

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

PSICOLOGIA CLÍNICA E DA SAÚDE

Depressão e Ansiedade no Ensino Superior: Estudo Comparativo entre Estudantes Universitários

André Filipe Rodrigues da Rocha

M

2018



Universidade do Porto

Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

**DEPRESSÃO E ANSIEDADE NO ENSINO SUPERIOR: ESTUDO
COMPARATIVO ENTRE ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS**

André Filipe Rodrigues da Rocha

Novembro 2018

Dissertação apresentada no Mestrado Integrado de Psicologia,
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do
Porto, orientada pelo Professor Doutor **António Abel Pires** (FPCEUP).

AVISOS LEGAIS

O conteúdo desta dissertação reflete as perspectivas, o trabalho e as interpretações do autor no momento da sua entrega. Esta dissertação pode conter incorreções, tanto conceptuais como metodológicas, que podem ter sido identificadas em momento posterior ao da sua entrega. Por conseguinte, qualquer utilização dos seus conteúdos deve ser exercida com cautela.

Ao entregar esta dissertação, o autor declara que a mesma é resultante do seu próprio trabalho, contém contributos originais e são reconhecidas todas as fontes utilizadas, encontrando-se tais fontes devidamente citadas no corpo do texto e identificadas na secção de referências. O autor declara, ainda, que não divulga na presente dissertação quaisquer conteúdos cuja reprodução esteja vedada por direitos de autor ou de propriedade industrial.

Resumo

A pouca literatura existente sobre a prevalência de quadros depressivos e ansiosos na população estudantil aponta para uma incidência elevada de níveis clínicos de sintomatologia associada a estas perturbações. No entanto, existe pouca informação epidemiológica que nos permita ter uma visão exata da saúde mental dos estudantes universitários, tanto em Portugal como em países estrangeiros. Este ponto cego dificulta qualquer acção de prevenção ou intervenção eficaz, impossibilita a descoberta de qualquer continuidade entre Ensino Secundário, Ensino Superior e entrada no mercado de trabalho, e aumenta o risco de futuros profissionais desenvolverem quadros clínicos mais severos devido à falta de qualquer intervenção prévia num período crítico da sua vida. Isto afigura-se como um risco não só para o próprio, como também para terceiros, especialmente para futuros profissionais médicos. O objectivo deste estudo será realizar uma análise transversal do corpo estudantil da Universidade do Porto, de forma a obter dados epidemiológicos fiáveis sobre quadros clínicos de depressão e ansiedade na actualidade nos diversos cursos universitários e anos de inscrição.

Palavras-Chave: Depressão, Ansiedade, Stress, Ideação Suicida, Ensino Superior, Estudantes Universitários, Universidade do Porto, Epidemiologia

Abstract

The little literature available on the prevalence of clinical depression and anxiety in students points towards a high incidence of clinical levels of symptoms associated with these disorders. However, there is very little epidemiologic data available, which would allow us to have an exact view of the status of mental health of university students, both in Portugal and abroad. This blind spot makes any effective intervention or preventative action difficult, makes it impossible to determine a continuity of symptoms between Secondary Education, Higher Education and a future entry into the workforce, and increases the risk for future professionals developing more severe mental conditions due to not receiving adequate help in a critical period in their life. This becomes a risk, not just for the person, but for others as well, especially in the case of medical professionals. The goal of this study will be to conduct a cross-sectional study of the student body of the University of Porto, in order to obtain reliable epidemiologic data on clinical depression and anxiety in various university degrees and enrollment years.

Keywords: Depression, Anxiety, Stress, Suicidal Ideation, Higher Education, University Students, University of Porto, Epidemiology

Índice

Introdução	1
Estudo Empírico	9
1. Metodologia	9
1.1. Participantes	9
1.2. Instrumentos utilizados	9
1.2.1. Inventário de Avaliação Clínica da Depressão.....	10
1.2.2. Escalas de Ansiedade, Depressão e Stress de 21 Itens.....	10
1.2.3. Center For Epidemiologic Studies – Depression Scale.....	10
1.2.4. Suicidal Behaviors Questionnaire – Revised	11
1.3. Procedimento.....	11
2. Resultados	11
3. Discussão.....	15
4. Conclusão.....	17
Referências Bibliográficas	20

