de CF, determinando e comparando os resultados obtidos.
- 2) Analisar a relação dos dados sócio-demográficos (sexo feminino, baixo nível sócio-económico, antecedentes pessoais e/ou familiares de patologia psiquiátrica, vivência de acontecimentos de vida stressantes, insatisfação com o curso actual, entre outros) com a prevalência da sintomatologia depressiva.
- 3) Comparar os dados obtidos da prevalência da sintomatologia depressiva com a informação existente para a população portuguesa em geral.
- 4) Avaliar a adequabilidade e a fiabilidade da utilização da versão portuguesa do IDB (originalmente desenvolvida por A. Beck em 1973 e traduzida por T. McIntyre em 1995) numa amostra de estudantes universitários, com o intuito de proceder à sua validação nesta população.

Tendo como base os objectivos pressupostos, formularam-se as seguintes **hipóteses de investigação**:

1ª Hipótese (H1): Existe diferença significativa da prevalência da sintomatologia depressiva nos três cursos.

2ª Hipótese (H2): Existe evidência de um impacto significativo do ano curricular na prevalência da sintomatologia depressiva.

3ª Hipótese (H3): A prevalência da sintomatologia depressiva é superior nos estudantes com as seguintes características sócio-demográficas:

- Género feminino;
- Faixa etária entre os 24 e 31 anos;
- Não vivem com os pais ou outros familiares durante o período lectivo;
- Baixo nível sócio-económico;
- Menor satisfação com o curso;
- Raramente realizam actividades de lazer.

4ª Hipótese (H4): Existe evidência de que a prevalência da sintomatologia depressiva é superior nos indivíduos com as seguintes características:

- Ausência de acompanhamento psicológico e psiquiátrico anterior;
- Antecedentes pessoais e/ou familiares de doença psiquiátrica;
- Consumo de substâncias psicoactivas;
- Vivência de acontecimentos de vida stressantes no último ano.

METODOLOGIA

*“Estudar é polir a pedra preciosa;
Cultivando o espírito, purificamo-lo.”*

Confúcio

Materiais e métodos

1. Caracterização do estudo.

O presente estudo caracteriza-se por ser um estudo retrospectivo, transversal e de cariz descritivo com uma componente analítica associada. Combinou um método quantitativo e observacional e um método qualitativo de análise de dados demográficos e biográficos dos participantes.

2. Cálculo e caracterização da amostra.

O cálculo das amostras mínimas significativas para cada curso foi efectuado no StatCalc do *software EpiInfo*[®] - Versão 6, com base numa prevalência para a patologia de 20% e uma incidência máxima esperada de 40%. Para um intervalo de confiança de 95%, estimou-se os seguintes valores como amostras mínimas:

- 14 alunos em Med;
- 12 alunos em CB;
- 13 alunos em CF.

Foram seleccionados, por conveniência, os estudantes matriculados no ano lectivo de 2009-2010, pertencentes aos cursos de Med, de CF e de CB da FCS.

Critérios de inclusão dos indivíduos no estudo:

- Estar matriculado no grau de licenciatura de um dos três cursos em estudo.
- Disponibilidade para participar no preenchimento do inquérito via *online*.

Como parâmetros de exclusão estabeleceram-se os seguintes critérios:

- Obtenção de resposta incompleta no inquérito.
- Submissão da resposta ao inquérito para além do seu tempo de actividade *online* previamente delineado.

3. Instrumentos.

Para a realização deste estudo, foi utilizado como instrumento de investigação um questionário constituído por uma primeira parte relacionada com os dados sócio-demográficos do indivíduo e uma segunda parte referente ao *Inventário de Depressão de Beck - IDB*. (vide anexo 1)

- i. Os *dados sócio-demográficos* constam de informação relativa a: idade, sexo, curso que frequenta, ano curricular, estado civil, distrito de origem, entre outras.
- ii. *Inventário de Depressão de Beck – IDB*: construído por Aaron Beck em 1961, (16) constitui um instrumento de auto-avaliação realizado pelo indivíduo, composto por uma escala do tipo *Likert* com vinte e um itens referentes a sintomas e atitudes cognitivas. Cada item encontra-se organizado numa escala de 3 pontos (0 – inexistente, 3 – grave), sendo a soma total desses itens que vai determinar o resultado final do IDB, correspondendo desta forma, ao grau de severidade da sintomatologia depressiva (total máximo de 63 pontos). O seu principal objectivo é mensurar a presença de sintomatologia depressiva, todavia quando aplicado isoladamente, não tem capacidade para realizar um diagnóstico clínico de Depressão. (17) O IDB usado consistiu na revisão de

1973, traduzido por T. McIntyre¹ em 1995. (18) Num estudo para testar a sua validade numa amostra portuguesa sem patologia psiquiátrica, foi alcançado um *alfa* de *Cronbach* médio de 0,86. (19) No presente estudo estabeleceu-se os seguintes pontos de corte: ausência de sintomas: 0 a 9; sintomatologia leve: 10 a 15; sintomatologia moderada: 16 a 19; sintomatologia moderada - grave: 20 a 29; e sintomatologia grave: 30 a 63, à semelhança dos pontos de corte utilizados no estudo realizado por Figueiredo et al. (20)

4. Recolha dos dados.

O questionário foi construído recorrendo-se ao *software* informático “*LymeSurvey*®” com a possibilidade de satisfazer os critérios de anonimato, ou seja, incapacidade para relacionar as respostas obtidas com o respectivo endereço de *e-mail* do aluno, seguindo as recomendações de Levine et al. (21)

O *link* referente ao questionário foi, posteriormente, enviado aos alunos via *e-mail*, tendo permanecido activo entre os dias 24 de Novembro e 24 de Dezembro de 2010. Relativamente aos estudantes de Med, enviou-se para a caixa de entrada do correio electrónico via “*intranet*” da FCS. Nos cursos de CF e CB, remeteu-se para o correio electrónico da plataforma “*e-UBI: conteúdos*”. Devido à escassez de respostas obtidas a partir deste programa, contactaram-se os presidentes dos núcleos de estudantes de CF e CB, que imediatamente se disponibilizaram para enviar o *link* para o *e-mail* pessoal de todos os alunos dos respectivos cursos.

¹ Professora de investigação do Departamento de Psicologia da Universidade de Houston.

Previamente ao envio do questionário definitivo, realizou-se um pré-teste a 2 estudantes de cada curso. Não foi necessário efectuar alterações estruturais ou linguísticas no inquérito.

5. Variáveis em estudo.

Variáveis independentes:

- Sócio-demográficas: Sexo; Ano de curso; Distrito de origem; Actividades de lazer; Satisfação com o curso; Composição do agregado familiar durante o período lectivo.
- Outras variáveis de interesse: Acompanhamento psicológico anterior; acompanhamento psiquiátrico anterior; Antecedentes pessoais e/ou familiares de patologia psiquiátrica; Acontecimentos de vida stressantes;

Variável dependente:

- Sintomatologia depressiva medida pelo IDB.

6. Pesquisa da literatura de referência.

Foi realizada a partir de diversas bases de dados, entre as quais: PubMed, Medline, Scirus, ScienceDirect, Scielo, PsycINFO, directórios de várias faculdades nacionais de Medicina e de Psicologia do país, entre outras.

7. Metodologia estatística dos dados.

Os dados obtidos foram analisados no *software Statistical Package for Social Sciences*[®] (SPSS - versão 17.0 para Windows). O seu tratamento envolveu dois momentos:

- Inicialmente, utilizaram-se técnicas de estatística descritiva (frequências, percentagens, medianas, médias e desvios-padrão) e análises de inferência estatística das hipóteses recorrendo-se ao teste de independência do Qui-Quadrado (X^2), para uma probabilidade de erro tipo I (α) de 0,05. Ao cruzar as variáveis com três ou mais categorias com a sintomatologia depressiva, procedeu-se à sua transformação em variáveis dicotómicas, com vista a estabelecer uma relação entre as várias categorias e obter os respectivos valores de significância, evitando desta forma vieses nos cálculos dos valores de significância.
- Num segundo momento, foram analisadas as características psicométricas do IDB: estudou-se a consistência interna do inventário, através do cálculo do coeficiente de precisão de resultados (*Alfa de Cronbach*) e dos índices de correlação de cada item com o total do inventário. Posteriormente, analisou-se a sua estrutura factorial a partir do estudo dos componentes principais retidos, tendo em conta a rotação ortogonal de *Varimax* e os critérios de Kaiser para a selecção dos factores.

RESULTADOS

*“No princípio há um mistério, no final uma confirmação, mas é no meio que
toda a emoção reside e faz que a totalidade valha a pena.”*

*Nicholas Sparks
in “A Melodia do Adeus”*

Resultados

Os resultados aqui descritos têm como propósito dar resposta aos objectivos anteriormente enunciados.

1. *Análise descritiva da amostra.*

1.1. Descrição dos dados sócio-demográficos.

1.1.1. Visão da adesão ao inquérito.

No universo dos alunos (n= 989), 36,2% (n=359) responderam ao inquérito.

As percentagens de adesão dentro de cada curso foram de: 49,1% em CF, 30,3% em CB e 33,2% em Med (*vide* figura seguinte).

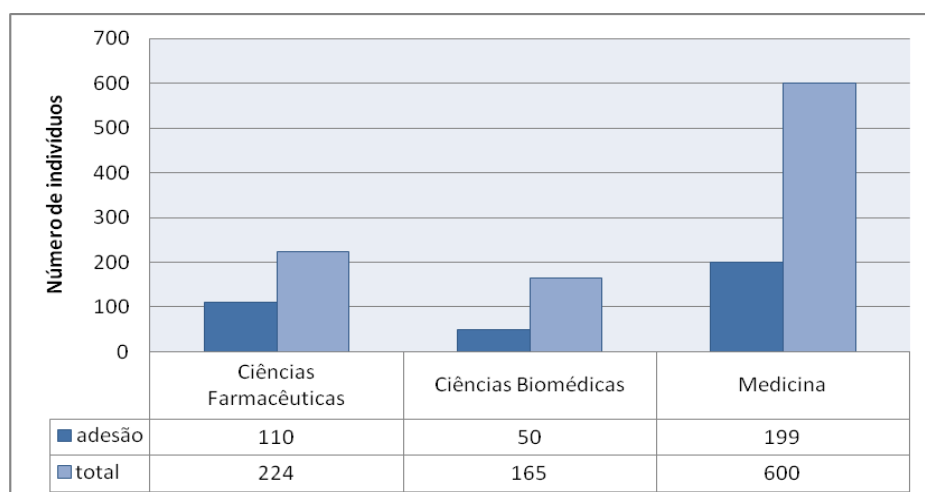


Figura 1 – Total de alunos por curso e número de participantes no inquérito.

1.1.2. Distribuição dos participantes por *curso*.

Os estudantes de Med constituem mais de metade da amostra (55,43%), 30,64% são alunos de CF e o restante da amostra é referente ao curso de CB.

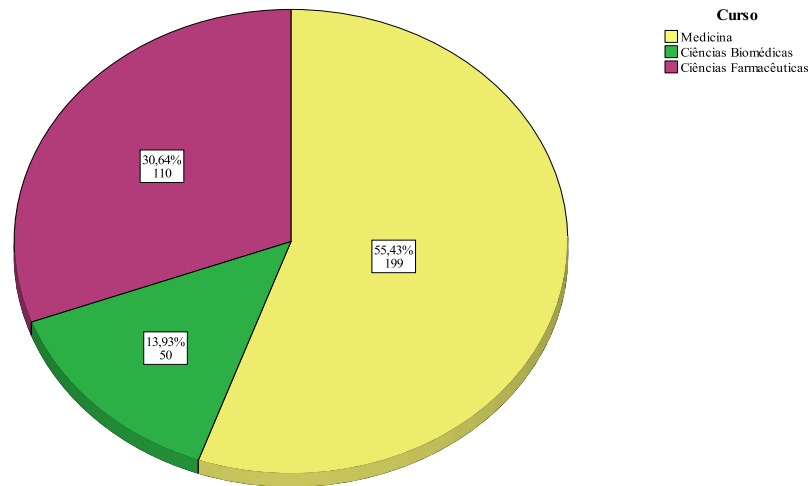


Figura 2 – Distribuição dos participantes por curso.

1.1.3. Distribuição dos participantes por *ano de curso*.

O número de participantes de cada ano de curso é homogêneo, não se verificando grandes discrepâncias. Em Med, os estudantes do 6º ano foram os mais participativos. Em CB, não existem diferenças significativas. Em CF, o 3º ano foi o mais participativo.

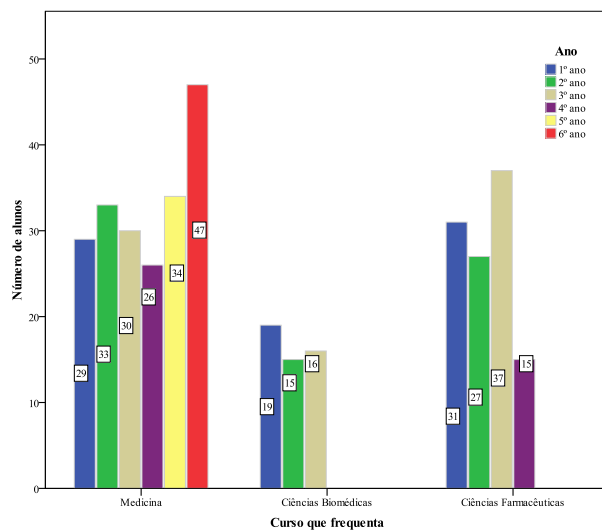


Figura 3 – Distribuição dos participantes por *ano* e por curso.

1.1.4. Distribuição dos participantes por *sexo*.



Na figura 4 constata-se um predomínio do sexo feminino, tanto a nível global, como nos diferentes cursos abordados.

Figura 4 – Distribuição dos participantes segundo a variável sexo.

1.1.5. Distribuição dos participantes por *idade*.

As medianas das idades para cada curso são, por ordem crescente, de 19 anos, 20 anos e 21 anos, correspondendo respectivamente, aos cursos de CB, CF e Medicina.

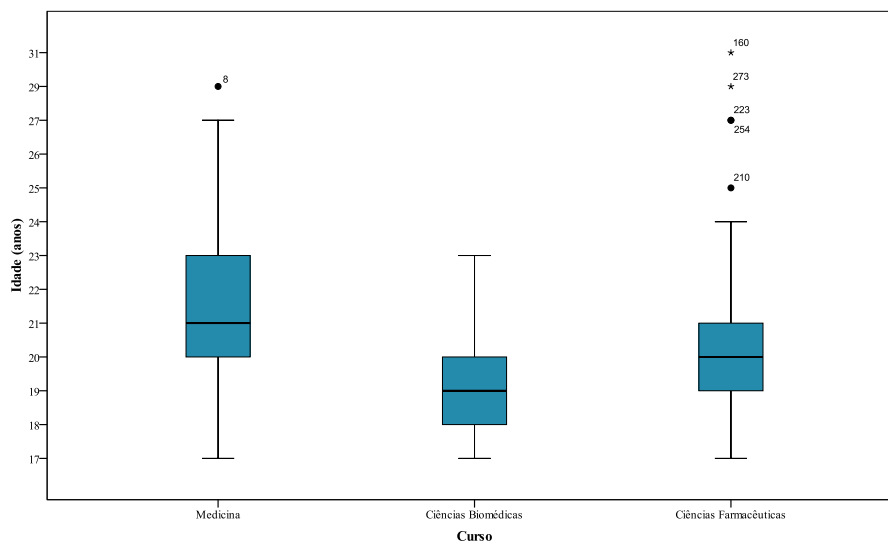


Figura 5 – Boxplot com a distribuição dos participantes segundo a variável *idade* (medianas e outliers).

1.1.6. Distribuição dos participantes por *distrito de origem*.

Em Med, uma elevada proporção dos estudantes pertence ao distrito do Porto; uma percentagem significativa dos estudantes de CB e de CF são provenientes dos distritos da Guarda e Castelo Branco, respectivamente.

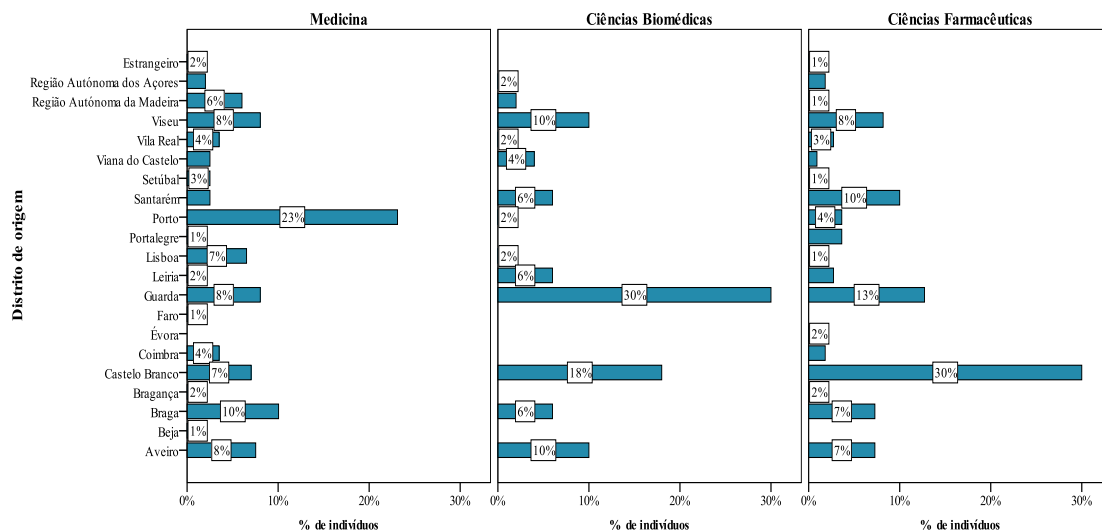


Figura 6 – Distribuição dos participantes segundo a variável *distrito de origem*.

