



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
CAMPUS UNIVERSITÁRIO DE ALTAMIRA
FACULDADE DE MEDICINA**

LUIZ FELIPE SOUSA E SOUZA

**A RELAÇÃO ENTRE A INTENSIDADE DE SINTOMAS DEPRESSIVOS,
DISTANCIAMENTO FAMILIAR, RELIGIOSIDADE E ESPIRITUALIDADE: O
IMPACTO EM ESTUDANTES DE MEDICINA NO MUNICÍPIO DE
ALTAMIRAPA**

ALTAMIRA

2025

LUIZ FELIPE SOUSA E SOUZA

**A RELAÇÃO ENTRE A INTENSIDADE DE SINTOMAS DEPRESSIVOS,
DISTANCIAMENTO FAMILIAR, RELIGIOSIDADE E ESPIRITUALIDADE: O
IMPACTO EM ESTUDANTES DE MEDICINA NO MUNICÍPIO DE
ALTAMIRAPA**

Trabalho de Conclusão de Curso de Medicina do
Campus de Altamira da Universidade Federal do
Pará.

Orientadora: Prof. Dr^a. Aline Andrade de Sousa

**ALTAMIRA
2025**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) de acordo com ISBD
Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal do Pará
Gerada automaticamente pelo módulo Ficat, mediante os dados fornecidos pelo(a)
autor(a)

- S725r Sousa E Souza, Luiz Felipe.
A relação entre a intensidade de sintomas depressivos,
distanciamento familiar, religiosidade e espiritualidade: o
impacto em estudantes de medicina no município de
Altamira - PA / Luiz Felipe Sousa E Souza, . — 2025.
54 f.
- Orientador(a): Prof^a. Dra. Aline Andrade de Sousa
Coorientador(a): Prof^a. MSc. Ilka Lorena de Oliveira
Farias
Trabalho de Conclusão (Graduação) - Universidade
Federal do Pará, Campus Universitário de Altamira,
Faculdade de Medicina, Altamira, 2025.
1. Depressão. 2. Religiosidade. 3. Espiritualidade. 4.
Estudantes de medicina. 5. Família. I. Título.

CDD 610

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
CAMPUS UNIVERSITÁRIO DE ALTAMIRA
FACULDADE DE MEDICINA

LUIZ FELIPE SOUSA E SOUZA

**A RELAÇÃO ENTRE A INTENSIDADE DE SINTOMAS DEPRESSIVOS,
DISTANCIAMENTO FAMILIAR, RELIGIOSIDADE E ESPIRITUALIDADE: O
IMPACTO EM ESTUDANTES DE MEDICINA NO MUNICÍPIO DE
ALTAMIRAPA**

Projeto de pesquisa do Trabalho de
Conclusão de Curso de Medicina do Campus
de Altamira da Universidade Federal do Pará.

Aprovado em: 20/03/2025

Conceito: excelente

Banca examinadora

Examinador: Prof Me. Kaio Vinícius Paiva Albarado

Examinador: Prof^a Dr^a Priscilla Bellard Mendes de Souza

ALTAMIRA

2025

RESUMO

Objetivos: Avaliar o impacto da relação entre a intensidade de sintomas depressivos, o distanciamento familiar e a religiosidade em estudantes de medicina no município de Altamira. **Métodos:** Estudo transversal e comparativo feito por meio de questionários on-line via plataforma Formulários Google. Instrumentos de análise: *Inventário de Depressão de Beck*, Instrumento de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde - Módulo Espiritualidade, Religiosidade e Crenças Pessoais, Índice APGAR de Família e *Questionário socioeconômico*. **Resultados:** Evidenciou-se alta prevalência de sintomas depressivos entre os discentes, com correlação significativa com o gênero, e alta prevalência de mulheres e pessoas não brancas. Também correlação significativa de sintomas depressivos com religiosidade/espiritualidade e com funcionalidade familiar, assim como de religiosidade/espiritualidade com funcionalidade familiar. Não houve resultado significativo entre depressão, distanciamento familiar e semestre da graduação. **Conclusão:** Boa funcionalidade familiar e religiosidades/espiritualidade atuam como fatores protetores contra depressão, religiosidade atua como fator protetor contra disfuncionalidade familiar, gênero feminino e etnia não branca são fatores de risco para depressão.

Palavras chave: Depressão, religiosidade, espiritualidade, estudantes de medicina, família.

ABSTRACT

Objectives: To assess the impact of the relationship between the intensity of depressive symptoms, family distancing, and religiosity in medical students in the city of Altamira. **Methods:** Cross-sectional and comparative study conducted through online questionnaires via the Google Forms platform. Analysis instruments: Beck Depression Inventory, World Health Organization Quality of Life Instrument - Spirituality, Religiosity, and Personal Beliefs Module, Family APGAR Index, and Socioeconomic Questionnaire. **Results:** There was a high prevalence of depressive symptoms among students, with a significant correlation with gender, and a high prevalence of women and non-white people. There was also a significant correlation of depressive symptoms with religiosity/spirituality and family functioning, as well as religiosity/spirituality with family functioning. There was no significant result between depression, family distancing, and semester of graduation. **Conclusion:** Good family functionality and religiosity/spirituality act as protective factors against depression, religiosity acts as a protective factor against family dysfunctionality, female gender and non-white ethnicity are risk factors for depression.

Keywords: Depression, religiosity, spirituality, medical students, family.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
1.1 Saúde mental e o curso de Medicina	7
1.2 Depressão	8
1.3 Distanciamento familiar	10
1.4 Religiosidade e espiritualidade	11
1.5 Justificativa	13
2 OBJETIVOS	15
2.1 Objetivo Geral	15
2.2 Objetivos	15
específicos	
3 METODOLOGIA	16
3.1 Tipo de estudo	16
3.2 Público-alvo	16
3.3 Local de estudo	16
3.4 Coleta de dados	16
3.4.1 Critérios de inclusão	16
3.4.2 Critérios de exclusão	16
3.5 Instrumentos para análise	17
3.5.1 Inventário de Depressão de Beck – BDI-I	17
3.5.2 Instrumento de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde	187
Módulo Espiritualidade, Religiosidade e Crenças Pessoais (WHOQOLSRPB)	18
3.5.3 Índice APGAR de Família	18
3.5.4 Questionário socioeconômico	18
3.6 Tratamento de dados	19
3.7 Aspectos Ético-Legais	19
4 RESULTADOS	20
5 DISCUSSÃO	29
6 CONCLUSÃO	33
7 REFERÊNCIAS	34

8 ANEXOS
38	
9 APÉNDICE
46	

1 INTRODUÇÃO

1.1 Saúde mental e o curso de Medicina

As faculdades de medicina ao redor do mundo aspiram formar médicos humanizados, que colaborem com o conhecimento científico e que promovam a saúde coletiva. Porém, as altas demandas acadêmicas e emocionais do curso podem comprometer o bem-estar psicológico dos discentes, podendo desencadear transtornos depressivos e de ansiedade (Quek et al., 2019).

As expectativas de status social e de prosperidade financeira são alguns dos motivos que tornam a medicina um curso tão almejado no Brasil. Na tentativa de ingressar na faculdade, os estudantes enfrentam processos seletivos extremamente acirrados, comumente, investindo anos da vida até alcançarem a aprovação (Neponuceno; Carvalho; Neves, 2019).

Além disso, os estudantes criam expectativas, muitas vezes irrealistas, sobre o seu percurso acadêmico, perpassando por questões como habilidades que esperam desenvolver, método de ensino, infraestrutura da faculdade, relacionamento com colegas de turma e construção de um currículo. Uma vez que essas aspirações não sejam atendidas, abre-se espaço para a desmotivação e o pessimismo, os quais podem culminar em sintomas depressivos nos acadêmicos (Backhaus et al, 2022).

Outra questão é que, ao iniciar a graduação, muitos discentes já apresentam a saúde psíquica debilitada, o que tende a magnificar-se devido a estressores tais quais: medo de cometer erros, competição entre colegas de turma, privação de sono e de afeto, carga horária integral, pouco tempo destinado ao lazer, exigência de maior autonomia, bem como presenciar, rotineiramente, a morte, o sofrimento e enfermidades graves durante o contato com pacientes (Júnior et al, 2022; Neponuceno; Carvalho; Neves, 2019).

Outrossim, colaboram negativamente fatores externos, sobretudo a pressão por alto rendimento nos estudos, dependência financeira em idade avançada, sedentarismo, alterações na alimentação e o fato do discente, muitas vezes, precisar deixar a casa dos familiares e morar sozinho (Medeiros et al., 2018; Santa E Cantilino, 2016; Santos et al., 2017).

Conforme o curso avança, observa-se um declínio da saúde mental do estudante de medicina, sendo que aproximadamente 50% deles apresentam sintomas de esgotamento emocional e burnout. Além disso, os altos níveis de estresse relacionam-se com a redução da empatia, comportamentos antiprofissionais e desistência do curso (Haykal et al, 2022).

Essa exaustão psicológica dificulta a adaptação dos futuros médicos às adversidades, o que pode levar estes a evoluir para um quadro de apatia existencial e sensação de fracasso. Tal cenário não somente dificulta o desenvolvimento pleno das habilidades médicas, mas também se associa aos elevados índices de suicídio, consumo abusivo de drogas entre médicos e estudantes de medicina, além da depressão (Buhner et al., 2019).

1.2 Depressão

A depressão é um transtorno mental no qual o humor é permeado por sentimentos de desconforto emocional e físico, tendo como características a tristeza, anedonia, lentificação de pensamento e de responsividade, falta de autoestima, sentimento de culpa, distúrbios do sono ou do apetite e isolamento social (Aveiga et al, 2023; He, 2022).

