

DOI: 10.35621/23587490.v8.n1.p59-71

## PREVALÊNCIA DE SINTOMAS DEPRESSIVOS ENTRE ACADÊMICOS DE FONOAUDIOLOGIA

### PREVALENCE OF DEPRESSIVE SYMPTOMS AMONG SPEECH THERAPY UNDERGRADUATE STUDENTS

Mariana Nunes Azevedo de Melo<sup>1</sup>  
Ana Lúcia Basilio Carneiro<sup>2</sup>  
Lindair Alves da Silva<sup>3</sup>  
Semírames Cartonilho de Souza Ramos<sup>4</sup>  
Arthur Willian de Lima Brasil<sup>5</sup>

**RESUMO: OBJETIVO:** Verificar a prevalência de sintomas depressivos entre acadêmicos de fonoaudiologia e suas relações com outros sintomas e relatos clínicos. **MÉTODO:** Estudo observacional, transversal e quantitativo realizado em uma instituição pública de ensino superior com acadêmicos do 1º ao 8º período, com idade superior a 18 anos. Foram utilizados dois instrumentos para coleta de dados: um questionário sociodemográfico e de saúde e o Inventário de Depressão Beck (*Beck Depression Inventory - BDI*). **RESULTADOS:** Participaram da pesquisa 119 acadêmicos com idade entre 18 e 40 anos, média de 21,65±3,84 anos. Os voluntários eram em sua maioria do gênero feminino (82,4%), solteiros (90,8%) e cristãos (76,5%). Eles declararam não fumar (96,6%), não beber (67,2%), não praticar atividade física (68,9%) e não possuir plano de saúde (62,3%). A intensidade de depressão foi distribuída entre os níveis mínimo (41,2%), leve (33,6%), moderado (17,6%) e grave (7,6%). No BDI os itens tristeza (53,0%), pessimismo (33,9%) e ideias suicidas (23,6%) apresentaram percentuais preocupantes. A média do BDI foi significativamente maior ( $p < 0,05$ ) entre os que se sentem doentes, sentem dor todo dia, fizeram tratamento psiquiátrico, neurológico ou psicológico, apresentaram

<sup>1</sup> Acadêmica do 6º período de Fonoaudiologia da UFPB. E-mail: mariananadm@gmail.com.

<sup>2</sup> Dentista, Dra. em Biotecnologia, mestre em Psicobiologia, especialista em Anatomia Patológica, Psicobiologia, Acupuntura e Produção de Material Didático em Educação à Distância. Professora de Neuroanatomia da UFPB. E-mail: analucarneiro@gmail.com.

<sup>3</sup> Médico, especialista em Neurologia Clínica e em Saúde da Família. E-mail: alveslindair@gmail.com.

<sup>4</sup> Enfermeira, Dra. em Obstetrícia, Ginecologia e Mastologia, especialista em Enfermagem Obstétrica, Enfermagem em UTI Neonatal e Enfermagem em Urgência e Emergência. Capacitada em Terapia Comunitária Integrativa (TCI). Professora na área da saúde da mulher e do neonato. E-mail: semiramesramosmoga@gmail.com.

<sup>5</sup> Médico Veterinário, Dr. em Medicina Veterinária, mestre em Medicina Veterinária. Professor de Anatomia e Embriologia da UFPB. E-mail: arthurbrasil@ccs.ufpb.br.

história de depressão clínica, tristeza, insônia, ansiedade, cefaleia, pesadelos e ideias suicidas. **CONCLUSÃO:** Os dados confirmam o movimento crescente do sofrimento psíquico no contexto universitário e mostram uma demanda reprimida pelo cuidado integral. Isto reforça a necessidade de pautar a temática, esclarecer e sensibilizar a instituição e os atores envolvidos no processo de cuidar.