1.1.7. Distribuição dos participantes por *estado civil*.



Ao analisar a amostra por estado civil, destaca-se que a grande maioria é solteira.

Figura 7 – Distribuição dos participantes segundo a variável *estado civil*.

1.1.8. Distribuição dos participantes por *composição do agregado familiar durante o período lectivo, estado civil e laboral dos pais e rendimento familiar médio mensal.*

Mais de metade dos estudantes (55,9%) vive com colegas ou amigos, 20,9% com os pais e 15,8% sozinho. A maioria dos alunos refere que os seus pais se encontram casados e que ambos se encontram empregados. Sobre o rendimento familiar médio auferido por mês, 57,4% dos inquiridos tem uma média mensal superior ou igual a 3 salários mínimos. Para uma análise mais aprofundada destes dados, *vide* tabela em anexo 3.

1.1.9. Distribuição dos participantes por *grau de satisfação com o curso actual.*

Quanto ao grau de satisfação com o curso escolhido, 52% (n= 103) dos alunos de Med descrevem como excelente, metade dos alunos (n= 25) de CB encontram-se razoavelmente satisfeitos e 58% dos estudantes de CF descrevem a sua satisfação como sendo boa.

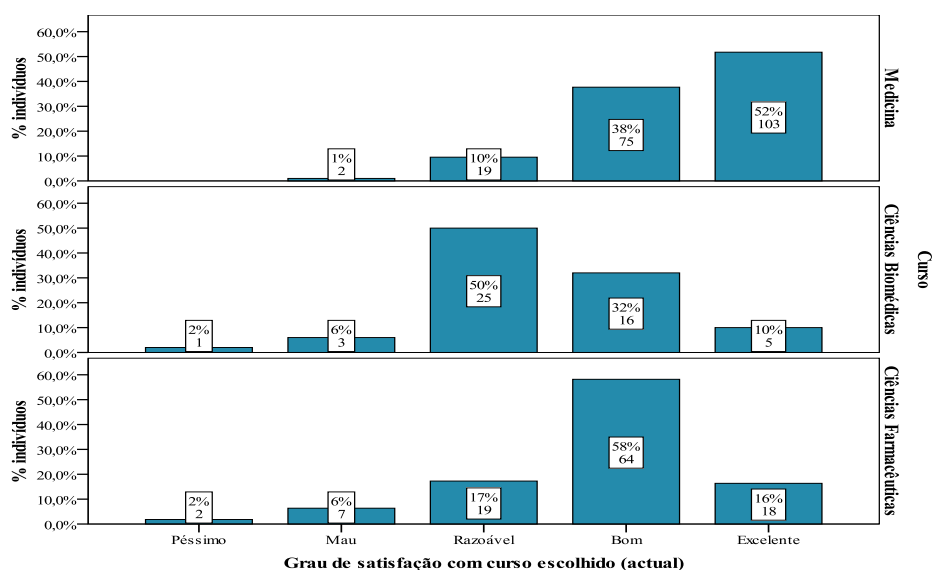


Figura 8 – Distribuição dos participantes segundo a variável *grau de satisfação com o curso actual.*

1.1.10. Distribuição dos participantes por opção de candidatura no curso actual.

Observa-se maior proporção de estudantes de Med a escolher o seu curso como 1ª opção (77%) contra apenas 36% dos alunos de CB e 58% de CF.

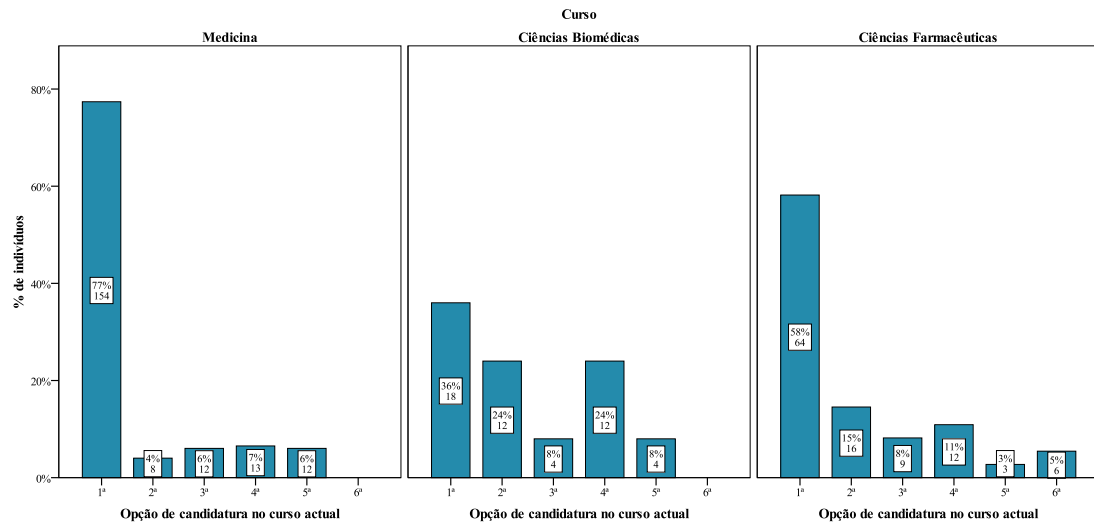


Figura 9 – Distribuição dos participantes segundo a variável opção de candidatura no curso actual.

1.1.11. Distribuição dos participantes por frequência da prática de actividades de lazer.

Relativamente à prática de actividades de lazer, os estudantes optam por frequências intermédias (de esporadicamente a frequentemente).

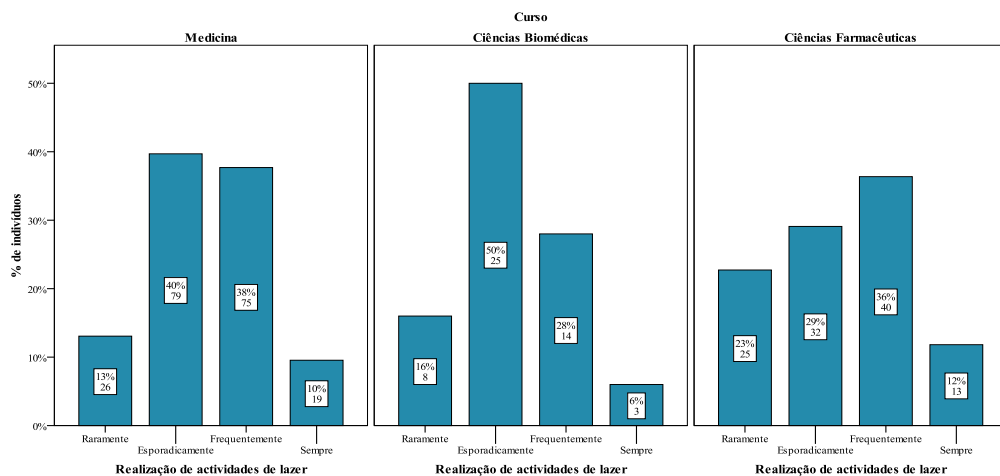


Figura 10 – Distribuição dos participantes segundo a variável frequência de realização de actividades de lazer.

1.2. Descrição do consumo regular de substâncias psicoactivas.

Através da tabela seguinte, constatamos que existe um elevado consumo de cafeína na amostra (49,9%). É no curso de CF que se encontra uma maior proporção de estudantes a consumir café regularmente (51,8%). O consumo regular de álcool está presente em 15,6% dos indivíduos da amostra, pertencendo a CB a maior proporção de alunos associados ao seu consumo regular (28%), com uma relação estatisticamente significativa.

Tabela 1 – Distribuição dos participantes segundo a variável *consumo regular de substâncias psicoactivas*.

		Medicina		Ciências Biomédicas		Ciências Farmacêuticas		Total	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Tabaco	Não	181	91,0%	44	88,0%	94	85,5%	319	88,9%
	Sim	18	9,0%	6	12,0%	16	14,5%	40	11,1%
Álcool	Não	169	84,9%	36	72,0%	98	89,1%	303	84,4%
	Sim	30	15,1%	14	28,0%	12	10,9%	56	15,6%
Drogas recreacionais	Não	199	100%	50	100%	108	98,2%	357	99,4%
	Sim	0	0%	0	0%	2	1,8%	2	0,6%
Cafeína	Não	99	49,7%	28	56,0%	53	48,2%	180	50,1%
	Sim	100	50,3%	22	44,0%	57	51,8%	179	49,9%

1.3. Descrição de outras variáveis de interesse para o estudo.

1.3.1. Distribuição dos participantes por *acontecimentos de vida stressantes*.

Analisando a figura seguinte, observa-se que uma percentagem significativa dos estudantes inquiridos (60%) relata já ter experienciado algum evento stressante.

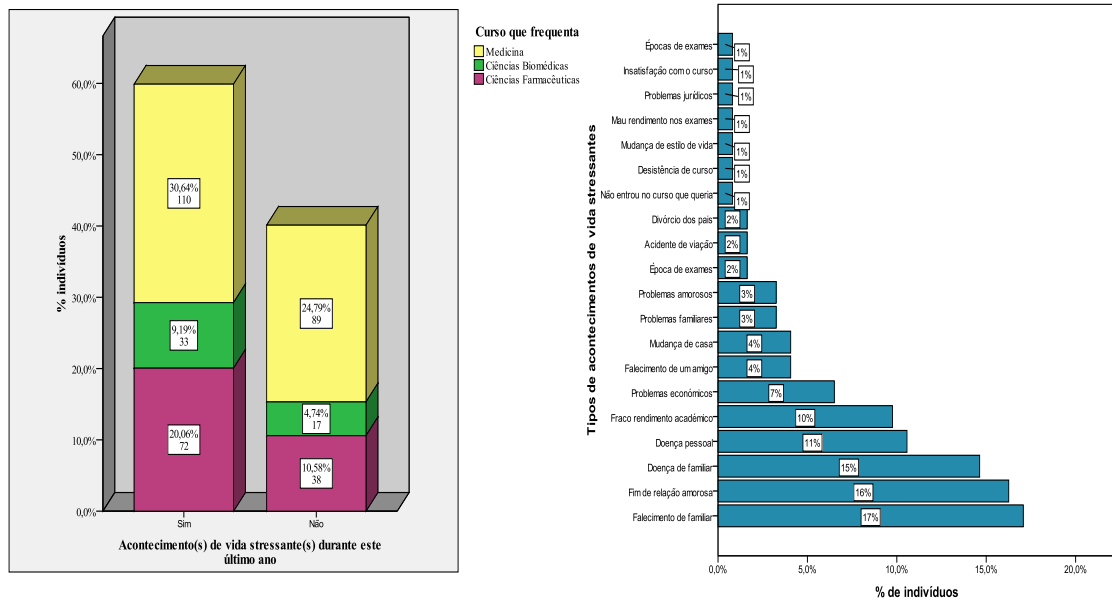


Figura 11 – Distribuição dos participantes segundo a variável *acontecimentos de vida stressantes e seus subtipos*.

1.3.2. Distribuição dos participantes por *antecedentes pessoais e familiares de doença psiquiátrica*.

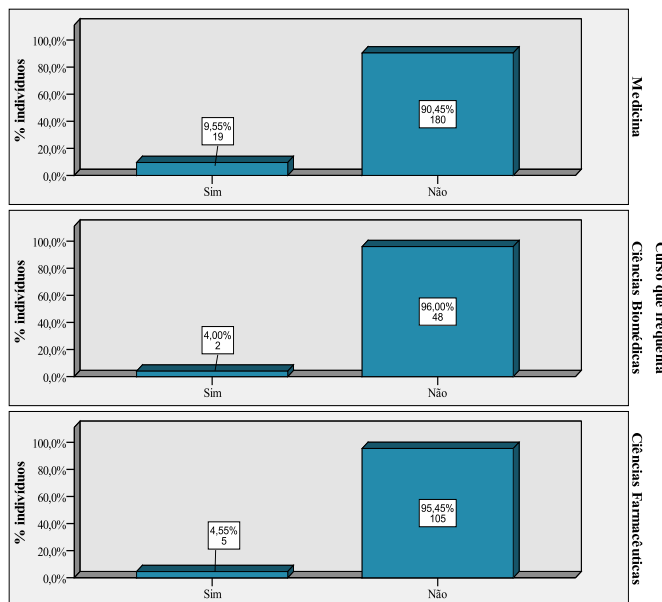


Figura 12 – Distribuição dos participantes segundo a variável *antecedentes pessoais de doença psiquiátrica*.

Analisando a figura 12, visualiza-se que apesar de maioria dos estudantes responderem negativamente à questão, evidenciam-se percentagens significativas dos alunos que têm antecedentes pessoais de doença psiquiátrica, sendo a mais elevada pertencente aos estudantes de Med.

A Depressão foi a patologia mais frequentemente referida pelos estudantes com antecedentes pessoais de doença psiquiátrica.

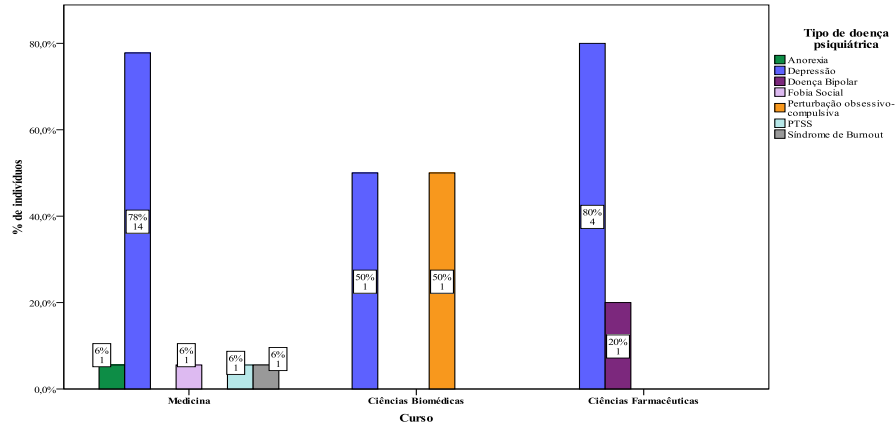


Figura 13 – Distribuição dos participantes segundo a variável tipos de doença psiquiátrica.

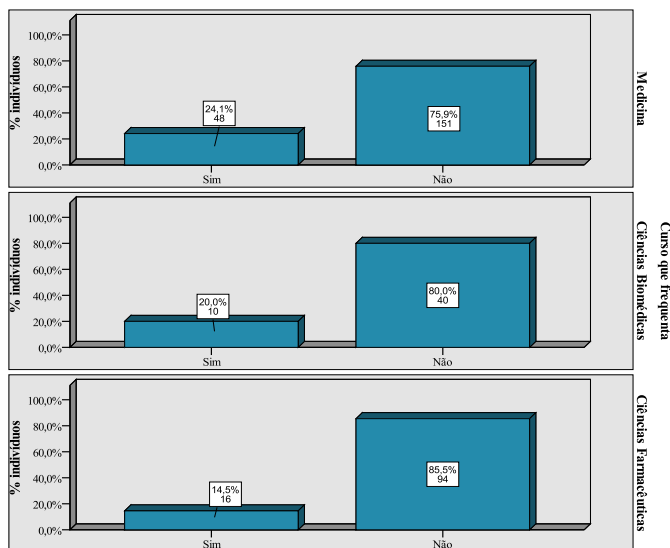


Figura 14 – Distribuição dos participantes segundo a variável antecedentes familiares de doença psiquiátrica.

No que respeita a antecedentes familiares de doença psiquiátrica, a sua presença é bastante significativa nas três sub-amostras, compreendendo 24,1% (n= 48) dos casos em Med, 20% em CB e 14,5% em CF.

1.3.3. Distribuição dos participantes por acompanhamento psicológico e psiquiátrico.

1.3.3.1. Acompanhamento psicológico anterior:

Perante a questão, a grande maioria dos inquiridos respondeu negativamente. Evidencia-se, no entanto, uma maior proporção de indivíduos de Med com acompanhamento psicológico no passado (15,1%).

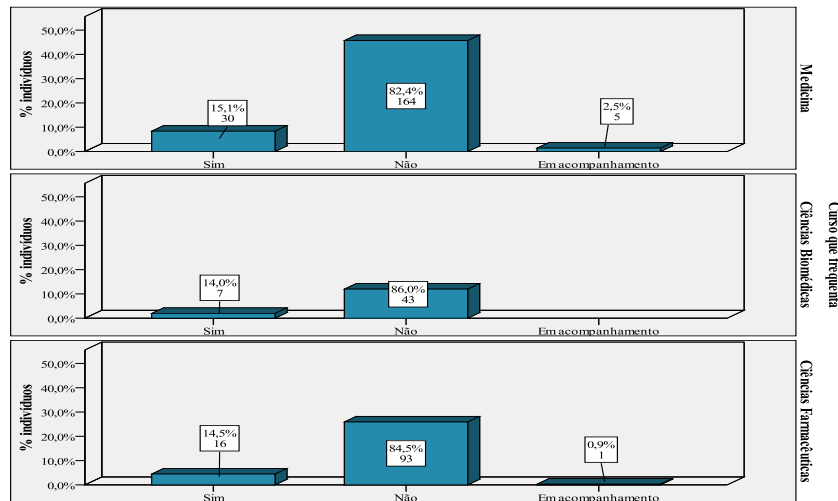


Figura 15 – Distribuição dos participantes segundo a variável *acompanhamento psicológico anterior*.

1.3.3.2. Acompanhamento psiquiátrico anterior.

À semelhança das respostas para a questão anterior, também aqui se verifica que a maioria dos inquiridos nunca teve acompanhamento psiquiátrico. No entanto, constata-se percentagens significativas nos que responderam afirmativamente, nomeadamente, 9% (n= 18) dos estudantes de Med, 7,3% (n= 8) em CF e 6% (n= 3) em CB.