Introdução

O estudo dos efeitos da ansiedade, stress (especialmente stress ocupacional), *burnout* e depressão em profissionais de saúde em Portugal é muito reduzido, com poucas investigações realizadas a nível nacional para determinar a sua incidência e epidemiologia; aliás, a grande maioria dos estudos realizados para este efeito centram-se nos utentes do Serviço Nacional de Saúde, ou na população em geral, deixando para trás informação crucial acerca de uma das classes profissionais mais importantes na prestação de cuidados médicos à população. Esta falta de dados foi já apontada em estudos anteriores (Melo, Gomes, & Cruz, 1997), com os poucos estudos existentes atualmente focando-se no stress ocupacional e *burnout*, e não noutras áreas, dificultando a análise do impacto da depressão e outras condições psicológicas nesta população. Porém, os poucos dados relevantes a esta temática apontam para uma tendência preocupante a nível nacional.

Um estudo realizado entre 2011 e 2013 com médicos e enfermeiros portugueses (Marôco et al., 2016) no âmbito da incidência do *burnout* revelou que, a nível nacional, aproximadamente 21,6% dos profissionais de saúde apresentaram *burnout* moderado, e 47,8% apresentaram *burnout* elevado; em alguns dos distritos, o nível de incidência de *burnout* elevado em enfermeiros atingiu os 50% (o estudo aponta como principal preditor do *burnout* a percepção individual de más condições de trabalho). Já num outro estudo envolvendo médicos e enfermeiros, numa amostra (admitidamente reduzida) de 88 profissionais, 55% apresentavam risco reduzido de *burnout*, 30% risco moderado, 13% risco elevado, e apenas 3% apresentavam realmente *burnout* (S. M. Pereira et al., 2014); embora os profissionais em estado de *burnout* eram uma minoria, mais de metade estavam em risco moderado-alto de desenvolver esta condição. Estes números altos são alarmantes tendo em conta não só a potencial sintomatologia do *burnout* mas também os deveres profissionais da classe médica (Shanafelt et al., 2012), já que o desgaste provocado pelo *burnout* pode variar desde “simples” sintomas físicos como tonturas, cefaleias frequentes e dificuldades de sono, até complicações do foro psicológico como o aumento da ansiedade, irritabilidade e raiva, podendo em casos extremos conduzir a um quadro depressivo, e até mesmo suicídio (Wall et al., 2014). As consequências para a saúde física e mental dos profissionais de saúde são óbvias, mas tendo em conta a sua área de trabalho, os riscos do *burnout* nestes indivíduos estendem-se para além deles próprios; trabalhadores que sofrem

desta condição tendem a apresentar uma menor qualidade de desempenho profissional, com uma taxa mais elevada de absentismo e erro médico, assim como um aumento nos conflitos interpessoais, não só com colegas de trabalho, mas também com família e amigos (Schaufeli, Leiter, & Maslach, 2009) (Goldberg et al., 1996). Isto maximiza o risco para utentes do serviço médico, que terão de lidar com um atendimento de qualidade abaixo do normal e com um potencial de erro e negligência maior do que o que seria esperado numa população sem *burnout*. Um outro estudo realizado com médicos de família, entre 2010 e 2011 (Marcelino et al., 2012), segue na mesma linha de resultados: 25,3% da amostra apresentou valores elevados de exaustão emocional, 16,2% valores elevados de despersonalização, e 16,7% apresentaram valores baixos de auto-realização. 4% dos médicos de família apresentaram valores altos nas três escalas, 32,4% apresentaram valores altos em apenas duas, e 13,5% apenas numa. Embora os resultados estejam abaixo daqueles obtidos noutros países, continuam a ser preocupantemente altos. Já um outro estudo, este direcionado para o stress ocupacional (M. d. C. d. M. Silva & Gomes, 2009) revelou que, numa amostra de 155 profissionais de saúde, 29% apresentaram sinais moderados de stress ocupacional, e 15% sinais elevados, com 5,8% dos profissionais apresentando queixas ao nível da exaustão emocional, 1,9% problemas ao nível da realização pessoal e apenas 0,6% problemas ao nível da despersonalização, valores que contrastam com outros apresentados acima.