**Palavras chave:** Pessimismo. Ideação Suicida. Tristeza. Cefaleia. Dor.

**ABSTRACT: OBJECTIVE:** To verify the prevalence of depressive symptoms among speech therapy students and their relationship with other symptoms and clinical reports. **METHOD:** A observational, transversal and quantitative study conducted in a public higher education institution with undergraduate students from the 1<sup>st</sup> to 8<sup>th</sup> semesters, aged over 18 years. Two data collection instruments were used: a sociodemographic and health questionnaire and the Beck Depression Inventory - BDI). **RESULTS:** Took part in the research 119 undergraduate students between 18 and 40 years of age, average age was 21.65±3.84 years. The volunteers were in the majority of the female gender (82.4%), single (90.8%) and Christians (76.5%). They declared to not be smokers (96.6%), to not drink (67.2%), to not practice physical activity (68.9%) and did not have a healthcare plan (62.3%). The intensity of the depression was distributed between the following levels: minimum (41.2%), mild (33.6%), moderate (17.6%) and severe (7.6%). In the BDI the sadness (53.0%), pessimism (33.9%) and suicidal ideation (23.6%) presented worrisome percentages. The average of the BDI was significantly higher ( $p<0.05$ ) among those who feel sick, feel pain every day, underwent psychiatric, neurological or psychological treatment, presented history of clinical depression, sadness, insomnia, anxiety, cephalaea, nightmares and suicidal ideation. **CONCLUSION:** The data confirmed the growing movement of the psychological distress in the university context and show a restrained demand for integral care. This reinforces the need to guide the topic, clarify and sensitize the institution and the participants in the process of caring.

**Keywords:** Pessimism. Suicidal Ideation. Sadness. Headache. Pain.

## **INTRODUÇÃO**

O século XXI desponta com considerável prevalência e ênfase nos transtornos neurológicos e psiquiátricos, suas definições e classificações, formas de tratamento, interesse popular e da mídia. O sofrimento psíquico traz em si vários pressupostos quantitativos, qualitativos, histórico-políticos e valorativos e, nessa perspectiva, verifica-se ao longo da história sua decomposição como forma de abordar, delimitar, julgar e tratar seus fragmentos (CECCARELLI, 2005; SILVA, 2008).

Os transtornos mentais e suas correlações com doenças crônicas acometem milhões de pessoas; entretanto, muitos desses transtornos permanecem sem diagnóstico e tratamento adequado, podendo acarretar prejuízos individuais e coletivos com consequências econômicas e sociais (OMS, 2008). Para além do sofrimento psíquico e da incapacidade decorrente dos transtornos mentais, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), essas pessoas são vulneráveis a abusos e violação de seus direitos e isso demanda uma legislação que, em prol do cidadão e de seus direitos, possa proteger e promover seu bem-estar e melhorar sua qualidade de vida (WHO, 2005).

Os transtornos depressivos e de ansiedade são, segundo a OMS, transtornos mentais comuns com alta prevalência na população e forte impacto no humor ou nos sentimentos dos indivíduos afetados. A OMS estimou que, em nível global, há mais de 300 milhões de pessoas com depressão; isto representa 4,4% da população mundial, com prevalência de mulheres, principalmente na idade adulta. Além disso, a Organização Mundial da Saúde observou um aumento de 18,4% na prevalência de depressão entre 2005 e 2015 (WHO, 2017).

No Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) 2013, 7,6% da população adulta declarou ter recebido, em algum momento da vida, diagnóstico prévio de depressão, feito por médico ou profissional de saúde mental. Esse

diagnóstico foi maior em mulheres (10,9%) do que em homens (3,9%) (STOPA *et al.*, 2015).

Pesquisas realizadas com estudantes universitários detectaram sintomas depressivos entre acadêmicos de Medicina (45,7%) da Universidade Federal do Amapá (DE OLIVEIRA; ROCHA; DOS SANTOS; SENA *et al.*, 2017) e indicadores positivos de ansiedade (26,5%) e depressão (8,0%) entre acadêmicos dos cursos de Biologia, Ecologia, Educação Física e Pedagogia da UNESP, Instituto de Biociências de Rio Claro (STELLA; SOMMERHALDER, 2000).

Um estudo realizado com 114 acadêmicos do curso de Terapia Ocupacional da UFPB apontou alta prevalência de sintomas depressivos e de ansiedade e desesperança. A maioria dos entrevistados relatou tristeza (57,1%) e pessimismo quanto ao futuro (51,8%) (FALCÃO; MELO; BRITO; LIMA FILHO *et al.*, 2018).