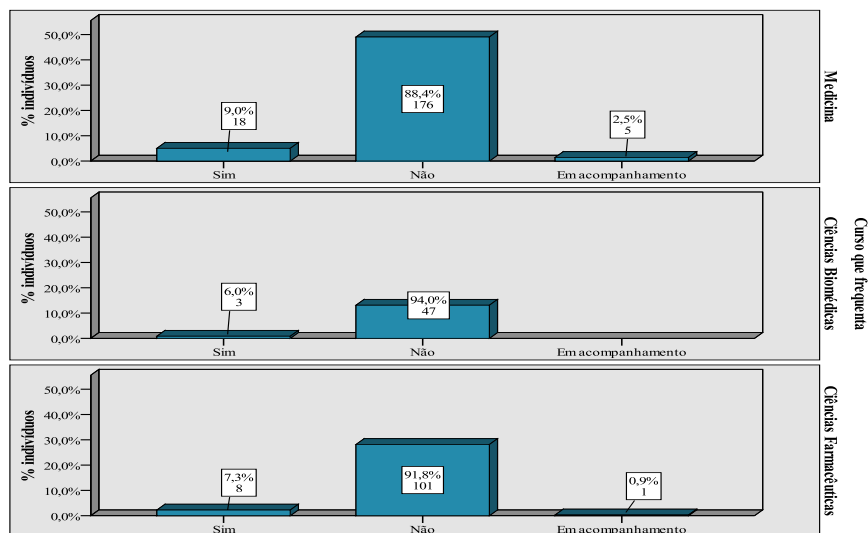


Figura 16 – Distribuição dos participantes segundo a variável *acompanhamento psiquiátrico anterior*.

1.4. A sintomatologia depressiva nos estudantes da FCS.

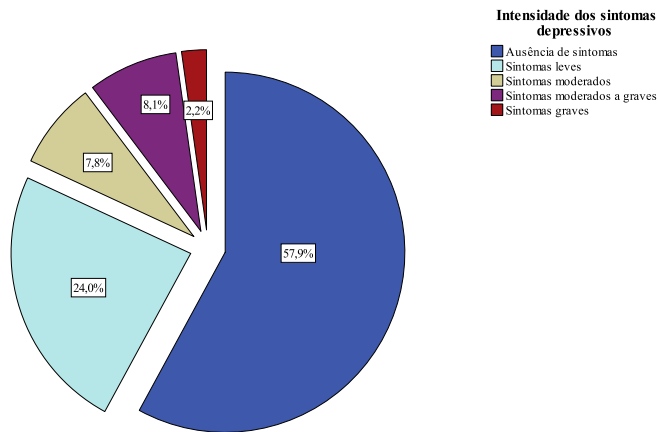


Figura 17 – Distribuição geral da amostra de acordo com a intensidade da sintomatologia depressiva.

Ao analisar a intensidade dos sintomas depressivos numa perspectiva global da amostra (*vide* figura 17), podemos observar que 42,1% dos estudantes apresenta algum grau de sintomatologia depressiva, manifestando-se, sobretudo, numa intensidade leve (24%).

Analisando a figura seguinte, observa-se que o curso de CB apresenta a maior variabilidade no que refere à intensidade dos sintomas depressivos. O curso de Med está associado a um maior número de *outliers*, estando situados nas categorias “sintomas moderados a graves” e “sintomas graves”.

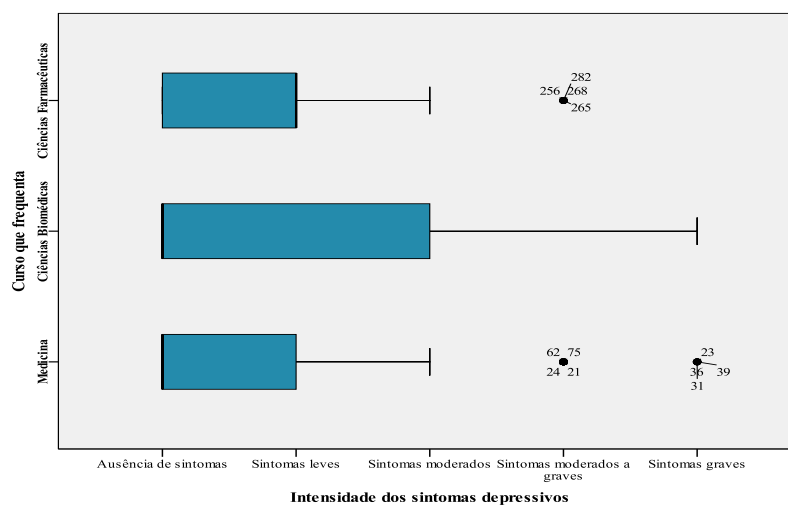


Figura 18 – Distribuição do grau de intensidade da sintomatologia depressiva por curso.

Representa-se a seguir o histograma referente à pontuação global no IDB.

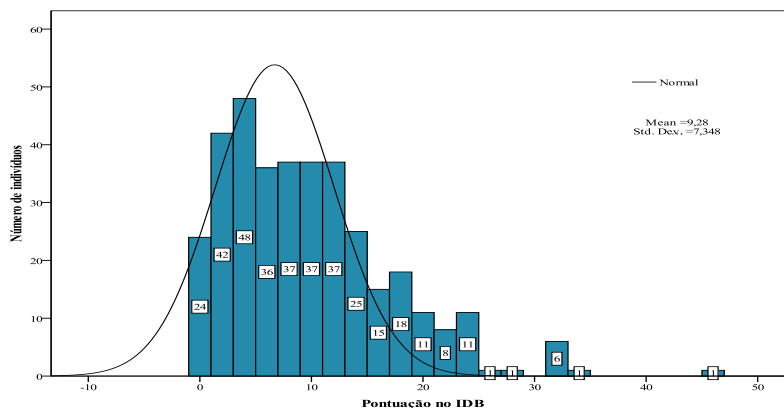


Figura 19 – Histograma representativo da pontuação global no IDB com a média, o desvio-padrão e a curva normal.

Na sua globalidade, a média obtida no IDB pela amostra é de $9,28 \pm 7,35$ pontos.

A figura seguinte representa as distribuições das médias e desvios-padrão da pontuação obtida no inventário pelos estudantes de cada curso.

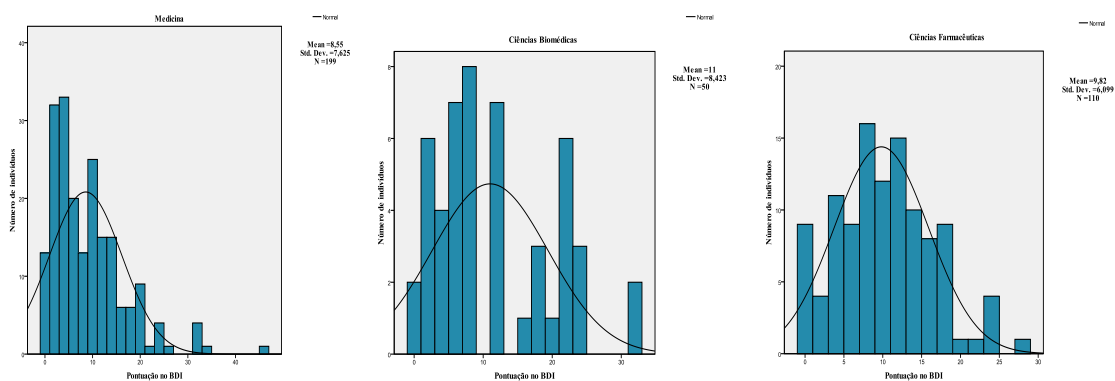


Figura 20 – Histogramas referentes às médias e desvios-padrão da pontuação no IDB por curso.

2. Análise estatística dos testes de hipóteses.

Antes de se recorrer à análise estatística, será importante relembrar os *pontos de corte* utilizados neste estudo para a sintomatologia depressiva com o intuito de facilitar a compreensão dos resultados obtidos:

- 0 a 9 pontos: Ausência de sintomas;
- 10 a 15 pontos: Sintomatologia leve;

- 16 a 19 pontos: Sintomatologia moderada;
- 20 a 29 pontos: Sintomatologia moderada a grave;
- 30 a 63 pontos: Sintomatologia grave.

2.1. H1: Existe diferença significativa na prevalência da sintomatologia depressiva entre os cursos.

No cálculo da prevalência dos sintomas, constata-se uma maior presença nos estudantes de CF. Somente se observa uma diferença estatisticamente significativa na presença dos sintomas entre os alunos dos cursos de Med e CF ($p= 0,016$) – *vide* tabela 4, p.49.

Deste modo, a H1 só se confirma parcialmente.

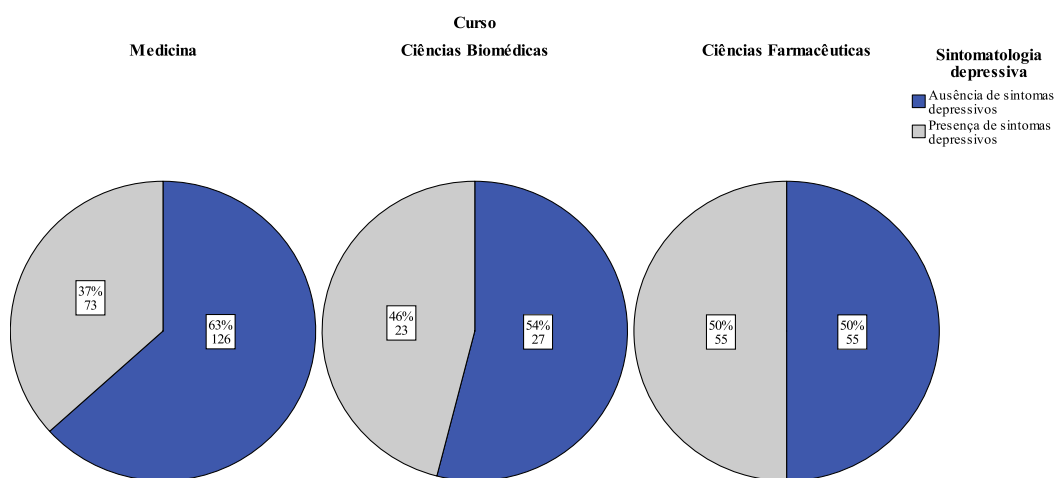


Figura 21 – Distribuição da sintomatologia depressiva para cada curso.

Os estudantes de CF com sintomas depressivos manifestam, sobretudo, com uma intensidade de leve (31,8%) a moderada (12,7%).

Agrupando os graus de intensidade “moderados a graves” com os “graves”, isto é, referente a pontuação no IDB ≥ 20 pontos, comprova-se que o curso de CB apresenta maior proporção de estudantes dentro destas categorias (22%). (*vide* figura 22)

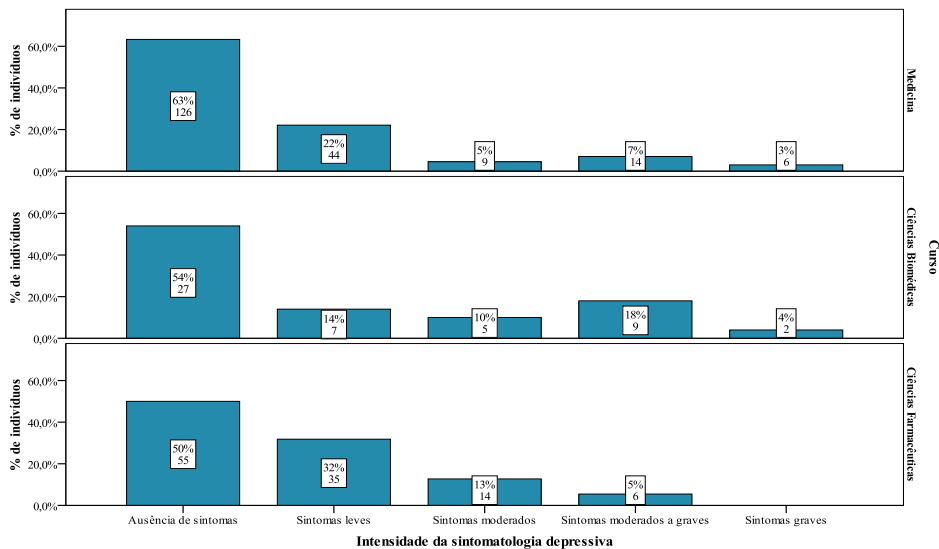


Figura 22 – Distribuição da intensidade da sintomatologia depressiva em cada curso.

2.2. H2: Existe evidência de um impacto significativo do ano curricular na sintomatologia depressiva.

Em Med, são os alunos do 3º ano que apresentam maior prevalência dos sintomas depressivos (43%), manifestando-se, essencialmente, com uma intensidade “moderada a grave” (13%) e “grave” (10%). Ao 1º ano, pertence a maior proporção de indivíduos sem sintomas (76%).

Em CB, parece haver uma tendência para o aumento da proporção de indivíduos com sintomas ao longo dos anos. O 2º ano destaca-se por conter uma proporção superior de indivíduos com sintomas graves. Apesar do 1º ano apresentar uma menor prevalência dos sintomas, quando presentes têm uma intensidade bastante elevada.

No curso de CF, visualizamos que mais de metade dos alunos do 2º ano manifestam algum grau de sintomatologia depressiva, sendo predominante a intensidade leve

(48%). Em nenhum dos anos se detecta a ocorrência de indivíduos com sintomas graves.

Pela análise estatística, não se verificam diferenças estatísticas na presença dos sintomas entre os vários anos de cada curso. Assim, a H2 não se confirma com segurança estatística.

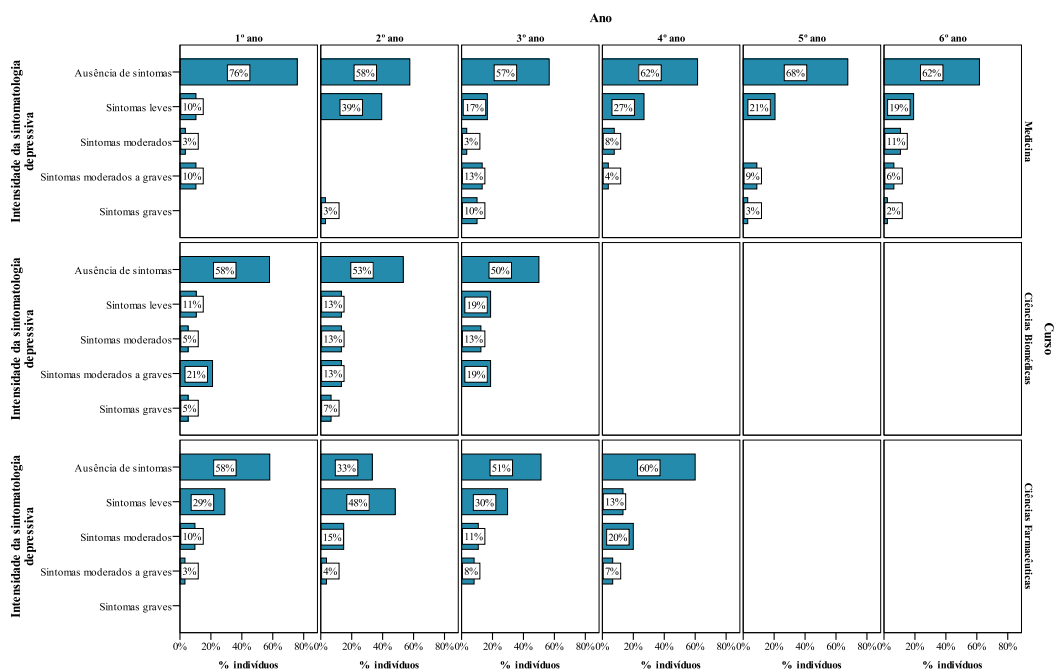


Figura 23 – Distribuição da intensidade da sintomatologia depressiva pelos anos curriculares de cada curso.

2.3. H3: A prevalência da sintomatologia depressiva é superior nos estudantes que apresentam as seguintes características sócio-demográficas:

- H3.1. Género feminino;
- H3.2. Faixa etária entre os 24 e os 31 anos;
- H3.3. Não vivem com os pais ou outros familiares;
- H3.4. Baixo nível sócio-económico;
- H3.5. Menor satisfação com o curso;
- H3.6. Raramente fazem actividades de lazer.

H3.1. A prevalência dos sintomas é superior nos estudantes do sexo feminino.

Analisando a relação entre o género e a sintomatologia depressiva, infere-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois géneros, apesar de se observar uma maior proporção de estudantes do sexo feminino (43,3%) com sintomas depressivos. Deste modo, não se pode comprovar com segurança a H3.1.

Tabela 2 – Tabela de cruzamento entre o género e a sintomatologia depressiva.

		Sintomatologia depressiva		Total	X ²	P
		Ausência de sintomas	Presença de sintomas			
Género	Feminino	165 56,7%	126 43,3%	291 100%	0,97	0,12
	Masculino	43 63,2%	25 36,8%	68 100%		

A figura 24 cruza o curso, o género e os sintomas depressivos. No curso de Med, existe, em proporção, mais indivíduos do sexo feminino com sintomas depressivos (40%). Nos restantes cursos comprova-se o oposto, apresentando os rapazes maior proporção dos sintomas, nomeadamente, 50% em CB e 57% em CF. O sexo feminino está exclusivamente relacionado a sintomas graves.

