



UNICAMP

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA



**Investigação do nível de ansiedade e sintomas
de depressão
entre alunos de graduação em Odontologia.**

Aluno(a): Indianara Chinaqui Bernardo
Orientador(a): Rosana de Fátima Possobon

Ano de Conclusão do Curso: 2010

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA

**Investigação do nível de ansiedade e sintomas de depressão
entre alunos de graduação em Odontologia.**

Investigation of anxiety level's and depression symptoms among
dental school students.

INDIANARA CHINAQUI BERNARDO
Orientador: Rosana de Fátima Possobon

PIRACICABA
Outubro de 2010

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA
Bibliotecária: Elis Regina Alves dos Santos – CRB-8ª. / 8099

B456i Bernardo, Indianara Chinaqui.
Investigação do nível de ansiedade e sintomas de
depressão entre alunos de graduação em Odontologia /
Indianara Chinaqui Bernardo. -- Piracicaba, SP: [s.n.], 2010.
27f. : il.

Orientador: Rosana de Fátima Possobon.
Monografia (Graduação) – Universidade Estadual de
Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba.

1. Estresse. 2. Distúrbios cognitivos. I. Possobon,
Rosana de Fátima. II. Universidade Estadual de Campinas.
Faculdade de Odontologia de Piracicaba. III. Título.

(eras/fop)

Dedicatória

À Deus, que me deu saúde e força de vontade para não desistir. À minha filha Amanda, que desde o ventre me acompanhou nessa jornada rumo a uma profissão e que tanto sacrifiquei em dias de chuva, dias de provas e outros contratempos para me dedicar ao curso e me obrigaram a privá-la de momentos que deveriam ser só dela.

Ao meu grande amigo e pai da minha filha, Guto que não mediu esforços para me ajudar a concluir este curso de graduação em Odontologia. Sem sua ajuda, eu nunca teria conseguido.

Agradecimentos

À Deus, minha filha Amanda e meu amigo Guto, que sempre me apoiaram.

À Faculdade de Odontologia de Piracicaba por me proporcionar a possibilidade de me formar.

À Minha orientadora, Rosana de Fátima Possobon, Professora Doutora da Área de Psicologia Aplicada à Odontologia da Faculdade de Odontologia de Piracicaba, UNICAMP, por toda paciência na elaboração desse trabalho e competência e amizade demonstrados.

À Profa. Dra. Gláucia Maria Bovi Ambrosano, pela grande colaboração neste trabalho

Agradeço a todas as pessoas que nesses 06 anos de graduação me ajudaram de várias formas: Meus grandes amigos, Irene Neves, Igor Ferrante, Paloma Gaspar, Gisele Mattos, Marina Richter, Ana Isabelle, Daniela Folha e todos meus colegas vizinhos de box da clínica, os amigos de Turma 50 e 51, que me acolheram e me aceitaram como parte da turma, em especial o Waldemir, Lenita. Grazielle, Juliana Públio, Mariana Minatel, Karina Kiss, Vinícius Podadera, Vinícius Brito, Vinícius Henrique, Thiago Taieti e muitos outros.

Agradeço ao meu “chefe”, professor Francisco Groppo, do qual por 04 anos fui bolsista SAE. Agradeço à Cidinha da Biblioteca, Renata e Roselis do laboratório de ortodontia, Paulinho, Reinaldo e Verinha, técnicos do laboratório de Prótese, Edjane do Xerox, Regiane e Pedro da dental Souza, Elídia, Janaína, Cristiane, Cristina, Daiane, Marquinhos, Feliciano, Maurinho, André, Sr Luiz e Dona Edna, da Clínica de Graduação, Sandra assistente social, todas as funcionárias da creche da Fop, que com muito carinho cuidaram de minha filha por 05 anos, A Rosália, que muitas vezes me ouviu lamentar, chorar e também festejar a vitória se aproximando e muitos outros funcionários da FOP que sempre foram tão solícitos e amigáveis comigo .

A Todos os professores, desde as áreas básicas até os de Clínica e Pré Clínica, em especial a professora Solange, que sempre foram compreensíveis com minha condição de mãe e estudante.

Agradeço a todos meus pacientes, que confiaram sua saúde bucal a mim, especial Sr Pedro Marchini, Claudio Garcia, Rosangela Bento e todos os demais

Agradeço ao professor Marcelo Gianinni, que me reprovou na DC502, me dando a oportunidade de ser aluna do professor Luiz Alexandre, que não foi somente um educador na área de Dentística, mas foi principalmente um verdadeiro mestre pronto para ajudar não só na minha formação como profissional, mas também como pessoa mais segura e madura para enfrentar as dificuldades da profissão e da vida.

Ser mãe é descobrir que sua vida tem menos valor depois que chega o bebê. Que se deseja sacrificar a vida para poupar a do filho, mas ao mesmo tempo deseja viver mais – não para realizar os seus sonhos, mas para ver a criança realizar os dela.

