

**FATORES ASSOCIADOS À PRESENÇA DE SINTOMAS DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM ACADÊMICOS DE DIFERENTES CURSOS DE UM CENTRO UNIVERSITÁRIO NO SUL DO PAÍS**

Caroline Borges<sup>1</sup>  
 Roberta Francescato<sup>1</sup>  
 Ana Lúcia Hoefel<sup>1</sup>

**RESUMO**

Atualmente a incidência de ansiedade e depressão tem se mostrado elevada na população em geral. A depressão é a quinta principal causa de incapacidade no mundo. Os sintomas identificados incluem fadiga, tristeza, irritabilidade, dificuldades de apetite, insônia, alterações cognitivas com duração de pelo menos duas semanas. Estudos relatam associação no ingresso da vida acadêmica e sobrecarga de trabalho, fazendo com que o acadêmico venha a desenvolver sintomas depressivos ou de ansiedade. Assim, este estudo buscou identificar sintomas relacionados à ansiedade, depressão e transtornos de alimentação em uma amostra de universitários na cidade de Caxias do Sul. Participaram da pesquisa 201 acadêmicos da graduação, pertencentes as áreas das ciências exatas, negócios e saúde. Os alunos responderam um questionário o qual continha questões sociodemográficas e ocupacionais, sobre sintomas de ansiedade, depressão (escala HAD) e sobre comportamento alimentar (questionário TFEQ-R21). A presença de sintomas de ansiedade e depressão foi relacionada com parâmetros antropométricos e sociais. Nota-se que a área da saúde tem maior prevalência de ansiedade e depressão comparado a outras áreas e o sexo feminino prevalece com estes presentes sintomas em comparação aos homens. Com relação ao comportamento alimentar, percebeu-se que o sexo feminino tem mais chances de ter compulsões, restrições alimentares ou alimentação emocional.

**Palavras-chave:** Ansiedade. Depressão. Universitários. Comportamento alimentar.

1-Graduação em Nutrição Centro Universitário da Serra Gaúcha, Brasil.

E-mail dos autores:  
 caroline.frz@hotmail.com  
 betaf21@hotmail.com  
 anahoefel@yahoo.com.br

**ABSTRACT**

Factors associated with the presence of symptoms of anxiety and depression in academics of different courses of a university center in southern country

Currently, the incidence of anxiety and depression has been shown to be high in the general population. Depression is the fifth leading cause of disability in the world. The symptoms identified include fatigue, sadness, irritability, difficulties with appetite, insomnia, cognitive changes lasting at least two weeks. Studies report an association in the entry of academic life and work overload, causing the student to develop depressive or anxiety symptoms. Thus, this study sought to identify symptoms related to anxiety, depression and eating disorders in a sample of university students in the city of Caxias do Sul. 201 undergraduate students participated in the research, belonging to the areas of exact sciences, business and health. The students answered a questionnaire which contained sociodemographic and occupational questions, about anxiety symptoms, depression (HAD scale) and about eating behavior (questionnaire TFEQ-R21). The presence of symptoms of anxiety and depression was related to anthropometric and social parameters. It is noted that the health area has a higher prevalence of anxiety and depression compared to other areas and the female gender prevails with these present symptoms compared to men. Regarding eating behavior, it was noticed that females are more likely to have compulsions, dietary restrictions or emotional nutrition.

**Key words:** Anxiety. Depression. College students. Feeding behavior.

Autor correspondente:  
 Ana Lúcia Hoefel.  
 Dr. Flores, 106, 1807.  
 Centro, Porto Alegre-RS, Brasil.  
 CEP: 90020-120.

## INTRODUÇÃO

A depressão é uma das formas mais comuns de transtorno mental na população em geral. A depressão unipolar é a quinta principal causa de incapacidade em todo o mundo, representando cerca de 4% do custo total de doenças (Deasy e colaboradores, 2014).

Tem sido considerada como um dos mais graves problemas públicos de saúde no mundo e sua prevalência tem aumentado na atualidade (Kessler e colaboradores, 2003).

Para o diagnóstico leva-se em consideração critérios como, sentir-se deprimido na maior parte do tempo, anedonia, sensação de culpa excessiva, dificuldade de concentração, distúrbios do sono, fadiga ou perda de energia, perda ou ganho de peso sem motivo aparente e ideias recorrentes de morte ou suicídio (O'Brien e colaboradores, 2011).

O estado depressivo pode ser correspondido a três classificações: a) Depressão menor: quando dois a quatro sintomas estão presentes por duas ou mais semanas; b) Distímia: quando três ou quatro sintomas, incluído o estado deprimido, com duração de dois anos no mínimo; c) Depressão maior: quando cinco ou mais sintomas permanecem por duas semanas ou mais, incluindo estado deprimido e anedonia (APA, 2013; O'Brien e colaboradores, 2011).

Os sintomas identificados incluem fadiga, tristeza, irritabilidade, dificuldades de apetite (ou falta), insônia, alterações cognitivas com duração de pelo menos duas semanas. A depressão pode ser caracterizada por comportamentos estranhos como, queixas, reclamações frequentes, choro e diminuição na frequência de comportamentos como, atividades sexuais, esportes, hobbies, e relacionamentos sociais (Campos, Del Prette, Del Prette, 2018).

Mundialmente o índice de pessoas com sintomas depressivos está na faixa de 350 milhões, isso equivale a 5% da população mundial, sendo que o Brasil está em 1º lugar no que se diz respeito à prevalência da doença em comparação a países em desenvolvimento (Ribeiro e colaboradores, 2018).

Estudos realizados com variáveis sociodemográficas relacionadas à prevalência da depressão apontaram que as prevalências são maiores em meninas (Avanci, Assis e

Oliveira, 2008) e em adolescentes com o nível socioeconômico menor (Fortenberry, 2003).