A depressão é um transtorno mental crônico e recorrente, descrito como uma tristeza profunda, perda de interesse ou prazer, sentimento de culpa ou desesperança e baixa autoestima. Além disso, o quadro clínico envolve perturbações no sono e no apetite, sensação de cansaço e falta de concentração, alterações nos ritmos circadianos, pensamento suicida e alterações neuroendócrinas e, nessa perspectiva, prejudica a capacidade laboral e acadêmica do indivíduo (BAHLS, 1999; WHO, 2017; OPAS, 2018).

Quando a depressão se manifesta de maneira prolongada e recorrente, pode acarretar perdas em diversas áreas da vida do indivíduo. Mesmo quando existe a melhora dos sintomas, não há necessariamente a volta da funcionalidade daquele ser; conseqüentemente, a atuação para a melhoria dessa doença deve ir além da atenuação dos sintomas: precisa contemplar a pessoa como um todo, visando todas as áreas de sua vida (LIMA; FLECK, 2009).

O ambiente universitário, seus estressores e fatores ansiogênicos podem favorecer o movimento crescente de transtornos psiquiátricos entre os jovens. Para atender a esse público heterogêneo, é preciso conhecer seu perfil, seu estado de bem-estar, os fatores de risco e de proteção e, finalmente, a demanda pelo cuidado integral (aspectos emocionais, psicossociais, afetivos e espirituais).

Na direção de resolver o descompasso entre o aumento da prevalência de transtornos mentais e a oferta de acolhimento e cuidados, é necessário pesquisar e

dar visibilidade àqueles que, sem diagnóstico e tratamento, caminham sós. Dessa forma, quanto mais pesquisas e informações, maior a possibilidade de sucesso nas intervenções. Este trabalho tem como objetivo verificar a prevalência de sintomas depressivos entre acadêmicos de fonoaudiologia e estabelecer uma relação com outros sintomas e relatos clínicos.

## **MÉTODO**

Trata-se de um estudo observacional, transversal e quantitativo, realizado na Universidade Federal da Paraíba, em que a amostra foi composta por acadêmicos do 1º ao 8º período, regularmente matriculados no curso de Fonoaudiologia, com idade superior a 18 anos. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do CCS/UFPB (parecer nº 2.784.383; CAAE 92087118.6.0000.5188) e todos os voluntários foram informados sobre os objetivos da pesquisa e o anonimato do questionário, assinando um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) quando optaram pela participação.

A coleta de dados ocorreu durante o segundo semestre de 2018 e o primeiro de 2019, no Centro de Ciências da Saúde, principalmente no Departamento de Morfologia e no Complexo de Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional, da Universidade Federal da Paraíba.

Para a coleta de dados foram utilizados dois instrumentos: um questionário sociodemográfico e de saúde e o Inventário de Depressão Beck (*Beck Depression Inventory - BDI*). No questionário sociodemográfico, há perguntas que levantam um breve histórico da vida do indivíduo e de sua saúde, trazendo questões como o consumo do álcool, se já fez tratamento psicológico, uso de medicações e um histórico sobre doenças que teve ao longo da vida. Esses dados permitiram caracterizar a amostra e correlacionar os dados pessoais e de saúde com as médias obtidas no BDI.

O BDI, sigla utilizada universalmente para o inventário de depressão Beck, é uma escala psicométrica de autorrelato com 21 itens relacionados à depressão. Os

itens se referem a tristeza, pessimismo, sentimento de fracasso, insatisfação, culpa, punição, autoaversão, autoacusações, ideias suicidas, choro, irritabilidade, retraimento social, indecisão, mudança na autoimagem, dificuldade de trabalhar, insônia, fadigabilidade, perda de apetite, perda de peso, preocupações somáticas e perda da libido (CUNHA, 2017). Dessa forma, o BDI visa a mensurar, através de um grupo de 21 afirmações, com escores de 0-3, o traço latente de intensidade de sintomas depressivos, sendo um grande auxiliar na identificação do estágio da depressão e assim poder avaliar o seu desfecho (CASTRO; TRENTINI; RIBOLDI, 2010).