Tal patologia configura-se como um distúrbio emocional multifatorial, sendo descrito, hodiernamente, tal qual a maior causa de incapacitação em escala global, acometendo aproximadamente 5,8% da população brasileira (Leão et al., 2018). Estimativas do estudo Global Burden of Disease, de 2019, afirmam que cerca de 270 milhões de pessoas apresentam transtornos depressivos, o que equivale a aproximadamente 3,8% da população global no momento do estudo (Brito et al., 2022).

Nesse sentido, entre os anos de 1990 e 2019, em meio às pessoas de 10 a 24 anos, a depressão tornou-se a segunda doença crônica não-transmissível com maior quantidade de anos de vida perdidos ajustados por incapacidade, causando a perda de 3.7 anos (Rodrigues, 2023).

Além disso, ressalta-se o risco inerente de suicídio, acometendo entre 10% e 15% dos indivíduos com depressão grave, o que ocasiona cerca de 800 mil óbitos anualmente e corresponde à segunda maior causa de morte entre jovens de 15 a 34 anos. Destaca-se também que a prevalência de distúrbios depressivos em discentes de medicina é maior do que na população geral e entre

os demais grupos acadêmicos, variando, mundialmente, de 13,9% a 79% (Cybulski; Mansani, 2017; Francis et al., 2019; Tan, Lo e Pacheco, 2018).

Uma revisão sistemática e metanálise pesquisou estudantes de medicina na China, encontrando prevalência média de sintomas depressivos igual a 32.74%, além de relacionar a depressão a determinantes individuais, sociais, econômicos e ambientais (Mao et al, 2019). Em consonância, o estudo de Tan, Lo e Pacheco (2018) encontrou uma prevalência de sintomas depressivos em 27% dos 62 450 estudantes de medicina estudados.

Outrossim, é importante elencar que a depressão nos estudantes pode apresentar-se sob uma variedade de sintomas, tais quais: exaustão, dificuldade de concentração, ansiedade, anedonia, queda no rendimento acadêmico, desistência do curso, vício em internet, abuso de substâncias, ideação e tentativa de suicídio (Backhaus, et al., 2022; Shao et al., 2020).

Ainda nesse viés, o estudo de Tan, Lo e Pacheco (2018) analisou 10 revisões sistemáticas/metanálises e constatou que os fatores mais relacionados com sintomas depressivos em estudantes de medicina são: gênero, ano de estudo, problemas pessoais, relacionamento ou problema familiar e status de saúde. Nesse enredo destacam-se o sexo feminino, ciclo clínico, relacionamento com colegas, rendimento acadêmico, baixo nível socioeconômico, a presença de doença crônica e também a etnia e a localização da universidade.

Também, destaca-se que as taxas de depressão tendem a aumentar ao longo da formação médica, existindo relação significativamente positiva com doenças e queda do rendimento acadêmico (Leite, Dornelas e Sechin, 2021).

Em contrapartida, a busca por tratamento quanto à saúde mental é baixa nesse grupo. Segundo a metanálise de Puthran et al. (2016) somente 12.9% dos estudantes de medicina depressivos buscaram tratamento. Tal enredo pode relacionar-se com a tentativa de corresponder à representação social do médico: equilibrado, prestativo e disponível (Cybulski; Mansani, 2017; Santa e Cantilino, 2016).

Nesse contexto, a maioria dos estudantes de medicina, não pertencem à cidade onde estudam, precisando ficar longe de seus familiares, o que se torna um ponto importante nessa temática.

1.3 Distanciamento familiar

Muito frequentemente, o estudante da saúde enfrenta mudanças drásticas em sua rotina, principalmente quando necessita afastar-se de sua família e migrar para outra cidade. Tal contexto pode impactar negativamente não só sua qualidade de vida, mas também sua saúde física e mental (Freitas et al., 2023).

Segundo Backhaus e colaboradores (2022), os jovens na faixa de idade entre 18 e 30 anos experimentam um momento de transição no qual aspectos como independência e autonomia, como por exemplo deixar a casa dos pais, podem refletir-se em um enredo de incertezas e pressão emocional, o qual pode ser fator de risco para depressão, ansiedade e estresse (Backhaus et al., 2022).

A família é um sistema social aberto, no qual seus membros interagem entre si em uma microsfera, obtendo suporte físico e afetivo. Além disso, o seio familiar medeia a inserção de seus constituintes na sociedade, a macrosfera, por meio da transmissão de valores, cultura, regras e apoio. Sendo o suporte familiar o grau de apoio recebido por parte da família de acordo com a necessidade de cada ente (Cardoso e Baptista, 2015).

Nesse contexto, destaca-se que o apoio familiar para jovens com transtornos depressivos configura-se como o contexto social mais importante no desenvolvimento, duração, tratamento e recuperação do indivíduo. Sendo que alterações na dinâmica familiar podem colaborar de forma positiva ou negativa, inclusive sendo a gênese, no processo saúde-doença mental (Aveiga et al., 2023).

Ainda, salienta-se que o distanciamento da convivência com a família, um importante suporte social, configura-se como um fator de risco para a solidão e problemas correlacionados. A solidão refere-se ao sentimento angustiante de insuficiência e baixa qualidade nas relações interpessoais condicionado pela personalidade de um indivíduo e por sua rede social de apoio (Rodrigues, 2018).

Sentir-se sozinho pode propiciar um declínio da saúde mental e estar ligado a quadros depressivos, consumo de substâncias ilícitas e tentativas de suicídio (Carmona, Couto e Monin, 2014).

Esse sentimento, quando persistente, promove a ativação do eixo hipotálamo-hipófise-suprarrenal, mecanismo similar ao da depressão. Isso

provoca um estado de hipervigilância, o que direciona a atenção do indivíduo para pontos desagradáveis nos enredos sociais, criando, assim, uma aversão à socialização. Tal contexto pode interferir na qualidade de vida e relacionar-se a distúrbios psiquiátricos como a depressão e ansiedade, além de maiores taxas de morbimortalidade por conta de hipertensão arterial sistêmica, síndromes metabólicas e doença cardiovascular (Rodrigues, 2018).

Ainda, Freitas (2023), afirma que o contexto da graduação na área da saúde, associado a fatores intrínsecos do estudante, tais quais carga genética e apoio familiar, pode relacionar-se à elevada prevalência de depressão e ansiedade, acometendo cerca de 30% dos discentes de medicina.

Nessa mesma perspectiva, os alunos de medicina procuram, por apoio e auxílio, nas mais diferentes formas de relação humana, uma delas está baseada na religiosidade e espiritualidade.

1.4 Religiosidade e espiritualidade

A relação da religiosidade e espiritualidade (RE) com a saúde ainda se configura como um tema controverso. Porém, estudos têm sugerido interferências diretas e indiretas da RE em diversos contextos relacionados à saúde, como bemestar, qualidade de vida, tolerância ao estresse e ideação de um sentido para a vida (Araújo e Junior, 2021; Tedrus, 2020).

A religiosidade faz referência ao quanto um indivíduo crê em uma religião, segue um conjunto organizado de crenças e participa de uma comunidade definida (Leite, Dornelas e Sechin, 2021). Por outro lado, a espiritualidade, segundo a OMS, é um conjunto de emoções e convicções de natureza não material, pressupondo a existência de algo além da percepção ou plena compreensão (Barreto et al., 2023).

Tal conceito relaciona-se à busca pessoal por questões existenciais e transcendentais, como o sentido da vida, não necessariamente tendo vínculo com alguma religião (Leite, Dornelas E Sechin, 2021). Já a religião é descrita como um grupo dogmático, institucional e ritualístico o qual conecta seus devotos ao plano espiritual (Martins et al., 2023).

A capacidade de melhor enfrentar adversidades por intermédio da RE é chamada de coping religioso espiritual (CRE). Este pode ser positivo, o que inclui

ler escrituras sagradas, buscar conselhos com chefes espirituais, e reduzir o estresse e os pensamentos negativos por meio da religião. Isso pode refletir em um impacto positivo sobre a morbimortalidade, sobretudo quando se trata da saúde mental (Araújo e Júnior, 202, Francis et al, 2019).

Exemplo disso, observou-se durante a Pandemia de COVID-19, na qual a RE agiu como fator protetor contra sintomas psicológicos como o medo, estresse, a ansiedade e a tristeza (Martins et al., 2023).

Em contrapartida, há também o CRE negativo, no qual as convicções religiosas de uma pessoa podem levá-la a adotar comportamentos que prejudicam a sua saúde. Nesse contexto, estudos destacaram que devotos de determinadas religiões demonstraram menor aderência às medidas de biossegurança durante a recente pandemia, além de estarem mais susceptíveis às “fake news” e promessas enganosas de cura (Araújo e Junior, 2021; Martins et al., 2023).

Outro exemplo, parte de um estudo feito na Malásia, o qual encontrou correlação significativa entre *coping* religioso negativo e depressão e ansiedade em estudantes de medicina (Francis et al, 2019).

Ainda, uma revisão sistemática conduzida no período entre 2003 e 2013, evidenciou que a maioria dos estudos afirmavam que a RE seria um fator protetor na saúde mental e prevalência de depressão e ansiedade (Gonçalves et al., 2018).

Contudo, estudos têm demonstrado que o *coping* religioso negativo pode ter um impacto ainda maior do que o positivo quando se trata de saúde mental (Francis et al, 2019). Nesse sentido, o estudo de Vitorino e colaboradores (2023) constatou que a fé foi associada a menor ideação suicida, enquanto o CRE negativo foi associado com maior ideação suicida em futuros médicos.

Diante do exposto, levanta-se a seguinte problemática que irá nortear esta pesquisa: a intensidade de sintomas depressivos em alunos de um curso de medicina é influenciada pelo distanciamento familiar e religiosidade/espiritualidade?

Nesse sentido, criam-se as hipóteses de que os médicos em formação de Altamira que deixaram de morar com sua família por conta da faculdade estão

em maior risco de desenvolverem transtornos depressivos. Também, acredita-se que a RE pode ter associação significativa com a intensidade de sintomas depressivos no grupo elencado.