Já no campo da ansiedade e depressão, menos dados ainda se apresentam; de facto, um tema constante em investigações portuguesas é a constatação da falta destes mesmos dados, tornando-se quase (se não mesmo) impossível o estabelecimento de um panorama válido acerca da saúde mental da classe profissional médica em Portugal fora de investigações sobre o stress ocupacional e *burnout* (este problema estende-se ao resto da população. De facto, uma meta-análise realizada em 2005 (Gusmão, Xavier, Heitor, Bento, & Almeida, 2005) aponta mesmo para a completa falta de dados epidemiológicos fiáveis sobre perturbações depressivas não só na população em geral, como também na classe médica). E, no entanto, estes quadros ansiosos e depressivos também se afiguram como um risco para o desempenho profissional, não só em médicos, como também em outros profissionais, levando a maiores taxas de absentismo, uma maior incapacidade de lidar com condições de trabalho que necessitem de uma maior gestão de tempo de recursos, mais dificuldade na gestão de conflitos e relações interpessoais e na realização de tarefas físicas; estas dificuldades não só afectam o desempenho profissional dos trabalhadores,

mas acabam, também, por se tornarem um prejuízo não-insignificante para as próprias entidades patronais (Lerner et al., 2010).

Dada a escassez de dados a nível nacional, a melhor maneira de tentar obter dados comparativos será olhar para países estrangeiros e tentar identificar um padrão em investigações existentes, o que também se afigura como difícil dada a relativa escassez de dados recentes sobre a classe médica em particular. Num estudo realizado na Grã-Bretanha (Caplan, 1994), uma amostra de pessoal médico e supervisores foi submetida ao GHQ (*General Health Questionnaire*) e à HADS (*Hospital Anxiety and Depression Scale*). Dentro da amostra, de um total de 257 *general practitioners* (comparáveis a médicos de clínica geral), 140 (55% da amostra) obtiveram um score igual ou superior a 8 na sub-escala de ansiedade da HADS, e 76 (30%) obtiveram um score acima de 10. Ademais, 69 (27% da amostra) obtiveram um score igual ou superior a 8 na sub-escala de depressão da HADS, e 28 (11%) obtiveram um score acima de 10. Mais preocupante ainda, 36 destes médicos (14% da amostra) relataram ideação suicida. Este estudo veio em seguimento a outro realizado também na Grã-Bretanha (Firth-Cozens, 1987), onde uma amostra de 170 *junior house officers* (o equivalente a um médico interno em Portugal) foi submetida ao *General Health Questionnaire* (GHQ), à *Symptom Check List Depression Scale* e à *Emotion and Empathy Scales*. Este último estudo revelou uma incidência elevada de perturbação emocional, stress, stress ocupacional e ideação suicida na amostra, especialmente num grupo extra de médicos internos que não tinham respondido à primeira ronda de questionários. Já uma outra investigação, mais recente (Newbury-Birch & Kamali, 2001), revelou que numa amostra de 145 médicos internos, 36 obtiveram um score acima de 4 no *General Health Questionnaire*, 29 obtiveram um score acima de 8 na sub-escala de ansiedade da HADS, e 7 obtiveram um score acima de 8 na sub-escala de depressão da HADS. Já um estudo exploratório num hospital militar no Paquistão (Atif, Khan, Ullah, Shah, & Latif, 2016) encontrou não só uma alta incidência de ansiedade e depressão numa amostra de médicos, como também identificou uma relação significativa entre ansiedade e o sexo, com indivíduos do sexo feminino apresentando, em média, valores mais elevados na sub-escala de ansiedade da HADS do que indivíduos do sexo masculino. Por fim, Firth-Cozens (Firth-Cozens, 1998) apresenta não só um estudo que corrobora este padrão, mas aponta também para diversas outras investigações realizadas na América do Norte e Grã-Bretanha que, na sua totalidade, apontam para a prevalência de ansiedade e depressão na classe profissional médica.