Através da aplicação do questionário, juntamente com o Inventário de Depressão Beck nas respectivas turmas, foi possível analisar as respostas dos estudantes e verificar a prevalência de sintomas depressivos entre eles. Foi realizada a análise descritiva dos dados, o teste do qui-quadrado, considerando os valores de  $p < 0,05$  estatisticamente significativos. Para comparar médias, utilizou-se a análise de variância.

Os dados categóricos, obtidos pelos questionários aplicados aos acadêmicos, foram submetidos a uma análise exploratória inicial. Eles tiveram como variável dependente os sintomas depressivos (depressão/não depressão) e, como variável independente (respostas do questionário), o teste de qui-quadrado de Pearson ou exato de Fisher. Posteriormente, as variáveis com associação positiva foram selecionadas a fim de compor uma análise multivariada através da regressão logística múltipla. Todas as análises foram realizadas no programa SPSS 25, ao nível de significância de 5%.

## **RESULTADOS**

Participaram da pesquisa 119 acadêmicos, com idade entre 18 e 40 anos, com média de  $21,65 \pm 3,84$  anos. Foi observado que os voluntários eram em sua maioria do gênero feminino (82,4%), solteiro (90,8%) e cristão (76,5%). A maior parte dos respondentes declarou não fumar (96,6%), não beber (67,2%), não praticar

atividade física (68,9%) e não possuir plano de saúde (72,3%). Na amostra avaliada, as variáveis gênero, estado civil, tabagismo, etilismo, prática de atividade física e período do curso não apresentaram diferenças estatísticas significativas nas médias do BDI (Tabela 1).

Quanto aos aspectos relacionados à saúde, a maioria tem uma autopercepção positiva e considerou a própria saúde boa (46,2%), muito boa (21,8%) ou excelente (3,4%). Apesar desses resultados, muitos relataram sentir-se doentes (46,3%) e ter dores todos os dias (36,6%). Além disso, o levantamento dos dados sobre história da saúde demonstrou alta prevalência de cefaleia (63,9%), tristeza (41,2%), insônia (38,7%) e ansiedade (38,7%).

A intensidade de depressão foi distribuída entre os níveis mínimo (48,7%), considerado ausência de depressão, leve (29,4%); moderado (18,5%) e grave (3,4%). Além do mais, no BDI os itens tristeza (53,0%), pessimismo (33,6%) e ideias suicidas (23,6%) apresentaram percentuais preocupantes.

A média geral do BDI foi  $13,37 \pm 9,6$ . A análise dos dados revelou que existe diferença significativa entre as médias do BDI e os escores dos itens **tristeza**, **pessimismo** e **ideias suicidas** do próprio BDI, indicando que, quanto maior o escore do item, maiores as médias finais do BDI. As maiores médias deste foram observadas entre sujeitos com maiores escores nos itens ideação suicida ( $38,33 \pm 6,66$ ) e tristeza ( $30,00 \pm 5,66$ ).

Os dados demonstraram que as médias do BDI foram significativamente maiores ( $p < 0,05$ ) entre os acadêmicos que se sentem doentes ( $20,00 \pm 11,03$ ); que sentem dor todo dia ( $18,73 \pm 10,69$ ); que fizeram tratamento psiquiátrico ( $26,56 \pm 10,11$ ), neurológico ( $21,60 \pm 11,82$ ) ou psicológico ( $18,74 \pm 10,78$ ); que apresentaram queixa de tristeza ( $17,80 \pm 10,66$ ), insônia ( $17,76 \pm 10,37$ ), ansiedade ( $16,96 \pm 10,65$ ), cefaleia ( $14,72 \pm 9,44$ ), pesadelos ( $17,18 \pm 10,91$ ) e história de depressão clínica ( $26,75 \pm 11,83$ ). Observou-se, também, uma média de BDI significativamente maior ( $p > 0,01$ ) entre acadêmicos que sentiram tristeza ou depressão nos últimos sete dias em decorrência da dor ( $19,86 \pm 10,86$ ).

No modelo multivariado final, detectou-se que a dor permaneceu como preditor para o indicativo de depressão, portanto, os acadêmicos com queixa de dor todos os dias têm um risco 4,6 vezes maior de desenvolver depressão (Tabela 2).