1.5 JUSTIFICATIVA

Percebe-se, no contexto elencado, que o estudante de medicina em si está exposto a muitos fatores de estresse os quais podem afetar negativamente seu balanço emocional.

Nesse sentido, a pesquisa de Melo (2021) revelou que a prevalência de depressão maior nos acadêmicos de Medicina da UFPA de Altamira era de 37,6% durante a pandemia da COVID-19. Tal achado vem ao encontro da literatura científica e acende um alarme sobre a necessidade de zelar pela saúde mental dos médicos em formação na região Xingu.

Esse contexto talvez seja influenciado pelo fato da faculdade de Altamira apresentar a maioria de todas as turmas composta por discentes advindos de outras localidades. Por conta disso, os alunos além das obrigações e desafios da graduação, têm que lidar com o distanciamento familiar e a gestão de sua vida doméstica e financeira.

O estudo de Shao et al. (2020) demonstrou que estudantes de medicina que moram sozinhos ou têm um relacionamento ruim com parceiros, colegas de turma e amigos apresentaram maiores escores de depressão e ansiedade. Além disso, sintomas depressivos e ansiosos tiveram correlação altamente significativa com a funcionalidade familiar e suporte social desse grupo. Por isso, caracterizar o impacto do distanciamento familiar sobre os alunos e o equilíbrio emocional deles é fundamental.

Além disso, segundo Vitorino (2022), estudantes de medicina tendem a recorrer à religiosidade e espiritualidade para melhor lidar com as adversidades acadêmicas, o que pode influenciar em sua felicidade e seu otimismo. Contudo o autor também destaca que essas crenças podem estar ligadas a desfechos tanto positivos quanto negativos nesse grupo social.

Nesse contexto, investigar a interferência da religiosidade e espiritualidade na saúde mental pode abrir caminho para uma abordagem mais holística dos transtornos depressivos, sobretudo por tal esfera estar sempre ao alcance dos

estudantes, podendo desempenhar um papel importante em momentos de fragilidade.

Dessa forma, vê-se como de suma importância o rastreamento do estado de saúde mental dos estudantes de medicina de Altamira, assim como dos fatores que podem colaborar para o desequilíbrio ou agir de modo protetivo para o bemestar psicológico deles. Assim, medidas de prevenção e de suporte para problemas de saúde mental poderão ser melhor implementadas e conduzidas dentro da comunidade acadêmica, impactando não somente na qualidade de vida dos estudantes, como também em todo o processo de formação profissional.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Analisar o impacto da relação entre a intensidade de sintomas depressivos, o distanciamento familiar e a religiosidade em estudantes de medicina no município de Altamira.

2.2 Objetivos específicos

- Caracterizar a intensidade de sintomas depressivos entre os estudantes de medicina

- Comparar a intensidade de sintomas depressivos entre os estudantes de medicina do ciclo básico, do ciclo clínico e do internato e avaliar os fatores associados.
- Caracterizar a relação entre sintomas depressivos e a religiosidade e espiritualidade entre os estudantes de Medicina.
- Caracterizar a relação entre sintomas depressivos e o distanciamento familiar entre os estudantes de medicina.

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de estudo

Estudo transversal quantitativo e descritivo, fazendo uso de um questionário virtual para o levantamento de dados.

3.2 Público-alvo

Estudantes de medicina dos ciclos básico, clínico e internato no com matrícula ativa no período letivo de 2024.4

3.3 Local de estudo

Este estudo foi realizado na cidade de Altamira, dentro da Universidade Federal do Pará campus II, especificamente abrangendo a faculdade de medicina.

O município de Altamira está localizado na região Norte do país, no interior do estado do Pará, às margens da volta grande do rio Xingu, abrigando uma

população estimada de 117 mil habitantes. Dentre as diversas instituições locais de ensino superior públicas e particulares, a UFPA é a única a ofertar o curso de Bacharelado em Medicina. Esta graduação teve início em 2016, possui 3 turmas formadas e contava com 406 alunos ativos no período de 2024.4

3.4 Coleta de dados

A coleta de dados ocorreu de forma online, por meio de questionário virtual criado no aplicativo de gerenciamento de pesquisas Formulários Google. O convite contendo o link do formulário foi enviado, em conjunto com uma mensagem contendo informações e orientações gerais sobre o projeto, por meio do grupo de

WhatsApp “Avisos Famed”, grupo fechado, gerenciado pelo Centro Acadêmico do curso de Medicina de Altamira, do qual somente os acadêmicos de medicina têm acesso. O link dava acesso ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e ao questionário virtual. Dentre as informações gerais havia a orientação de não compartilhar o link do formulário com discentes de outros cursos ou instituições.

3.4.1 Critérios de inclusão

- Concordar e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
- Estar com matrícula ativa no curso no período letivo 2024.4

3.4.2 Critérios de exclusão

- Ser menor de 18 anos
- Não responder completamente os questionários

3.5 Instrumentos para análise

A avaliação para a triagem de sintomas depressivos foi feita por meio do Inventário de Depressão de Beck, além disso outros fatores psicossociais foram avaliados no tópico “Saúde mental” do questionário sociodemográfico. Já a religiosidade e espiritualidade foram abordadas por meio do Instrumento de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde - Módulo Espiritualidade, Religiosidade e Crenças Pessoais (SRPB) e por perguntas do tópico “Religiosidade” do questionário sociodemográfico. Ainda, o distanciamento familiar foi avaliado pelo Índice APGAR de Família e por perguntas do tópico “Contexto familiar” do questionário sociodemográfico.

3.5.1 Inventário de Depressão de Beck (IDB)

É um inventário de auto-resposta que se destina a avaliação da severidade sintomatológica depressiva. A consistência interna do inventário varia entre 0,70 e 0,92 para as amostras não-clínica, médico-clínica e psiquiátrica.

Apresenta, na sua constituição, 21 itens distribuídos por 21 diferentes manifestações de depressão. Cada um dos itens é constituído por 4 afirmações ordenadas segundo a severidade do sintoma. Perante esses itens, o sujeito deverá escolher a afirmação que mais próxima está do seu estado atual nas últimas duas semanas, variando o valor entre 0 (ausência do sintoma ou não manifestação da atitude) e 3 (presença mais acentuada do sintoma ou manifestação mais extremada da atitude). Se o sujeito assinalar num item mais que uma afirmação, contabilizar-se-á a afirmação com o valor mais elevado. Os valores finais variam de 0 a 63.

Utilizou-se o seguinte parâmetro para a estratificação de sintomas em níveis depressivos: ausente (0 a 11 pontos), leve (12 a 19 pontos), moderado (20 a 35 pontos) e grave (36 a 63 pontos). Valores maiores indicam maior severidade dos sintomas depressivos. (Cunha, 2016; Gandini et al., 2007; Panzini et al., 2011) utilizou-se a nota de corte maior ou igual a 12 pontos para categorizar os estudantes como depressivos.

3.5.2 Instrumento de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde

-

Módulo Espiritualidade, Religiosidade e Crenças Pessoais (WHOQOL-SRPB)

O WHOQOL-SRPB em português brasileiro foi traduzido e validado por Panzini e colaboradores em 2011, apresentando boas qualidades psicométricas, sendo válido e fidedigno para uso no Brasil. O instrumento possui 32 itens, oito facetas, um índice geral do domínio e oito fatoriais pela média dos itens, resultados de 4 a 20 por faceta. Consistência interna $\alpha = 0,91$ e entre 0,77 e 0,95 para as facetas.

3.5.3 Índice APGAR de Família

É um questionário que pode ser autoaplicado, com a finalidade de avaliar a percepção de um membro da família sobre a funcionalidade familiar. Esse instrumento foi criado por Smilkstein em 1978. Posteriormente, foi traduzido, adaptado e validado para o português (Vera et al., 2014).

A escala possui 5 parâmetros: *Adaptation* (Adaptação), *Partnership* (Companheirismo), *Growth* (Desenvolvimento), *Affection* (Afetividade) e *Resolve* (Capacidade Resolutiva). Existem três respostas possíveis: “quase sempre”, “às vezes” e “raramente”; com pontuação variando de 0 a 2. A pontuação de 0 a 4 denota elevada disfuncionalidade familiar; a pontuação de 5 e 6 indica moderada disfuncionalidade; já a pontuação de 7 a 10 descreve boa funcionalidade. (Shao et al., 2020; Vera et al., 2014).

3.5.4 Questionário socioeconômico

Trata-se de um questionário composto por 32 questões subdivididas em 4 tópicos:

- Dados gerais;
- Contexto familiar;
- Religiosidade
- Saúde mental
- Socialização e hábitos.

3.6 Tratamento de dados

A Estatística descritiva foi usada para resumir informações quantitativas sobre a amostra geral total, mensurando a frequência, média e desvio padrão dos dados coletados. Para variáveis categóricas foi usado o teste de correlação de Spearman, já para amostras relacionar amostras categóricas com não categóricas foi utilizada a análise de variância (ANOVA *one-way*). Como teste de correção estatístico, para aumentar a confiabilidade dos resultados, utilizou Bonferroni, como teste *Post Hoc*.

Para todos os testes será adotado um valor de $p \leq 0,05$ como indicativo de significância. Todos os testes foram feitos por meio do aplicativo de cálculos científicos BioStat 2008.

3.7 Aspectos Ético-Legais

O projeto de pesquisa foi submetido à aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa Humana por meio do cadastro na Plataforma Brasil. Os participantes foram esclarecidos sobre os objetivos do estudo, do caráter opcional em participar e da necessidade de assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) como preconizado pelas Resoluções 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde.