Indy

Sumário

- I. Resumo
- II. Introdução / Revisão de literatura
- III. Objetivos
- IV. Materiais e Métodos
- V. Resultados e Discussão
- VI. Conclusões
- VII. Referências Bibliográficas
- VIII. Anexos

I) Resumo

O ambiente acadêmico vem sendo apontado, em alguns estudos, como um causador de fenômenos que causam ansiedade e depressão em diversos níveis. Algumas situações específicas como morar longe de casa, proximidade das provas, prazo de entrega de trabalho e até mesmo relacionamento professor/aluno, podem ser geradores de ansiedade e depressão na graduação. Este estudo investigou o nível de ansiedade e depressão entre alunos do curso de graduação em Odontologia da FOP-Unicamp. Para tanto, 183 alunos de graduação, sendo 50 do primeiro ano, 36 do segundo ano, 57 do terceiro e 40 do quarto ano, foram investigados, por meio de avaliação psicológica (Inventário de Ansiedade de Beck). Os resultados mostraram níveis diversos de ansiedade e depressão entre os alunos de cada ano do curso. Os alunos do 3º e do 4º ano são os que apresentam com maior frequência, ansiedade em níveis mais elevados.

Nenhum aluno apresentou sintomas de severos de depressão. Entretanto, os alunos do 2º e do 3º ano foram os que mais apresentaram depressão em nível moderado.

Abstract

The academic environment has been noted in some studies as a cause of phenomena promoters of anxiety and depression at different levels. Some specific situations such as living away from home, proximity of exams, delivery of work and even student-teacher relationship, can generate anxiety and depression in undergraduates. This study investigated the level of anxiety and depression among students of undergraduate dental FOP-UNICAMP. For this, 183 undergraduate students, 50 of the first year, 36 the second year, 57 third and 40 fourth year, were investigated by means of psychological assessment (Beck Anxiety Inventory). The results showed different levels of anxiety and depression among students in each year of the course. The students of 3rd and 4th grade are those who have higher rates, higher levels of anxiety. No student showed symptoms of severe depression. However, students in the 2nd and 3rd year were most likely had depression at moderate level.

II) Introdução / Revisão de Literatura:

Estado psicológico de estudantes universitários

Um dos problemas mais comuns que o ser humano enfrenta ao longo da vida é a ansiedade. O termo ansiedade provém do grego *Anshein*, que significa oprimir, sufocar (BARROS et al 2003). É considerada por muitos teóricos como um dos aspectos mais importantes da formação do indivíduo.

Segundo o modelo comportamental da ansiedade, esta seria um comportamento aprendido através de processos de condicionamento. LUNDIN (1977), explicando a ansiedade através do modelo do condicionamento, a considera como um grupo de respostas que um organismo emite sob certas operações de estímulos. A operação para produzir ansiedade pode ser considerada da seguinte forma: planeja-se experimentalmente que um estímulo neutro (estímulo aviso) seja seguido por um estímulo aversivo primário. Quando essa operação é repetida, o estímulo neutro adquire a função de estímulo aversivo condicionado, devido ao seu pareamento com o estímulo primário. No entanto, para que seja realmente considerada como uma operação de ansiedade, a separação temporal entre os dois estímulos deve se de duração suficiente para permitir a ocorrência das mudanças comportamentais. Estas mudanças são observadas como redução dos operantes em curso e ocorrência de respostas emocionais. Dessa forma, um estímulo que preceda caracteristicamente um forte reforçador negativo terá um efeito de longo alcance. A ansiedade provoca um estado emocional desagradável, exaustivo, de prontidão frente ao perigo iminente ou ameaça e é sempre acompanhada de mudanças fisiológicas (ex. aumento do batimento cardíaco, tremores, sudorese) (MIYAZAKI, 1997).

Algumas ocasiões se tornam propícias para o aparecimento da ansiedade: a) impossibilidade evidente de fuga (na fuga o indivíduo pode terminar o estímulo aversivo e na ansiedade não existe essa possibilidade) e; b) antecipação da punição: a punição é anunciada e posteriormente executada.

Sabe-se que nem todos os indivíduos reagem da mesma forma em uma situação de ansiedade. A topografia das respostas, a intensidade e a frequência podem ser diferentes. A forma como cada indivíduo vai reagir depende alguns fatores, como a história de condicionamento (em especial o

condicionamento por parte dos pais); imitação (quando o comportamento de outros organismos pode se constituir como um exemplo para respostas que conduzam a reforçamento) e; persistência da ansiedade (quando nada é feito para prevenir a ansiedade, ela pode se generalizar e o indivíduo se torna incapaz de identificar o estímulo que iniciou a resposta e conseqüentemente incapaz de controlá-la).

Segundo CLAUDINO (2004) vivemos a “era da ansiedade”. Uma sociedade extremamente ansiogênica, com elevada competitividade, dificuldades relacionais, consumismo, diferenças sociais, injustiça, globalização, etc. Dificilmente um indivíduo não vai sentir ansiedade ao longo de sua vida. Entre os estudantes, a ansiedade é um sentimento cada mais freqüente. Muitas situações do ambiente acadêmico podem ser fontes geradoras de ansiedade para alguns alunos, tais como: proximidade de freqüências ou exames, prazos para entrega de trabalhos, realização e apresentação de trabalhos, discussão dos mesmos frente a colegas e professores, reprovações, dificuldades para entender as explicações dos professores, atividades extra-classe, entre outras atividades acadêmicas. Em situações normais, sem que exista qualquer outro tipo de transtorno emocional ou patologia associada, a ansiedade que se gera nessas situações desaparece quando os problemas/causas que a provocaram são ultrapassados.