**Tabela 1.** Caracterização da amostra composta por acadêmicos de Fonoaudiologia da UFPB, João Pessoa (PB), e respectivas médias do inventário de depressão (BDI) e sua comparação com as variáveis categóricas (N=119).

VARIÁVEIS	CATEGORIAS	N	%	MÉDIA DO BDI ± DP	p-valor
<b>GÊNERO</b>	<b>Feminino</b>	<b>98</b>	<b>82,4</b>	<b>13,06±9,03</b>	0,34*
	Masculino	20	16,8	14,00±11,69	
	Fluido	01	0,8	31,00±0,00	
<b>ESTADO CIVIL</b>	<b>Solteiro(a)</b>	<b>108</b>	<b>90,8</b>	<b>13,10±9,07</b>	0,33*
	Casado(a)	09	7,6	18,00±14,81	
	Outros	02	1,7	7,00±0,00	
<b>PERÍODO</b>	<b>1º</b>	18	15,1	11,83±9,91	0,50*
	<b>2º</b>	20	16,8	11,15±6,76	
	<b>3º</b>	14	11,8	17,86±11,64	
	<b>4º</b>	17	14,3	13,41±7,53	
	<b>5º</b>	01	0,8	23,00±0,00	
	<b>6º</b>	16	13,4	16,19±13,14	
	<b>7º</b>	21	17,6	11,10±7,65	
	<b>8º</b>	12	10,1	13,50±10,05	
<b>TABAGISMO</b>	<b>Não</b>	115	96,6	13,40±9,65	0,85**
	<b>Sim</b>	04	3,4	12,50±8,19	
<b>ETILISMO</b>	<b>Não</b>	80	67,2	13,23±10,30	0,81**
	<b>Sim</b>	39	32,8	13,67±8,03	
<b>ATIVIDADE FÍSICA</b>	<b>Não</b>	82	68,9	13,56±9,66	0,75**
	<b>Sim</b>	37	31,1	12,95±9,53	
<b>POSSUI PLANO DE SAÚDE</b>	<b>Não</b>	86	72,3	12,63±9,38	0,17**
	<b>Sim</b>	33	27,7	15,30±9,97	

DP= Desvio Padrão; \*Teste de Kruskal-Wallis; \*\*ANOVA.



**Tabela 2.** Fatores de risco relacionados à depressão em acadêmicos do curso de Fonoaudiologia da UFPB.

VARIÁVEL	COEFICIENTE DE REGRESSÃO	ERRO PADRÃO	WALD	GRAUS DE LIBERDADE	ODDS RATIO	INTERVALO DE CONFIANÇA
Sentir dor todo dia	1,525	0,710	4,621	1	4,596	1,144-18,463
Triste ou deprimido, nos últimos sete dias, devido a dor	1,397	0,638	4,795	1	4,042	1,158-14,110

Teste de Hosmer e Lemeshow: Qui-quadrado=10,174; grau de liberdade=8; p=0.253.

## DISCUSSÃO

Ao analisarmos os resultados, foi observada a prevalência de adolescentes e jovens relatando sintomas depressivos associados a histórias de depressão clínica, tristeza, pessimismo, ansiedade, insônia, dor e ideias suicidas. Os resultados evidenciam sofrimento psíquico e relação bilateral entre depressão e outros transtornos neurológicos e psiquiátricos. Esses dados, portanto, são considerados preocupantes, tendo em vista o ranking mundial das causas de morte, em que o suicídio de jovens de 15 a 29 anos fica atrás somente de acidentes automobilísticos (OMS, 2016).

A dor é uma experiência sensorial e emocional complexa e desagradável, que mantém correlação com transtornos psiquiátricos e causa sofrimento e prejuízos biopsicossociais. A dor crônica e a intensidade dela são comumente associadas a depressão e ansiedade (FERREIRA *et al.*, 2017; TEIXEIRA, 2006). Os resultados apresentados corroboram com os dados da literatura e apontam a dor como um fator de risco para a depressão (Tabela 2).

De acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), em 2013 foi realizada uma pesquisa populacional com amostra nacionalmente representativa, em que foi

percebida a prevalência significativa de depressão em mulheres que vivem em áreas urbanas (LOPES *et al.*, 2016). Outras pesquisas ainda apontam que a depressão é maior entre as mulheres que entre os homens (GONÇALVES, 2018; FLESH *et.al.*, 2020). Nesse estudo, em concordância com os achados da literatura, houve predominância de depressão em acadêmicos do gênero feminino. Entretanto, os resultados neste estudo sugerem que na amostra avaliada, a variável gênero não influenciou de forma significativa a média dos escores de sintomas depressivos.

Os resultados também mostram uma alta prevalência de solteiros entre os acadêmicos. De acordo com Gonçalves (2018), as mulheres que estão solteiras ou sem companheiros apresentam um maior índice de depressão. Constatou-se, também, que viver com o companheiro e ter o apoio social do mesmo são fatores importantes para prevenir-se ou proteger-se contra a depressão. Os dados encontrados agora contradizem a constatação anterior, talvez devido à origem da amostra e à conseqüente sobrecarga, competitividade e fatores estressores no ambiente universitário.

Quanto aos comportamentos de saúde, foram identificados alguns possíveis protetores, sendo eles os hábitos não etilistas e não tabagistas identificados na maioria dos entrevistados. Estes hábitos, quando presentes, estão fortemente associados às doenças mentais, depressão e humor depressivo (FLESH *et.al.*, 2020). Porém a não realização de atividades físicas foi prevalente e esta inatividade física é um comportamento nocivo à saúde, fortemente associado a estados variados da depressão. A prática de atividade física pode constituir fator significativo para a promoção da saúde mental e bem-estar (GONÇALVES, 2018; BARROS *et al.*, 2017).

Ainda é importante ressaltar que a pesquisa apresentou um número significativo de entrevistados que relataram não possuir plano de saúde, o que poderá trazer sofrimento ao indivíduo pela dificuldade, ou até mesmo a impossibilidade do acesso aos serviços de saúde.

Apesar da autopercepção positiva e tendo considerado a própria saúde como boa, muito boa e excelente, muitos se sentem doentes e relataram apresentar dores todos os dias, assim como presença de cefaleia, tristeza, insônia, ansiedade e pesadelos. A avaliação feita pelos indivíduos do seu estado de saúde partiu da

percepção de estados físicos e emocionais. Esta avaliação subjetiva das pessoas sobre a sua própria condição de saúde pode ser um indicador importante do impacto da doença sobre o bem-estar individual, cujo resultado, apesar dos relatos de dores e sofrimento, foi positivo. Neste estudo, a autoavaliação positiva da saúde pode ser considerada um fator de proteção.

Mais da metade dos entrevistados foi classificada com algum grau de depressão entre leve, moderada e grave. Um estudo com 1.827 estudantes revelou relação entre desempenho acadêmico e Episódio Depressivo Maior em universitários, sendo a depressão um fator influenciador no mau desempenho (FLESH et.al., 2020).

## **CONCLUSÃO**

O percentual de sintomas depressivos, pessimismo e ideias suicidas entre os acadêmicos demonstrou a relevância da temática. A identificação destes sintomas e fatores associados é primordial para a definição de políticas públicas de saúde voltadas para a prevenção, controle e tratamento desses agravos. O estudo denuncia, assim, a grande necessidade de esclarecer e sensibilizar as instituições e os atores envolvidos para a disponibilização de espaços de atenção adequados, visando o processo de acolhimento, diagnóstico e tratamento para uma melhor qualidade de vida.

Destacamos que os resultados deste estudo reforçam a necessidade e relevância das ações de promoção de comportamentos saudáveis. A temática deverá ser cada vez mais abordada para que, assim, possa ser desmistificada. Acreditamos que estudos dessa natureza oferecem elementos importantes para uma adequada compreensão das perspectivas dos acadêmicos. As limitações deste estudo podem estar relacionadas à utilização de um instrumento de autorrelato, sem posterior confirmação clínica do diagnóstico dos voluntários.

**REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

BAHLS, S.-C. Depressão: uma breve revisão dos fundamentos biológicos e cognitivos. **Interação em Psicologia**, v. 3, n. 1, 1999.