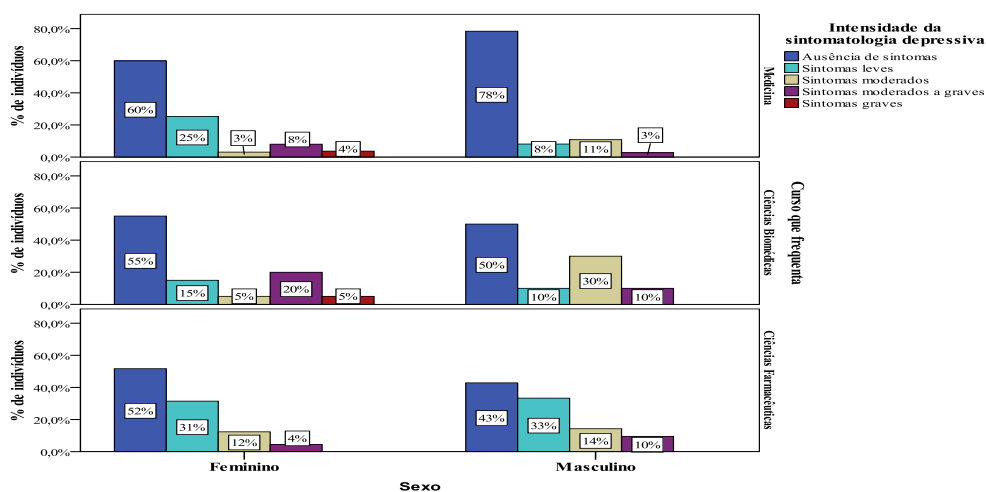


Figura 24 – Representação gráfica do cruzamento entre o género e a sintomatologia depressiva para cada curso.

H3.2. A prevalência dos sintomas é superior nos estudantes da faixa etária entre os 24 e os 31 anos.

Pela análise dos dados obtidos, constata-se uma maior percentagem de indivíduos com sintomas na faixa etária dos 24 aos 31 anos. Ainda assim, não se verifica uma diferença significativa na presença dos sintomas entre os dois grupos, não sendo possível confirmar a hipótese com segurança estatística.

Tabela 3 – Tabela de cruzamento entre a faixa etária e a sintomatologia depressiva.

	Faixa etária	Sintomatologia depressiva		Total	X ²	P
		Ausência de sintomas	Presença de sintomas			
	17-23 anos	191 58,2%	137 41,8%	328 100%	1,13	0,43
	24-31 anos	17 54,8%	14 45,2%	31 100%		

Em Med, os alunos da faixa etária entre os 24 e os 31 anos manifestam maior prevalência dos sintomas (44%). Em CB, não se pode realizar uma comparação. Em CF, não se detectam diferenças na presença dos sintomas, sendo que a faixa etária mais nova apresenta maior variabilidade na intensidade dos sintomas.

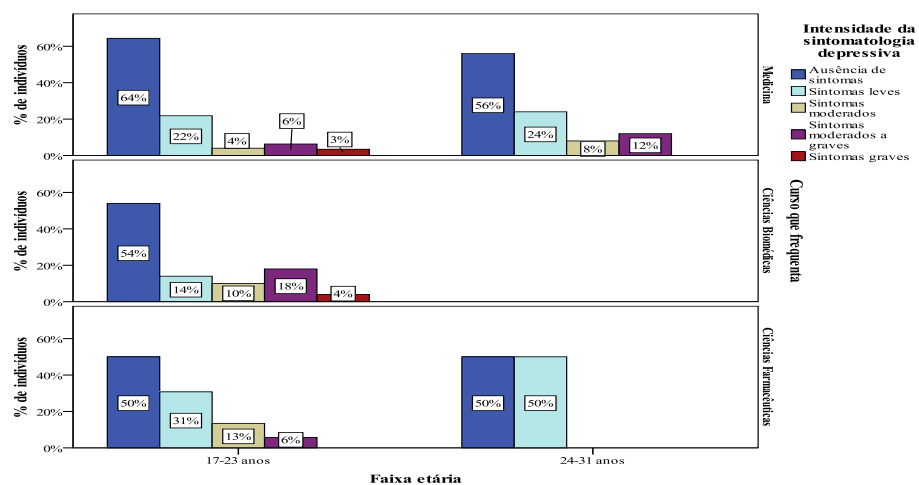


Figura 25 – Representação gráfica do cruzamento entre a faixa etária e a sintomatologia depressiva para cada curso.

H3.3. A prevalência dos sintomas é superior nos estudantes que não vivem com os pais ou outros familiares.

Os sintomas manifestam-se, por ordem decrescente, em 45,8% (n= 92) dos estudantes que vivem com colegas ou amigos, em 38,6% (n= 22) que moram sozinhos e em 36,6% (n= 37) dos alunos que moram com os pais ou outros familiares.

Perante estes dados, parece haver uma tendência geral para uma maior proporção de indivíduos com sintomas que não residem com a sua família; todavia, não existem diferenças estatisticamente significativas na presença dos sintomas entre os três grupos (*vide* tabela 4, p.49). Deste modo, não se pode confirmar a hipótese com rigor estatístico, apesar de existir uma tendência para a sua confirmação.

Entre os cursos, a presença dos sintomas é mais elevada nos estudantes de Med que vivem com colegas ou amigos e nos alunos de CB e de CF que vivem sozinhos (*vide* figura seguinte).

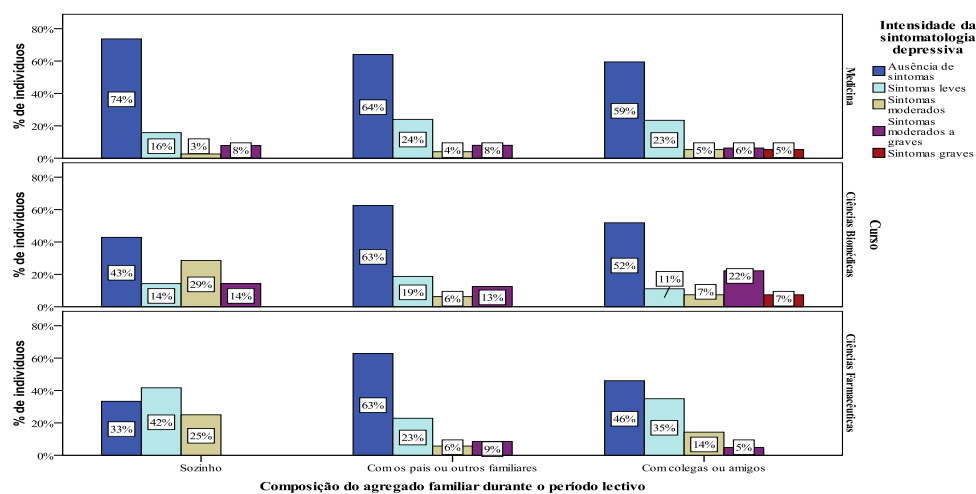


Figura 26 – Representação gráfica do cruzamento entre a composição do agregado familiar durante o período lectivo e a sintomatologia depressiva para cada curso.

H3.4. A prevalência dos sintomas é superior nos estudantes com baixo nível sócio-económico.

Ao analisar os dados referentes ao rendimento familiar médio auferido por mês (*vide* tabela 4, p.49), observa-se a presença dos sintomas em 56,9% (n= 33) dos alunos que têm um rendimento familiar \leq 1 salário mínimo, em 46,3% (n= 44) com 2 salários mínimos e em 35,9% (n= 74) dos estudantes com um rendimento \geq 3 salários mínimos.

Constata-se uma diferença estatisticamente significativa ($p= 0,003$) na presença dos sintomas entre os alunos com maior e menor rendimento familiar. Deste modo, pode-se confirmar, com segurança estatística, a hipótese formulada.

Na figura 27, observa-se a mesma tendência nos três cursos, isto é, existe evidência de uma proporção superior de indivíduos com sintomas cujo agregado familiar auferem um salário médio mensal inferior ou igual a um salário mínimo.

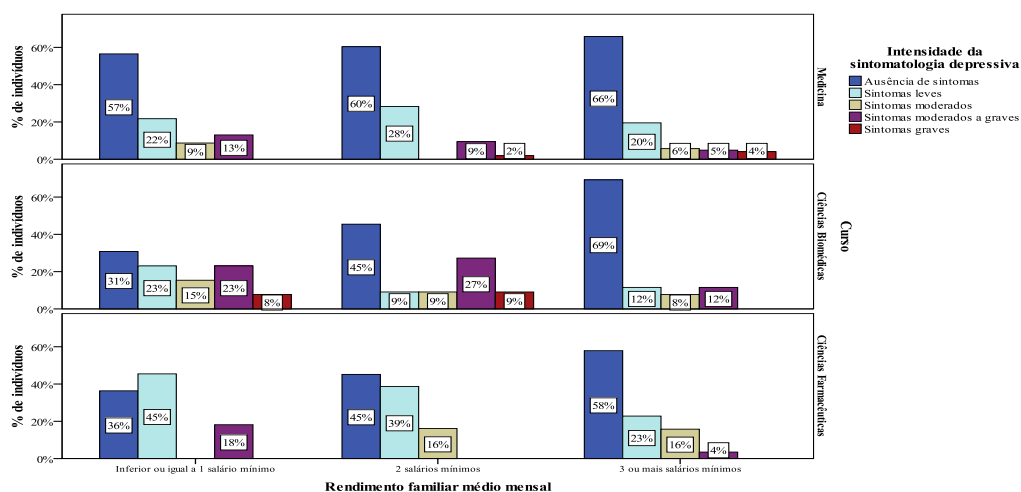


Figura 27 – Representação gráfica do cruzamento entre o rendimento familiar médio mensal e a sintomatologia depressiva para cada curso.

H3.5. A prevalência dos sintomas é superior nos estudantes que revelam menor satisfação com o curso escolhido.

Devido à escassa representatividade da classificação “péssimo”, procedeu-se à sua união com a categoria “má”.

Analisando a tabela 4 na página 49, e tendo em conta a hipótese formulada, observa-se uma tendência para um aumento da proporção de indivíduos com sintomas depressivos à medida que o seu grau de satisfação com o curso diminui. Verificaram-se diferenças significativas entre os estudantes que classificam como “razoável” e “bom” ($p= 0,03$) e entre os que qualificam como “razoável” e “excelente” ($p= 0,007$).

Pelo facto destes três grupos de estudantes referidos representarem, aproximadamente, a totalidade da amostra e tendo em conta os valores de prevalência dos sintomas em cada um, pode-se confirmar, com segurança estatística, a hipótese formulada.

Somente nos estudantes do curso de CF é que se confirma a hipótese colocada (*vide* figura seguinte).

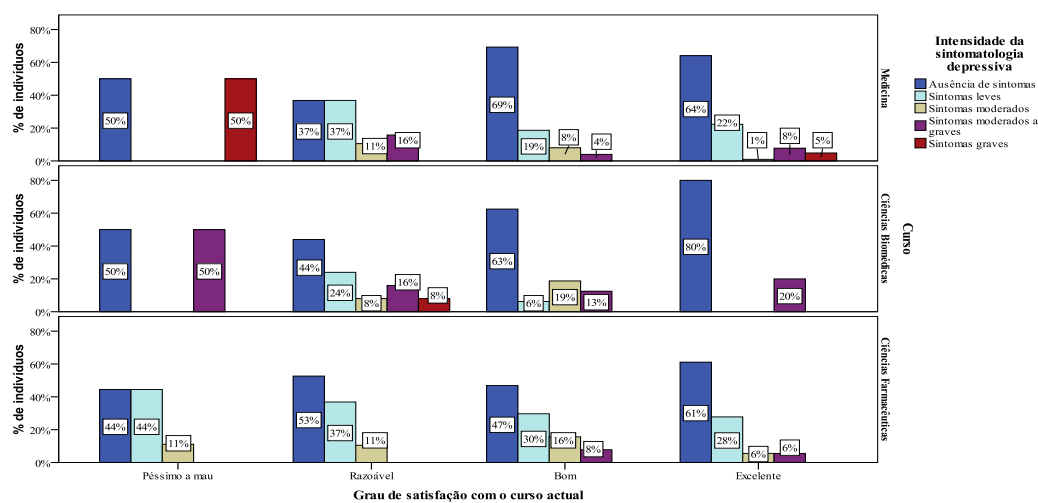


Figura 28 – Representação gráfica do cruzamento entre o grau de satisfação com o curso actual e a sintomatologia depressiva para cada curso.

H3.6. A prevalência dos sintomas é superior nos estudantes que raramente fazem actividades de lazer.

Constata-se que, analiticamente, à medida que se diminui na frequência da prática de actividades de lazer, ocorre um aumento da presença da sintomatologia depressiva (vide tabela 4, p.49). Podemos constatar uma diferença estatisticamente significativa na presença dos sintomas entre os indivíduos que “raramente” fazem actividades de lazer e os que fazem de uma forma “frequente” ($p=0,04$).

Pela análise dos dados obtidos, e uma vez que as três primeiras categorias representam grande parte da amostra, pode-se confirmar a hipótese com segurança estatística.

Na figura seguinte, apenas se comprova a mesma linha de pensamento anterior nos estudantes de Med; nos alunos de CF e CB, a presença dos sintomas não parece depender da frequência de realização de actividades de lazer.

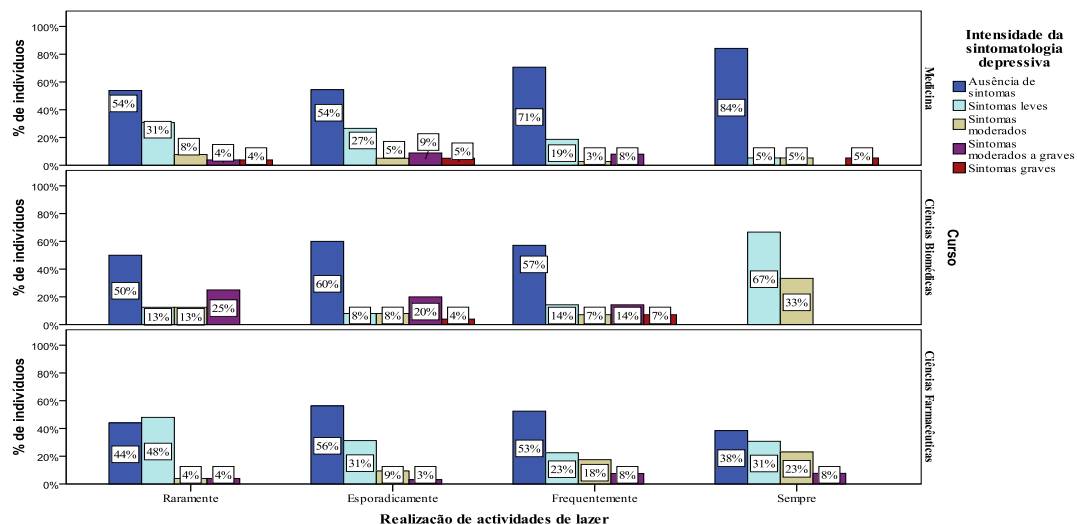


Figura 29 – Representação gráfica do cruzamento entre a frequência da realização de actividades de lazer e a sintomatologia depressiva para cada curso.

Tabela 4 – Tabela de cruzamento entre as variáveis constituídas por três ou mais categorias e a sintomatologia depressiva.

Variáveis	Sintomatologia depressiva		Teste de independência do Qui-quadrado	
	Ausência	Presença	Relações entre categorias: valor de X^2 e de p	Valor de X^2 e de p total
Medicina	126 (63,3%)	73 (36,7%)	Med - CB: $X^2= 1,46$; $p= 0,14$	$X^2=5,53$; $p= 0,063$
Ciências Biomédicas	27 (54%)	23 (46%)	Med - CF: $X^2= 5,17$; $p= \mathbf{0,016}$	
Ciências Farmacêuticas	55 (50%)	55 (50%)	CF - CB: $X^2= 0,22$; $p= 0,38$	
Sozinho	35 (61,4%)	22 (38,6%)	Sozinho - Com pais ou outros fam.: $X^2= 0,06$; $p= 0,47$	$X^2= 2,64$; $p= 0,27$
Com os pais ou outros familiares	64 (63,4%)	37 (36,6%)	Sozinho - Com colegas ou amigos: $X^2= 0,93$; $p= 0,21$	
Com colegas ou amigos	109 (54,2%)	92 (45,8%)	Com pais/outros fam - Com colegas ou amigos: $X^2= 2,29$; $p= 0,08$	
≤ 1 salário mínimo	25 (43,1%)	33 (56,9%)	≤ 1 salário - 2 salários: $X^2= 1,613$; $p= 0,14$	$X^2= 9,13$; $p= \mathbf{0,01}$
2 salários mínimos	51 (53,7%)	44 (46,3%)	≤ 1 salário - ≥ 3 salários: $X^2= 8,26$; $p= \mathbf{0,003}$	
≥ 3 salários mínimos	132 (64,1%)	74 (35,9%)	2 salários - ≥ 3 salários: $X^2= 2,95$; $p= 0,056$	
Péssimo a mau	7 (46,7%)	8 (53,3%)	Péssimo a mau - razoável: $X^2= 0,024$; $p= 0,55$	$X^2= 7,70$; $p= 0,05$
Razoável	28 (44,4%)	35 (55,6%)	Péssimo a mau - bom: $X^2= 0,905$; $p= 0,25$	
Bom	92 (59,4%)	63 (40,6%)	Péssimo a mau - excelente: $X^2= 1,77$; $p= 0,15$	
Excelente	81 (64,3%)	45 (35,7%)	Razoável - bom: $X^2= 4,02$; $p= \mathbf{0,03}$	
			Razoável - excelente: $X^2= 6,77$; $p= \mathbf{0,007}$	
			Bom - excelente: $X^2= 0,71$; $p= 0,24$	
Raramente	29 (49,2%)	30 (50,8%)	Raramente - esporadicamente: $X^2= 0,75$; $p= 0,24$	$X^2= 3,84$; $p= 0,28$
Esporadicamente	76 (55,9%)	60 (44,1%)	Raramente - frequentemente: $X^2= 3,48$; $p= \mathbf{0,04}$	
Frequentemente	82 (63,6%)	47 (36,4%)	Raramente - sempre: $X^2= 1,04$; $p= 0,21$	
Sempre	21 (60%)	14 (40%)	Esporadicamente - frequentemente: $X^2= 1,62$; $p= 0,13$	
			Esporadicamente - sempre: $X^2= 0,19$; $p= 0,40$	
			Frequentemente - sempre: $X^2= 0,15$; $p= 0,42$	

2.4. H4: Existe evidência de que a prevalência da sintomatologia depressiva é superior nos estudantes com as seguintes características:

H4.1. Ausência de acompanhamento psicológico e psiquiátrico anterior;

H4.2. Antecedentes pessoais e/ou familiares de doença psiquiátrica;

H4.3. Consumo regular de substâncias psicoactivas;

H4.4. Vivência de acontecimentos de vida stressantes no último ano.