Alunos do curso de Enfermagem e Medicina têm sido alvo de muitos estudos sobre problemas psicológicos. Um estudo conduzido por MYAZAKI (1997), com estudantes de medicina, mostrou que, a exigência do desempenho acadêmico foi a dificuldade relatada com maior freqüência pelos estudantes. BARROS et al. (2003) em seus estudos com Enfermeiras demonstram que elas se mantêm continuamente em estado de tensão, classificado como alto e moderado. Dessa forma, o ingresso na faculdade parece representar um período em que os estudantes se deparam com novas demandas sociais e acadêmicas, as quais podem acarretar na vivência de situações difíceis para muitos deles.

Quando a ansiedade é excessiva e de longa duração, limita e dificulta a capacidade de adaptação do indivíduo. Ao se desenvolver, a resposta de ansiedade pode se generalizar para outros estímulos além dos envolvidos no condicionamento inicial. Como há uma variedade de resposta emocionais, cada

resposta vai ser condicionada a um determinado estímulo que pode provocar ansiedade quando apresentado. Através do processo de generalização, outros estímulos atuam para provocar ansiedade. Logo, são tantos os estímulos que o indivíduo pode não conseguir identificá-los. Conseqüentemente a pessoa vive em estado de ansiedade (LUNDIN, 1977).

O modelo cognitivo, (BECK, 1997), considera a ansiedade como conseqüência da avaliação inadequada (adaptação) que o indivíduo faz da ameaça ou perigo que as diferentes situações ou estímulos representam (supervalorizam) e dos recursos de que dispõe para enfrentá-los (diminuem). Em função de suas crenças, tendem a perceber as situações como ameaçadoras, quando na verdade não existe nenhum perigo real. Nestas circunstâncias são evocados pensamentos automáticos de conteúdo catastrófico, tomados como verdadeiros. Como o indivíduo, além de fazer uma avaliação errônea dos riscos envolvidos e subestimar os recursos pessoais disponíveis para enfrentar o desafio (modelo dos riscos/recursos), o sentimento geral é de catástrofe ou descontrole total iminente. O processamento cognitivo subjacente nos transtornos de ansiedade é a vulnerabilidade. Além disso, a pessoa focaliza de forma exagerada suas alterações fisiológicas e seus pensamentos automáticos, o que auxilia a perpetuar o ciclo da ansiedade.

De acordo com esse mesmo modelo o problema central da ansiedade não se encontra no nível afetivo, e sim nos esquemas cognitivos relacionados ao perigo, que se tornam hipervalentes. A partir do momento em que ocorre uma avaliação de perigo, formam-se vários círculos viciosos que mantêm a ansiedade (FALCONE, 2001).

Ainda nos estudos de MIYAZAKI (1997), características da ansiedade são freqüentemente encontradas nos atendimentos clínicos realizados com estudantes de medicina que procuram pelo Serviço de Atendimento Psicológico de suas universidades, relatando altas freqüências de queixas associadas à preocupação.

A ansiedade muitas vezes referida como transtorno de ansiedade apresenta como característica principal sintomas primários a síndrome de ativação fisiológica e ao mesmo tempo a preocupações antecipatórias excessivas (expectativa apreensiva) relacionadas a objetos e situações que ocorrem por dias ou meses. Como já foi dito, a intensidade, duração ou

freqüência da ansiedade ou preocupação são claramente desproporcionais à real probabilidade ou impacto do evento temido.

As conseqüências da ansiedade podem prejudicar o indivíduo, uma vez que este o começa a restringir suas atividades normais e passa a ficar privado dos reforçamentos positivos disponíveis à maioria das pessoas, além de experimentar sofrimento intenso.

Depressão

Freqüentemente associadas na literatura, ansiedade e depressão parecem ser problemas que acometem os estudantes constantemente. Achados como os de BARROS et al (2003), MIYAZAKI (1997) e SANTOS *et. al* (2003) têm apontado para quadros de depressão, sintomas e transtornos de ansiedade e reações de enfrentamento entre estudantes universitários.

SHINOHARA (1995), citando GREIST e JEFFERSON (1992), afirma que vários estudos realizados nos Estados Unidos atestam que por volta de 5% da população pode ser diagnosticada como tendo depressão maior e que pelo menos 10% da população irá experienciar um episódio de depressão maior durante a vida. Pessoas com depressão séria têm em média cinco episódios durante a vida, apesar de o número de episódios poderem variar imensamente, ou seja, algumas pessoas terão somente um, enquanto outras terão vários. Pelo menos 10% das pessoas com depressão maior terminam suas vidas com suicídio.

Muito comentada no último século, o termo depressão tem sido usado pela maioria das pessoas para definir um estado anormal de humor, um sintoma, uma síndrome somática, um processo de enfermidades, etc. Segundo SHINOHARA (1995), parece não existir uma característica para definir especificamente a “depressão”. A depressão faz parte de um grupo de síndromes chamado de Transtornos do Humor. Como característica principal, este grupo de desordens é um distúrbio no humor, acompanhado de síndrome maníaca ou depressiva total ou parcial, não relacionada a qualquer outra desordem física ou mental. São divididos em dois grupos: Transtornos Bipolares e Transtornos depressivos. Os bipolares têm como características a presença de um ou mais episódios de mania ou hipomania, usualmente com

uma história de episódios de Depressão Maior, enquanto os depressivos se caracterizam por possuir um ou mais períodos de depressão, sem história de episódios maníacos ou hipomaníaco (SHINOHARA, 1995).