Para tanto, o participante, antes de responder o questionário específico, foi encaminhado por meio do link que estava disponível no grupo de whatsapp, primeiramente ao TCLE. E somente após ler o documento e concordar com sua participação, teve acesso às abas seguintes do questionário para a coleta de dados. Respeitando assim a orientação da CONEP na Carta circular nº1/2021/CONEP/SECNS/MS para que o participante de pesquisa tivesse acesso às perguntas somente depois que tivesse dado o seu consentimento. Além disso, assim que finalizou o questionário, o participante recebeu uma cópia do TCLE e do questionário respondido no e-mail informado por ele.

Esse feedback ocorreu por meio de ferramenta disponível na própria plataforma Formulários Google, evitando assim o extravio de dados. Além de ter criado uma ponte para comunicação com o participante via e-mail, caso ele solicite. A pesquisa foi submetida à Plataforma Brasil e ao Comitê de Ética em Pesquisa, e aprovada sob o parecer 7.162.698.

4 RESULTADOS

No momento da realização desta pesquisa havia 406 alunos com matrícula ativa no curso de Medicina da UFPA campus Altamira, desse montante participaram (39,9%) 162 discentes, sendo 53,1%% do sexo masculino, 85,7% na faixa etária entre 18 a 30 anos, com idade média de entrada no curso de 23,4 anos, 65,5% autodeclaravam-se como de etnia não branca. Além disso, 82,7% eram solteiros, 51,2% eram cotistas, 87,6% não trabalhavam e dependiam financeiramente de pessoas próximas, 50,5% cursavam o ciclo clínico, 30,2% o básico e 19,3% o internato. Foi encontrada diferença significativa (ANOVA, $p < 0,05$; Bonferroni, *a posteriori*) entre o gênero e o IDB, porém não houve resultados significativos entre o período da graduação, independência financeira nem entre a idade de início da graduação em relação ao IDB (Tabela 1).

Tabela 1 Perfil geral dos acadêmicos de medicina participantes

Sexo	Fa	Fr
Feminino	76	46,9%
Masculino	86	53,1%

Total	162	100%
Faixa etária	Fa	Fr
18 a 22	48	29,6%
23 a 26	60	37%
27 a 30	31	19,1%
31 a 34	8	4,9%
35 – 38	9	5,6%
Total	162	100%
Raça/Etnia	Fa	Fr
Branca	56	34,6%
Parda	73	45,1%
Preta	23	14,2%
Indígena	9	5,6%
Amarela	1	0,6%
Total	162	100%
Estágio na graduação	Fa	Fr
Ciclo básico	82	50,5%
Ciclo clínico	49	30,2%
Internato	31	19,3%
Total	162	100%
Independência financeira	Fa	Fr
Totalmente dependente	142	87,6%
Parcialmente dependente	14	8,7%
Totalmente independente	6	3,7%
Total	162	100%
Ingresso na graduação	Fa	Fr
Cotista	83	51,2%
Não cotista	79	48,7%
Renda familiar	Fa	Fr
Até 1 salário mínimo	31	19,1%
2 a 3 salários mínimos	52	32,1%
4 a 5 salários mínimos	30	18,5%
≥ 6 salários mínimos	49	30,2%
Total	162	100%

Fonte: autoria própria

Fa: Frequência absoluta; Fr: Frequência relativa

Sobre a saúde mental, do total de acadêmicos 35,2% já haviam sido diagnosticados previamente com algum transtorno mental, 14,2% no momento faziam acompanhamento com algum profissional da área, 10,5% faziam uso de antidepressivos, 25,3% apresentaram ideação suicida durante a graduação de medicina, 18,5% já tentaram suicídio em algum momento da vida, 50,6% consideram haver uma competição entre si e seus colegas de turma (Tabela 2).

Tabela 2 Perfil de saúde mental dos acadêmicos de medicina da UFPA de Altamira

Acompanhamento psicológico profissional	Fa	Fr
Nunca fez	75	46,3%
Já fez, mas não faz atualmente	64	39,5%
Faz atualmente	23	14,2%
Diagnóstico prévio de transtorno mental	Fa	Fr
Sim	57	35,2%
Não	105	64,8%
Uso de antidepressivos	Fa	Fr
Nunca usou	114	70,4%
Já usou, mas não usa atualmente	31	19,1%
Usa atualmente	17	10,5%
Ideação suicida durante a graduação	Fa	Fr
Não	121	74,7%
Sim	41	25,3%
Tentativa de suicídio	Fa	Fr
Não	132	81,5%
Sim	30	18,5%
Total	162	100%

Fonte: autoria própria

Fa: Frequência absoluta; Fr: Frequência relativa

A análise das pontuações do IDB, revelou que a média de escore geral foi de 10,27. Foi utilizada como nota de corte para a presença de sintomas depressivos a pontuação na IDB ≥ 12 , sendo que 61,1% enquadravam-se

como depressão ausente, 26,5% depressão leve, 11,7% depressão moderada, e apenas 0,6% depressão grave, totalizando 38,8% (n=62) de estudantes com sintomas depressivos. Destes, a média no escore de IDB foi de 18,62 e destaca-se a alta prevalência de depressão na população feminina, compondo 67,74% (n= 42) dos depressivos, comparada à população masculina 32,26 % (n=20). Também, constatou-se alta prevalência de depressão entre os alunos autodeclarados não brancos: 70, 96% (n=44), apesar de não termos encontrados diferenças estatisticamente significativas quanto ao gênero. Soma-se que 50% (n=31) dos discentes do grupo deprimido do já foram diagnosticados com algum transtorno mental, 24,19% (n= 15) fazem acompanhamento profissional, 38,7% (n=24) já fizeram em algum momento e 37,09% (n=23) nunca fizeram. Acrescenta-se ainda que 19,35% (n=12) fazem uso de antidepressivos, 43,54% (n=27) já tiveram ideação suicida durante o curso, 29,03% (n=18) já tentaram suicídio (Tabela 3).

Tabela 3 Resultados do Inventário de Depressão de Beck dos acadêmicos de medicina da UFPA de Altamira

Depressão	Geral	Ausente	Leve	Moderada	Grave
Média	10,27	5,11	15,27	25,27	43
Mediana	9	6	15	24	43
Desvio padrão	8,13	3,58	2,34	5,94	0
Fa	162	100	42	19	1

Fr 100% 61,72% 25,92% 11,70% 0,60%

Fonte: autoria própria

Fa: Frequência absoluta; Fr: Frequência relativa

A Tabela 4, traz os dados referentes ao contexto familiar, 86,5% eram residentes de outros municípios e 84% moravam com suas famílias antes do início da graduação. Durante a faculdade, somente 27,1% permaneceram residindo com familiares, 42,6% viviam sozinhos e 65,4% mantinham contato diariamente com sua família. Não houve diferença significativa entre os discentes de acordo com sua composição de moradia atual em relação aos escores do IDB.

Tabela 4 Perfil familiar dos acadêmicos dos acadêmicos de medicina da UFPA de Altamira

Local de residência antes da graduação	Fa	Fr
Altamira	21	12,9%
Outro município	141	87,1%
Total	162	100%
Composição de moradia antes da graduação	Fa	Fr
Sozinho		
Família	16	9,9%
Amigos	136	84%
Parceiro□Namorado□	4	2,5%
	6	3,7%
Total	162	100%
Composição de moradia durante a graduação	Fa	Fr
Sozinho		
Família	69	42,6%
Amigos	44	27,1%
Parceiro□Namorado	28	17,3%
	21	13%
Total	162	100%

Frequência de contato familiar	Fa	Fr
Diariamente	106	65,4%
Dias alternados	25	15,4%
Três vezes por semana	15	8%
Uma vez por semana	9	5,6%
Menos de uma vez por semana	9	5,6%
Total	162	100%

Fonte: autoria própria.

Fa: Frequência absoluta; Fr: Frequência relativa

O IAF apresentou escore total médio de 7,5, do qual 69,13% dos participantes foram categorizados como tendo boa funcionalidade familiar, 19,13% moderada disfuncionalidade e 11,72% elevada disfuncionalidade (Tabela 5).

Tabela 5 Resultados do Índice APGAR de Família dos acadêmicos de medicina da UFPA de Altamira

Subgrupos	Média	Mediana	Desvio padrão	Fa	Fr
Funcionalidade geral	7,5	8	2,29	162	100%
Boa funcionalidade	8,81	9	1,19	112	69,13%
Moderada disfuncionalidade	5,29	5	1,15	31	19,13%
Elevada disfuncionalidade	3,3	4	0,92	19	11,72%

Fonte: autoria própria

Fa: Frequência absoluta; Fr: Frequência relativa

Além disso, o IAF apresentou correlação significativa fraca com IDB (Rho de Spearman: - 0,419; $p < 0,001$), agindo os escores de forma inversamente proporcional entre si. Também, observou-se correlação significativa fraca entre IAF e WHOQOL-SRPB (Rho de Spearman: + 0,419; $p < 0,001$), mantendo-se um padrão diretamente proporcional entre seus escores (Tabela 6).

Tabela 6 Correlação entre as variáveis do Inventário de depressão de Beck (IDB), Índice APGAR de Família (IAF) e Instrumento de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde - Módulo Espiritualidade, Religiosidade e Crenças Pessoais (WHOQOL-SRPB) total dos acadêmicos de medicina da UFPA de Altamira

Variáveis	Teste de correlação	IDB	WHOQOL-SRPB
WHOQOL-SRPB	Rho de Spearman gl p-valor	-0,588 160 < 0,001	----
IAF	Rho de Spearman gl p-valor	-0,419 160 < 0,001	0,419 160 <0,001

Fonte: autoria própria

No que diz respeito ao perfil religioso, 74,7% eram adeptos a alguma religião, 20,4% eram agnósticos, 4,9% eram ateus, 61,1% participavam ativamente de práticas religiosas (Tabela 7)

Tabela 7 Perfil religioso/espiritual dos acadêmicos de medicina da UFPA de Altamira

Religião	Fa	Fr
Agnóstico	33	20,4%
Ateu	8	4,9%
Católico	58	35,8%
Evangélico	53	32,7%
Espirita	3	1,9%
Matriz Africana	1	0,6%
Outras	6	3,7%
Total	162	100%
Participação em prática religiosa	Fa	Fr
Sim	99	38,9%
Não	63	61,1%
Total	162	100%

Fonte: autoria própria

Fa: Frequência absoluta; Fr: Frequência relativa

O escore médio geral do WHOQOL-SRPB foi de 123,61 pontos. Na análise de variância (ANOVA), não houve diferença significativa entre os grupos de acadêmicos que seguem uma religião definida e aqueles sem

religião, nem entre os que participam de práticas religiosas ou não, em relação ao WHOQOL-SRPB (Tabela 8).