H4.1. A prevalência dos sintomas é superior nos estudantes que nunca realizaram acompanhamento psicológico e psiquiátrico anterior.

Devido à escassa representatividade dos estudantes que actualmente fazem acompanhamento psicológico ou psiquiátrico, optou-se por retirar estas categorias das análises seguintes.

Existe uma presença mais elevada dos sintomas nos indivíduos que nunca realizaram acompanhamento prévio. No entanto, não se detecta uma diferença significativa na manifestação dos sintomas entre os dois grupos ($p > 0,05$).

Tabela 5 – Tabela de cruzamento entre acompanhamento psicológico anterior e a sintomatologia depressiva.

	Sintomatologia depressiva		Total	X ²	P
	Ausência de sintomas	Presença de sintomas			
Acompanhamento psicológico anterior	Sim	35 66%	53 100%	1,63	0,13
	Não	170 56,7%	300 100%		

Analisando por curso, observa-se que os alunos de Med e de CB que não receberam acompanhamento psicológico anterior exibem maior prevalência dos sintomas. O único curso que contraria a hipótese colocada é o de CF (*vide* figura seguinte).

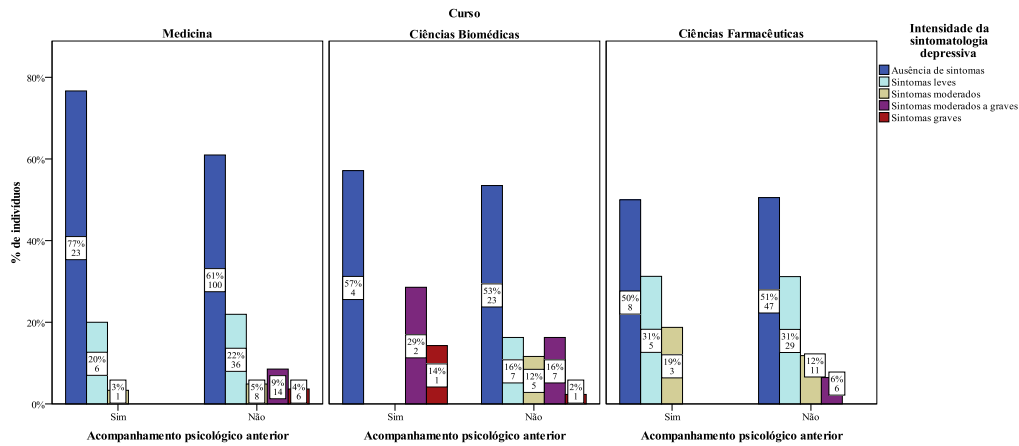


Figura 30 – Representação gráfica do cruzamento entre acompanhamento psicológico anterior e a sintomatologia depressiva para cada curso.

Na tabela 6, visualiza-se que os estudantes que já realizaram acompanhamento psiquiátrico apresentam, em proporção, mais sintomatologia depressiva. Não se verificou diferença a nível estatístico entre os dois grupos relativamente à manifestação dos sintomas.

Tabela 6 – Tabela de cruzamento entre acompanhamento psiquiátrico anterior e a sintomatologia depressiva.

		Sintomatologia depressiva		Total	X ²	P
		Ausência de sintomas	Presença de sintomas			
Acompanhamento psiquiátrico anterior	Sim	16	13	29	0,089	0,46
		55,2%	44,8%	100%		
	Não	188	136	324		
		58%	42%	100%		

Pelos dados obtidos, não se pode confirmar com segurança estatística a H4.1, apesar de haver uma tendência para a sua confirmação parcial, uma vez que os estudantes que

nunca tiveram acompanhamento psicológico apresentam maior prevalência dos sintomas.

Somente no curso de CB é que se verifica um predomínio dos sintomas nos alunos que nunca realizaram acompanhamento psiquiátrico. (vide figura seguinte)

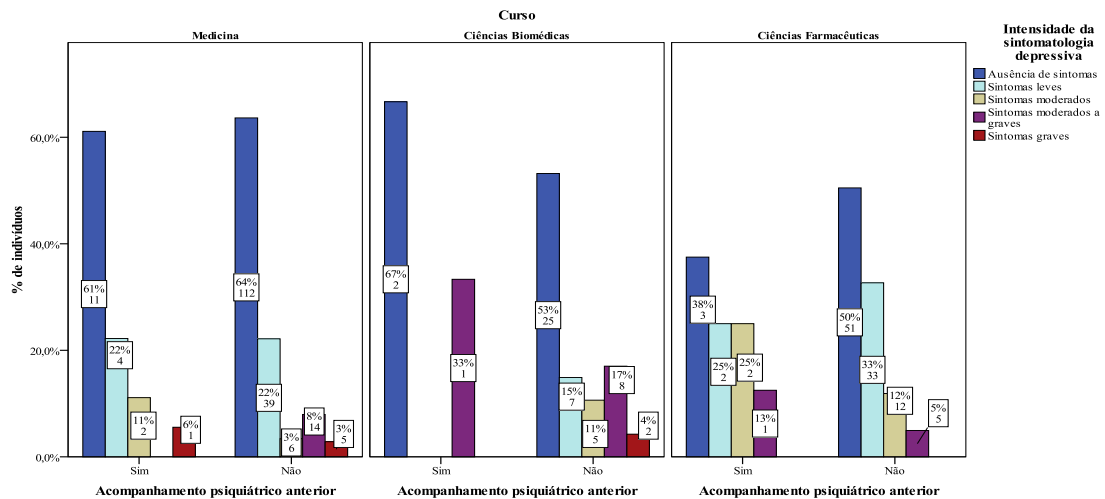


Figura 31 – Representação gráfica do cruzamento entre acompanhamento psiquiátrico anterior e a sintomatologia depressiva para cada curso.

H4.2. A prevalência dos sintomas é superior nos estudantes que apresentam antecedentes pessoais e/ou familiares de doença psiquiátrica.

Os estudantes com antecedentes pessoais de doença psiquiátrica manifestam mais sintomas depressivos, apesar da diferença não ser estatisticamente significativa.

Tabela 7 – Tabela de cruzamento entre antecedentes pessoais de doença psiquiátrica e a sintomatologia depressiva.

		Sintomatologia depressiva		Total	X ²	P
		Ausência de sintomas	Presença de sintomas			
Antecedentes pessoais de doença psiquiátrica	Sim	15 57,7%	11 42,3%	26 100%	0,001	0,57
	Não	193 58%	140 42%	333 100%		

Na figura 32, constata-se que somente nos estudantes de Med é que se verifica a hipótese estipulada.

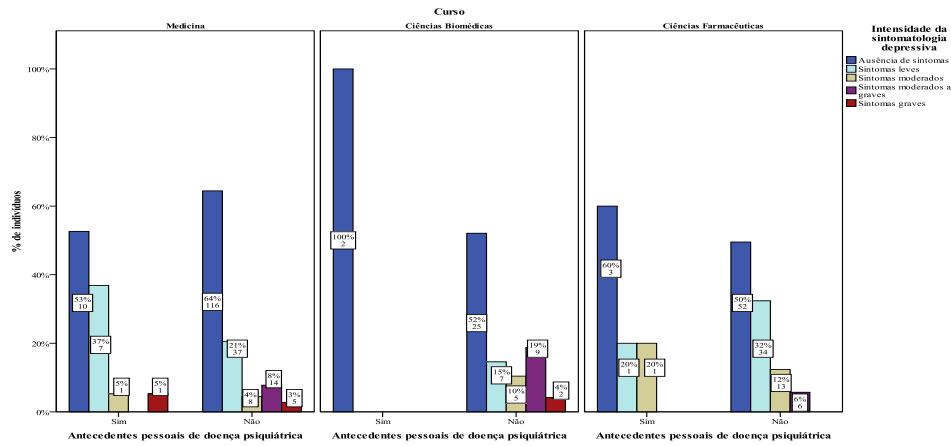


Figura 32 – Representação gráfica do cruzamento entre antecedentes pessoais de doença psiquiátrica e a sintomatologia depressiva para cada curso.

Pela tabela 8, constata-se que a prevalência é superior nos alunos que responderam afirmativamente à questão (44,6%). Não se observa diferença estatisticamente significativa na presença dos sintomas entre os grupos ($p > 0,05$).

Tabela 8 – Tabela de cruzamento entre os antecedentes familiares de doença psiquiátrica e a sintomatologia depressiva.

		Sintomatologia depressiva		Total	X ²	P
		Ausência de sintomas	Presença de sintomas			
Antecedentes familiares de doença psiquiátrica	Sim	41 55,4%	33 44,6%	74 100%	0,25	0,69
	Não	167 58,6%	118 41,4%	285 100%		

Na figura 33, observa-se que os estudantes de CB e CF com antecedentes familiares de doença psiquiátrica apresentam, em proporção, maior prevalência dos sintomas.

De uma forma global, os resultados impedem uma confirmação segura da hipótese formulada, embora revelem uma tendência nesse sentido.

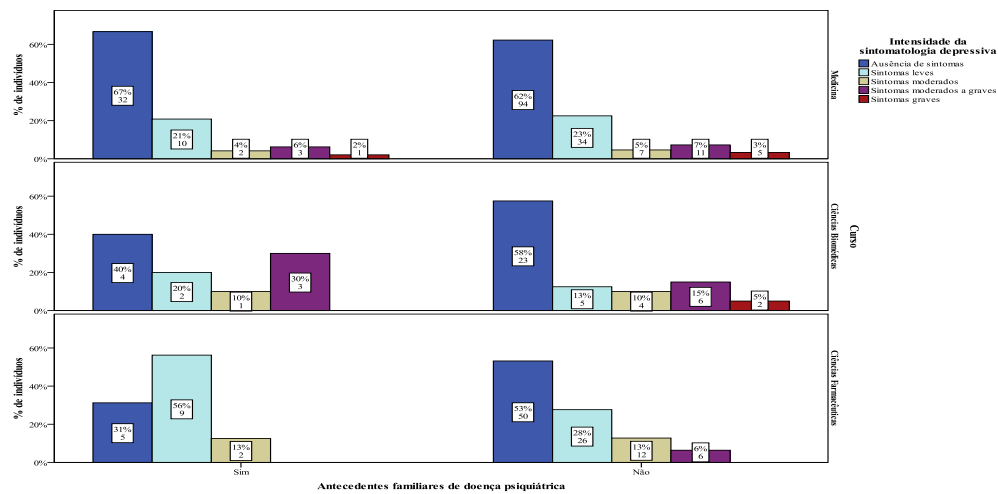


Figura 33 – Representação gráfica do cruzamento entre antecedentes familiares de doença psiquiátrica e a sintomatologia depressiva para cada curso.

H4.3. *A prevalência dos sintomas é superior nos estudantes que consomem regularmente substâncias psicoactivas.*

De todas as substâncias avaliadas, somente a cafeína teve associação estatística com a presença dos sintomas depressivos, estando o seu consumo regular associado a maior prevalência dos sintomas. (vide anexo 5)

H4.4. *A prevalência dos sintomas é superior nos estudantes que vivenciaram algum acontecimento de vida stressante durante o último ano.*

Na tabela 9, visualiza-se uma superioridade na presença dos sintomas nos indivíduos que vivenciaram algum acontecimento de vida stressante.

Contudo, não se constata uma diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos.

Tabela 9 – Tabela de cruzamento entre as variáveis acontecimento(s) de vida stressante(s) e sintomatologia depressiva.

		Sintomatologia depressiva		Total	X ²	P
		Ausência de sintomas	Presença de sintomas			
Acontecimento(s) de vida stressante(s) durante o último ano	Sim	119 55,3%	96 44,7%	215 100%	1,48	0,23
	Não	89 61,8%	55 38,2%	144 100%		

Estes dados não permitem comprovar com segurança estatística a H.4.4, apesar de se observar uma tendência para a sua confirmação.

Nos cursos de CB e CF, observa-se a mesma tendência referida previamente. Em Med, não se verificaram diferenças significativas.

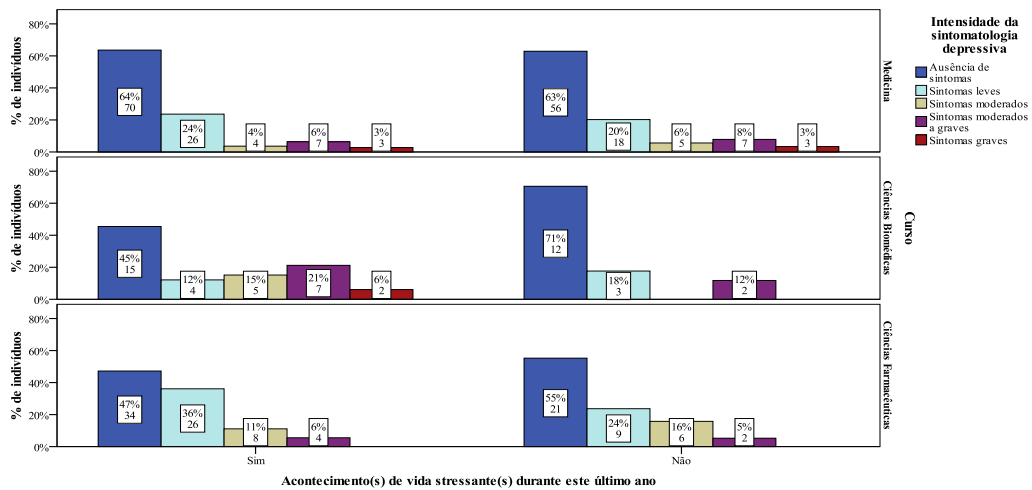


Figura 34 – Representação gráfica do cruzamento entre acontecimento(s) de vida stressante(s) e a sintomatologia depressiva para cada curso.

3. Análise da fiabilidade e validade da versão portuguesa do IDB.

A sequência das análises seguintes encontra-se em conformidade com o estudo de validação do mesmo inventário para um grupo de doentes com dor crónica. (19)

3.1. Análise da fidelidade.

Como demonstrado na tabela seguinte, o coeficiente *alfa* de *Cronbach*² (22) total do inventário, para a população estudada, foi de 0,89.

Tabela 10 – Análise da consistência interna do IDB através do cálculo do *Alfa* de *Cronbach*.

<i>Alfa</i> de <i>Cronbach</i>	<i>Alfa</i> de <i>Cronbach</i> baseado nos itens estandardizados	Nº de itens
0,887	0,890	21

Em anexo 4, encontram-se ilustradas as correlações corrigidas dos 21 itens do IDB.

3.2. Análise da validade factorial.

Para se testar a validade factorial dos 21 itens do IDB, procedeu-se ao cálculo da matriz de correlações para os 21 itens da versão portuguesa. (*vide* anexo 4)

Para investigar a adequabilidade amostral da matriz de correlações, calculou-se a medida de adequabilidade amostral de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO)³. Recorreu-se ainda ao teste de esfericidade de Bartlett, que informa sobre o grau de adequação dos dados para a aplicação deste tipo de análise.

² Correlação que se espera obter entre a escala usada e outras escalas hipotéticas do mesmo universo, com igual número de itens, que meçam a mesma característica. (23)

³ Medida de homogeneidade das variáveis, que compara as correlações simples com as correlações parciais observadas entre as variáveis. (24)

Tabela 11 – Análise da adequabilidade amostral da matriz de correlações.

Medida de KMO de adequabilidade amostral		0,915
Teste de esfericidade de Bartlett	Qui-quadrado	2471,129
	Grau de liberdade	210
	Significância	0,000

Na extracção dos factores, recorreu-se às teorias de Zwick. (25) Submeteu-se ao critério de análise do “*scree plot*”⁴ (vide figura 35) de variâncias explicadas pelos valores próprios de cada variável, bem como ao critério de Kaiser (23) que obriga à exclusão das componentes cujos valores próprios são inferiores a 1, quando a análise é realizada a partir duma matriz de correlações. Uma vez que existem quatro valores próprios superiores a 1 (vide anexo 4), com base no critério de Kaiser, retém-se esses componentes.

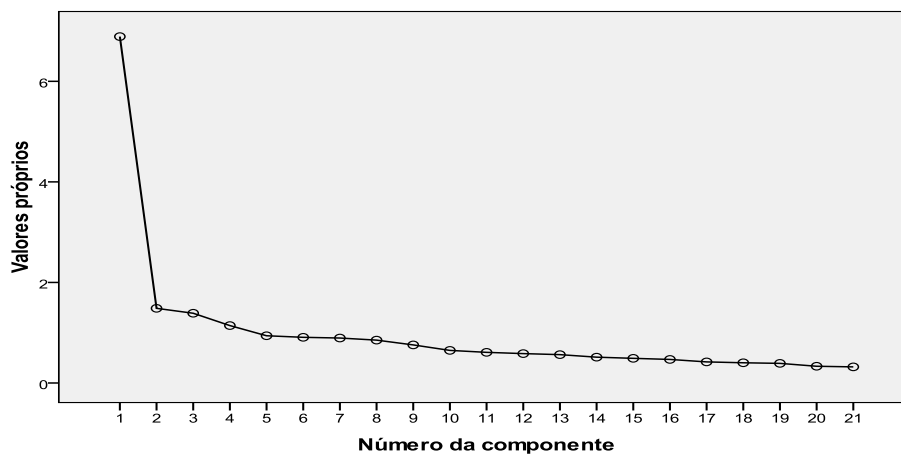


Figura 35 – Análise *Scree Plot* dos valores próprios.