Muitos modelos teóricos têm explicado a depressão. O modelo cognitivo de BECK (1997) e sua Terapia Cognitiva têm demonstrado, por meio de pesquisas científicas rigorosas, serem eficientes. A única forma de Terapia a obter avaliação e validação profissional nos mais altos níveis acadêmicos, enfatiza o papel das cognições na depressão (SHINOHARA, 1995). Segundo esse modelo, os indivíduos tornam-se deprimidos porque focalizam os aspectos negativos de sua vida.

O modelo cognitivo da depressão envolve três pressupostos conceituais:

- a) tríade cognitiva: consiste num conjunto de três padrões cognitivos negativos: Primeiro: Visão negativa de si mesmo, sente-se feio, desajeitado, defeituoso, etc.; Segundo: Visão negativa do mundo à sua volta: o mundo parece estar sempre contra ele; Terceiro: Visão negativa do futuro: antecipações de que as dificuldades e os sofrimentos presentes serão intermináveis e que esforços em alcançar objetivos específicos serão inevitavelmente fracassados
- b) Esquemas e modos depressogênicos: são padrões cognitivos estáveis que formam a base da regularidade das interpretações, seja para situações conhecidas ou novas;
- c) Processamento falho das informações: a ativação de um modo negativista gera a ativação de esquemas depressogênicos. Estes, por sua vez, disparam pensamentos automáticos, negativos, que contêm vários tipos de erros sistemáticos de interpretação dos fatos e preservam as crenças disfuncionais do paciente na validade de seus conceitos negativistas (RANGÈ, 1995).

Segundo este modelo teórico, o ato de pensar os pensamentos depressivos conduz à depressão. Mas como estes conjuntos cognitivos negativos se formam? Segundo HOLMES (1977), acredita-se que os indivíduos deprimidos têm fortes e ativas redes associativas que ligam memórias que envolvem depressão, e essas redes provavelmente foram estabelecidas quando o indivíduo vivenciou algumas experiências relacionadas à depressão. Justamente por possuírem essa rede de depressão ativa, eles tendem a prestar mais atenção a fatores depressivos ao seu redor. Denomina-se a isso atenção seletiva. Assim, eles tendem a enviar mais informações depressivas e essas se somam à rede de depressão. Como se torna uma rede extensa, estes

indivíduos tendem mais a recordar informações depressivas. O indivíduo está constantemente lembrando outras razões para a depressão.

Segundo SANTOS et. al (2003), a depressão com diferentes graus dessa doença, em alunos de graduação em Enfermagem, é de 41%. Os relatos de depressão são crescentes ao longo do curso. Este dado pode estar relacionado ao fato de que alguns anos são considerados mais difíceis devido o excesso de matérias ou introdução de atividades clínicas. Segundo MYAZAKI (1997), estudantes de medicina (entre outros) parecem ter uma vulnerabilidade maior para problemas psicológicos e, inclusive, apresentam um número de suicídios, superior ao da população geral para algumas amostras estudadas. Ainda com estudantes de medicina, MORO (2005) detectou uma prevalência parecida com a de SANTOS et al (2003), 41,7% dos alunos apresentaram sintomas depressivos, e segundo esta mesma autora, a depressão entre estudantes universitários da área da saúde podem ser iniciados com a ansiedade, evoluir para um quadro de depressão e chegar até o suicídio.

Observa-se na literatura, um crescente e contínuo esforço em conhecer o estado psicológico e as dificuldades enfrentadas por estudantes da área da saúde. Há suficientes dados na literatura sobre estudantes que indicam que a organização dos currículos e mesmo programas de estágios devem ser cuidadosamente reavaliados (NOGUEIRA-MARTINS *et al.*, 1998) e, ainda considerando a importância da ansiedade como variável fundamental da personalidade humana, faz-se necessário que esse tema seja mais amplamente pesquisado.

Estados ansiosos e a fisiologia

GRAEFF (1999) afirma que tanto o medo como a ansiedade são condições estressantes, no que se refere ao campo das alterações hormonais. E assim sendo, acompanha-se da Síndrome Geral da Adaptação, tal qual descrita por SELYE (1956). O modelo fisiológico de ansiedade e estresse, apresentado por este autor, baseou-se em amplos estudos das alterações físicas e químicas produzidas pelo estresse. Frente a uma situação

estressante, o hipotálamo responde através da glândula pituitária, que secreta o hormônio adrenocorticotrófico (ACTH) na circulação sanguínea. Ao chegar na córtex supra-renal, o ACTH desencadeia a secreção de glicocorticóides, principalmente o cortisol e a corticosterona (GUYTON, 1992). A medula adrenal, ativada pelo sistema nervoso simpático, secreta as catecolaminas, sobretudo, a epinefrina (ou adrenalina) e a norepinefrina (ou noradrenalina), que interferem em várias funções do corpo, tais como a aceleração da frequência de pulso, a elevação da pressão arterial, a velocidade da pressão sanguínea e a estimulação do sistema nervoso central, modulando o comportamento emocional (SELYE, 1983).

Eventos tanto positivos quanto negativos podem levar à reação de estresse, que uma vez desencadeada, irá desenvolver reações bioquímicas complexas, acarretando uma quebra da homeostase do indivíduo.