Tabela 8 Resultado geral e por facetas do Instrumento de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde - Módulo Espiritualidade, Religiosidade e Crenças Pessoais dos acadêmicos de medicina da UFPA de Altamira

Facetas	Média	Mediana	Desvio padrão
Sentido	12,83	13	2,83
Conexão	13,66	15,5	4,86
Admiração	12,27	14	2,74
Totalidade	11,55	10,5	3,83
Força	13,66	13,5	4,37
Paz	10,72	11	3,75
Esperança	12,22	12	2,55
Fé	12,88	13,5	4,66
Geral	123,61	126	23,45

Fonte: autoria própria

A análise estatística das variáveis demonstrou correlação significativa moderada entre o escore de IDB e o WHOQOL-SRPB total, assim como entre o IDB e as facetas Sentido, Totalidade, Paz e Esperança do WHOQOL-SRPB, sendo que quanto menores as pontuações no WHOQOL-SRPB, maiores são os escores de depressão (Tabela 9).

Tabela 9 Correlações significativas entre as variáveis do Inventário de depressão de Beck (IDB) e os domínios do Instrumento de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde - Módulo Espiritualidade, Religiosidade e Crenças Pessoais dos acadêmicos de medicina da UFPA de Altamira

Variáveis	Teste de correlação	Depressão geral
IDB	Rho de Spearman p-valor	-----
Sentido	Rho de Spearman p-valor	-0,517 < 0,001
Totalidade	Rho de Spearman p-valor	-0,608 < 0,001
Paz	Rho de Spearman p-valor	-0,646 < 0,001
Esperança	Rho de Spearman p-valor	-0,531 < 0,001

Fonte: autoria própria

5 DISCUSSÃO

Os dados levantados neste trabalho, evidenciam uma população geral de graduandos em Medicina da UFPA de Altamira com distribuição semelhante entre os sexos, composta por jovens adultos solteiros que dependem financeiramente de seus familiares predominantemente. Salienta-se também que a grande maioria dos discentes são oriundos de outras cidades e vieram para Altamira após serem aprovados no vestibular. Nesse contexto, a maior parte dos acadêmicos, que antes costumavam morar com suas famílias, hoje residem sozinhos ou com pessoas sem vínculo familiar.

No contexto da saúde mental, quando analisado o IDB, foi constatada a presença de sintomas depressivos, em diferentes intensidades, em 38,8% dos graduandos. Este dado corrobora os achados de Melo (2021) que, utilizando de uma diferente escala avaliativa para sintomas depressivos, encontrou uma prevalência de depressão em 37,6% nos estudantes de medicina da UFPA campus Altamira.

Os achados também convergem com evidências na literatura de que a prevalência média de depressão em discentes de escolas médicas de países em desenvolvimento são superiores em relação a de países desenvolvidos, alcançando valores entre 30 a 50% das populações avaliadas (Campos Junior et al., 2024). Além do mais, vale a pena ressaltar que a prevalência encontrada nesta pesquisa é superior à nacional (5,8%) e à global (3,8%) (Brito et al., 2022; Leão et al., 2018; Oliveira et al., 2024). Da mesma forma, é superior à de universitários de outros cursos, nos quais a prevalência de doenças psiquiátricas como depressão e ansiedade gira em torno de 8 a 15% (Carlotto et al., 2013).

Outrossim, destaca-se uma correlação significativa entre o gênero e depressão, sendo alta a prevalência de participantes do sexo feminino entre aqueles com sintomas depressivos. O gênero feminino é apontado por diversos estudos como um fator de risco depressivo, o qual pode ter sua gênese por motivos biológicos, como questões hormonais, assim como pelo papel social feminino na sociedade, pela jornada múltipla laboral e maior disposição das mulheres para autocrítica (Gaviria, Rodríguez e Alvarez, 2002; Campos Junior et al., 2024).

Voltando-se o olhar especificamente para o grupo com presença de sintomas depressivos, percebeu-se alta prevalência de pessoas autodeclaradas não brancas, sendo a etnia um fator de risco destacado em muitos artigos (Campos Junior et al., 2024). Nesse enredo, a revisão sistemática de Smolen e Araújo (2017), analisou 14 artigos e constatou uma tendência a prevalência maior de distúrbios de saúde psíquica em brasileiros não brancos, o que se relaciona a fatores de estresse socioeconômicos e vivências de discriminação e racismo. Vê-se também que 50% já foram diagnosticados com algum problema de saúde mental, porém somente 24% fazem acompanhamento com profissional de saúde. Esses valores superam os achados de Puthran e colaboradores (2016), os quais revelaram que apenas 12,9% dos acadêmicos depressivos buscavam tratamento, porém ainda configuram estimativas aquém das ideais.

Destaca-se que a família pode desempenhar um papel tanto preventivo quanto desencadeador, tanto pode colaborar para a cura como para a manutenção de transtornos psicológicos (Vilcahuamán, 2023). Nesse sentido, nesta pesquisa a funcionalidade familiar relacionou-se significativamente com a depressão, de maneira que quanto maiores os escores de funcionalidade familiar, menores os escores de depressão.

Dessa forma corrobora-se a informação evidenciada em diversos estudos de que uma boa funcionalidade familiar atua como fator protetor contra a depressão. Isso ocorre tendo em vista que famílias funcionais estão melhor preparadas para lidar com momentos de crise, assim como geram filhos com habilidades adaptativas de enfrentamento, expressão de sentimentos, empatia e

autoestima mais bem desenvolvidas (Gaviria, Rodríguez e Alvarez, 2002; Morales et al., 2020, Vilcahuamán, 2023).

Por outro lado, membros de famílias disfuncionais apresentam 3,72 vezes o risco de desenvolverem transtornos depressivos, além de maior propensão a se envolverem em relacionamentos abusivos, ao uso de álcool, drogas e medicamentos, quando comparados com aqueles pertencentes a famílias equilibradas. (Motta, Soares e Belmonte, 2019; Vilcahuamán, 2023).

Apesar deste estudo não ter encontrado relação significativa entre a migração e o distanciamento familiar com a depressão, ainda assim, tais aspectos são considerados fatores de risco depressivo para alunos de medicina, tal qual demonstram várias pesquisas anteriores (Campos Junior et al., 2024; Neponuceno; Carvalho; Neves, 2019). Nesse viés, nossos dados apontam que, para o grupo de estudantes de medicina, mais relevante do que a interrupção do convívio familiar, é a funcionalidade das relações existentes entre os familiares, mesmo que à distância, e as habilidades adaptativas que surgiram a partir delas.

A esfera religiosa e espiritual expõe, não somente uma população de maioria cristã e que destina algum tempo para a realização de atividades religiosas, mas também um número expressivo de alunos que não possui vínculos religiosos. Constatou-se, por intermédio da análise entre o WHOQOLSRPB total e suas facetas com o IDB, uma correlação significativa negativa, na qual quanto maiores os escores do WHOQOL-SRPB total e das facetas Sentido, Totalidade, Paz e Esperança, menores os do IDB, o que reafirma a religiosidade e a espiritualidade como fatores capazes de exercer papel protetor contra a depressão (Gonçalves et al., 2018).

Seguindo a mesma linha de raciocínio, a revisão sistemática de Carlotto (2013) revelou que a maioria dos estudos reitera a ação protetora da RE frente à transtornos mentais como depressão e ansiedade. Já os dados de ScorsoliniComin et al. (2021) notabilizaram que pós-graduandos brasileiros que possuíam uma religiosidade apresentavam melhor saúde mental, além de menores níveis de estresse.

Nesse sentido pesquisas têm demonstrado que intervenções espirituais aumentam o otimismo e diminuem o pessimismo, além de promoverem um entendimento mais profundo da existência humana e uma sensação de

propósito e de proteção frente às atribuições. (Gonçalves et al., 2018; Leite, Dornelas, Secchin, 2021). Outros estudos afirmam, que a RE contribui positivamente para a evolução clínica de pacientes, para a manutenção de comportamentos saudáveis e maiores níveis de esperança e bem-estar (Paglione et al., 2019).

Por fim, foi encontrada correlação significativa entre o WHOQOL-SRPB e o IAF, porém desta vez positiva, evidenciando que quanto maiores os níveis de religiosidade e espiritualidade maior a funcionalidade familiar. O estudo de Abdala, 2015 encontrou da mesma forma resultados que atribuem religiosidade como fator protetor quanto à funcionalidade familiar, porém num grupo de idosos. Ressalta-se também que durante a adolescência, a religião auxilia na socialização e na formação da personalidade, agindo de modo protetor contra o uso de drogas, o tabagismo e a atividade sexual precoce, fatores associados a disfuncionalidade familiar leite (Leite, Dornelas, Secchin, 2021; Motta, Soares e Belmonte, 2019).