A universidade, para a maioria dos estudantes, é o período de transição da adolescência para a vida adulta. É um período de busca e preenchimento do senso de individualidade (Santos e colaboradores, 2014).

O início na vida acadêmica tem sido relacionado com elevações nos níveis de estresse em jovens universitários, e isso parece estar relacionado com o fato de os alunos se depararem com mudanças que podem gerar estresse e sintomas depressivos, como por exemplo, responsabilidades da vida acadêmica (Calais e colaboradores, 2007).

Ao mesmo tempo em que buscam o senso de individualidade, buscam também a construção de relações sociais com os outros acadêmicos (Santos e colaboradores, 2014).

Para muitos estudantes, pode ser esta a primeira vez que vivem longe dos pais, de seus lares e do convívio social inicial, o que pode causar dúvidas, confusões e ansiedades. A ausência de suporte social e emocional para estudantes universitários pode levar à experiência de solidão social e emocional (Ozdemir e Tuncay, 2008).

Nessa fase da vida, estudantes podem iniciar exageros, tais como uso de internet, aumentos de atividades sociais noturnas como festas e o consumo de bebidas alcoólicas e outras drogas podem não apenas sinalizar um estado de solidão, como também ser estratégias adaptativas para sobrepujar esta experiência não prazerosa e estressante (Dázio, Zago, Fava, 2016).

Assim como a solidão, outros problemas psicológicos como a depressão podem ter implicações importantes, tanto na vida, como no desempenho acadêmico e no comportamento dos estudantes.

Estudantes que passaram por um período de sintomas depressivos parecem experimentar mais problemas acadêmicos do que aqueles sem sintomas, no que diz respeito ao rendimento acadêmico (Wechsler e colaboradores, 2000).

Estudos têm mostrado que os estudantes universitários são mais propensos a apresentarem ansiedade, depressão (Cestari e colaboradores, Guassi-Moreira, Telzer, 2015; January e colaboradores, 2018; Milojevich e Lokowdli, 2016, Walsh e colaboradores, 2010), transtornos alimentares (Nakai e colaboradores, 2014) e distúrbios do

sono (Choueiry e colaboradores, 2016; Milojevich, Lokowdli, 2016).

As taxas de morbidade psicológica entre estudantes universitários são maiores do que as observadas na população geral (Adlaf e colaboradores, 2001; Guassi-Moreira, Telzer, 2015; Stallman, 2010; Walsh e colaboradores, 2010).

De acordo com a literatura, 83% dos estudantes universitários se sentem cansados, 60% têm baixa autoestima e 15% nutrem pensamentos suicidas (Saleh e colaboradores, 2018).

Mais da metade dos alunos sofrem de pelo menos um problema de saúde mental, de acordo com um estudo realizado por Zivin e colaboradores (2009), onde 50% dos estudantes declararam ter problemas de saúde mental, como depressão, ansiedade e pensamentos suicidas.

Desta forma, o objetivo do presente estudo foi investigar sintomas depressivos, identificando possíveis fatores associados em uma amostra de acadêmicos de um centro universitário da Cidade de Caxias do Sul.

## **MATERIAIS E MÉTODOS**

Foi realizado um estudo transversal entre os meses de abril e maio de 2019 por meio da aplicação de um questionário investigou diversas características de alunos ingressantes e concluintes dos cursos de enfermagem, fisioterapia, ciências contábeis, engenharia civil e engenharia de produção do Centro Universitário da Serra Gaúcha.

A amostra foi selecionada aleatoriamente. A realização do cálculo amostral foi realizada utilizando como base o estudo de González e colaboradores (2018) onde a variável utilizada para realizar o cálculo foi a presença de sintomas depressivos.

A população do presente estudo foi constituída de adultos (18 a 55 anos) ingressantes ou concluintes dos cursos avaliados. Antes do início da coleta de dados os coordenadores dos cursos selecionados foram consultados a fim de descobrir quais as turmas cujos alunos eram iniciantes e concluintes dos cursos.

De posse das localizações de salas de aula, elas foram visitadas e os alunos presentes foram convidados a participarem do estudo.

As informações foram coletadas por meio questionários auto aplicados e pré-codificados, preenchidos pelos próprios

indivíduos, com ajuda, se necessário, dos pesquisadores. A codificação foi realizada pelas pesquisadoras logo após o preenchimento dos questionários e após, digitados no banco de dados em planilha no programa Excel, sendo depois transferidos para o programa de análise estatística SPSS (IBM® Statistical Package for Social Sciences).

Os dados de peso e estatura foram auto referidos. Esta metodologia foi validada por Carvalho e colaboradores (2014).

A presença de sintomas depressivos foi avaliada pela Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HAD), a qual avalia a presença de sintomas ansiedade e depressivos (Botega e colaboradores, 1995).

Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HAD) possui 14 itens, dos quais sete são voltados para a avaliação da ansiedade (HADS-A) e sete para a depressão (HADS-D). Cada um dos seus itens pode ser pontuado de zero a três, compondo uma pontuação máxima de 21 pontos para cada escala.

Para a avaliação da frequência da ansiedade e da depressão foram adotados os pontos de cortes apontados por Zigmond e Snaith (1983) recomendados para ambas as subescalas, sendo HAD-ansiedade denominado sem ansiedade com pontuação entre 0 a 8 e com ansiedade pontuação  $\geq 9$ , e, para o HAD-depressão, foi considerado sem depressão de 0 a 8 e com depressão  $\geq 9$ .

O questionário envolveu também questões de cunho sócio demográfico bem como antropométricas, de estilo de vida e de alimentação. Foi avaliado também questões relativas à compulsão e restrição alimentar através do questionário The Three Factor Eating Questionnaire (TFEQ) (Stunkard e Messick, 1985), traduzido e validado para a língua portuguesa por Natacci e Ferreira Júnior (2011).