De seguida, procedeu-se à análise dos componentes retidos (25), após a rotação repetida segundo o método *Varimax*⁵.

⁴ Representação gráfica dos pontos das variâncias respectivas a cada componente. (23)

⁵ Método ortogonal que tem como objectivo obter uma estrutura factorial na qual uma e apenas uma das variáveis originais esteja fortemente associada com um único factor, e pouco associada com os restantes. (24)

Tabela 12 – Matriz rodada da análise dos componentes principais. Método da extração: Análise de componentes principais. Método de rotação: *Varimax* com normalização de Kaiser. A rotação convergiu em 11 iterações. A negrito apresentam-se os itens com pesos factoriais superiores a 0,4 em valor absoluto. (24)

Itens do IDB	Componentes retidos			
	1	2	3	4
C	0,722	0,244	-0,051	0,165
H	0,711	0,049	0,285	-0,118
M	0,612	0,013	0,458	-0,049
G	0,611	0,528	-0,053	0,187
N	0,573	0,174	0,151	-0,131
O	0,557	0,097	0,475	0,186
E	0,541	0,260	0,170	0,282
F	0,537	0,368	0,042	0,327
D	0,487	0,429	0,414	-0,247
I	0,167	0,700	0,100	0,179
U	0,040	0,618	0,220	0,096
J	0,208	0,567	0,481	0,021
L	0,217	0,546	0,312	-0,022
A	0,193	0,496	0,361	-0,147
B	0,342	0,450	-0,124	0,036
T	-0,047	0,058	0,668	0,164
Q	0,352	0,279	0,579	0,067
P	0,127	0,127	0,525	0,047
K	0,183	0,433	0,519	0,126
S	0,051	-0,039	0,036	0,781
R	0,036	0,247	0,282	0,611

Composição dos componentes retidos:

- Primeiro componente: C, D, E, F, G, H, M, N, O;
- Segundo componente: A, B, I, J, L, U;
- Terceiro componente: K, P, Q, T;
- Quarto componente: S e R.

DISCUSSÃO

*“A maior aventura de um Ser Humano é viajar,
E a maior viagem que alguém pode empreender é para dentro de si mesmo.
E o modo mais emocionante de realizá-la é ler um livro,
Pois um livro revela que a vida é a maior de todos os livros,
Mas é pouco útil para quem não souber ler nas entrelinhas
E descobrir o que as palavras não disseram...”*

Augusto Cury

Discussão

1. Interesse do estudo.

A saúde mental em geral, e as perturbações depressivas em particular, despertam um elevado interesse no âmbito da saúde pública devido às suas elevadas repercussões negativas nos contextos social, económico ou na qualidade de vida. (1, 26, 27)

A realização desta investigação reveste-se de uma elevada importância, dado que sobrevém em resposta a uma elevada escassez da investigação epidemiológica nesta área a nível nacional. (26) Aliada a esta realidade, é o facto do estudante universitário estar sujeito a uma panóplia de circunstâncias que podem influenciar a sua *performance e* vivência académica, criando deste modo condições ideais para o aparecimento das perturbações depressivas. (5) Num estudo conduzido por Pereira et al., (28) as perturbações depressivas foram das patologias mais frequentemente detectadas em consultas de Psicologia dirigidas aos estudantes.

2. Discussão da prevalência da sintomatologia depressiva obtida.

O presente estudo testemunha uma elevada prevalência dos sintomas depressivos nos estudantes, abrangendo 42,1% da amostra, sendo manifestada, essencialmente, numa intensidade leve.

Diversos estudos utilizaram o IDB em estudantes universitários, patenteando-se taxas de prevalência bastante heterogéneas. Tais contrastes devem-se, sobretudo, aos pontos de corte utilizados para considerar a presença dos sintomas. Partindo deste pressuposto, admite-se que a prevalência varie entre 9,2% a 38,2%. (12, 29-31)

Num estudo dirigido à população portuguesa, (27) utilizando o mesmo ponto de corte deste estudo ($IDB \geq 10$), detectaram que 19,2% da amostra apresentava algum grau de sintomatologia depressiva.

Um dado de elevada relevância neste estudo prende-se com o facto de 10,3% dos estudantes ter obtido uma pontuação no IDB superior ou igual a 20 pontos. Segundo Kendall et al., (17) se simultaneamente se tivesse realizado uma entrevista clínica estruturada a estes alunos por um profissional de saúde [tendo como referência os critérios da DSM - IV (32)], aumentaria a probabilidade de encontrar indivíduos com perturbações depressivas mais graves.

Depreende-se assim que a prevalência aqui encontrada é bastante superior à registada para uma amostra retirada da população geral (27) e que, quando comparada com populações semelhantes, também se superioriza à mais elevada taxa de prevalência encontrada. (30)

3. *Discussão dos resultados das hipóteses testadas.*

3.1. *Discussão da primeira hipótese.*

Os resultados alcançados demonstram que os estudantes de CF apresentam a maior proporção de indivíduos com sintomas depressivos, abrangendo metade da sua amostra.

Não obstante, dados da literatura (13, 30) revelam que os estudantes de Med apresentam maior propensão para adquirirem perturbações depressivas quando comparados com os seus pares de outros cursos; todavia, tal não se comprova neste trabalho, estando inclusive associados à menor proporção de indivíduos afectados, sendo a sua prevalência significativamente menor quando comparada com CF. Na

análise descritiva, verificou-se que a grande maioria dos alunos de Med se encontra bastante satisfeita com o curso (*vide* figura 8, p.32) e que a maioria se encontra na primeira opção de escolha no curso (*vide* figura 9, p.39), motivos que de alguma forma poderão explicar a menor proporção evidenciada.

Os resultados obtidos transparecem a ideia de que não se pode remeter exclusivamente para o estudante de Med a existência de sintomatologia depressiva. O facto dos estudantes de CF e CB terem tido valores de prevalência superiores, salienta a importância de promover a realização de trabalhos idênticos com vista ao esclarecimento actual das perturbações afectivas nos estudantes de outros cursos.

3.2. Discussão da segunda hipótese.

No que diz respeito à estrutura curricular da formação médica, existe um aumento da prevalência dos sintomas na transição dos anos básicos (1º, 2º e 3º) para os anos clínicos (4º, 5º e 6º), estando inúmeras causas subjacentes. (12, 13, 33-36)

Num trabalho dirigido à população de estudantes de Med da FCS, (36) concluiu-se que os alunos do 3º ano apresentavam piores níveis de saúde mental. Os dados aqui obtidos são congruentes com esses achados, dado que a maior proporção de estudantes com sintomas foi encontrada nesse ano, estando 23% associados a sintomatologia moderada a grave.

Em CB, parece existir uma tendência crescente na manifestação dos sintomas ao longo dos anos curriculares. Algumas questões se poderão levantar aqui como insatisfação com o curso, fracas expectativas em relação ao futuro, excesso de pressão académica, entre outras causas possíveis. Será importante continuar a rever esta evolução em trabalhos futuros.

Por último em CF, o 2º ano destaca-se por obter uma taxa de prevalência mais elevada, afectando 67% dos seus alunos. Este dado é interessante, pois era esperado encontrar uma maior presença dos sintomas nos alunos do 3º ano, já que adopta um modelo pedagógico semelhante ao 3º ano de Med, baseando-se numa periodicidade quinzenal na realização de exames em várias disciplinas. Como este ritmo origina altos níveis de stress ao estudante, podia de alguma forma elevar os níveis de sintomatologia. Ainda assim, quase metade dos estudantes do 3º ano (49%) exhibe algum grau de sintomatologia depressiva. Uma das possíveis justificações para a elevada prevalência encontrada no 2º ano pode consistir na realização quase semanal de relatórios, colocando os alunos sob enorme pressão.

Quando se efectuou uma análise da presença dos sintomas entre os vários anos de cada curso, não se verificou um predomínio significativo da sintomatologia depressiva em algum ano em especial.

Se por um lado se parece comprovar a necessidade de modificar a estrutura curricular do 3º ano de Med, (36) já nos cursos de CB e CF será importante continuar a rever em trabalhos futuros.

3.3. Discussão da terceira hipótese.

Neste trabalho, o sexo feminino apresentou maior proporção de estudantes com sintomas. Ainda assim, não se verificou uma diferença significativa entre os sexos. Este dado não é consistente com a informação obtida na literatura (9, 12, 30, 37), onde se constatou uma associação significativa entre o sexo feminino e uma maior prevalência dos sintomas. Como possíveis causas implicadas nestas diferenças podem estar factores de ordem biológica (hormonal) e/ou de personalidade (neuroticismo) (38).

No que respeita a investigar se existem diferenças na apresentação dos sintomas consoante a faixa etária, verificou-se um aumento da proporção de indivíduos com sintomas a partir dos 24 anos, apesar de não existir diferenças significativas na sua manifestação entre os grupos. Estes dados são concordantes com os resultados de Bostanci et al. (39) Partindo do princípio que o curso de Med contribui com muitos estudantes nesta faixa etária e que se finaliza uma licenciatura por volta dos 23 anos, as razões para este aumento poderão estar relacionadas com má *performance* académica, problemas no ingresso no curso devido à elevada média exigida, entre outras.

Analisando a relação entre a composição do agregado familiar durante o período lectivo e a manifestação dos sintomas depressivos, comprovou-se a teoria de uma presença mais elevada dos sintomas nos indivíduos que não vivem junto do seu núcleo familiar. Este dados encontram-se em conformidade com os resultados obtidos por Rab et al. (40) e Guerrero (41), onde realçam o núcleo familiar como fonte de protecção contra o aparecimento de manifestações depressivas. Destaca-se que os alunos que moram com colegas ou amigos manifestam, em proporção, maior sintomatologia, podendo ser precipitado pela presença de elevados níveis de criticismo e competitividade, falta de privacidade e, paradoxalmente, falta de apoio entre pares.

Relativamente ao nível sócio-económico auferido pelo agregado familiar dos estudantes, confirmou-se a sua associação estatística com a prevalência dos sintomas, pertencendo aos estudantes com menor rendimento económico uma maior manifestação dos sintomas. Vários estudos consolidam esta hipótese. (30, 39, 42, 43)

A manifestação dos sintomas é também o reflexo da satisfação pelo curso frequentado. Deste modo, será lógico pensar que existirá maior manifestação dos sintomas

depressivos nos indivíduos que se revelam insatisfeitos com o curso, como destaca a literatura. (44) No presente estudo, esse facto é demonstrado, constatando-se diferenças na presença dos sintomas entre os que classificam como “excelente” e os que apreciam como “péssimo a mau” (35,7% vs. 53,3%, respectivamente).

No que respeita à realização de actividades de lazer (por ex. desporto, música, cinema), actualmente o aluno não dispõe de muito tempo para a sua prática. Diversos estudos enaltecem a sua importância (exercício físico em particular) como uma forma de protecção contra o aparecimento da sintomatologia depressiva. (29, 30, 44, 45) À semelhança desses estudos, verificou-se uma relação inversa entre as duas variáveis, isto é, à medida que se diminui na frequência da sua realização, aumentam os valores de prevalência dos sintomas.

3.4. Discussão da quarta hipótese.

Pretendeu-se investigar a relação entre algumas determinantes que podem predispor o estudante para a ocorrência de patologia psiquiátrica e a sintomatologia depressiva.

Como foi referido anteriormente, muitos estudantes com sintomatologia depressiva não procuram ajuda junto dos profissionais de saúde, estando várias causas subjacentes. (46) Os resultados reforçam esta ideia, verificando-se que os alunos que nunca receberam acompanhamento psicológico anterior manifestam, em proporção, mais sintomas. O efeito preventivo da psicoterapia realizada nas consultas de psicologia poderá originar os menores índices de prevalência dos sintomas nos estudantes que já fizeram acompanhamento. Contrariamente ao esperado, deparou-se um predomínio dos sintomas no grupo que frequentou acompanhamento psiquiátrico anterior.

Na figura 12 da página 35, são reveladas percentagens significativas de alunos com antecedentes pessoais de doença psiquiátrica, sendo a Depressão a doença mais relatada (*vide* figura 13, p. 36). À semelhança de outros resultados, (30, 31) verificou-se uma tendência global para maior manifestação dos sintomas nos estudantes com antecedentes pessoais e/ou familiares de doença psiquiátrica, ainda que sem diferenças significativas. Presume-se que poderão estar como base nestes indivíduos uma predisposição biológica ou hereditária.

A ingestão regular de substâncias psicoactivas encontra-se associada a maior prevalência dos sintomas. (5, 47-49) Exemplo disso é a cafeína neste estudo. Parece haver uma tendência, ainda que sem significância estatística, para uma menor revelação dos sintomas nos estudantes que optam por não consumir qualquer uma das substâncias, sugerindo um efeito protector desta escolha.

Os indivíduos que estão sujeitos a acontecimentos de vida stressantes durante o último ano estão associados a uma manifestação superior dos sintomas. (40, 47, 50, 51) Neste estudo, esse dado não se comprova estatisticamente, ainda que exista uma tendência para a sua confirmação.

4. *Discussão das análises de fiabilidade e validade do inventário.*

Relativamente à fidelidade do inventário, o *alfa* de *Cronbach* obtido (0,89) revela que o inventário apresenta uma boa consistência interna. (23) Pela análise da correlação corrigida dos 21 itens (*vide* anexo 4), salienta-se a fraca correlação exibida pelo item S, havendo necessidade do seu estudo em trabalhos futuros. Analisando a matriz de correlações dos itens (*vide* anexo 4), constata-se que quase todos revelaram, para um valor de $p < 0,05$, uma excelente associação linear entre si. As excepções prendem-se

com os itens R, S, T e U. Avaliando a adequabilidade amostral da matriz de correlações dos itens, infere-se que existe uma excelente correlação ($KMO= 0,915$) - segundo os critérios de classificação definidos por Maroco (24) - e que o teste de esfericidade de Bartlett se verificou estatisticamente significativo ($p < 0,001$), revelando desta forma uma excelente adequação da amostra para a realização da análise factorial. (23)

Analisando os componentes principais retidos (*vide* tabela 12, p.58) e a tabela de dimensões avaliadas pelo IDB (*vide* anexo 1), identificam-se quatro dimensões da sintomatologia depressiva avaliada pelo IDB, que explicam 51,93% da variância dos resultados: a primeira, sugere uma dimensão, predominantemente, *cognitiva*; a segunda parece corresponder a uma dimensão *afectiva*, apesar da elevada influência de um componente *motivacional* (item I); a terceira refere-se essencialmente a uma dimensão *somática*; por último, a quarta dimensão parece apontar para uma avaliação do *desvio funcional depressivo*. É de salientar a existência de “*crossloadings*”, isto é, a saturação dos itens D, G, J, K, M e O em mais do que um componente, havendo necessidade de proceder ao seu estudo em investigações futuras.

5. Discussão sobre o inventário utilizado.

O IDB é um dos instrumentos mais utilizados para avaliar a sintomatologia depressiva em contexto universitário. (52) A versão do IDB usada procura manter a estrutura do instrumento o mais próxima possível da original sem prejuízo das qualidades psicométricas da versão portuguesa, de modo a que se possa comparar os resultados aqui obtidos com outros estudos internacionais em populações universitárias utilizando o mesmo inventário. (19)

6. Limitações do estudo.

- **Estudo transversal:** apenas avalia a presença da sintomatologia depressiva num determinado momento e não de uma forma continuada.
- **Extensão do inquérito:** sendo constituído na sua totalidade por 45 questões, pode ter limitado a sua adesão.
- **Influência da estação do ano:** uma vez que se aplicou o IDB no Inverno, pode ter enviesado os resultados, como constatado no estudo de Harmatz et al. (53) No entanto, noutra estudo (54) esta associação não se comprovou estatisticamente.
- **Ponto de corte usado:** a pontuação no IDB ≥ 10 pontos, pode ter, de alguma forma, sobrestimado as taxas de prevalência encontradas, apesar de seguir em conformidade com outros estudos. (19, 20, 27, 30, 52)
- **Modo de aplicação do inquérito:** a sua aplicação via *online* pode ter seleccionado à partida os participantes, não se sabendo em que medida.
- **Interpretação dos resultados:** os valores obtidos fornecem apenas uma informação indirecta da presença dos sintomas depressivos, uma vez que se baseiam numa medida de auto-relato realizada pelo estudante.
- **Ausência de dados sobre auto-medicação:** não se indagou sobre o consumo de fármacos não prescritos por profissional de saúde, apesar de, frequentemente, estarem associados a sintomatologia depressiva.
- **Impossibilidade de generalização:** os resultados correspondem apenas aos estudantes da área de saúde da FCS-UBI, com um tipo de modelo pedagógico muito próprio, podendo limitar a sua generalização a estudantes de outras áreas da saúde a nível nacional, bem como de outras áreas científicas.

SUGESTÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

“Quase ninguém repara em ninguém.

Em parte porque o espaço que nos circunda está cheio de chamadas, de perigos e de júbilos;

O Ser Humano, longe do que se pensa, é o que menos se nota no mundo”

Agustina Bessa-Luís

Sugestões

Pelos resultados obtidos neste estudo e pela precariedade de investigações idênticas em Portugal, justifica-se o alargamento do campo de estudo a outros cursos universitários, comparando entre cursos dentro da mesma área ou de áreas diferentes.

Um aspecto interessante a estudar em trabalhos futuros será estudar a relação entre a presença dos sintomas depressivos com determinados comportamentos: padrão do sono, distúrbios alimentares, ideação suicida, auto-medicação, entre outros.

Recomenda-se a realização de estudos longitudinais, com objectivo de avaliar a evolução da sintomatologia depressiva ao longo dos vários anos de curso e não apenas no momento.