Como mencionado acima, a sintomatologia associada ao stress, à ansiedade e à depressão apresenta-se como um entrave significativo para o bom funcionamento do indivíduo, tanto ao nível físico como psicológico; quando se trata de indivíduos cuja profissão revolve à volta da prestação de cuidados de saúde a terceiros, os riscos deixam de estar confinados ao próprio e afiguram-se como um potencial risco substancial para os utentes dos serviços de saúde, derivado da redução da qualidade do serviço e aumento de risco de erro médico. O facto de não existirem dados fiáveis e recentes acerca da incidência destas condições em Portugal é tão alarmante como os poucos dados que existem, já que estes apontam na mesma direcção que estudos semelhantes realizados noutros países: a classe profissional médica apresenta níveis elevados de stress ocupacional, *burnout*, ansiedade e depressão, em vários pontos da sua carreira, algo que não parece ter mudado ao longo do tempo.

No entanto, um dos factores ainda não muito explorados é a progressão temporal destas perturbações; nomeadamente, se estas se desenvolvem apenas e somente durante o percurso profissional, ou se estarão presentes já desde o período de instrução académica em Medicina, agravando-se (ou não) ao longo do tempo. Mais ainda, se os estudantes de Medicina no Ensino Superior se encontram numa posição mais vulnerável e propensa ao desenvolvimento destas perturbações psicológicas do que os estudantes pertencentes a outros cursos universitários. Para este fim, um estudo longitudinal que incidisse sobre estudantes de Medicina durante o seu percurso académico e entrada para o mercado de trabalho seria o mais apropriado para retirar conclusões válidas acerca deste processo; no entanto, a falta de informação e estudos realizados nesta área é, também, altamente reduzida, embora se encontrem alguns exemplos. Um estudo longitudinal realizado na Universidade do Minho revelou que, embora a prevalência de depressão clínica variasse entre os 12.7% e 21.5% na população estudantil, foi verificada uma tendência *descendente* nos resultados das escalas utilizadas para a avaliação da depressão, sugerindo que, em vez de se agravarem, os quadros depressivos tornar-se-iam menos severos com o tempo (V. Silva et al., 2017). Estes dados vão contra a (pouca) literatura existente sobre este tema, que aponta na direcção oposta; um estudo realizado na Universidade do Novo México aponta para um crescimento das preocupações acerca da própria saúde ao longo do tempo numa amostra de alunos de Medicina, assim como ansiedade relacionada com o desempenho académico (Roberts, Warner, & Trumpower, 2000). Já uma outra investigação realizado na Suécia, na Karolinska Institutet, aponta para uma tendência semelhante, com níveis elevados de ansiedade e depressão ao longo do percurso académico

dos estudantes, com os estudantes de 1º Ano, em particular, apresentando queixas significativas acerca da pressão sob a qual se encontravam (Dahlin, 2005), com uma outra investigação realizada na Universidade de Cambridge, com recurso à HADS-D, aponta para um potencial agravamento de quadros depressivos pré-existentes ou em risco de desenvolvimento ao longo do percurso académico em estudantes de Medicina (Quince, Wood, Parker, & Benson, 2012). Estes dados apontam para uma tendência para quadros sintomatológicos existentes em alunos de Medicina ou se agravarem ao longo do seu percurso académico, ou, na melhor das hipóteses, se manterem relativamente estáveis; no entanto, o estudo realizado na Universidade do Minho aponta para uma direcção diferente, indicando que a temática necessita, ainda, de um maior aprofundamento.