A ansiedade experimentada pelos indivíduos é uma das mais importantes variáveis biológicas do desenvolvimento humano. Por este motivo, os níveis sanguíneos de cortisol, que se relaciona diretamente ao estresse, têm sido bastante pesquisado em crianças e adultos. A avaliação da atividade da glândula supra-renal implica na avaliação do eixo hipotálamo-hipófise-suprarrenal, um dos sistemas neuroendócrinos mais importantes para a resposta fisiológica ao estresse. Portanto, relacionar as variações no nível do cortisol com as circunstâncias vividas pela pessoa, pode sugerir se essas vivências estão sendo estressantes para a pessoa e, também, se esta pessoa está tendo uma mobilização orgânica para adaptar-se a elas.

É interessante ressaltar que a medida do cortisol salivar independe da taxa de fluxo de saliva e das flutuações da transcortina (WALKER *et al.*, 1978; UMEDA *et al.*, 1981). As amostras de saliva são obtidas por procedimento simples, não invasivo, livre de estresse, podendo ser realizado por pessoas não treinadas, em ambulatório ou na própria residência do paciente (SANTIAGO *et al.*, 1996; RAFF, 2000). Estas amostras podem ser coletadas várias vezes ao dia, permitindo a avaliação dinâmica da secreção de cortisol livre. Além disso, as amostras do cortisol salivar permanecem estáveis em temperatura ambiente por até 1 semana e podem ser transportadas ao laboratório pelo correio ou pelo portador, sem nenhuma perda da atividade

(CHEN *et al.*, 1992). Portanto, a investigação do cortisol salivar é um bom método de avaliação de ansiedade e estresse.

III) Objetivos:

Objetivo Geral

O presente estudo investigou os níveis de ansiedade e sintomatologia depressiva entre os estudantes de graduação em Odontologia da FOP-Unicamp, por meio de indicadores psicológicos.

IV) Materiais e Métodos:

A pesquisa foi realizada nas salas de aula da Faculdade de Odontologia de Piracicaba, respeitando todas as normas exigidas pelo Conselho de 'Ética em Pesquisa (Protocolo nº 178/2006).

Participaram deste estudo alunos matriculados no curso de graduação em Odontologia da FOP-Unicamp que demonstraram interesse em participar, sem distinção de gênero e de faixa etária. Ao todo, foram entrevistados 183 alunos de graduação, sendo 50 do primeiro ano, 36 do segundo ano, 57 do terceiro e 40 do quarto ano. Os alunos responderam as questões dos dois instrumentos de avaliação, descritos a seguir:

1. Inventário Beck de Avaliação da Ansiedade (BAI)

O inventário de ansiedade de Beck (BAI) (Anexo 01) é uma escala de auto-relato, que mede a intensidade de sintomas de ansiedade. O inventário é constituído por 21 itens, que são afirmações descritivas de sintomas de ansiedade (BECK & STEER, 1993) e que devem ser avaliados pelo sujeito com referência a si mesmo, numa escala de 4 pontos que refletem níveis de gravidade crescente de cada sintoma: (1. Absolutamente não; 2. Levemente: não me incomodou muito; 3. Moderadamente: foi muito desagradável, mas pude suportar; 4. Gravemente: dificilmente pude suportar).

O escore total é o resultado da soma dos escores dos itens individuais. O escore total permite a classificação em níveis de intensidade de ansiedade. A classificação recomendada é nível mínimo para escores de 0 a 7; leve, para escores de 8 a 15; moderado, de 16 a 25; e grave, para escores de 26 a 63 (CUNHA, 2001).

2. Inventário Beck de Avaliação da Depressão (BDI)

O inventário Beck de depressão (BDI) (Anexo 02) foi inicialmente desenvolvido como uma escala sintomática de depressão, para uso com pacientes psiquiátricos, mas mostrou-se um instrumento útil para a população geral. É a medida de auto-avaliação mais amplamente usada tanto em pesquisa como em clínica. É uma escala de auto-relato, de 21 itens, referentes

à tristeza, pessimismo, sensação de fracasso, falta de satisfação e sensação de culpa, entre outros (MORO *et al.*, 2005). Cada item apresenta quatro alternativas de resposta, que indicam graus crescentes de gravidade de depressão. O escore total é resultado da soma dos escores individuais dos itens. O escore total permite a classificação de níveis de intensidade da depressão. Se o escore total for de 0 a 11, o nível de depressão é mínimo; se o escore total foi de 12 a 19, o nível de depressão é leve; se o escore total foi de 20 à 35, o nível de depressão é moderado e finalmente se o escore total foi de 36 a 63, o nível de depressão é grave. O BDI é uma medida da intensidade da depressão, revelando o padrão sintomático que o examinando descreve (CUNHA 2001).

Em horário pré-agendado, após o término de um período de aula, os alunos reunidos em sala de aula foram orientados pelo pesquisador sobre o estudo e sobre o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Pesquisa (TCLE - Anexo III). Cada aluno interessado em participar recebeu duas cópias do TCLE, devolvendo uma das cópias assinada ao pesquisador. Após a assinatura do TCLE, eles foram orientados a responder as questões dos instrumentos de avaliação (BAI e BDI - Anexos I e II –)

Foram feitas análises estatísticas, pelo teste Exato de Fisher, considerando o nível de significância de 5%, verificando a associação entre nível de ansiedade (e de depressão) e ano letivo da graduação. As análises foram feitas de duas formas distintas: na primeira, foram comparados os quatro níveis de ansiedade (e de depressão) (mínimo, leve, moderado e severo) a cada ano (do 1º ao 4º); na segunda forma, foi feita a comparação entre o nível mínimo de ansiedade (e de depressão) com os demais níveis (leve, moderado e severo) agrupados, comparando os anos.