6 CONCLUSÃO

Esta pesquisa evidenciou que os estudantes de medicina da Universidade Federal do Pará campus Altamira, apresentam prevalência elevada de sintomas depressivos, acima das médias globais e nacionais, assim como mais elevada do que a média de outros cursos. Destaca-se o gênero feminino e pessoas autodeclaradas não brancas como mais prevalentes entre o grupo que apresentou sintomas depressivos. Constatou-se relação protetora da Funcionalidade familiar e da religiosidade entre si e contra a depressão. O distanciamento familiar não foi estatisticamente significativo, tendo maior impacto a funcionalidade familiar sobre a saúde mental dos acadêmicos. Portanto, faz-se necessário otimizar políticas institucionais de acolhimento e acompanhamento em saúde mental, por meio da expansão dos serviços já ofertados, assim como da diversificação das estratégias de enfrentamento da depressão, nas quais deve prevalecer uma visão holística e individualizada do estudante, a qual acrescente inclusive aspectos de religiosidade, espiritualidade, assim como investigue os vínculos familiares e as questões de gênero e etnia.

7 REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, R.L. JUNIOR, A.L.G. A religiosidade e a espiritualidade na atenção primária à saúde. **Revista Eletrônica Acervo Saúde / Electronic Journal Collection Health**, 2021; 13(1) e5418.
- AVEIGA, R.S.A. et al. Apoyo social en los trastornos depresivos de adultos jóvenes en edades entre 18-25 años. **ReHuSo.**, 2023; 8(1) 184-198.
- BACKHAUS, I. et al. Association between social capital indicators and depressive symptoms among Brazilian university students. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2022; 27(3) 1119–1131.
- BARRETO, L.V. et al. Associação da espiritualidade, qualidade de vida e depressão em familiares de idosos com demências. **Acta paul enferm.** 2023; 36: 03061.
- BRITO, V.C.A. et al. Prevalência de depressão autorreferida no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde 2019 e 2013. **Epidemiol Serv Saúde.**, 2022; 31: e2021384.
- BUHRER, B.E. et al. Análise da Qualidade e Estilo de Vida entre Acadêmicos de Medicina de uma Instituição do Norte do Paraná. **Rev. bras. educ. med.**, Brasília, 2019; 43(1):39-46.
- Campos Junior A. et al. Avaliação de sintomas depressivos em estudantes de medicina. **Cad Saúde Coletiva.** 2024;32(2).
- CARDOSO H.F., BAPTISTA M.N. Evidência de Validade para a Escala de Percepção do Suporte Social (Versão Adulta) - EPSUS-A: um Estudo Correlacional. **Psicol cienc prof.**, 2015; 35(3): 946–58.
- CARLOTTO, RC. Espiritualidade e sintomatologia depressiva em estudantes universitários brasileiros. **Rev. Psicol. UNESP.** 2013; 12(2): 50-60.
- CARMONA C.F., COUTO V.V.D., COMIN F. A experiência de solidão e a rede de apoio social de idosos. **Psicol Estu.**, 2014; 19(4): 681–91.
- CUNHA, J.A. Manual da versão em português das Escalas Beck. **São Paulo: casa do psicólogo**, 2016; 171p.
- CYBULSKI, C.A.; MANSANI, F.P. Análise da Depressão, dos Fatores de Risco para Sintomas Depressivos e do Uso de Antidepressivos entre Acadêmicos do Curso de Medicina da Universidade Estadual de Ponta Grossa. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, 2017; 41(1): 92-101.

- FREITAS, P.H.B. et al. Symptoms of depression, anxiety and stress in health students and impact on quality of life. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, 2023; 31: e3885.
- FRANCIS B. Religious Coping, Religiosity, Depression and Anxiety among Medical Students in a Multi-Religious Setting. **Int J Environ Res Public Health**, 2019;16(2): 259.
- GANDINI, R.C. et al. Inventário de depressão de beck – BDI: validação fatorial para mulheres com câncer. **Psico-USF.**, 2007; 12(1): 23-31.
- GAVIRIA, S; RODRIGUEZ, MA; ALVAREZ, T. Calidad de la relación familiar y depresión en estudiantes de medicina de Medellín, Colombia, 2000. **Rev. chil. neuro-psiquiatr.** 2002; 40(1): 41-46.
- GINA, AA. et al. Religiosidade e qualidade de vida relacionada à saúde do idoso. **Rev Saúde Pública.** 2015.
- HAYKAL, K.A. et al. Medical student wellness assessment beyond anxiety and depression: A scoping review. **PLoS One.**, 2022; 17(10): 27.
- MOTTA ICM, SOARES, RCM E BELMONTE, TSA 2019. Uma Investigação sobre Disfunções Familiares em Estudantes de Medicina. **Rev. bras. educ. med.** 2019; 43.
- MOUTINHO, ILD. Depression, stress and anxiety in medical students: A cross-sectional comparison between students from different semesters rev assoc Med Bras 2017; 63(1):21-28
- HE, X. Physical activity in the treatment of depression in college students. **Rev Bras Med Esporte**, 2022; 28(1): 68–71.
- JÚNIOR, S.A.D. et al. Ansiedade em Acadêmicos de Enfermagem e de Medicina de uma Universidade Pública: Estudo Transversal. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, 2022; 27: 81-94.
- LEÃO, A.M. et al. Prevalência e Fatores Associados à Depressão e Ansiedade entre Estudantes Universitários da Área da Saúde de um Grande Centro Urbano do Nordeste do Brasil. **Rev. bras. educ. med.**, Brasília, 2018; 42(4): 55-65.
- LEITE, L.C., Dornelas L.V., Secchin L.S.B. Influence of religiosity on medical students' mental health. **Rev bras educ med.**, 2021; 45(2): e062.
- NEPONUCENO, H.J.; CARVALHO, B.D.N.; NEVES, N.M.B.C. Transtornos mentais comuns em estudantes de medicina. **Rev. Bioét.**, Brasília, 2019; 27(3): 465-470.
- MAO Y. et al. A systematic review of depression and anxiety in medical students in China. **BMC Med Educ.**, 2019; 19(1): 327.
- MARTINS A.M. Et al. Association between religion, mental health and social distancing during the COVID-19 pandemic. **Psico-USF**, 2023; 28(1): 79–90.
- MEDEIROS, M.R.B. et al. Saúde Mental de Ingressantes no Curso Médico: uma Abordagem segundo o Sexo. **Rev. bras. educ. med.**, Brasília, 2018; 42(3): 214221.

- MELO, D. L. Depressão, ansiedade, insônia e burnout em estudantes de Medicina durante a pandemia da covid-19. 2021. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Medicina) - Faculdade de Medicina, Campus Universitário de Altamira, Universidade Federal do Pará, Altamira, 2021.
- OLIVEIRA MP. et al. Prevalência de depressão entre estudantes de Medicina em universidade de Goiás. *Revista brasileira de educação médica*. 2024; 48(2).
- MORALES, BO. et al. Factores asociados a la depresión en estudiantes de medicina de una universidad peruana. **Educ Med Super**. 2020 34(2).
- PAGLIONE, HB. et al. Quality of life, religiosity, and anxiety and depressive symptoms in liver transplantation candidates. **Rev. esc. enferm. USP**. 2019; 53.
- PANZINI, R.G. et al. Validação brasileira do Instrumento de Qualidade de Vida/espiritualidade, religião e crenças pessoais. **Rev. Saúde Pública.**, 2011; 45(1): 153–65.
- PUTHRAN R, et al. Prevalence of depression amongst medical students: a metaanalysis. **Med Educ.**, 2016; 50(4): 456-68.
- QUEK, T.T. et al. The Global Prevalence of Anxiety Among Medical Students: A Meta-Analysis. *Int. J. Environ. Res. Public Health.*, 2019; 16(15): 27-35.
- RODRIGUES, R.M. Solidão, um fator de risco. **Rev. Port. Med. Geral Fam.**, Lisboa, 2018; 34(5): 334-338.
- RODRIGUES, A.F.A. et al. Evaluation of anxiety and depression symptoms among u20 soccer athletes in recife-pe: a cross-sectional study. **Rev Bras Med Esporte.**, 2023; 29: e2021-0385.
- SANTA, N.D.; CANTILINO, A. Suicídio entre Médicos e Estudantes de Medicina: Revisão de Literatura. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, 2016; 40(4): 772780.
- SANTOS, F.S. et al. Estresse em Estudantes de Cursos Preparatórios e de Graduação em Medicina. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, 2017; 41(2): 194200.
- SCORSOLINI-COMIN, F. Saúde mental e estratégias de *coping* em pósgraduandos na pandemia da COVID-19. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. 2021; 29.
- SHAO R. et al. Prevalence of depression and anxiety and correlations between depression, anxiety, family functioning, social support and coping styles among Chinese medical students. **BMC Psychol.**, 2020; 8(1): 38.
- SMOLEN JR, ARAÚJO EM. Raça/cor da pele e transtornos mentais no Brasil: uma revisão sistemática. **Cienc e Saude Coletiva**. 2017;22(12):4021-4030.
- TAM W., LO K. e PACHECO J. Prevalence of depressive symptoms among medical students: overview of systematic reviews. **Med Educ.**, 2019; 53(4): 345354.

TEDRUS, G. M. A. S et al. Religiosity and quality of life of individuals with Alzheimer's disease and of caregivers: Relationship with clinical aspects. ***Dementia & Neuropsychologia***, 2020 14; (1), 69–74.

VILCAHUAMÁN, EZ. Asociación entre la funcionalidad familiar y los síntomas depresivos en estudiantes de Medicina Humana de una universidad privada. ***Rev. Neuropsiquiatr.*** 2023;86(4): 260-269

VITORINO L.M. et al. The Influence of Religiosity and Spirituality on the Happiness, Optimism, and Pessimism of Brazilian Medical Students. ***Health Education & Behavior.***, 2022; 49(5): 884-893.

VITORINO L.M. et al. The role of spirituality and religiosity on the suicidal ideation of medical students. ***Int J Soc Psychiatry.***, 2023; 16:207640231153497

6 ANEXOS

ANEXO A - INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK

Neste questionário existem grupos de quatro afirmações.