Mesmo numa análise mais transversal, a literatura existente aponta no mesmo sentido que as investigações já apresentadas: num estudo realizado na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (Loureiro, McIntyre, Mota-Cardoso, & Ferreira, 2008), numa amostra de 251 estudantes do sexto ano do curso de Medicina, 58,2% da amostra apresentou sintomatologia clínica de *stress*, com uma maior incidência no sexo feminino e em alunos que se deslocaram da sua residência original. Notavelmente, o estudo apresentou as sete principais razões apontadas pelos participantes como sendo as maiores fontes de stress, sendo elas o volume de material académico a estudar, a exigência da unidade curricular de Anatomia, o ritmo acelerado das avaliações, o método de ensino e aprendizagem focado na memorização de dados, a falta de tempo para atividades de lazer/prazer, a dificuldade da gestão do tempo, e o nível de dedicação exigido pelo curso. No entanto, os poucos dados existentes parecem apontar para uma realidade aparentemente contraditória à imagem apresentada até aqui: a de que os estudantes de Medicina, apesar de se apresentarem, em média, com níveis de stress mais elevados do que não-estudantes da mesma faixa etária, apresentam ao mesmo tempo níveis de stress inferiores a outros grupos de estudantes (Adams, 2004). Infelizmente, e tal como se verifica com profissionais de medicina, existem poucos dados acerca da incidência destas perturbações na população estudantil em Portugal, sendo de novo necessário olhar para investigações realizadas no estrangeiro.

Uma meta-análise de estudos sobre a ansiedade e depressão em alunos universitários (A. C. M. Pereira, 2009), porém, aponta para vários exemplos de como a tendência verificada em médicos profissionais se espelha em médicos aspirantes. Num estudo com 2000 estudantes e médicos internos (Goebert et al., 2009), 12% apresentaram sinais de um quadro depressivo severo, e 9.2% sinais de um quadro depressivo moderado,

com maior prevalência em estudantes do que médicos internos. O mesmo se refletiu na taxa de ideação suicida, de 6% da amostra. Já em uma outra meta-análise sobre estudos de ansiedade e depressão em alunos de Medicina nos Estados Unidos e Canadá (Dyrbye, Thomas, & Shanafelt, 2006) revelou alguns dados interessantes: embora os dados não sejam consistentes ao longo de todos os estudos revisados, foi identificada uma tendência para a incidência de depressão ser mais elevada em alunos de Medicina no final do seu curso, em comparação com uma população não-estudantil da mesma idade. Curiosamente, esta tendência não se verificou para alunos de Medicina no início do seu curso, sugerindo que estas perturbações se desenvolvem ao longo do percurso acadêmico, e não são uma fragilidade pré-existente. Já na análise da ansiedade, os estudantes de Medicina apresentavam, consistentemente, valores significativamente mais elevados do que a população em geral, em pelo menos um desvio-padrão, dando mais força à noção de que as próprias condições do curso de Medicina são propícias para o desenvolvimento de quadros ansiosos e, como mencionado acima, depressivos.

De modo semelhante, uma investigação conduzida no Brasil com estudantes de enfermagem (Garro, Camillo, Perpétuo, & Nóbrega, 2006) revelou que, numa amostra total de 119 alunos, 33 (26,06% da amostra) obtiveram scores maiores que 20 no Inventário de Depressão de Beck; já um outro estudo (Smith, Peterson, Degenhardt, & Johnson, 2007) revelou que a incidência de quadros depressivos em alunos de Medicina, quando ingressam no curso pela primeira vez, é comparável à população em geral, reforçando a noção acima mencionada de que é o curso que potencia a perturbação, e que a incidência da mesma não é anormalmente elevada *a priori* nesta população.

É importante notar alguns aspectos importantes: em primeiro lugar, a classe médica, enquanto grupo de profissionais, apresenta uma incidência elevada de stress ocupacional, *burnout*, ansiedade e depressão. As consequências diretas e indiretas para os próprios profissionais, as instituições de saúde e os seus utentes são igualmente vastas e perigosas, dado o potencial destrutivo do erro de diagnóstico ou erro médico. Em segundo lugar, esta tendência está espelhada nos próprios estudantes de Medicina, que para além dos quadros psicossintomatológicos mencionados, apresentam também queixas bastante consistentes acerca da carga de trabalho associada com o curso. Em terceiro lugar, esta tendência parece surgir com o tempo, ao longo do decorrer do percurso acadêmico, com alunos de Medicina de primeiro ano não apresentando valores de ansiedade ou depressão significativamente mais altos do que a população em geral.