BARROS, M. B. A.; LIMA, M. G.; RENATA, C. S. A.; MEDINA, L. B. P.; LOPES, C. S.; MENEZES, P. R.; MALTA, D. C. Depressão e comportamentos de saúde em adultos brasileiros – PNS 2013. **Revista de Saúde Pública**, v. 51 Supl 1:8s, 2017.

CASTRO, S. M. J.; TRENTINI, C.; RIBOLDI, J. Teoria da resposta ao item aplicada ao Inventário de Depressão Beck. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 13, p. 487-501.2010.

CECCARELLI, P.O sofrimento psíquico na perspectiva da psicopatologia fundamental. **Psicologia em Estudo**, v. 10, n. 3, p. 471-477, 2005.

CUNHA, J. A. **Manual da Versão em Português das Escalas Beck**. São Paulo: Pearson Clinical Brasil, 2017.

FALCÃO, P. B. L.; MELO, C. D. M. B.; BRITO, M. E. S. N.; LIMA FILHO, R. R. D. A. *et al.*, 2018, João Pessoa. **Ideação Suicida e Suas Relações com Transtornos Neuropsiquiátricos entre Acadêmicos de Terapia Ocupacional**. 9º CCNeC.

FERREIRA, A. *et al.* Caracterização de indivíduos com cefaleia do tipo tensional e relação com a qualidade de vida, depressão e ansiedade. **Revista Fisioterapia & Reabilitação**, v. 1.2, p 01-09, 2017,

FLESCHE, B. D. *et al.* Episódio depressivo maior entre universitários do sul do Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 54, n. 11, 2020.

GONÇALVES, M. C. G. *et al.* Prevalência de depressão e fatores associados em mulheres atendidas pela Estratégia de Saúde da Família. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 67, n. 2, p. 101-109, 2018.

LIMA, A. F. B. S.; FLECK, M. P.A. Qualidade de vida e depressão: uma revisão da literatura. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 31, n. 3, p. 0-0, 2009.

LOPES, C. S.; HELLWIG, N.; SILVA, G.A.; MENEZES, P.R. Inequities in access to depression treatment: results of the Brazilian National Health Survey – PNS. **International Journal for Equity in Health**, v. 15, n. 1, p. 154, 2016.

OLIVEIRA, G. S. *et al.* Prevalência e fatores associados à depressão em estudantes de medicina da Universidade Federal do Amapá. **Revista de Medicina e Saúde de Brasília**, v. 5, n. 3, 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS); ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE MÉDICOS DE FAMÍLIA. **Integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários: uma perspectiva global**. Lisboa, 2008. Disponível em: [https://www.who.int/eportuguese/publications/Integracao\\_saude\\_mental\\_cuidados\\_primarios.pdf](https://www.who.int/eportuguese/publications/Integracao_saude_mental_cuidados_primarios.pdf).

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD; ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Prevención de la conducta suicida**. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud; 2016.

ORGANIZAÇÃO PAN\_AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Saúde Mental - Depressão**, 2018 [Online]. Disponível em: [www.paho.org/bra](http://www.paho.org/bra).

SILVA, M. M. A saúde mental e a fabricação da normalidade: uma crítica aos excessos do ideal normalizador a partir das obras de Foucault e Canguilhem. **Interação em Psicologia**, v. 12, n. 1, 2008.

STELLA, F.; SOMMERHALDER, A. Sintomas Mentais e Consumo de Álcool por Estudantes da UNESP, Instituto de Biociências de Rio Claro, SP. **Educação: Teoria e Prática**, 2000.

STOPA, S. R. *et al.* Prevalência do autorrelato de depressão no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 18, n. suppl 2, p. 170-180, 2015.

TEIXEIRA, M. J. Dor e depressão. **Revista Neurociências**, v. 14, n. 2, p. 44-53, 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Resource book on mental health, human rights and legislation: stop exclusion, dare to care**, Geneva: World Health Organization 2005. Disponível em: [https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/mental\\_health/docs/who\\_resource\\_book\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/mental_health/docs/who_resource_book_en.pdf).

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Depression and other common mental disorders: global health estimates. Geneva: World Health Organization, 2017. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf>