



A prática da fé e os sintomas de depressão entre alunos de graduação em Odontologia

Palavras-Chave: Depressão; Religião e Psicologia; Estudantes Universitários

Autores/as:

Camila S. Souza* - FOP Unicamp

Prof.^a Dr.^a Karine Laura Cortellazzi – FOP - Unicamp

Prof.^a Dr.^a Rosana de Fátima Possobon - FOP Unicamp

INTRODUÇÃO:

Os estudantes do ensino superior enfrentam situações percebidas como altamente desafiadoras, com uma carga excessiva de informação a ser assimilada, pressão por estarem em constante avaliação, preocupações financeiras e mudança em seu estilo de vida. Aos estudantes de cursos da área da saúde, somam-se ainda as dificuldades da vivência clínica, como o relacionamento com os pacientes e a necessidade de aquisição de habilidades para o exercício da profissão^{1, 2, 3, 4}.

Os universitários acometidos por depressão podem sofrer prejuízo em suas habilidades cognitivas, tanto no raciocínio como na memorização das matérias, e podem perder a motivação e o interesse pela aquisição de conhecimentos, além de apresentarem um desinteresse geral. Sendo a quarta causa de incapacitação social no mundo, a depressão é considerada um problema de saúde pública, por causa dos prejuízos sociais que acarreta^{5, 6, 7, 8}.

Dentre as características individuais, de personalidade e de comportamento, que podem ser seguramente investigadas pela utilização de instrumentos validados para a população brasileira desta faixa etária está a religiosidade. A religiosidade diz respeito ao quanto o indivíduo crê e pratica uma determinada religião⁹, sendo observados os níveis de envolvimento religioso e o quanto esse envolvimento pode afetar a maneira como as pessoas lidam com situações negativas^{10, 11}.

Estudos têm encontrado associação entre o nível de religiosidade e a presença de sintomas de depressão, mostrando que pessoas que exercem mais a religiosidade têm uma maior proteção contra depressão¹².

OBJETIVO:

Este estudo pretendeu contribuir para a identificação dos graduandos com maiores chances de manifestar depressão, por meio da verificação da associação entre o nível de religiosidade e sintomas depressivos.

METODOLOGIA:

Foram convidados a participar deste estudo todos os alunos matriculados nos 5 anos do curso de graduação em Odontologia da FOP-Unicamp durante o segundo semestre de 2020. A coleta dos dados foi realizada de forma online, através da plataforma Google Forms, cujo link foi enviado via WhatsApp, individualmente. No Formulário eletrônico constava o link para acesso ao TCLE, questionário socioeconômico e demográfico e os instrumentos “Inventário de Sintomas de Depressão de Beck” (BDI) e “Escala de Religiosidade de Duke” (Durel). Os questionários foram auto aplicados, demandavam cerca de 10 minutos para o preenchimento e, ao responder os instrumentos, o aluno recebia a sua pontuação para verificar o nível de depressão que ela se referia.

Foi feita a análise bivariada pelo teste qui-quadrado, no nível de significância de 5%, para testar a associação entre a variável dependente (nível de sintomas de depressão) e as variáveis independentes (religiosidade e variáveis socioeconômicas e demográficas).

Os participantes foram agrupados de acordo com o nível de sintomas de depressão em “sem sintomas” e “com sintomas”, sendo neste grupo inseridos todos os alunos que apresentaram sintomas leves, moderados ou severos.

Em relação à religiosidade, foram analisadas a Religiosidade Organizacional, que se refere à frequência a encontros religiosos, tais como missas, cultos, cerimônias, grupos de estudos ou de oração; a Religiosidade Não Organizacional, relativa à frequência de atividades religiosas privadas, que podem ser feitas na privacidade do lar, independentes da interação com outras pessoas, por exemplo, orações, meditação, leitura de textos religiosos, ouvir/assistir programas religiosos na TV/rádio, etc.; e a Religiosidade Intrínseca, que refere-se à busca de internalização e vivência plena da religiosidade como principal objetivo do indivíduo. Todos estes itens avaliam o quanto a religião pode motivar ou influenciar comportamentos, decisões e, de forma geral, a vida da pessoa.

O projeto deste estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia de Piracicaba – Unicamp (CAAE: 19111313.9.0000.5418).

RESULTADOS E DISCUSSÃO:

Participaram deste estudo 231 alunos, sendo a maioria do sexo feminino, com até 22 anos de idade (Tabela 1).

A análise bruta mostrou associação entre a Religiosidade Organizacional e a presença de sintomas de depressão, ou seja, os alunos que tinham menor frequência de práticas religiosas, tinham 1,91 vezes mais chance de ter sintomas de depressão.

Profissões que exigem contato mais próximo com as pessoas, tais como as da área da saúde, estão mais sujeitas ao desenvolvimento do estresse no trabalho e da síndrome de Burnout¹³.

A maioria dos estudos mostra que maiores níveis de religiosidade estão associados positivamente a indicadores de bem-estar psicológico, como felicidade e moral elevado, melhor saúde física e mental, sendo que o nível de religiosidade tende a ser inversamente relacionado à depressão, ideação suicida e uso e abuso de álcool e outras drogas¹⁴.

Tabela 1: Associação entre a presença de sintomas de depressão, de acordo com o BDI, e as variáveis socioeconômicas e demográficas e nível de religiosidade.

VARIÁVEL	CATEGORIA	N	Depressão		OR	IC	p
			Com sintomas	Sem sintomas			
Sexo	Feminino	166 (71,9%)	121 (72,9%)	45 (27,1%)	1,42	0,79- 2,71	0,2799
	Masculino	65 (28,1%)	42 (64,6%)	23 (35,4%)	1		
Idade (anos)	≤ 22	154 (66,7%)	106 (68,8%)	48 (31,2%)	1		0,5070
	>22	77 (33,3%)	57 (74%)	20 (26%)	0,77	0,41- 1,43	
Ano do curso	1º	41 (17,7%)	32 (78%)	9 (22%)	2,10	0,80- 5,52	0,1970
	2º	57 (24,7%)	42 (73,7%)	15 (26,3%)	1,65	0,70- 3,89	0,3433
	3º	45 (19,5%)	30 (66,7%)	15 (33,3%)	1,18	0,49- 2,84	0,8750
	4º	45 (19,5%)	32 (71,1%)	13 (28,9%)	1,45	0,59- 3,56	0,5464
	5º	43 (18,6%)	27 (62,8%)	16 (37,2%)	1		
Instrução do Pai	Sem graduação	131 (56,7%)	92 (70,2%)	39 (29,8%)	1		0,9854
	Com graduação	100 (43,3%)	71 (71%)	29 (29%)	0,96	0,54- 1,70	
Idade do Pai	≤55	160 (69,3%)	117 (73,1%)	43 (26,9%)	1,47	0,81- 2,69	0,2601
	>55	71 (30,7%)	46 (64,9%)	25 (35,1%)	1		
Instrução da Mãe	Sem graduação	113 (48,9%)	80 (70,8%)	33 (29,2%)	1,02	0,58- 1,80	0,9457
	Com graduação	118 (51,1%)	83 (70,3%)	35 (29,7%)	1		
Idade da Mãe	≤51	143 (61,9%)	103 (72%)	40 (28%)	1,20	0,67- 2,14	0,6353
	>51	88 (38,1%)	60 (68,2%)	28 (31,8%)	1		
Renda Mensal	≤7,5 SM*	153 (66,2%)	112 (73,2%)	41 (26,8%)	1,44	0,80- 2,60	0,2800
	>7,5 SM	78	51 (65,4%)	27 (34,6%)	1		

		(33,8%)					
Religiosidade Organizacional	Menor	63 (27,3%)	125 (74,4%)	43 (25,6%)	1,91	1,03-3,52	0,0536
	Maior	168 (72,7%)	38 (60,3%)	25 (39,7%)	1		
Religiosidade Não Organizacional	Menor	100 (43,3%)	97 (74%)	34 (26%)	1,46	0,83-2,59	0,2365
	Maior	131 (56,7%)	66 (66%)	34 (34%)	1		
Religiosidade Intrínseca	Menor	132 (57,1%)	73 (73,7%)	26 (26,3%)	1,31	0,73-2,33	0,4407
	Maior	99 (42,9%)	90 (68,2%)	42 (31,8%)	1		

*SM: Salários-mínimos

CONCLUSÕES:

A prática da religiosidade pode ser um fator protetor para o desenvolvimento de sintomas de depressão

BIBLIOGRAFIA

1. Karaoglu NS, Eker M. Anxiety and depression in medical students related to desire for and expectations from a medical career. *West Indian Med. J.* 2010, 59:196-202
2. Lunney M. Coleta de dados, julgamento clínico diagnósticos de enfermagem: como determinar diagnósticos precisos. In: *Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificações 2012-2014* / [NANDA International] Porto Alegre: Artmed; 2013. p.113-33.
3. Hutchinson TL, Goodin HJ. Nursing Student Anxiety as a Context for Teaching/Learning. *J Holist Nurs.* 2013; 31(1):19-24
4. Teixeira CRS, Kusumota L, Pereira MCA, Braga FTMM, Gaioso VP, Zamarioli CMi, et al. Anxiety and performance of nursing students in regard to assessment via clinical simulations in the classroom versus filmed assessments. *Invest Educ Enferm.* 2014; 32(2): 270-279.
5. Menezes, P.R., Nascimento, A.F.. *Epidemiologia da depressão nas diversas fases da vida.* Porto Alegre (RS). ARTMED; 2000.
6. Almeida, N.F.^o, Lessa I, Magalhães, L., Araujo, M.J., Aquino, E., James, S., Kavachi, I. Social inequality and depressive disorders in Bahia, Brazil: interactions of gender, ethnicity and social class. *Soc Sci Med.* 2004;59(7):1339-53.
7. Del Porto JA. *Depressões.* São Paulo: EPM- Projetos Médicos; 2005.
8. Justo, L.P., Calil, H.M.. Depression - does it affect equally men and women? *Rev Psiquiatr.* 2006;33(2):74-9.
9. Espinha DCM, Camargo SM, Silva SPZ, Pavelqueires S, Lucchetti G. Opinião dos estudantes de enfermagem sobre saúde, espiritualidade e religiosidade. *Rev. Gaúcha Enferm.* 2013; 34(4): 98- 106.
10. Tomasso CS, Beltrame IL, Lucchetti G. Conhecimentos e atitudes de docentes e alunos em enfermagem na interface espiritualidade, religiosidade e saúde. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2011; 19(5): 1-8.
11. Portes LH, Guimarães MBL. Espiritualidade, religiosidade e religião e as políticas públicas de saúde em relação ao tabagismo. *Rev APS.* 2012; 15(1): 101-112.
12. Tomasso CS, Beltrame IL, Lucchetti G. Conhecimentos e atitudes de docentes e alunos em enfermagem na interface espiritualidade, religiosidade e saúde. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2011; 19(5): 1-8.
13. 22. Fanco, Jr.GP, Barros, A.L.B.L., Nogueira-Martins, L.A., Zeitoun, S.S.. Burnout in nursing residents. *Rev Esc Enferm USP.* 2012;45(1):12-18.

14. 25. Moreira-Almeida A, Neto FL, Koenig HG. Religiousness and mental health Rev Bras Psiquiatr. 2006; 28 (3):242-50.