No entanto, note-se que as investigações apresentadas até aqui estudaram a população de alunos de Medicina ou em vácuo, ou por comparação à mesma faixa etária em geral, ou mesmo por comparação a grupos especificamente não-estudantis. Levanta-se, então, uma questão importante: será que a incidência de ansiedade, depressão e até mesmo ideação suicida é significativamente superior em estudantes de Medicina, quando comparados com outros estudantes universitários da mesma faixa etária? De facto, é importante notar que a classe médica, apesar da sua importância nos cuidados de saúde à população, constitui apenas *uma* classe profissional de técnicos especializados entre dezenas de outras; classes profissionais cujos cursos do Ensino Superior apresentam níveis de exigência e carga horária, se não semelhantes, pelo menos comparáveis aos de Medicina. Tendo em conta as tendências indicadas pelos estudos acima apresentados, será possível que esta população, no seu geral, possa estar igualmente vulnerável ao surgimento de quadros depressivos e/ou ansiosos, potencialmente levando a complicações de saúde mental semelhantes à classe médica, como já indicado anteriormente? Será que os dados existentes para alunos de Medicina poderão ser aplicados, também, para os demais cursos do Ensino Superior, encontrando-se valores semelhantes para a incidência destes quadros sintomatológicos?

Para responder a esta pergunta, seria necessária a existência de investigações acerca da incidência destes quadros sintomatológicos na população universitária em geral; no entanto, a escassez de dados presente tanto para profissionais de Medicina como para estudantes da mesma área no Ensino superior é espelhada no que toca aos demais cursos oferecidos no Ensino Superior, pelo menos em Portugal; poucos estudos foram realizados para tentar compreender, realmente, qual a prevalência de quadros depressivos e/ou ansiosos na população estudantil do Ensino Superior, criando um ponto cego no que toca à saúde mental dos estudantes universitários portugueses, dificultando, se não mesmo impossibilitando, a criação de aplicação de uma resposta/intervenção adequada; não se conhecendo os verdadeiros contornos do problema, será impossível reagir ao mesmo de forma adequada, ou adoptar estratégias que permitam desenvolver uma intervenção eficaz no que toca à saúde mental dos estudantes portugueses; fazê-lo torna-se especialmente importante quando dados disponíveis em estudos realizados fora do país apontam para um quadro semelhante àquele apresentado pelos alunos de Medicina: uma meta-análise de investigações acerca da incidência de depressão em estudantes universitários reporta uma prevalência de quadros depressivos na população universitária em geral de 30.6%, embora aponte para outras meta-análises realizadas noutros países, cuja prevalência encontrada

variava entre 8,6% e 71%, dependendo do método de avaliação utilizado (Ibrahim, Kelly, Adams, & Glazebrook, 2013). Já uma investigação realizada em alunos da Franciscan University, utilizando o DASS 21 como instrumento de avaliação, encontrou uma incidência de depressão *severa* ou *extremamente severa* na ordem dos 11%, *moderada* na ordem dos 12%, e *ligeira* nos 10%; ao mesmo tempo, aponta para uma incidência de ansiedade *severa* ou *extremamente severa* na casa dos 15%, *moderada* nos 10% e *ligeira* nos 15% (Beiter et al., 2015).

Dessa forma, torna-se extremamente importante obter dados epidemiológicos mais recentes, mais actualizados e mais relevantes para a população estudantil universitária em Portugal; só assim será possível saber se existe, realmente, ou não, um problema no qual será necessário intervir e, se sim, qual a prevalência desse mesmo problema.

Estudo Empírico

1. Metodologia

1.1. Participantes

A amostra final consistiu em 987 estudantes do Ensino Superior, inscritos numa instituição constituinte da Universidade do Porto aquando da recolha da amostra. Da amostra total, a maior parcela é constituída pelos diversos cursos presentes na Faculdade de Engenharia da Universidade do Porto, representando aproximadamente 22,8% da amostra total ($N = 225$), seguida por 9,3% em Medicina ($N = 92$), 4,6% Psicologia ($N = 45$), 4,3% em Ciências Farmacêuticas ($N = 42$) e 4% em Direito ($N = 39$), com a restante amostra contando com números reduzidos de estudantes das demais instituições da UP. Do total, 2% da amostra ($N = 20$) não indicou devidamente o curso em que se encontrava inscrito, não inserindo dados ou colocando apenas o grau académico associado (Licenciatura ou Mestrado).