V) Resultados e Discussão

Não foi verificada diferença significativa nas análises relativas aos níveis de ansiedade. Porém, ao observar a Tabela 1, pode-se perceber que, exceto entre no 2º ano, há uma frequência de 10 a 15% de alunos acometidos por um nível moderado de ansiedade. Em relação ao nível severo de ansiedade, observou-se uma frequência que pode ser considerada baixa entre os alunos. Porém, deve-se considerar que a ansiedade em nível severo pode interferir no processo de aprendizagem e afetar a vida social e acadêmica do aluno, refletindo em seu desempenho.

Tabela 1. Frequência relativa de alunos acometidos por ansiedade nos níveis mínimo, leve, moderado e severo, verificado pelo Beck Anxiety Inventory (BAI), nos quatro anos do curso de graduação em Odontologia da FOP-Unicamp.

Ano	Nível de ansiedade							
	mínimo		leve		moderado		severo	
	Frequência	%	Frequência	%	freqüência	%	freqüência	%
1º	26	52,0%	18	36,0%	5	10,0%	1	2,0%
2º	22	61,1%	12	33,3%	0	0,0%	2	5,6%
3º	25	43,9%	22	38,6%	6	10,5%	4	7,0%
4º	18	45,0%	13	32,5%	6	15,0%	3	7,5%

p=0,3849

Ao comparar a ansiedade em nível mínimo com os demais níveis agrupados (Tabela 2), verificou-se que os alunos do 3º e do 4º ano são os que apresentam maior frequência de ansiedade em níveis mais elevados, ou seja, mais de 55% dos alunos já apresentavam sintomas de ansiedade de leve a

severa. Infere-se que a carga de atividades dos alunos dos dois 'últimos anos pode contribuir para o agravamento dos sintomas de ansiedade.

Tabela 2. Freqüência relativa de alunos acometidos por ansiedade no nível mínimo, comparados aos alunos que apresentaram níveis leve, moderado e severo, verificado pelo Beck Anxiety Inventory (BAI), nos quatro anos do curso de graduação em Odontologia da FOP-Unicamp.

Ano	Nível de ansiedade			
	Mínimo		Leve+moderado+severo	
	frequencia	%	Freqüência	%
1º	26	52,0%	24	48,0%
2º	22	61,1%	14	38,9%
3º	25	43,9%	32	56,1%
4º	18	45,0%	22	55,0%

p=0,3747

Em relação à depressão, as análises estatísticas mostraram diferenças significativas entre os anos. Nenhum aluno apresentou sintomas de severos de depressão. Entretanto, ao observar a Tabela 3, pode-se verificar que os alunos do 2º e do 3º ano foram os que mais apresentaram depressão em nível moderado. Estes dados podem sugerir a necessidade de observação destes alunos e o oferecimento de suporte psicológico, a fim de evitar o agravamento do quadro, que poderia interferir em seu desempenho acadêmico.

Tabela 3. Freqüência relativa de alunos acometidos por depressão nos níveis mínimo, leve, moderado e severo, verificado pelo Beck Depression Inventory (BDI), nos quatro anos do curso de graduação em Odontologia da FOP-Unicamp.

Ano	Nível de depressão							
	mínimo		Leve		moderado		severo	
	frequencia	%	frequencia	%	frequencia	%	frequencia	%
1º	38	76,0%	9	18,0%	3	6,0%	0	0,0%
2º	28	77,8%	4	11,1%	4	11,1%	0	0,0%
3º	25	43,9%	25	43,9%	7	12,3%	0	0,0%
4º	23	57,5%	14	35,0%	3	7,5%	0	0,0%

p=0,0031

Os alunos do 1º e 2º são aqueles que demonstraram maiores níveis de ansiedade mínima. Entre os alunos do 3º e do 4º ano, cerca de metade apresentava depressão nos níveis leve, moderado e severo (Tabela 4).

Tabela 4. Frequência relativa de alunos acometidos por depressão no nível mínimo, comparados aos alunos que apresentaram níveis leve, moderado e severo, verificado pelo Beck Depression Inventory (BDI), nos quatro anos do curso de graduação em Odontologia da FOP-Unicamp.

Ano	BDI			
	Mínima		Leve+moderado+severo	
	frequencia	%	Frequência	%
1º	38	76,0%	12	24,0%
2º	28	77,8%	8	22,2%
3º	25	43,9%	32	56,1%
4º	23	57,5%	17	42,5%

P<0,0001

O alto número de alunos que apresentam sintomas de depressão e de ansiedade pode sugerir a necessidade de intervenção psicológica preventiva, desde o início do curso, o que poderia se traduzir em melhora da qualidade de vida do aluno, refletindo em seu desempenho.

VI) Conclusões:

Os alunos do 3º e do 4º ano são os que apresentam com maior frequência, ansiedade em níveis mais elevados.

Nenhum aluno apresentou sintomas de severos de depressão. Entretanto, os alunos do 2º e do 3º ano foram os que mais apresentaram depressão em nível moderado.

VII) Referências Bibliográficas

BARROS A.L.B.L; HUMEREZ D.C; FAKIN F.T; MICHEL J.T.M; Situações Geradoras de ansiedade e estratégias para seu controle entre enfermeiras; estudo preliminar. Rev. Latino-Am. Enfermagem v.11 n.5, 2003.

BECK A.T; STEER R.A; Beck Depression Inventory. Manual San Antônio, TX: Psychological Corporation, 1993.

CORDEIRO, G P; POSOBON, R F; FARIA, A O; HORII, L S; MORAES A B A; Investigação do nível de ansiedade e depressão entre alunos de graduação e proposta de intervenção.

CLAUDINO, J., CORDEIRO, R. Níveis de ansiedade e depressão nos alunos do curso de Licenciatura em enfermagem – o caso particular dos alunos da escola superior de saúde de Portalegre. 2004, pág. 197-210.

GRAEFF, F. G. Ansiedade. In: GRAEFF, F. G; BRANDÃO, M. L. (Ed). Neurobiologia das doenças mentais. São Paulo: Lemos editorial, 1999. Cap. 5, p. 135-178.

GUYTON, A. C. Tratado de Fisiologia Médica, Rio de Janeiro: Ganabara-Koogan, 1992

LUNDIN, R.W. Personalidade: uma análise do comportamento, traduzido por Recahel Rodrigues Kerbauy. 2ª. Ed., São Paulo, EPU, 1977.

MIYAZAKI, M.C.O.S. Psicologia na formação médica: subsídios para prevenção e trabalho clínico com universitários. São Paulo, 1997. Tese de NOGUEIRA-MARTINS L.A; JORGE M.R; Natureza e Magnitude do estresse na Residência Médica. Rev. Ass Méd. Brasil; 44 (1): 28-34, 1998doutorado.

SANTOS, T.M.; ALMEIDA,A.O.; H MARTINS, H.O; MORENO, V. Aplicação de um instrumento de avaliação do grau de depressão em universitários do interior paulista durante a graduação em Enfermagem. Acta Scientiarum- Health Sciences Maringá, v. 25, no. 2, p. 171-176, 2003.

SELYE, H. The Stress Concept: past, present and future. In: COOPER, C. L. (Ed). Stress research: issues for the eighties. USA: John Wiley & Sons, 1983. cap. 1, p. 1-20.

SHINOHARA, H. Transtornos do Humor. In: Psicoterapia Comportamental e cognitiva de transtornos psiquiátricos. Org: RANGÉ, B. Editorial Psy, Campinas, 1975. pp. 175-184.

VIII) Anexos

Anexo I

Inventário de Ansiedade Beck - BAI

	Absoluta- mente não	Levemente Não me incomodou muito	Moderadamente Foi muito desagradável, mas pude suportar	Gravemente Difícilmente pude suportar
1. Dormência ou formigamento.				
2. Sensação de calor.				
3. Tremores nas pernas.				
4. Incapaz de relaxar.				
5. Medo de que aconteça o pior.				
6. Atordoado ou tonto				
7. Palpitação ou aceleração do coração.				
8. Sem equilíbrio.				
9. Aterrorizado.				
10. Nervoso.				
11. Sensação de sufocação.				
12. tremores nas mãos.				
13. Trêmulo.				
14. Medo de perder o controle.				
15. dificuldade de respirar.				
16. Medo de morrer.				
17. Assustado.				
18. Indigestão ou desconforto abdominal.				
19. Sensação de desmaio.				
20. Rosto afogueado.				
21. Suor (não devido ao calor)				

Anexo II

Ficha para obtenção de dados sócio-demográficos

Nome: _____

Idade: _____ Sexo: 1. () Feminino 2. () Masculino

Estado civil: 1. () Solteiro 2. () Casado 3. () Separado (a)

Período do curso (ano):

1. () Primeiro 2. () Segundo 3. () Terceiro 4. () Quarto

Procedência:

1. Cidade e Estado de procedência: _____

Escolaridade do pai: _____ Idade do pai: _____

Profissão do pai: _____

Escolaridade da mãe: _____ Idade da mãe: _____

Profissão da mãe: _____

Renda familiar em número de salário mínimo:

1. () até cinco 2. () cinco a dez 3. () dez a mais
4. () vinte a cinquenta 5. () mais que cinquenta

Você trabalha além de estudar? 1. () sim. (especificar emprego) _____

2. () não

Local de residência em Piracicaba:

1. () Família 2. () república 3. () outros (especificar) _____

Que horas você acordou hoje? _____ horas.

Qual a data do último dia do seu ciclo menstrual? _____

Instrumento psicológico:

Instrumento	Primeira fase	Escore	Segunda fase.	Escore
B.A.I.	___/___/___		___/___/___	

Anexo III

Informação e Consentimento Livre e Esclarecido para Pesquisa

Centro de Pesquisa e Atendimento Odontológico de Pacientes Especiais (Cepae) –
Faculdade de Odontologia de Piracicaba (FOP) - Universidade Estadual de Campinas (Unicamp)

I – Título do Trabalho: “Investigação do nível de ansiedade entre alunos de graduação”

II – Introdução: As informações contidas neste prontuário foram fornecidas pela pesquisadora Audrey Steffannie Fogari Fontana e pela Profª. Drª. Rosana de Fátima Possobon, da Área de Psicologia Aplicada e Coordenadora do Centro de Pesquisa e Atendimento Odontológico para Pacientes Especiais-Cepae-FOP-Unicamp, objetivando firmar por escrito o acordo, mediante o qual você (aluno) autoriza sua participação no projeto intitulado “Investigação do nível de ansiedade entre alunos de graduação” realizado no Cepae-FOP-Unicamp, com pleno conhecimento da natureza dos procedimentos a que se submeterá, com capacidade de livre arbítrio e sem qualquer coação.