Por favor, leia cuidadosamente cada uma delas. A seguir selecione a afirmação, em cada grupo, que melhor descreve como se sentiu NA SEMANA QUE PASSOU, INCLUINDO O DIA DE HOJE. Se escolher dentro de cada grupo várias afirmações, faça um círculo em cada uma delas. Certifique-se que leu todas as afirmações de cada grupo antes de fazer a sua escolha.

1.

- 0 Não me sinto triste.
- 1 Sinto-me triste.
- 2 Sinto-me triste o tempo todo e não consigo evitá-lo.
- 3 Sinto-me tão triste ou infeliz que não consigo suportar.

2.

- 0 Não estou particularmente desencorajado(a) em relação ao futuro.
- 1 Sinto-me desencorajado(a) em relação ao futuro.
- 2 Sinto que não tenho nada a esperar.
- 3 Sinto que o futuro é sem esperança e que as coisas não podem melhorar.

3.

- 0 Não me sinto fracassado(a).
- 1 Sinto que falhei mais do que um indivíduo médio.
- 2 Quando analiso a minha vida passada, tudo o que vejo é uma quantidade de fracassos.
- 3 Sinto que sou um completo fracasso.

4.

- 0 Eu tenho tanta satisfação nas coisas como antes.
- 1 Não tenho satisfação com as coisas como costumava ter.

- 2 Não consigo sentir verdadeira satisfação com coisa alguma.
- 3 Estou insatisfeito(a) ou entediado(a) com tudo.
- 5.**
- 0 Não me sinto particularmente culpado(a).
- 1 Sinto-me culpado(a) grande parte do tempo.
- 2 Sinto-me bastante culpado(a) a maior parte do tempo.
- 3 Sinto-me culpado(a) o tempo todo.
- 6.**
- 0 Não sinto que esteja a ser punido(a).
- 1 Sinto que posso ser punido(a).
- 2 Sinto que mereço ser punido(a).
- 3 Sinto que estou a ser punido(a).
- 7.**
- 0 Não me sinto desapontado(a) comigo mesmo(a).
- 1 Sinto-me desapontado(a) comigo mesmo(a).
- 2 Sinto-me desgostoso(a) comigo mesmo(a).
- 3 Eu odeio-me.
- 8.**
- 0 Não sinto que seja pior que qualquer outra pessoa.
- 1 Critico-me pelas minhas fraquezas ou erros.
- 2 Culpo-me constantemente pelas minhas faltas.
- 3 Culpo-me de todas as coisas más que acontecem.
- 9.**
- 0 Não tenho qualquer ideia de me matar.

2

1 Tenho ideias de me matar, mas não sou capaz de as concretizar.
Gostaria de me matar.

3 Eu matar-me-ia se tivesse uma oportunidade.

10.

0 Não costumo chorar mais do que o habitual.

1 Choro mais agora do que costumava fazer.

1 Atualmente, choro o tempo todo.

3 Eu costumava conseguir chorar, mas agora não consigo, ainda que queira.

11.

0 Não me irrito mais do que costumava.

1 Fico aborrecido(a) ou irritado(a) mais facilmente do que costumava.

2 Atualmente, sinto-me permanentemente irritado(a).

3 Já não consigo ficar irritado(a) com as coisas que antes me irritavam.

12.

0 Não perdi o interesse nas outras pessoas.

1 Interesse-me menos do que costumava pelas outras pessoas.

2 Perdi a maior parte do interesse nas outras pessoas.

3 Perdi todo o meu interesse nas outras pessoas.

13.

0 Tomo decisões tão bem como antes.

1 Adio as minhas decisões mais do que costumava.

2 Tenho maior dificuldade em tomar decisões do que antes.

3 Já não consigo tomar qualquer decisão.

14.

2

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

1 Preocupo-me porque estou a parecer velho(a) ou nada atraente.

Sinto que há mudanças permanentes na minha aparência que me tornam nada atraente

3 Considero-me feio(a).

15.

0 Sou capaz de trabalhar tão bem como antes.

1 Preciso de um esforço extra para começar qualquer coisa.

2 Tenho que me forçar muito para fazer qualquer coisa.

3 Não consigo fazer nenhum trabalho.

16.

0 Durmo tão bem como habitualmente.

1 Não durmo tão bem como costumava.

2 Acordo uma ou duas horas mais cedo do que o habitual e tenho dificuldade em voltar a adormecer.

3 Acordo várias horas mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir.

17.

0 Não fico mais cansado(a) do que é habitual.

1 Fico cansado(a) com mais facilidade do que antes.

2 Fico cansado(a) ao fazer quase tudo.

3 Estou demasiado cansado(a) para fazer qualquer coisa.

18.

0 O meu apetite é o mesmo de sempre.

1 Não tenho tanto apetite como costumava ter.

2

2 O meu apetite, agora, está muito pior.

3 Perdi completamente o apetite.

19.

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

1 Perdi mais de 2,5 Kg.

2 Perdi mais de 5 Kg.

3 Perdi mais de 7,5 Kg.

Estou propositadamente a tentar perder, comendo menos. Sim___ Não___

20.

0 A minha saúde não me preocupa mais do que o habitual.

1 Preocupo-me com problemas físicos, como dores e aflições, má disposição do estômago ou prisão de ventre.

2 Estou muito preocupado(a) com problemas físicos e torna-se difícil pensar em outra coisa.

3 Estou tão preocupado(a) com os meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa.

21.

0 Não tenho observado qualquer alteração recente no meu interesse sexual.

1 Estou menos interessado(a) na vida sexual do que costumava.

2 Sinto-me, atualmente, muito menos interessado(a) pela vida sexual. 4

Perdi completamente o interesse na vida sexual

Utilizou-se o seguinte parâmetro para a estratificação de sintomas em níveis depressivos: mínimo (0 a 11 pontos), leve (12 a 19 pontos), moderado (20 a 35 pontos) e grave (36 a 63 pontos).

ANEXO B - INSTRUMENTO DE QUALIDADE DE VIDA DA ORGANIZAÇÃO

MUNDIAL DA SAÚDE - MÓDULO ESPIRITUALIDADE, RELIGIOSIDADE E CRENÇAS PESSOAIS (SRPB).

Conexão a ser ou força espiritual

1. Até que ponto alguma ligação a um ser espiritual ajuda você a passar por épocas difíceis?
2. Até que ponto alguma ligação com um ser espiritual ajuda você a tolerar o estresse?
3. Até que ponto alguma ligação com um ser espiritual ajuda você a compreender os outros?
4. Até que ponto alguma ligação com um ser espiritual conforta/tranquiliza você?

Sentido na vida

1. Até que ponto você encontra um sentido na vida?
2. Até que ponto cuidar de outras pessoas proporciona um sentido na vida para você?
3. Até que ponto você sente que a sua vida tem uma finalidade?
4. Até que ponto você sente que está aqui por um motivo?

Admiração

1. Até que ponto você consegue ter admiração pelas coisas ao seu redor? (por exemplo: natureza, arte, música)
2. Até que ponto você se sente espiritualmente tocado pela beleza?
3. Até que ponto você tem sentimentos de inspiração (emoção) na sua vida?
4. Até que ponto você se sente agradecido por poder apreciar (“curtir”) as coisas da natureza?

Totalidade e Integração

1. Até que ponto você sente alguma ligação entre a sua mente, corpo e alma?
2. Quão satisfeito você está por ter um equilíbrio entre a mente, o corpo e a alma?

3. Até que ponto você sente que a maneira em que vive está de acordo com o que você sente e pensa?
4. O quanto as suas crenças ajudam-no a criar uma coerência (harmonia) entre o que você faz, pensa e sente?

Força espiritual

1. Até que ponto você sente força espiritual interior?
2. Até que ponto você pode encontrar força espiritual em épocas difíceis?
3. O quanto a força espiritual o ajuda a viver melhor?
4. Até que ponto a sua força espiritual o ajuda a se sentir feliz na vida?

Paz interior

1. Até que ponto você se sente em paz consigo mesmo?
2. Até que ponto você tem paz interior?
3. O quanto você consegue sentir paz quando você necessita disso?
4. Até que ponto você sente um senso de harmonia na sua vida?

Esperança e otimismo

1. Quão esperançoso você se sente?
2. Até que ponto você está esperançoso com a sua vida?
3. Até que ponto ser otimista melhora a sua qualidade de vida?
4. O quanto você é capaz de permanecer otimista em épocas de incerteza?

Fé

1. Até que ponto a fé contribui para o seu bem-estar?
2. Até que ponto a fé lhe dá conforto no dia-a-dia?
3. Até que ponto a fé lhe dá força no dia-a-dia?
4. Até que ponto a fé o ajuda a gozar (aproveitar) a vida?

SCORE

- 1: Muito insatisfeito
- 2: Insatisfeito
- 3: Nem satisfeito nem insatisfeito

4: Satisfeito

5: Muito satisfeito

ANEXO C - ÍNDEX APGAR DE FAMÍLIA

- 1) Estou satisfeito(a) pois posso recorrer à minha família em busca de ajuda quando alguma coisa está me incomodando ou preocupando.
- 2) Estou satisfeito(a) com a maneira pela qual minha família e eu conversamos e compartilhamos os problemas.
- 3) Estou satisfeito(a) com a maneira como minha família aceita e apoia meus desejos de iniciar ou buscar novas atividades e procurar novos caminhos ou direções.
- 4) Estou satisfeito(a) com a maneira pela qual minha família demonstra afeição e reage às minhas emoções, tais como raiva, mágoa ou amor.
- 5) Estou satisfeito(a) com a maneira pela qual minha família e eu compartilhamos o tempo juntos.