O TFEQ contém 21 itens. Neste questionário, a restrição cognitiva aborda 6 itens, identificando o controle alimentar como forma de influenciar o peso.

A escala de alimentação emocional também possui 6 itens e mede o quanto que estados emocionais negativos influenciam na aptidão a comer exageradamente.

E, a terceira e última escala é de descontrole alimentar, a qual contém 9 itens que avaliam a propensão do indivíduo em perder o controle alimentar mediante presença de fome ou estímulos externos.

Para determinar o grau de cada uma dessas variáveis, foram utilizadas as instruções de classificação fornecidas pelos autores do questionário, para os itens de 1 a 20 há uma escala de quatro pontos e uma escala de classificação numérica de oito pontos para o item 21.

A média de cada uma das variáveis foi calculada e transformada em uma escala de 0 a 100, conforme Stunkard e Messick (1985). Os resultados foram divididos em quartis e classificados como sem presença (1º quartil), leve (2º quartil), moderada (3º quartil) ou intensa (4º quartil).

Foram exploradas as associações entre sintomas de ansiedade e depressão com variáveis demográficas, ocupacionais, alimentares e hábitos de vida. As variáveis demográficas incluídas na análise foram: idade, cor da pele declarada pelos respondentes e se vivia com companheiro. Investigaram-se variáveis relacionadas ao trabalho, tipo de trabalho e carga diária no trabalho.

Foram analisadas as seguintes variáveis, estado nutricional, o qual foi avaliado pelo índice de massa corporal – IMC (peso em kg/altura<sup>2</sup> em m), sendo considerados como eutróficos os alunos com IMC na faixa entre 18,5 e 24,9 kg/m<sup>2</sup> e, como não eutróficos qualquer outro valor fora desta faixa.

Com relação à prática de atividade física, foi perguntado se os indivíduos praticavam atividade física e com que frequência (duração e número de vezes por semana). Com relação às variáveis sobre alimentação, perguntou-se a frequência de consumo de alimentos industrializados (salgadinho, biscoito recheado e refrigerante), fast food e frutas, legumes e verduras.

A análise bruta dos dados foi realizada através do programa SPSS (versão 22.0) por meio do teste chi-quadrado de Pearson. A análise procurou verificar a associação das variáveis demográficas, ocupacionais, alimentares e hábitos de vida com sintomas de ansiedade e depressão. A análise estatística dos dados foi realizada através do programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), versão 22.0. O nível de significância adotado foi de 5%.

O Projeto de Pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FSG sob o número 3.285.878 e todos os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

## RESULTADOS

### Caracterização da Amostra

Considerando os critérios de inclusão, 201 estudantes participaram da pesquisa. Entre os 201 acadêmicos que participaram da pesquisa, 75 acadêmicos (37,5%) apresentaram sintomas de ansiedade e 20 acadêmicos (10%) tem sintomas depressivos.

A área com maior número de questionários respondidos foram os cursos da saúde (38,5%), seguido da área das exatas (37%) e área dos negócios (25%), desses 112 (56%) estão no início do curso e 89 (44%) estão finalizando.

Predominando o sexo feminino com 55,7% do total de acadêmicos; 74,5% dos estudantes tinham de 20-29 anos de idade e 81,1% eram solteiros, divorciados e viúvo. A maior parte exercia atividade remunerada (86,6%) e 73% trabalhavam 7h ou mais por dia (Tabela 1).

Avaliou-se o consumo de alimentos saudáveis (frutas, legumes e verduras, os quais foram classificados como com consumo adequado quando eram consumidos diariamente e não adequados quando seu consumo não era diário, de acordo com o Guia Alimentar para a População Brasileira (BRASIL, 2014).

Com relação ao consumo de frutas, 76% apresentou mostrou inadequação e, 71,1% não tem o consumo adequado de verduras, ainda, avaliando o consumo semanal de alimentos pouco saudáveis, observou-se que 81,1% consomem 2x ou menos fast food, 96,5% ingerem 2x ou menos refrigerantes, 96,5% referem comer 2x ou menos salgadinhos, 91,5% consomem 2x ou menos bolacha recheada e 77% dos estudantes referem fazer atividade física 4 dias ou menos da semana.

A classificação o IMC (Índice de Massa Corporal), mostrou que 115 (59,9%) estudantes eram eutróficos (Tabela 1).

### Fatores associados ao risco de sintomas de ansiedade

A prevalência de sintomas de ansiedade é maior na área da saúde (45,3%) em relação a área dos negócios (29,3%) e exatas (25,3%), tendo significância em relação as outras (p=0,03) (Tabela 2).

**Tabela 1** - Frequências de casos nas variáveis do estudo (demográficas e ocupacionais) nos cursos de Ciências Contábeis, Engenharia de Produção, Engenharia Civil, Enfermagem e Fisioterapia. Caxias do Sul, 2019 (n=201).