Uma vez que estes alunos serão os profissionais de saúde de amanhã, com todas as responsabilidades inerentes ao exercício da sua profissão, importa realçar algumas valências no âmbito do apoio psicológico ao estudante sugeridas por Gonçalves et al., (55) e passíveis de serem implementadas na UBI em geral, e na FCS em particular:

- ✓ **Serviços Remediativos:** são baseados na psicoterapia ou no apoio terapêutico a estudantes que necessitam de ajuda imediata a nível pessoal e/ou educacional. Incluem “linhas de crise” úteis para situações mais graves;
- ✓ **Serviços Preventivos:** têm como objectivo a diminuição de certos problemas mediante a identificação e controlo de factores de risco. Os programas preventivos seriam estabelecidos principalmente em dois

momentos cruciais: nas transições ensino secundário - ensino superior e ensino superior – entrada no mundo do trabalho.

- ✓ **Serviços Desenvolvimentais:** têm como meta principal a promoção e optimização do desenvolvimento psicológico do estudante.

Considerações finais

Neste estudo detectou-se uma elevada prevalência da sintomatologia depressiva na população estudada. Sendo a prevalência obtida notavelmente superior à de uma amostra retirada da população em geral, permite pensar que os estudantes universitários podem estar mais susceptíveis para o desenvolvimento de perturbações depressivas.

Com base na literatura actual, investigou-se uma possível relação entre factores biopsicossociais implicados na etiopatogenia das perturbações depressivas e a presença da sintomatologia depressiva, estando os estudantes com as seguintes características associados a maior presença dos sintomas: baixo nível sócio-económico, menor satisfação com o curso, diminuição na realização de actividades de lazer e consumo regular de cafeína.

A análise de validade da versão do IDB usada, permite concluir que este apresenta uma boa aplicabilidade numa população universitária portuguesa idêntica.

Este trabalho reforça a ideia de que a existência de sintomas depressivos em estudantes universitários é uma realidade que não deve passar despercebida e destaca a importância de se realizarem estudos análogos com vista à sua detecção precoce, prevenindo deste modo possíveis consequências negativas, em especial o suicídio.

***REFERÊNCIAS
BIBLIOGRÁFICAS***

*“Para falar ao vento bastam palavras,
Para falar ao coração são necessárias obras.”*

Padre António Vieira

Referências

1. World Health Organization (WHO). The World Health Report 2001: Mental Health: New Understanding, New Hope. Geneva, 2001.
2. Moussavi S, Chatterji S, Verdes E, Tandon A, Patel V, Ustun B. Depression, chronic diseases, and decrements in health: Results from the World Health Surveys. *The Lancet* 2007 September 8;370:851-858.
3. Coulehan JL, Schulberg HC, Block MR, Madonia MJ, Rodriguez E. Treating depressed primary care patients improves their physical, mental and social functioning. *Archives of Family Medicine* 1997;157(10):1113-1120.
4. Zivin K, Eisenberg D, Gollust SE, Golberstein E. Persistence of mental health problems and needs in a college student population. *J Affect Disord* 2009 Oct;117(3):180-185.
5. Adewuya AO, Ola BA, Aloba OO, Mapayi BM, Oginni OO. Depression among Nigerian university students: prevalence and sociodemographic correlates. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2006;41:674-678.
6. Ferraz MF, Pereira AS. A dinâmica da personalidade e o homesickness (saudades de casa) dos jovens universitários. *Psicologia, Saúde & Doenças* 2002;3(2):149-164.
7. Beck KH, Arria AM, Caldeira KM, Vincent KB, O'Grady KE, Wish ED. Social context of drinking and alcohol problems among college students. *American Journal of Health Behavior* 2008;32(4):420-430.

8. Garlow SJ, Rosenberg J, Moore JD, Haas AP, Koestner B, Henden H, et al. Depression, desperation, and suicidal ideation in college students: Results from the American foundation for suicide prevention college screening project at Emory University. *Depression and Anxiety* 2008;28:482-488.
9. Moo-Estrella J, Pérez-Benítez H, Solís-Rodríguez F, Arankowsky-Sandoval G. Evaluation of Depressive Symptoms and Sleep Alterations in College Students. *Archives of Medical Research* 2005;36:393-398.
10. Loureiro E, McIntyre T, Mota-Cardoso R, Ferreira M. A relação entre o stress e os estilos de vida nos estudantes de Medicina da Faculdade de Medicina do Porto. *Acta Méd Port* 2008;21:209-14.
11. Amaral GF, Gomide LM, Batista MP, Pícollo PP, Teles TB, Oliveira PM, et al. Sintomas depressivos em académicos de medicina da Universidade Federal de Goiás: um estudo de prevalência. *Rev Psiquiatr RS* 2008;30(2):124-130.
12. Baldassin S, Alves TCTF, Andrade AG, Martins LAN. The characteristics of depressive symptoms in medical education and training: cross-sectional study. *BMC Medical Education* 2008;8:60.
13. Rosenthal JM, Okie S. White Coat, Mood Indigo – Depression in Medical School. *N Engl J Med* 2005 September 15;353(11):1085-1088.
14. Voltmer E, Kieschke U, Schwappach DL, Wirsching M, Spahn C. Psychosocial health risk factors and resources of medical students and physicians: a cross-sectional study. *BMC Med Educ* 2008;8:46.
15. Carlotto MS, Nakamura AP, Câmara SG. Síndrome de Burnout em estudantes

- universitários da área da saúde. *PSICO* 2006 Jan./Abr.;37:57-62.
16. Beck A, Ward C, Mendelson M, Mock J, Erbauch J. An inventory for measure depression. *Arch General Psychiatry* 1961;4:561-571.
 17. Kendall PC, Hollon SD, Beck AT, Hammen CL, Ingram RE. Issues and Recommendations Regarding Use of the Beck Depression Inventory. *Cognitive Therapy and Research* 1987;1(3):289-299.
 18. McIntyre T, McIntyre S. Inventário de Depressão de Beck – versão portuguesa. Braga: Universidade do Minho 1995.
 19. McIntyre T, Araújo-Soares V. Inventário da Depressão de Beck: um estudo de validade numa amostra de doentes com dor crónica. Em: APPORT (org.). *Actas de comunicações científicas*. VI Conferência Internacional de Avaliação Psicológica: Formas e Contextos; 1999; Braga: APPORT. p. 245-255.
 20. Figueiredo AC, Fernandes SC, Martins CC, Ramalho VL. Supervisão: estilos, satisfação e sintomas depressivos em estagiários de psicologia. *Psico-USF* 2007 Jul./Dez;12(2):239-248.
 21. Levine RE, Breitkopf CR, Sierles FS, Camp G. Complications Associated With Surveying Medical Student Depression: The Importance of Anonymity. *Academic Psychiatry* 2003 Spring;27:1.
 22. Cronbach LJ. Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika* 1951;16(3):297-334.
 23. Pestana MH, Gageiro JN. *Análise de Dados para Ciências Sociais – A*

- complementaridade do SPSS. 5ª Edição. Lisboa: Edições Sílabo; 2008.
24. Maroco J. *Análise Estatística – Com a Utilização do SPSS*. 3ª Edição. Lisboa: Edições Sílabo; 2007.
25. Zwick WR, Velicer WF. Comparison of five rules for determining the number of components to retain. *Psychological Bulletin* 1986;3:432-442.
26. Gusmão RM, Xavier M, Heitor MJ, Bento A, Caldas de Almeida JM. O peso das perturbações depressivas: aspectos epidemiológicos globais e necessidades de informação em Portugal. *Acta Méd Port* 2005;18:129-146.
27. Gameiro S, Carona C, Pereira M, Canavarro M, Simões M, Rijo D, et al. Sintomatologia depressiva e qualidade de vida na população geral. *Psicologia, Saúde & Doenças* 2008;9(1):103-12.
28. Pereira A, Motta E, Vaz A, Pinto C, Bernardino O, Melo A, et al. Sucesso e desenvolvimento psicológico no Ensino Superior: Estratégias de intervenção. *Análise Psicológica* 2006;1(XXIV):51-9.
29. Cvitanovic MZ, Duplancic D, Lasic D, Stipetic I, Tripkovic M, Capkun V. Depressive symptoms and sport activity among college students. *European Psychiatry* 2007;22:234-235.
30. Hirata FC, Lima MC, de Bruin VM, Nobrega PR, Wenceslau GP, de Bruin PF. Depression in medical school: the influence of morningness-eveningness. *Chronobiol Int* 2007;24(5):939-46.
31. Kaya M, Genc M, Kaya B, Pehlivan E. Prevalence of depressive symptoms, ways of coping, and related factors among medical school and health services

- higher education students. *Turk Psikiyatri Derg* 2007 Summer;18(2):137-46.
32. American Psychiatric Association. *DSM-IV-TR: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. 4ª Edição, Revisão de texto. Lisboa: Climepsi Editores; 2006.
33. Rosal MC, Ockene IS, Ockene JK, Barrett SV, Ma Y, Hebert JR. A longitudinal study of students' depression at one medical school. *Acad Med* 1997 Jun;72(6):542-6.
34. Enns MW, Cox BJ, Sareen J, Freeman P. Adaptive and maladaptive perfectionism in medical students: a longitudinal investigation. *Med Educ* 2001;35(11):1034-42.
35. Dahlin M, Joneborg N, Runeson B. Stress and depression among medical students: a cross-sectional study. *Med Educ* 2005 Jun;39(6):594-604.
36. Roberto AR. *A Saúde Mental dos Estudantes de Medicina da Universidade da Beira Interior*. Covilhã: Universidade da Beira Interior 2009.
37. Moro A, Valle J, Lima L. Sintomas Depressivos nos Estudantes de Medicina da Universidade da Região de Joinville (SC). *Revista Brasileira de Educação Médica* 2005;29(2):97-102.
38. Roberts JE, Gilboa E, Gotlib IH. Ruminative Response Style and Vulnerability to Episodes of Dysphoria: Gender, Neuroticism, and Episode Duration. *Cognitive Therapy and Research* 1998;22(4):401-423.
39. Bostanci M, Ozdel O, Oguzhanoglu NK, Ozdel L, Ergin A, Ergin N, et al. Depressive symptomatology among university students in Denizli, Turkey: prevalence and sociodemographic correlates. *Croat Med J* 2005 Feb;46(1):96-100.

40. Rab F, Mamdou R, Nasir S. Rates of depression and anxiety among female medical students in Pakistan. *East Mediterr Health J* 2008 Jan-Feb;14(1):126-133.
41. Guerrero C. Evaluación de los síntomas depresivos según el inventario de depresión de Beck en los estudiantes universitarios de la Facultad de Farmacia y Bioanálisis. *Revista de la Facultad de Farmacia* 2004;46(2):16-22.
42. Andrews B, Wilding JM. The relation of depression and anxiety to life-stress and achievement in students. *Br J Psychol* 2004 Nov;95(Pt 4):509-21.
43. Steptoe A, Tsuda A, Tanaka Y, Wardle J. Depressive symptoms, socio-economic background, sense of control, and cultural factors in university students from 23 countries. *Int J Behav Med* 2007;14(2):97-107.
44. Rezende C, Abrão C, Coelho E, Passos L. Prevalência de Sintomas Depressivos entre Estudantes de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia. *Revista brasileira de educação médica* 2008;32(3):315-23.
45. Vasconcelos-Raposo J, Fernandes H, Mano M, Martins E. Relação entre exercício físico, depressão e índice de massa corporal. *Motricidade* 2009;5(1):21-32.
46. Givens JL, Tija J. Depressed Medical Students' Use of Mental Health Services and Barriers to Use. *Acad Med* 2002;77:918-921.
47. Quintero MA, Garcia CC, Jiménez VLG, Ortiz TML. Caracterización de la depresión en jóvenes universitarios. *Univ Psychol Bogotá (Colombia)* 2004 enero-junio;3(1):17-26.

48. Santana SM, Negreiros J. Consumo de álcool e depressão em jovens portugueses. *Revista Toxicodependências* 2008;14(1):17-24.
49. Celikel FC, Celikel S, Erkorkmaz U. Smoking determinants in Turkish university students. *Int J Environ Res Public Health* 2009 Aug;6(8):2248-57.
50. Keller MC, Nesse RM. The evolutionary significance of depressive symptoms: different adverse situations lead to different depressive symptom patterns. *J Pers Soc Psychol* 2006 Aug;91(2):316-30.
51. Zimmerman M. The Stability of the Revised Beck Depression Inventory in College Students: Relationship with Life Events. *Cognitive Therapy and Research* 1986;10(1):37-43.
52. Deardorff WW, Funabiki D. A Diagnostic Caution in Screening for Depressed College Students. *Cognitive Therapy and Research* 1985;9(3):277-284.
53. Harmatz MG, Well AD, Overtree CE, Kawamura KY, Rosal M, Ockene IS. Seasonal variation of depression and other moods: a longitudinal approach. *Journal of Biological Rhythms* 2000;15:344– 350.
54. Michalak EE, Murray G, Wilkinson C, Dowrick C, Lasa L, Lehtinen V, et al. Estimating depression prevalence from the Beck Depression Inventory: is season of administration a moderator? *Psychiatry Res* 2004 Nov 30;129(1):99-106.
55. Gonçalves O, Cruz J. A organização e implementação de serviços universitários de consulta psicológica e desenvolvimento humano. *Revista Portuguesa de Educação* 1988;1(1):127-145.

ANEXOS

Anexo 1. Questionário aplicado.

I parte: Dados sócio-demográficos

Prevalência de sintomatologia depressiva nos estudantes da Faculdade Ciências da Saúde da UBI

0% 100%

DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS

1: *Sexo:

Feminino Masculino

2: *Idade:

Neste campo só se aceitam números

3: *Estado Civil:
Escolha uma das seguintes respostas:

Solteiro(a)
 Casado(a)
 Divorciado(a)
 Viúvo(a)
 União de facto

4: *Curso que frequenta:
Escolha uma das seguintes respostas:

Medicina
 Ciências Biomédicas
 Ciências Farmacêuticas

5: *Ano de curso:
Escolha uma das seguintes respostas:

6: *Distrito de origem:
Escolha uma das seguintes respostas:

7: *Composição de agregado familiar durante o período lectivo:

Escolha uma das seguintes respostas:

- Sozinho
- Com os pais
- Com outros familiares
- Com o cônjuge ou companheiro(a)
- Com colegas/amigos
- Outro:

8: *Actualmente, os seus pais são:

Escolha uma das seguintes respostas:

- Casados.
- Separados/divorciados.
- Nunca viveram juntos.
- Pai faleceu.
- Mãe faleceu.
- Pai e mãe faleceram.
- Não conhece os seus pais naturais.

9: *Actualmente o seu pai está:

Escolha uma das seguintes respostas:

- Empregado.
- Desempregado.
- Em situação de invalidez.
- Reformado.
- Em situação de baixa por doença prolongada.
- Emigrado.

10: *Actualmente a sua mãe está:

Escolha uma das seguintes respostas:


- Empregada.
- Desempregada.
- Em situação de invalidez.
- Reformada.
- Em situação de baixa por doença prolongada.
- Emigrado.

11: *O seu rendimento familiar médio mensal equivale a:

Escolha uma das seguintes respostas:

- Inferior a 1 salário mínimo mensal.

- 1 salário mínimo mensal.
- 2 salários mínimos mensais.
- 3 ou mais salários mínimos mensais.

 Salário mínimo mensal: 450 euros.

12: *
Já possui alguma licenciatura?

- Sim
- Não

13: *Já realizou acompanhamento psicológico?

Escolha uma das seguintes respostas:

- Sim.
- Não.
- Em acompanhamento.

14: *Já realizou acompanhamento psiquiátrico?

Escolha uma das seguintes respostas:

- Sim.
- Não.
- Em acompanhamento.

15: *Realiza alguma actividade de lazer (desporto, música, dança, cinema, entre outros)?

Escolha uma das seguintes respostas:

- Raramente.
- Esporadicamente.
- Frequentemente.
- Sempre.

16: *Como classifica o seu grau de satisfação com o curso escolhido (actual)?

Escolha uma das seguintes respostas:

- Péssimo
- Mau
- Razoável
- Bom
- Excelente

17: *Durante este último ano, teve algum/alguns acontecimento(s) de vida stressante(s)?

Sim Não

? Exemplos de acontecimentos de vida stressantes: doença pessoal ou de um familiar, separação dos pais, falecimento de um familiar ou amigo próximo, problemas jurídicos, mudança de habitação forçada, problemas económicos, fim de uma relação amorosa, entre outros.

17.1: Evento(s) de vida stressante(s) (resposta opcional):

1

18: *
Qual/quais a(s) substância(s) que consome regularmente?

Escolha uma ou mais opções

- Tabaco.
- Álcool.
- Drogas recreacionais.
- Cafeína.
- Nenhuma.
- Todas.
- Outro:

19: *Tem antecedentes pessoais de doença psiquiátrica?

Sim Não

19.1: *Qual a doença em causa?

1

20: *Tem antecedentes familiares de doença psiquiátrica?

Sim Não

20.1: *Qual/quais o(os) familiar(es) com a doença?

Escolha uma ou mais opções

- Pai.
- Mãe.
- Irmão(s).
- Outro:

21: *Qual foi a opção de candidatura no seu curso actual?

Escolha uma das seguintes respostas:

- 1ª opção.
- 2ª opção.
- 3ª opção.
- 4ª opção.
- 5ª opção.
- 6ª opção.

Tentativa mais tarde


<< Anterior

Seguinte >>

[Sair e Limpar Inquérito]

II parte: IDB (realizado por A. Beck em 1973; traduzido por T. McIntyre em 1995)

Prevalência de sintomatologia depressiva nos estudantes da Faculdade Ciências da Saúde da UBI

0%  100%

INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK (desenvolvido por Beck em 1973, traduzido por T. McIntyre em 1995)

Este questionário tem vários grupos de frases. Por favor leia todas as frases num grupo antes de fazer a sua escolha. Depois de ler um grupo, escolha a frase que melhor descreve a maneira como se sente hoje, isto é, neste momento. Selecione a frase que escolheu. Se achar que mais do que uma frase num grupo representam a sua escolha, selecione mais do que uma opção.

A: *
Escolha uma ou mais opções

- Não me sinto triste.
- Ando "neura" ou triste.
- Sinto-me "neura" ou triste o tempo todo e não consigo evitá-lo.
- Estou tão triste ou infeliz que esse estado se torna penoso para mim.
- Sinto-me tão triste ou infeliz que não consigo suportar mais este estado.

B: *
Escolha uma ou mais opções

- Não estou demasiado pessimista nem me sinto desencorajado(a) em relação ao futuro.
- Sinto-me com medo do futuro.
- Sinto que não tenho nada a esperar do que surja no futuro.
- Creio que nunca conseguirei resolver os meus problemas.
- Não tenho qualquer esperança no futuro e penso que a minha situação não pode melhorar.

C: *
Escolha uma ou mais opções

- Não tenho a sensação de ter fracassado.
- Sinto que tive mais fracassos que a maioria das pessoas.
- Sinto que realizei muito pouca coisa que tivesse valor ou significado.
- Quando analiso a minha vida passada, tudo o que vejo são uma quantidade de fracassos.
- Sinto-me completamente falhado(a) como pessoa.

D: *
Escolha uma ou mais opções

- Não me sinto descontente com nada em especial.
- Sinto-me aborrecido(a) a maior parte do tempo.
- Não obtenho satisfação seja com o que for.
- Sinto-me descontente com tudo.

E: *

Escolha uma ou mais opções

- Não me sinto culpado(a) de nada em especial.
- Sinto-me, grande parte do tempo, que sou mau/má ou que não tenho valor.
- Sinto-me bastante culpado(a).
- Agora sinto-me permanentemente que sou mau/má ou que não tenho qualquer valor.
- Considero-me que sou mau/má e não valho absolutamente nada.

F: *

Escolha uma ou mais opções

- Não sinto que esteja a ser vítima de algum castigo.
- Tenho o pressentimento de que me pode acontecer alguma coisa de mal.
- Sinto que estou a ser castigado(a) ou que em breve serei castigado(a).
- Sinto que mereço ser castigado(a).
- Quero ser castigado(a).

G: *

Escolha uma ou mais opções

- Não me sinto descontente comigo.
- Estou desiludido(a) comigo mesmo(a).
- Não gosto de mim.
- Estou bastante desgostoso(a) comigo.
- Odeio-me.

H: *

Escolha uma ou mais opções

- Não sinto que seja pior do que qualquer outra pessoa.
- Critico-me a mim mesmo(a) pelas minhas fraquezas ou erros.
- Culpo-me das minhas próprias faltas.
- Acuso-me por tudo de mal que acontece.

I: *

Escolha uma ou mais opções

- Não tenho quaisquer ideias de fazer mal a mim mesmo(a).
- Tenho ideias de por termo à vida, mas não sou capaz de as concretizar.
- Sinto que seria melhor morrer.
- Creio que seria melhor para a minha família se eu morresse.

- Tenho planos concretos sobre a forma como hei-de por termo à vida.
- Matar-me-ia se tivesse oportunidade.

J: *

Escolha uma ou mais opções

- Actualmente, não choro mais do que o costume.
- Choro mais agora do que costumava.
- Actualmente, passo o tempo a chorar e não consigo parar de o fazer.
- Costumava ser capaz de chorar, mas agora nem sequer consigo, mesmo quando tenho vontade.

K: *

Escolha uma ou mais opções

- Não ando agora mais irritado(a) que o costume.
- Fico aborrecido(a) ou irritado(a) mais facilmente do que costumava.
- Sinto-me permanentemente irritado(a).
- Já não consigo ficar irritado(a) por coisas que me irritavam anteriormente.

L: *

Escolha uma ou mais opções

- Não perdi o interesse que tinha por outras pessoas.
- Actualmente sinto menos interesse pelos outros do que costumava ter.
- Perdi quase todo o interesse pelas outras pessoas, sentindo pouca simpatia por elas.
- Perdi por completo o interesse pelas outras pessoas, não me importando absolutamente nada a seu respeito.

M: *

Escolha uma ou mais opções

- Sou capaz de tomar decisões tão bem como antigamente.
- Actualmente sinto-me menos seguro(a) de mim mesmo(a) e procuro evitar tomar decisões.
- Não sou capaz de tomar decisões sem a ajuda de outras pessoas.
- Sinto-me completamente incapaz de tomar qualquer decisão.

N: *

Escolha uma ou mais opções

- Não acho que tenha pior aspecto do que o costume.
- Estou aborrecido(a) porque pareço mais velho(a) ou pouco atraente.
- Sinto que se deram modificações permanentes na minha aparência que me tornaram pouco atraente.

Sinto que sou feio(a) ou que tenho um aspecto repulsivo.

O: *

Escolha uma ou mais opções

- Sou capaz de trabalhar tão bem como antigamente.
- Agora preciso de um esforço maior do que dantes para começar a trabalhar.
- Não consigo trabalhar tão bem como costumava.
- Tenho que dispensar um grande esforço para fazer seja o que for.
- Sinto-me incapaz de realizar qualquer trabalho, por mais pequeno que seja.

P: *

Escolha uma ou mais opções

- Consigo dormir tão bem como antes.
- Acordo mais cansado(a) de manhã do que o habitual.
- Acordo cerca de 1 a 2 horas mais cedo do que o costume e custa-me voltar a adormecer.
- Acordo todo os dias mais cedo do que o costume e não durmo mais do que 5 horas.

Q: *

Escolha uma ou mais opções

- Não me sinto mais cansado(a) que o habitual.
- Fico cansado(a) com mais facilidade que antigamente.
- Fico cansado(a) quando faço seja o que for.
- Sinto-me tão cansado(a) que sou incapaz de fazer o que quer que seja .

R: *

Escolha uma ou mais opções

- O meu apetite é o mesmo de sempre.
- O meu apetite não é tão bom como costumava ser.
- Actualmente o meu apetite está muito pior do que anteriormente.
- Perdi completamente todo o apetite que tinha.

S: *

Escolha uma ou mais opções

- Não tenho perdido muito peso, se é que ultimamente perdi algum.
- Perdi mais de 2,5 quilos de peso.
- Perdi mais de 5 quilos de peso.
- Perdi mais de 7,5 quilos de peso.

T: *
Escolha uma ou mais opções

- A minha saúde não me preocupa mais do que o habitual.
- Sinto-me preocupado(a) com dores e sofrimentos, ou má disposição do estômago, prisão de ventre ou ainda outras sensações físicas desagradáveis, no meu corpo.
- Estou tão preocupado(a) com a maneira como me sinto ou com aquilo que sinto, que se torna difícil pensar noutra coisa.
- Encontro-me totalmente preocupado(a) com a maneira como me sinto.

U: *
Escolha uma ou mais opções

- Não notei qualquer mudança recente no meu interesse pela vida sexual.
- Encontro-me menos interessado(a) na vida sexual do que costumava ter.
- Actualmente sinto-me muito menos interessado(a) pela vida sexual.
- Perdi completamente o interesse pela vida sexual.

[Sair e Limpar Inquérito]

Anexo 1.1. Tabela constituída pelos diversos componentes do IDB, descrição sintomática de cada item e respectiva pontuação.

BECK DEPRESSION INVENTORY
(B.D.I.)

Sintomas	BDI	0	1	2	3	P.T.
1. COMPONENTE AFECTIVO:						
A. Humor	01223	.....	.....	.....	.....
D. Insatisfação	01123	.....	.....	.....	.....
G. Ódio de si mesmo	01123	.....	.....	.....	.....
J. Períodos de choro	0123	.....	.....	.....	.....
K. Irritabilidade	0123	.....	.....	.....	.....
L. Afastamento social	0123	.....	.....	.....	.....
2. COMPONENTE COGNITIVO:						
B. Pessimismo	01223	.....	.....	.....	.....
C. Sentimento de fracasso	01223	.....	.....	.....	.....
E. Sentimento de culpabilidade	01223	.....	.....	.....	.....
H. Auto-acusação	0122	.....	.....	.....	.....
N. Distorção da imagem corporal	0123	.....	.....	.....	.....
M. Incapacidade de decisão	0123	.....	.....	.....	.....
3. COMPONENTE MOTIVACIONAL:						
I. Desejos suicidas	012223	.....	.....	.....	.....
O. Incapacidade de trabalhar	01123	.....	.....	.....	.....
4. COMPONENTE DELIRANTE:						
F. Sentimento de punição	01233	.....	.....	.....	.....
5. COMPONENTE FÍSICO:						
Q. Fatigabilidade	0123	.....	.....	.....	.....
T. Hipocondria	0123	.....	.....	.....	.....
6. DESVIO FUNCIONAL DEPRESSIVO:						
P. Alterações do sono	0123	.....	.....	.....	.....
R. Perda de apetite	0123	.....	.....	.....	.....
S. Perda de peso	0123	.....	.....	.....	.....
U. Diminuição a libido	0123	.....	.....	.....	.....

Anexo 2. Aprovação para a utilização da versão do Inventário de Depressão de Beck.

Caro Colega:

Agradeço o seu interesse nos instrumentos, Inventário de Depressão de Beck (1973); traduzido por T. McIntyre em 1995.

Terei todo o gosto em lhe disponibilizar este(s) instrumento(s) para fins da sua investigação como um modo de alargar a recolha de dados a várias populações. As condições para a utilização deste(s) instrumento(s) estão indicadas abaixo. Depois de receber esta carta devidamente assinada e acompanhada de um resumo breve do seu estudo, enviar-lhe-ei uma cópia do(s) instrumento(s).

Garantirei permissão para a utilização deste(s) instrumento(s) se:

1. Receber uma cópia do resumo da investigação que se propõe realizar (1 parágrafo);
2. Tiver um compromisso de receber os resultados do seu estudo;
3. Receber uma cópia dos dados de validade e fiabilidade obtidos na sua investigação;
4. Tiver garantia de que não serão realizadas outras análises psicométricas além das que estão contempladas na sua investigação
5. Todas as referências ao(s) instrumento(s) realizadas neste trabalho ou na publicação de outros trabalhos com ele relacionados incluírem a citação da autoria do(s) instrumento(s) ou da sua adaptação, conforme indicado no cabeçalho do mesmo.

Concordo com as condições acima e incluí um resumo breve do estudo que me proponho realizar.

Assinatura: _____ Filipe Coutinho

Nome: _____ Filipe Alexandre Ferreira Coutinho

E-Mail: _____ filpecoutinho184@hotmail.com

Com os melhores cumprimentos,

Prof. Dra. Teresa McIntyre
Dept. Psychology
University of Houston, USA

Anexo 3. Tabela de dados sócio-demográficos da amostra.

		Medicina		Ciências Biomédicas		Ciências Farmacêuticas		Total
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Composição do agregado familiar durante o período lectivo:	Sozinho	38	10,6%	7	1,9%	12	3,3%	15,8%
	Com os pais	33	9,2%	14	3,9%	28	7,8%	20,9%
	Com outros familiares	9	2,5%	1	0,3%	4	1,1%	3,9%
	Com o cônjuge ou companheiro(a)	7	1,9%	0	0%	3	0,8%	2,7%
	Com colegas/amigos	111	30,9%	27	7,5%	63	17,5%	55,9%
	Outros	1	0,3%	1	0,3%	0	0%	0,6%
Situação conjugal dos pais:	Casados	174	48,5%	46	12,8%	94	26,2%	87,5%
	Separados/divorciados	19	5,3%	3	0,8%	11	3,1%	9,2%
	Nunca viveram juntos	1	0,3%	0	0%	0	0%	0,3%
	Pai faleceu	4	1,1%	1	0,3%	5	1,4%	2,8%
	Mãe faleceu	1	0,3%	0	0%	0	0%	0,3%
Situação social do pai:	Empregado	163	45,4%	42	11,7%	92	25,6%	82,7%
	Desempregado	7	1,9%	3	0,8%	5	1,4%	4,1%
	Em situação de invalidez	0	0%	1	0,3%	5	1,4%	1,7%
	Reformado	17	4,7%	4	1,1%	6	1,7%	7,5%
	Em situação de baixa por doença prolongada	3	0,8%	0	0%	0	0%	0,8%
	Emigrado	9	2,5%	0	0%	2	0,6%	3,1%
Situação social da mãe:	Empregada	153	42,6%	39	10,9%	93	25,9%	79,4%
	Desempregada	25	7,0%	9	2,5%	11	3,1%	12,6%
	Em situação de invalidez	2	0,6%	0	0%	1	0,3%	0,9%
	Reformada	1	0,3%	1	0,3%	2	0,6%	1,2%
	Em situação de baixa por doença prolongada	3	0,8%	0	0%	1	0,3%	1,1%
	Emigrada	15	4,2%	1	0,3%	2	0,6%	5,1%
Rendimento familiar médio (nº salários mínimos):	Inferior a 1 salário mínimo mensal	6	1,7%	4	1,1%	4	1,1%	3,9%
	1 salário mínimo mensal	17	4,7%	9	2,5%	18	5,0%	12,2%
	2 salários mínimos mensais	53	14,8%	11	3,1%	31	8,6%	26,5%
	3 ou mais salários mínimos mensais	123	34,3%	26	7,2%	57	15,9%	57,4%

Anexo 4.

- **Tabela de correlação de cada item com o total.**

Itens	Correlação com o total (corrigido)	Alfa se o item for eliminado
A	0,49	0,88
B	0,37	0,89
C	0,54	0,88
D	0,66	0,88
E	0,56	0,88
F	0,56	0,88
G	0,64	0,88
H	0,54	0,88
I	0,52	0,88
J	0,63	0,88
K	0,57	0,88
L	0,52	0,88
M	0,56	0,88
N	0,46	0,89
O	0,62	0,88
P	0,37	0,89
Q	0,62	0,88
R	0,34	0,89
S	0,12	0,89
T	0,30	0,89
U	0,43	0,88

• **Matriz de correlações dos 21 itens.**

Matriz de correlações																					
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U
A		,002	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,476	,000	,000
B	,002		,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,001	,000	,000	,002	,000	,006	,140	,483	,004
C	,000	,000		,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,008	,000	,002	,026	,034	,000
D	,000	,000	,000		,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,001	,110	,000	,000
E	,000	,000	,000	,000		,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,002	,000
F	,000	,000	,000	,000	,000		,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,012	,000	,000
G	,000	,000	,000	,000	,000	,000		,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,004	,000	,000	,014	,057	,000
H	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000		,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,052	,390	,018
I	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000		,000	,000	,000	,001	,000	,000	,000	,000	,000	,055	,001	,000
J	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000		,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,086	,000	,000
K	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000		,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,001	,000	,000
L	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000		,000	,001	,000	,000	,000	,000	,209	,001	,000
M	,000	,001	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,001	,000	,000	,000		,000	,000	,000	,000	,001	,355	,000	,000
N	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,001	,000		,000	,001	,000	,062	,478	,027	,000
O	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000		,000	,000	,000	,004	,000	,000
P	,000	,002	,008	,000	,000	,000	,004	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,001	,000		,000	,003	,106	,000	,000
Q	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000		,000	,058	,000	,000
R	,000	,006	,002	,001	,000	,000	,000	,052	,000	,000	,000	,000	,001	,062	,000	,003	,000		,000	,000	,000
S	,476	,140	,026	,110	,000	,012	,014	,390	,055	,086	,001	,209	,355	,478	,004	,106	,058	,000		,474	,133
T	,000	,483	,034	,000	,002	,000	,057	,018	,001	,000	,000	,001	,000	,027	,000	,000	,000	,000	,000		,474
U	,000	,004	,000	,000	,000	,000	,000	,001	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,133	,000	

- **Variância total explicada dos componentes principais.**

Método de extracção: Análise dos componentes principais. A negrito apresentam-se os valores próprios superiores a 1 dos componentes principais.

Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings			Rotation Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	6,890	32,810	32,810	6,890	32,810	32,810	3,686	17,553	17,553
2	1,485	7,071	39,881	1,485	7,071	39,881	3,054	14,545	32,098
3	1,387	6,605	46,486	1,387	6,605	46,486	2,687	12,797	44,895
4	1,142	5,438	51,925	1,142	5,438	51,925	1,476	7,029	51,925
5	,940	4,474	56,399						
6	,908	4,326	60,725						
7	,894	4,258	64,983						
8	,853	4,060	69,043						
9	,757	3,606	72,649						
10	,648	3,087	75,737						
11	,610	2,903	78,639						
12	,584	2,783	81,422						
13	,564	2,685	84,108						
14	,514	2,446	86,553						
15	,490	2,335	88,889						
16	,469	2,231	91,120						
17	,419	1,997	93,117						
18	,402	1,914	95,032						
19	,390	1,858	96,890						
20	,333	1,585	98,474						
21	,320	1,526	100,000						

Anexo 5. Cruzamento entre substâncias psicoativas e a sintomatologia depressiva.

		Sintomatologia depressiva		Total	X ²	p
		Ausência de sintomas depressivos	Presença de sintomas depressivos			
Tabaco	Não	185 58,0%	134 42,0%	319 100,0%	0,004	0,54
	Sim	23 57,5%	17 42,5%	40 100,0%		

		Sintomatologia depressiva		Total	X ²	p
		Ausência de sintomas depressivos	Presença de sintomas depressivos			
Álcool	Não	171 56,4%	132 43,6%	303 100,0%	1,801	0,12
	Sim	37 66,1	19 33,9	56 100,0%		

		Sintomatologia depressiva		Total	X ²	p
		Ausência de sintomas depressivos	Presença de sintomas depressivos			
Cafeína	Não	118 65,6%	62 34,4%	180 100,0%	8,59	0.002
	Sim	90 50,3%	89 49,7%	179 100,0%		

		Sintomatologia depressiva		Total	X ²	p
		Ausência de sintomas depressivos	Presença de sintomas depressivos			
Nenhuma	Não	113 55,1%	92 44,9%	205 100,0%	1,56	0,127
	Sim	95 61,7%	59 38,3%	154 100,0%		