III – Justificativa: Os relatos informais dos alunos, verbalizados durante as aulas de psicologia aplicada, e os resultados de diversos estudos com estudantes universitários da área da saúde sugerem a necessidade e a viabilidade de realizar um estudo para investigar os níveis de ansiedade entre os estudantes de graduação em Odontologia da FOP-Unicamp, por meio de avaliação psicológica.

IV – Objetivos: O presente estudo pretende investigar os níveis de ansiedade entre os estudantes de graduação em Odontologia da FOP-Unicamp, por meio de um indicador psicológico.

V – Metodologia: O aluno passará por avaliação psicológica dos níveis de ansiedade. Este dado será coletado através de um teste psicológico, em 2 fases, utilizando o Beck Anxiety Inventory (BAI).

VI - Possibilidade de inclusão em grupo controle ou placebo: Não há previsão de grupos placebo ou controle.

VII – Métodos alternativos para obtenção da informação ou tratamento da condição: A alternativa para a coleta de dados deste trabalho seria aguardar que o aluno procurasse por ajuda, de forma espontânea, dos professores da área de psicologia, o que não seria eficiente do ponto de vista de pesquisa.

III - Descrição crítica dos desconfortos e riscos previsíveis: A pesquisa não vai imputar um grau de desconforto e risco previsíveis aos participantes.

IX – Descrição dos benefícios e vantagens diretas ao voluntário: Os participantes do estudo terão a oportunidade de tomar conhecimento sobre o seu atual nível de ansiedade, podendo, assim, buscar ajuda para a resolução do problema.

X - Forma de acompanhamento e assistência ao sujeito: Os alunos que apresentarem ansiedade, em casos necessários, receberão encaminhamento para terapias.

XI – Forma de contato com os pesquisadores e com o CEP: O voluntário pode contatar os pesquisadores e/ou o CEP pelos endereços contidos ao final deste documento.

XII – Garantia de esclarecimentos: Haverá a garantia de respostas a quaisquer perguntas e/ou esclarecimentos a respeito de procedimentos, riscos, benefícios e de outras dúvidas relacionados ao programa e à pesquisa. Os pesquisadores assumirão o compromisso de fornecer informações atualizadas obtidas durante o tempo de investigação.

XIII – Garantia de recusa à participação ou de saída do estudo: Existe a liberdade de desistência da participação na pesquisa a qualquer momento e da retirada de seu consentimento quanto à utilização dos materiais de pesquisa (conteúdo dos resultados dos testes psicológicos e avaliações fisiológicas), sem que isto acarrete em algum tipo de punição ou prejuízo.

XIV – Garantia de sigilo: Será assegurado o sigilo em relação ao nome e dados pessoais das participantes deste estudo.

XV – Garantia de ressarcimento: Os voluntários não terão despesas por participar da pesquisa, portanto não há previsão de ressarcimento.

XVI – Garantia de indenização ou reparação de danos: Não há previsão de indenização ou reparação de danos por não haver riscos previsíveis.

XVII – Garantia de entrega da cópia do TCLE: O sujeito de pesquisa receberá duas cópias deste Termo, sendo que deverá devolver uma cópia assinada ao pesquisador.

XVI - Consentimento Livre Esclarecido

Eu, _____, declaro que tendo lido o documento acima exposto, e suficientemente esclarecido (a) de todos os itens pela pesquisadora Audrey Steffannie Fogari Fontana e pela Profa. Dra. Rosana de Fátima Possobon (orientadora desta pesquisa e coordenadora do Cepae), estou plenamente de acordo com a realização do programa de pesquisa. Concordo que todos os registros, permaneçam arquivados sob a guarda da Coordenadora do Cepae, ao qual dou pleno direito de uso para fins de ensino e pesquisa, além da sua divulgação em revistas científicas. Assim, eu autorizo minha participação na pesquisa intitulada “Investigação do nível de ansiedade entre alunos de graduação”, estando de acordo com o planejamento proposto. Atesto a minha participação efetiva e consciente.

Por ser verdade, firmo o presente.

Data: ____/____/____

(Nome por extenso)

RG: _____

(Assinatura)

Endereço dos pesquisadores:

NOME Audrey Steffannie Fogari Fontana
RG : 34.378.776-3 CPF : 326.903.188-22

NOME : Rosana de Fátima Possobon
RG : 15.615.261-7 CPF : 078.740.418-79

Av. Limeira, 901 Piracicaba – SP - CEP: 13414-900 - Telefone: (19) 2106-5363

E-mail: grapretto@hotmail.com ou possobon@fop.unicamp.br

A sua participação nesta pesquisa é voluntária. Em caso de dúvida quanto aos seus direitos, escreva para o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da FOP – UNICAMP: Av. Limeira, 901 - Caixa Postal 52 Piracicaba - SP - CEP - 13414-900 Tel/Fax-CEP (0xx19) 2106-534 E-mail: cep@fop.unicamp.br web-address: www.fop.unicamp.br/cep