Variável	n	%	Variável	n	%
Curso			Frequência consumo frutas		
Enfermagem	39	19,4	Não Adequado	152	76,0
Fisioterapia	38	18,9	Adequado	48	24,0
Ciências Contábeis	50	24,9	Frequência consumo verduras		
Engenharia Civil	30	14,9	Não Adequado	143	71,1
Engenharia de Produção	44	21,9	Adequado	58	28,9
Fase do Curso			Frequência consumo Fast Food		
Início	112	55,7	3x ou mais na semana	9	4,5
Fim	89	44,3	2x ou menos na semana	192	95,5
Sexo			Frequência consumo refrigerante		
Masculino	89	44,3	3x ou mais na semana	38	18,9
Feminino	112	55,7	2x ou menos na semana	163	81,1
Cor da pele			Frequência consumo de salgadinho		
Branca	169	84,1	3x ou mais na semana	7	3,5
Não-Branca	32	15,9	2x ou menos na semana	194	96,5
Idades			Frequência consumo biscoito recheado		
18 - 20 anos	28	14,0	3x ou mais na semana	17	8,5
20 a 29 anos	149	74,5	2x ou menos na semana	183	81,5
30 a 39 anos	20	10,0	Frequência AF		
40 a 49 anos	2	1,0	4 dias ou menos	90	77,6
50 anos ou mais	1	0,5	5 dias ou mais	26	22,4
Estado Civil			Restrição Alimentar Cognitiva (RC)		
Solteiro, divorciado e viúvo	161	81,1	Sem RC	47	23,4
Casado ou em união	38	18,9	RC Leve	92	45,8
Trabalha			RC Moderada	51	25,4
Sim	174	86,6	RC Intensa	11	5,5
Não	27	13,4	Descontrole Alimentar (DA)		
Carga Horária			Sem DA	47	23,3
4 a 6 horas	47	27,0	DA Leve	92	45,8
7 ou mais	127	73,0	DA Moderada	51	25,4
			DA Intensa	11	5,5
			Alimentação Emocional (AE)		
			Sem AE	59	29,6
			AE Leve	94	47,3
			AE Moderada	43	21,6
			AE Intensa	4	1,5

#### Fatores associados ao risco de sintomas depressivos

Foi observado que o sexo feminino (80%) tende a ter mais sintomas depressivos que o sexo masculino ( $p=0,021$ ) (Tabela 2). Com relação ao comportamento alimentar relacionado à presença de sintomas depressivos, observa-se que 5 (25%) dos estudantes apresentavam RC (restrição alimentar cognitiva) leve, 5(25%) RC moderada e 3(15%) RC intensa. No DA (descontrole alimentar), 5 (25%) apresentavam-se com DA leve, 7(35%) DA moderado e 3 (15%) DA intenso (Tabela 3).

#### Fatores associados ao comportamento alimentar

Foram analisadas as variáveis do sexo feminino e masculino associadas ao comportamento alimentar, o teste estatístico foi realizado comparando as prevalências entre homens e mulheres e cujos resultados encontram-se na tabela 4.

Quando se compara homens e mulheres, há diferença estatística com relação às variáveis de comportamento alimentar. Com relação ao descontrole alimentar (DA), os resultados apontaram que este foi maior em mulheres, 51,1% DA leve, 78,4% DA moderado e 78,7% DA intenso. Ainda, das 112 mulheres que responderam o questionário,

36,2% não apresentavam nenhuma alteração no comportamento alimentar, enquanto no sexo masculino a prevalência 63,8% não apresentavam sintomas de DA ( $p=0,000$ ).

Avaliando a alimentação emocional, observa-se o mesmo ( $p=0,028$ ), sendo a maior prevalência encontrada nas mulheres 57,4%

AE leve, 69,8% AE moderada e 66,7% AE intensa. Avaliando sintomas de restrição cognitiva (RC) a variável também se mostrou superior em mulheres ( $p=0,000$ ), 51,1% de RC leve, 78,4% de RC moderada e 72,7% RC intensa, na comparação com os homens ( $p=0,000$ ) (Tabela 4).

**Tabela 2** - Prevalência e valores p para sintomas de ansiedade de acordo relacionados às variáveis analisadas nos cursos avaliados de um Centro Universitário da Serra Gaúcha. Caxias do Sul, 2019 (n=201).

	Nº Sem sintomas de ansiedade (%)	Nº Com sintomas de ansiedade (%)	Qui-Quadrado
Curso			
Área da Saúde	42 (33,6)	34 (45,3)	0,030
Área das Exatas	55 (44)	19 (25,3)	
Área dos negócios	28 (22,4)	22 (29,3)	
Período			
Inicial	67 (53,6)	45 (60)	0,377
Final	58 (46,4)	30 (40)	
Sexo			
Masculino	58 (46,4)	31 (41,3)	0,485
Feminino	67 (53,6)	44 (58,7)	
Trabalho			
Sim	106 (84,8)	67 (89,3)	0,364
Não	19 (15,2)	8 (10,7)	
Raça			
Branca	104 (83,2)	64 (85,3)	0,690
Não branca	21 (16,8)	11 (14,7)	
Estado Civil			
Casado ou em união	104 (83,2)	58 (77,3)	0,306
Solteiro, viúvo ou divorciado	21 (16,8)	17 (22,7)	
Idade			
18 a 20 anos	14 (11,2)	14 (18,9)	0,519
20 a 29 anos	97 (77,6)	51 (68,9)	
30 a 39 anos	12 (9,6)	8 (10,8)	
40 a 49 anos	1 (0,8)	1 (1,4)	
50 ou mais	1 (0,8)	0 (0)	
Turno de trabalho			
Dia	101 (95,3)	65 (97)	0,835
Noite	5 (4,7)	2 (3)	
Carca horária de trabalho			
4 a 6 horas	31 (29,2)	16 (23,9)	0,440
7 horas ou mais	75 (70,8)	51 (76,1)	
Atividade Física			
4 dias ou menos	55 (74,3)	34 (82,9)	0,291
5 dias ou mais	19 (25,7)	7 (17,1)	
Índice de Massa Corporal (IMC)			
Não eutrófico	43 (36,4)	34 (45,9)	0,191
Eutrófico	75 (63,6)	40 (54,1)	
Consumo de verduras e legumes / diário			
Verduras não adequado	87 (69,6)	55 (73,3)	0,573
Verduras adequado	38 (30,4)	20 (26,7)	
Consumo de frutas / diário			
Frutas não adequado	92 (73,6)	59 (79,7)	0,329
Frutas adequado	33 (26,4)	15 (20,3)	
Consumo de refrigerante			
3x ou mais na semana	25 (20)	13 (17,3)	0,642
Menos de 2x na semana	100 (80)	62 (82,7)	
Consumo de Fast Food			
3x ou mais na semana	6 (4,8)	3 (4)	0,792
Menos de 2x na semana	119 (95,2)	72 (96)	

Consumo de Salgadinho			
3x ou mais na semana	4 (3,2)	3 (4)	0,766
Menos de 2x na semana	121 (96,8)	72 (96)	
Consumo de Biscoito recheado			
3x ou mais na semana	12 (9,6)	5 (6,8)	0,488
Menos de 2x na semana	113 (90,4)	69 (93,2)	
Restrição cognitiva			
Sem RC	30 (24)	17 (22,7)	0,831
RC leve	55 (44)	36 (48)	
RC moderada	34 (27,2)	17 (22,7)	
RC intensa	6 (4,8)	5 (6,7)	
Descontrole alimentar			
Sem DA	30 (24)	17 (22,7)	0,831
DA leve	55 (44)	36 (48)	
DA moderada	34 (27,2)	17 (22,7)	
DA intensa	6 (4,8)	5 (6,7)	
Alimentação emocional			
Sem AE	38 (30,6)	21 (28,4)	0,986
AE leve	58 (46,8)	36 (48,6)	
AE moderada	26 (21)	16 (21,6)	
AE intensa	2 (1,6)	1 (1,4)	

**Tabela 3** - Prevalência e valores p para sintomas de depressão de acordo relacionados às variáveis analisadas nos cursos avaliados de um Centro Universitário da Serra Gaúcha, Caxias do Sul, 2019 (n=201).

	Nº Sem sintomas depressivos (%)	Nº Com sintomas depressivos (%)	Qui-quadrado
Curso			
Área da Saúde	68 (37,6)	9 (45)	0,237
Área das Exatas	70 (38,7)	4 (20)	
Área dos negócios	43 (23,8)	7 (35)	
Período			
Inicial	101 (55,8)	11 (55)	0,941
Final	80 (44,2)	9 (45)	
Sexo			
Masculino	85 (47)	4 (20)	0,021
Feminino	96 (53)	16 (80)	
Raça			
Branca	151 (83,4)	18 (90)	0,446
Não branca	30 (16,6)	2 (10)	
Estado civil			
Casado ou em união	146 (80,7)	17 (85)	0,638
Solteiro, viúvo ou divorciado	35 (19,3)	3 (15)	
Faixa etária			
18 a 20 anos	25 (13,8)	3 (15,8)	0,350
20 a 29 anos	135 (74,6)	14 (73,7)	
30 a 39 anos	19 (10,5)	1 (5,3)	
40 a 49 anos	1 (0,6)	1 (5,3)	
50 ou mais	1 (0,6)	0 (0)	
Trabalho			
Sim	158 (87,3)	16 (80)	0,364
Não	23 (12,7)	20 (20)	
Turno de trabalho			
Dia	151 (95,6)	16 (100)	0,390
Noite	7 (4,4)	0 (0)	
Carca horária de trabalho			
4 a 6 horas	41 (25,9)	6 (37,5)	0,0321
7 horas ou mais	117 (74,1)	10 (62,5)	
Frequência AF			
4 dias ou menos	83 (77,6)	7 (77,8)	0,989
5 dias ou mais	24 (22,4)	2 (22,2)	

IMC				
Eutrófico	104 (59,1)	11 (64,7)		0,652
Não eutrófico	72 (40,9)	6 (35,3)		
Consumo de verduras e legumes / diário				
Verduras não adequado	130 (71,8)	13 (65)		0,523
Verduras adequado	51 (28,2)	7 (35)		
Consumo de frutas / diário				
Frutas não adequado	135 (75)	17 (85)		0,321
Frutas adequado	45 (25)	3 (15)		
Consumo de refrigerante				
3x ou mais na semana	36 (19,9)	2 (10)		0,284
Menos de 2x na semana	145 (80,1)	18 (90)		
Consumo de Fast Food				
3x ou mais na semana	8 (4,4)	1 (5)		0,905
Menos de 2x na semana	173 (95,3)	19 (95)		
Consumo de biscoito recheado				
3x ou mais na semana	16 (8,9)	1 (5)		0,554
Menos de 2x na semana	164 (91,1)	19 (95)		
Restrição cognitiva				
Sem RC	42 (23,2)	5 (25)		0,085
RC leve	87 (48,1)	5 (25)		
RC moderada	44 (24,3)	7 (35)		
RC intensa	8 (4,4)	3 (15)		
Descontrole alimentar				
Sem DA	42 (23,2)	5 (25)		0,085
DA leve	87 (48,1)	5 (25)		
DA moderada	44 (24,3)	7 (35)		
DA intensa	8 (4,4)	3 (15)		
Alimentação emocional (AE)				
Sem AE	55 (30,7)	4 (20)		0,449
AE leve	84 (46,9)	10 (50)		
AE moderada	38 (21,2)	5 (25)		
AE intensa	2 (1,1)	1 (5)		

**Tabela 4** - Análise realizada com a variáveis sexo feminino e masculino, associadas ao comportamento alimentar. Caxias do Sul, 2019 (n=201).

	Sem Sintomas n (%)	Leve n (%)	Moderada n (%)	Intensa n (%)	Qui- quadrado n (%)
Descontrole Alimentar (DA)					
Masculino	30 (63,8)	45 (48,9)	11 (21,6)	3 (27,3)	0,000
Feminino	17 (36,2)	47 (51,1)	40 (78,4)	8 (78,7)	
Alimentação Emocional (AE)					
Masculino	35 (59,3)	40 (42,6)	13 (30,2)	1 (33,3)	0,028
Feminino	24 (40,7)	54 (57,4)	30 (69,8)	2 (66,7)	
Restrição Cognitiva (RC)					
Masculino	30 (63,8)	45 (48,9)	11 (21,6)	3 (27,3)	0,000
Feminino	17 (36,3)	47 (51,1)	40 (78,4)	8 (72,7)	

## DISCUSSÃO

O universitário é exposto a diferentes situações de sintomas de ansiedade e depressão no cotidiano acadêmico, tanto pela exigência do curso, devido à grande quantidade de disciplinas a serem cursadas, como concorrência que enfrentará no mercado de trabalho e familiares e amigos que

acrescentaram o temor do fracasso profissional e prestígio. Este estudo procurou buscar a sintomatologia de ansiedade e depressão em acadêmicos de diferentes cursos, são eles: área das exatas, negócios e da saúde.

Entre os 201 acadêmicos que participaram da pesquisa 37,5% apresentaram sintomas de ansiedade e 10% sintomas



depressivos. Valores semelhantes aos encontrados no estudo realizado por Tabalipa e colaboradores (2015) onde a prevalência de ansiedade foi de 35,5%, e de depressão de 32,8% entre acadêmicos do curso de medicina. Por outro lado, a prevalência de sintomas ansiosos de 973 estudantes universitários da cidade de Cartagena, na Colômbia, foi de 76,2% (Vergara, Cárdenas, Martinez, 2014).

No trabalho de Serra, Dinato, Caseiro (2015), com amostra de 657 alunos do curso de medicina, realizada na cidade de Santos, foi demonstrado que 21% dos estudantes apresentaram sintomas de ansiedade.

No presente estudo a prevalência de sintomas depressivos e de ansiedade foi superior na área da saúde, sendo que na área das exatas a prevalência foi inferior comparada a outras áreas, conforme estudo de Bravo e colaboradores (2013), no qual foi avaliado a presença de sintomas depressivos e de ansiedade entre diferentes cursos, o curso com maior nível de ansiedade foi odontologia com média de 14,74 pontos no escore, já no estudo de Abrão, Coelho e Passos (2008) foi observado que 79% dos estudantes de medicina da Universidade Federal de Uberlândia tem sintomas depressivos.

A prevalência de sintomas depressivos foi mais elevada no sexo feminino. Fato que também foi observado por Leão e colaboradores (2018), no estudo, realizado com estudantes universitários, os sintomas de depressão eram mais elevados no sexo feminino.

Tabalipa e colaboradores (2015), mostraram que as mulheres apresentaram prevalência de ansiedade 14% maior e prevalência de depressão 16% maior em relação aos homens.

Várias razões poderiam explicar elevações de depressão e ansiedade, em mulheres em comparações aos homens, entre elas liberdade social para expressões de sentimentos, maior exposição a situações de risco para depressão e fatores fisiológicos e hormonais (Andrade, Viana, Silveira, 2006).

Com relação ao comportamento alimentar, entre os alunos que apresentaram sintomas depressivos, 7 (35%) apresentaram restrição cognitiva (RC) moderada, 3 (15%) tem RC intensa e 7 (35%).

Avaliando descontrole alimentar (DA), 3 (15%) DA intensa. Bittencourt e colaboradores (2012) encontraram em seu

estudo associação positiva entre os escores de compulsão alimentar e gravidade dos sintomas de ansiedade e sintomas de depressão com significância estatística, sendo que, 54,8% das 113 mulheres que participaram do estudo, apresentaram episódios de compulsão alimentar.

Estudo realizado no estado de Pernambuco, com 276 universitários, observou-se que 21 estudantes tinham risco para transtornos alimentares, 4,4% obtiveram presença de comportamento alimentar compulsivo (Silva e colaboradores, 2018).

Usando as variáveis do sexo feminino e masculino, associadas ao comportamento alimentar, podemos avaliar que, é muito mais elevado no sexo feminino, a questão de restrição, descontrole alimentar e alimentação emocional, comparado aos homens.

Estudo feito em Cuiabá em Mato Grosso do Sul, analisou que a prevalência estimada de episódios de compulsão alimentar no grupo estudado foi de 24,6%, sendo maior no sexo feminino (31%) (Pivetta, Regina, Silva, 2010).

Observou-se no presente estudo que 34 (82,9%) dos universitários com sintomas de ansiedade, fazem 4 dias ou menos atividades físicas na semana, sendo que estudos relatam menos sintomas de ansiedade e depressão para quem faz mais atividades físicas, segundo Minghelli e colaboradores (2013), a redução dos sintomas de depressão e de ansiedade por meio do exercício físico pode ser justificada devido ao aumento de hormônios como catecolaminas, ACTH, vasopressina,  $\beta$ -endorfina, dopamina, serotonina e pela ativação de receptores específicos e redução da viscosidade sanguínea, propiciando assim um efeito analgésico e tranquilizante, tendo efeito relaxante após o exercício.

## CONCLUSÃO

Assim, este estudo apontou que o sexo feminino é mais susceptível a presença de estresse, depressão e alterações comportamentais relacionadas à alimentação.

Ainda, que alunos de cursos da área da saúde apresentam maiores prevalências de sintomas de ansiedade e depressão.

A entrada na faculdade ou estar na fase final de curso não mostraram ser fatores associados a sintomas de ansiedade, depressão ou mesmo de alterações no comportamento alimentar.

Foi possível observar também que a maioria dos acadêmicos apresentava inadequação no consumo de frutas, legumes e verduras.

Este estudo foi importante pois evidencia a importância de elaboração de estratégias que visem a redução destas prevalências entre essa população.

## REFERÊNCIAS

1-Adlaf, E. M.; Gliksman, L.; Demers, A.; Newton-Taylor B. The prevalence of elevated psychological distress among canadian undergraduates: Findings from the 1998 Canadian campus survey. *Journal of the American College Health Association*. Vol. 50. Num. 2. 2001. p. 67-72.

2-Abrão, C.B.; Coelho, E.P.; Passos, L.B.S. Prevalência de sintomas depressivos entre estudantes de medicina da Universidade Federal de Uberlândia. *Rev. Bras. Educ. Med*. Vol. 32. Num. 3. 2008. p.315-23.

3-APA. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-V). American Psychiatric Association. Arlington. VA. 2013.

4-Andrade, L.H.S.G.; Viana, M.C.; Silveira, C.M. Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos da mulher. *Rev Psiq Clin*. Vol. 32. Num. 2. 2006. p. 43-54.

5-Avanci, J. Q.; Assis, S. G.; Oliveira, R. V. C. Sintomas depressivos na adolescência: estudo sobre fatores psicossociais em amostra de escolares de um município do Rio de Janeiro, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro. Vol. 24. Num. 10. 2008. p. 2334-2346.

6-Bittencourt, S. A.; Santos, P.L.; Moraes, J.F.D.; Oliveira, M.S. Anxiety and depression symptoms in women with and without binge eating disorder enrolled in weight loss programs. *Trends Psychiatry Psychother*. Vol. 34. Num. 2. 2012. p.87-92.

7-Botega, N. J.; Bio, M.R.; Zomignani, M.A.; Garcia Jr, C.; Pereira, W.A.B. Transtornos do humor em enfermaria de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. *Revista de saúde pública*. Vol. 29. Num. 5. 1995. p. 355-363.

8-Bravo, A.; Felix, A.K.; Neves, B.G.; Rodrigues, C.B.; Ribeiro, C.C.B.; Canejo, D.; Coelho, D.; Sampaio, D.; Esteves, I.M.; Silva, J. A.; Marotta, L.; Rosa, M.S.; Ribeiro, M. Y.; Santos, N. S.; Barbosa, T.B.; Silva, T.M.; Brito, T.M.; Santos, V.C.; Lima, V.; Saltoris, W.P. Níveis de ansiedade e depressão em graduandos da universidade do Rio de Janeiro (UERJ). *Encontro: Revista de Psicologia*. Vol. 16. Num. 25. 2013. p. 163-175

9-Calais, S. L.; Carrara, K.; Batista, K.; Yamada, J.K.; Oliveira, J.R.S. Stress entre calouros e veteranos de jornalismo. *Estudos de Psicologia*. Vol. 24. Num. 1. 2007. p. 69-77.

10-Campos, J. R.; Del Prette, Z.A.P. Del Prette, A. Relações entre depressão, habilidades sociais, sexo e nível socioeconômico em grandes amostras de adolescentes. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. Vol. 34. 2018. p. 1-10.

11-Carvalho, A. M.; Piovezan, L.G.; Selem, S.S. De C.; Mara Fisberg, R.M.; Marchioni, D.M.L. Validation and calibration of self-reported weight and height from individuals in the city of São Paulo. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. Vol. 17. Num 3. 2014. p. 735-746.

12-Cestari, V. R. F.; Barbosa, I.V.; Florêncio, R.S.; Pessoa, V.L.M.P.; Moreira, T.M.M. Estresse em estudantes de enfermagem: estudo sobre vulnerabilidades sociodemográficas e acadêmicas. *Acta Paulista de Enfermagem*. São Paulo. Vol. 30. Num. 2. 2017. p. 190-196.

13-Choueiry, N.; Salamoun, T.; Jabbour, H.; El Osta, N.; Hajj, A.; Khabbaz, R. Insomnia and relationship with anxiety in university students: A cross-sectional designed study. *PLoS ONE*. vol. 11. num. 2. 2016. p. 1-11.

14-Dázio, E. M. R.; Zago, M. M. F.; Fava, S. M. C. L. Use of alcohol and other drugs among male university students and its meanings. *Revista da Escola de Enfermagem*. São Paulo. Vol. 50. Num. 5. 2016. p. 785-791.

15-Deasy, C.; Coughlan, B.; Pironom, J.; Jourdan, D.; Mcnamara, P.M. Psychological distress and coping amongst higher education students: A Mixed method enquiry. *PLoS ONE*. Vol. 9. Num. 12. 2014. p. 1-23.

16-Fortenberry, J. D. Socioeconomic status, schools, and adolescent depression: progress in the social epidemiology of adolescent health. *The Journal of pediatrics*. Vol. 143. Num. 4. 2003. p. 427-9.

17-González, C.; Kearney, C.A.; Jiménez-Ayala, C.E.; Sanmartín, R.; Vicent, M.; Inglés, C.J.; García-Fernández, J.M.; Functional profiles of school refusal behavior and their relationship with depression, anxiety, and stress. *Psychiatry Research*. Vol. 269. 2018. p.140-144.

18-Guassi-Moreira, J. F.; Telzer, E. H. Changes in family cohesion and links to depression during the college transition. *Journal of Adolescence*. Vol. 43. 2015. p. 72-82.

19-January, J.; Madhombrio, M.; Chipamaunga, S.; Ray, S.; Chingono, A.; Abas, M. Prevalence of depression and anxiety among undergraduate university students in low- and middle-income countries: a systematic review protocol. *Systematic reviews*. Vol. 7. Num. 1. 2018. p. 57.

20-Kessler, R. C. Berglund, P.; Demler, O.; Jin, R.; Koretz, D.; Merikangas, K.R.; Rush, A.J.; Walters, E.E.; Wang, P.S.; The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *JAMA*. Vol. 289. Num. 23. 2003. p. 3095-3105.

21-Leão, A.M.; Gomes, I.P.; Ferreira, M.J.M.; Cavalcanti, L.P.G. Prevalência e fatores associados a depressão e ansiedade entre estudantes universitários da área da saúde de um centro urbano no Nordeste do Brasil. *Rev. Brasileira de Educação Médica*. Vol. 42. Num. 4. 2018. p. 55-65.

22-Milojevich, H. M.; Lukowski, A. F. Sleep and mental health in undergraduate students with generally healthy sleep habits. *PLoS ONE*. Vol. 11. Num. 6. 2016. p. 1-14.

23-Minghelli, B.; Tomé, B.; Nunes, C.; Neves, A.; Simões, C. Comparação dos níveis de ansiedade e depressão entre idosos ativos e sedentários. *Revista de Psiquiatria Clínica*. Vol. 40. Num. 2. 2013. p. 71-76.

24-Nakai, Y.; Nin, K.; Fukushima, M.; Nakamura, K.; Noma, S.; Teramukai, S.;

Taniguchi A.; Wonderlich, S. Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q): Norms for undergraduate Japanese women. *European Eating Disorders Review*. Vol. 22. Num. 6. 2014. p. 439-442.

25-Natacci, L. C.; Ferreira Júnior, M. The three factor eating questionnaire - R21: tradução para o português e aplicação. *Revista de Nutrição Campinas*. Campinas. Vol. 24. Num. 3. 2011 p. 383-394.

26-O' Brien, P. M. S.; Bäckström, T.; Brown, C.; Dennerstein, L.; Endicott, J.; Epperson, C.N.; Eriksson, E.; Freeman, E.; Halbreich, U.; Ismail, K.M.K.; Panay, N.; Pearlstein, T.; Rapkin, A.; Reid, R.; Schmidt, P.; Steiner, M.; Studd, J.; Yonkers, K. Towards a consensus on diagnostic criteria, measurement and trial design of the premenstrual disorders: the ISPMO Montreal consensus. *Archives of women's mental health*. Vol. 14. Num. 1. 2011. p. 13-21.

27-Ozdemir, U.; Tuncay, T. Correlates of loneliness among university students. *Child and adolescent psychiatry and mental health*. Vol. 2. Num. 1. 2008. p. 29. 2008.

28-Pivetta, L. A.; Regina, M. V.; Silva, G. Compulsão alimentar e fatores associados em adolescentes de Cuiabá, Mato Grosso, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro. Vol. 26. Num.2. 2010. p.337-346

29-Ribeiro, V. S.; Rosa, R.S.; Sanches, G.J.C.; Ribeiro, I.J.S.; Cassotti, C.A. Calidad de vida y depresión en idosos en el contexto domiciliar. *Revista Enfermería Actual*. Vol. 34. 2018. p.1-14.

30-Saleh, D.; Camart, N.; Sbeira, F.; Romo, L. Can we learn to manage stress? A randomized controlled trial carried out on university students. *PloS one*. Vol. 13. Num. 9. 2018 p. e0200997.

31-Santos, J. J. A.; Saracini, N.; Silva, W.C.; Guilherme, J.H.; Costa, T.M.; Gonçalves, E Silva, A. Estilo de vida relacionado à saúde de estudantes universitários: comparação entre ingressantes e concluintes. *ABCS Health Sciences*. Vol. 38. Num. 3. 2014. p. 133-141.

32-Silva, G.A.; Ximenes, R.C.C.; Pinto, T.C.C.; Cintra, J.D. S.; Santos, A.V.; Nascimento, V.S. Consumo de formulações emagrecedoras e

risco de transtornos alimentares em universitários de cursos de saúde. J. Brasileiro de Psiquiatria. Vol. 67. Num. 4. 2018. p.239-246.

33-Serra, R. D.; Dinato, S. L. M.; Caseiro, M. M. Prevalence of depressive and anxiety symptoms in medical students in the city of Santos. J. bras. psiquiatr. Vol. 64. Num. 3. 2015. p. 213-220.

34-Stallman, H. M. Psychological distress in university students: A comparison with general population data. Australian Psychologist. Vol. 45. Num. 4. 2010. 249-257.

35-Stunkard, A.; Messick, S. Three Factor Eating Questionnaire to measure dietary restraint, disinhibition and hunger. J Psychosom Res. Vol 29. Num. 1. 1985. p. 71-83.

36-Tabalipa, F. O.; Souza, M. F.; Pfützenreuter, G.; Lima, V. C.; Traebert, E.; Traebert, J. Prevalence of Anxiety and Depression among Medical Students. Rev. bras. educ. med. Vol. 39. Num. 3. 2015. p. 388-394.

37-Vergara, K. M. A.; Cárdenas, S. D.; Martínez, F. G. Síntomas de depresión y ansiedad en jóvenes universitarios: prevalencia y factores relacionados. Rev Clín Med Fam. Vol. 7. Num. 1. 2014. p.14-22.

38-Walsh, J. M.; Feeney, C.; Hussey, J.; Donnellan, C. Sources of stress and psychological morbidity among undergraduate physiotherapy students. Physiotherapy. Vol. 96. Num. 3. 2010. p. 206-212.

39-Wechsler, H.; Lee, J.E.; Kuo, M.; Lee, H. College binge drinking in the 1990s: A continuing problem results of the harvard school of public health 1999 college alcohol study. Journal of the American College Health Association. Vol. 48. Num. 5. 2000. p.199-210.

40-Zigmond, A. S.; Snaith, R. P. The hospital anxiety and depression scale. Acta psychiatrica Scandinavica. Vol. 67. Num. 6. 1983. p. 361-370.

41-Zivin, K.; Eisenberg, D.; Gollust, S.E.; Golbertstein, E. Persistence of mental health problems and needs in a college student

population. Journal of affective disorders. Vol. 117. Num. 3. 2009. p. 180-185.

Recebido para publicação em 20/06/2019  
 Aceito em 07/06/2020