Respostas e pontuação

Sempre: 0

Algumas vezes: 1

Nunca: 2

6 APÊNDICE

APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO SOCIOECONÔMICO

DADOS GERAIS

1- Idade atual:

- A. 18 a 22: B. 23 a 26: C. 27 a 30:
- D. 31 a 34: E.
- 35 – 38:
- F. 39 ou mais:

2- Idade de ingresso no curso de de Medicina:

- A. Média:
- B. Maior:
- C. Menor:

3- Sexo Biológico

- A. Feminino:
- B. Masculino:

4- Raça/Etnia A. Branca:

- B. Parda:
- C. Preta:
- D. Indígena
- E. Amarela

5- Estado civil

- A. Solteiro/a
- B. Casado/a

- C. Divorciado/a
- D. Viúvo/a 0
- E. União estável

6- Qual sua orientação sexual?

7- Semestre atual:

- A. 1º Semestre
- B. 2º Semestre
- C. 3º Semestre
- D. 4º Semestre
- E. 5º Semestre
- F. 6º Semestre
- G. 7º Semestre
- H. 8º Semestre
- I. 9º Semestre
- J. 10º Semestre
- K. 11º Semestre
- L. 12º Semestre

8- Meio de ingresso na graduação:

● Processo Seletivo/ ENEM

- A. Pessoas com Deficiência (PCD)
- B. Cota Escola Renda para autodeclarados Pretos, Pardos e Indígenas (PPI) e PCD
- C. Cota Escola Renda PPI
- D. Cota Escola Renda PCD
- E. Cota Escola Renda
- F. Cota Escola PPI PCD
- G. Cota Escola PPI

H. Cota Escola PCD

I. Cota Escola

J. Não cotista OU

• **Vestibular Especial**

A. Indígena

B. Quilombola OU

• **Mobilidade acadêmica/ Vestibulinho**

A. Mobilidade acadêmica interna

B. Mobilidade acadêmica externa

9- Como você se sustenta financeiramente no curso de medicina?

A. Não trabalho e dependo financeiramente de meus familiares

B. Não trabalho e dependo financeiramente de pessoas próximas

C. Trabalho, mas também dependo financeiramente dos meus familiares

D. Trabalho, mas também dependo financeiramente de pessoas próximas

E. Trabalho e sou independente financeiramente

10- Qual sua renda familiar? (soma do que cada membro de um grupo familiar ganha por mês)

A. Um salário mínimo

B. Dois a três salários mínimos

C. Quatro a cinco salários mínimos

D. 6 salários mínimos ou mais.

11- Você possui alguma doença crônica?

A. Sim

B. Não

CONTEXTO FAMILIAR

12- Cidade e Estado que você morava antes de iniciar esta graduação:

13- Você morava com quem antes de iniciar o curso?

A. Sozinho

- B. Família
- C. Amigos
- D. Namorado

14- Quantas pessoas moravam com você antes de iniciar o curso?

- A. Eu morava sozinho
- B. Uma
- C. Duas
- D. Três
- E. Quatro ou mais

15- Atualmente você mora com quem?

- (A) Sozinho
- (B) Família
- (C) Amigos
- (D) Parceiro

16- Quantas pessoas moram com você atualmente?

- A. Eu moro sozinho
- B. Uma
- C. Duas
- D. Três
- E. Quatro ou mais

17- Com que frequência você mantém contato com seus familiares?

- A. Diariamente
- B. Em dias alternados
- C. Três vezes por semana
- D. Uma vez por semana
- E. Menos que uma vez por semana

18- Algum familiar seu faleceu devido à COVID-19?

- A. Sim

B. Não

19- Você reside com algum animal de estimação? (você pode marcar mais de uma alternativa).

A. Não tenho animal

B. Gato

C. Cachorro

D. Ave

E. Peixe

F. Outro

RELIGIOSIDADE 20-

Qual sua religião?

A. Acredito em Deus, mas não tenho religião

B. Católica

C. Evangélica

D. Espirita

E. Religião de matriz Africana

F. Budista

G. Judaica

H. Muçulmana

I. Ateu

J. Outra

21- Você participa de alguma prática religiosa? (frequenta templos, faz orações, leituras, meditação...).

A. Sim

B. Não

SAÚDE MENTAL

22- Você já fez algum acompanhamento psicológico com um profissional?

A. Nunca fiz

B. Não faço atualmente, mas já fiz no passado

C. Faço acompanhamento atualmente

23- Você já foi diagnosticado por algum profissional da saúde como tendo algum transtorno mental (depressão, ansiedade, etc)

- A. Sim
- B. Não

24- Você já fez uso de algum medicamento antidepressivo?

- A. Nunca
- B. Já fiz uso, mas não faço atualmente
- C. Faço uso atualmente

25- Você já teve ideias suicidas durante o curso de medicina?

- A. Sim
- B. Não

26- Você já tentou cometer suicídio alguma vez na vida?

- A. Sim
- B. Não

SOCIALIZAÇÃO E HÁBITOS

27- Como você considera sua convivência com seus colegas de turma?

- A. Ótima
- B. Boa
- C. Nem boa nem ruim
- D. Ruim
- E. Péssima

28- Você sente que há uma competição entre você e seus colegas de turma?

- A. Sim:
- B. Não:

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
DIRETORIA DE PESQUISA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado para participar da pesquisa: A relação entre a intensidade de sintomas depressivos, funcionalidade familiar e religiosidade: o impacto em estudantes de medicina no município de Altamira-PA.

JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS DA PESQUISA – O estudante de medicina em si está exposto a muitos fatores de estresse os quais podem afetar negativamente seu balanço emocional. Soma-se a isso o fato da faculdade de Altamira apresentar a maioria de todas as turmas composta por discentes advindos de outras localidades. Por conta disso, os alunos além das obrigações e desafios da graduação, têm que lidar com o distanciamento familiar e a gestão de sua vida doméstica e financeira. Dessa forma, vê-se como de suma importância o rastreamento do estado de saúde mental dos estudantes de medicina, assim como dos fatores que podem colaborar para o seu desequilíbrio ou agir de modo protetivo para o bem-estar psicológico. Este trabalho objetiva avaliar o impacto da relação entre a intensidade de sintomas depressivos, a

funcionalidade familiar e a religiosidade em estudantes de Medicina no município de Altamira.

PROCEDIMENTO A SEREM REALIZADOS – Trata-se de um estudo transversal e comparativo composto por questionários autoaplicáveis feitos por meio da plataforma Google Formulários. As análises estatísticas descritivas e inferenciais serão realizadas de acordo com os dados obtidos. A pesquisa levará cerca de 20 a 25 minutos para ser completada, constituindo o único desconforto de toda a sua participação. Torna-se necessário confirmar a participação e ter idade a partir de 18 anos.

RISCOS - O principal risco nesta pesquisa está relacionado à exposição dos dados dos participantes, no entanto, este será minimizado, pois as ferramentas utilizadas para coleta de dados são seguras e somente o pesquisador possuirá acesso direto aos resultados obtidos. Além disso, os dados que serão enviados para os diretores da faculdade serão um perfil dos alunos e não as características que cada participante informou nos questionários.

BENEFÍCIOS ESPERADOS – Rastrear o estado de saúde mental dos estudantes de medicina, assim como dos fatores que podem colaborar para o seu desequilíbrio ou agir de modo protetivo para o bem-estar psicológico e assim colaborar para a criação de estratégias para melhorar a qualidade de vida dos acadêmicos.

INFORMAÇÕES ADICIONAIS A RESPEITO DESSE ESTUDO – Os dados individuais não serão divulgados em nenhuma hipótese. Esta pesquisa seguirá a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA - A efetivação do estudo necessita de sua colaboração voluntária e garante o sigilo de sua participação. A qualquer momento você pode se retirar da pesquisa sem penalidades ou prejuízos e podemos esclarecer as dúvidas via e-mail. As informações obtidas no estudo serão arquivadas que ficarão sob responsabilidade do pesquisador responsável e mantidas em sigilo.

CONFIABILIDADE DO ESTUDO – Os entrevistados terão suas identidades preservadas, não sendo divulgadas para outras pessoas ou entidades, além daquelas que participam efetivamente do estudo. Todas as

informações obtidas e que estejam relacionadas com a privacidade do entrevistado serão mantidas em sigilo.

ACESSO ÀS INFORMAÇÕES OBTIDAS - Os pesquisadores comprometem-se a fornecer aos entrevistados todas as informações que venham a ser obtidas durante a pesquisa. Em caso de dúvida em relação a esse documento, você poderá procurar a pesquisadora responsável, Prof. Dra. Aline Andrade de Sousa pelo telefone: (91) 984365235 ou Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Pará (CEP-ICS/UFGPA). Rua Augusto Corrêa, nº 01, Campus do Guamá. UFGPA, Faculdade de Enfermagem do ICS, sala 13, 2º andar. CEP: 66.075-110, Belém-Pará. Tel: 3201-7735. E-mail: cepccs@ufpa.br.

GASTOS ADICIONAIS E INDENIZAÇÕES - Informamos que sua participação na pesquisa não acarretará despesas para você em qualquer fase do estudo, nem haverá pagamento por sua participação. Fica, também, garantida a indenização em casos de danos comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa.

INFORMAÇÕES ADICIONAIS: O participante pode armazenar este documento por meio de captura de tela para qualquer intercorrência ou solicitar cópia por e-mail. A pesquisa foi submetida à Plataforma Brasil e ao Comitê de Ética em Pesquisa, e aprovada sob o parecer 7.162.698.

Dra. Aline Andrade Sousa

Universidade Federal Do Pará, Faculdade de Medicina – campus universitário de Altamira. Avenida Coronel José Porfírio - Centro, CEP: 68371040-Altamira, PA- Brasil Telefone:(93) 2122-0561

Termo de consentimento

Declaro que sou maior de 18 anos e que fui informado sobre os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e porque o pesquisador precisa da minha colaboração, tendo entendido a explicação. Por isso, eu concordo em participar, sabendo que não vou ganhar nada e posso sair quando quiser. Você confirma voluntariamente sua participação na pesquisa?

() Sim () Não

Assinatura do participante