Dos 987 estudantes, 31.2% encontravam-se inscritos no 1º ano do Ensino Superior ($N = 308$), 25.7% no 2º ano ($N = 254$), 17.7% no 3º ano ($N = 175$), 10% no 1º ano de Mestrado ($N = 99$), 11.1% no 2º ano de Mestrado ($N = 110$) e 2.1% dentro de um programa doutoral ($N = 21$). Do total, 2% da amostra ($N = 20$) não indicou devidamente o ano em que se encontrava inscrito, não inserindo dados, indicando apenas o semestre em que se encontravam inscritos, ou indicando apenas o grau académico associado (ver acima).

1.2. Instrumentos utilizados

Inicialmente, os instrumentos escolhidos para serem aplicados foram o *Inventário de Avaliação Clínica da Depressão* (IACLIDE), as escalas Traço e Estado do *State-Trait Anxiety Inventory* (STAI-T e STAI-S), as *Escalas de Ansiedade, Depressão e Ansiedade de 21 Itens* (EADS-21), a versão portuguesa da *Center For Epidemiologic Studies – Depression Scale* (CES-D) e a versão portuguesa do *Suicidal Behaviors Questionnaire* (Questionário de Comportamentos Suicidas – Revisto, QCS-R). No entanto, devido a uma corrupção de dados na escala Traço da STAI, foi impossível recolher informação a partir desta; como tal, os dados obtidos a partir da escala Estado não foram utilizados, permanecendo em uso os restantes instrumentos. Os instrumentos foram escolhidos por

serem relativamente fáceis de compreender, fáceis de aplicar, e permitirem obter uma avaliação global da amostra em termos epidemiológicos.

1.2.1. Inventário de Avaliação Clínica da Depressão (Vaz-Serra, 1994). Esta escala permite avaliar a presença e severidade de comportamentos, sentimentos e atitudes associados a um quadro depressivo, organizados em 4 sintomas, 4 fatores e 4 incapacidades, cada um representando uma faceta específica da manifestação desta condição psicológica. O questionário é composto por 23 itens, cada um indicando uma atitude/sentimento, sendo que o respondente deve escolher, em cada um, a resposta que proporciona a melhor auto-descrição. Cada item contém 5 escolhas, organizadas numa escala ascendente de severidade, onde 0 indica a ausência de qualquer problema, e 4 indica a gravidade máxima passível de ser atingida. O *score* total é obtido através da soma do valor de cada item, sendo compreendido que um valor acima de 20 indica a potencial presença de uma pessoa com sintomas depressivos.

1.2.2. Escalas de Ansiedade, Depressão e Stress de 21 Itens (Pais-Ribeiro, Honrado, & Leal, 2004). Esta escala é composta por 21 itens, nos quais o respondente deve indicar, numa escala de Likert cujos valores variam de 0 (*Não se aplicou nada a mim*) a 3 (*Aplicou-se a mim a maior parte das vezes*), o quanto cada afirmação em cada item se aplicou ao mesmo na semana anterior à aplicação do instrumento. Os 21 itens encontram-se divididos em 3 sub-escalas, *Depressão*, *Ansiedade* e *Stress*, sendo que a soma final dos valores em cada sub-escala permite indicar a severidade da condição psicológica associada. Embora não ofereça pontos de corte específicos a partir dos quais será possível indicar, com alguma certeza, a presença de um destes três quadros psicológicos, o valor final permite, na mesma, uma avaliação geral de cada indivíduo, sendo assumido que quanto maior o *score* de cada sub-escala, maior a probabilidade de estarmos perante um caso clínico.

1.2.3. Center For Epidemiologic Studies – Depression Scale (Gonçalves & Fagulha, 2003). Esta escala é composta por 20 itens, construídos de forma a avaliar a sintomatologia associada a um quadro depressivo, nos quais o respondente deve indicar, numa escala de Likert cujos valores variam de 1 (*Nunca ou muito raramente*) a 4 (*Com muita frequência ou sempre --- 5-7 Dias*), com quanta frequência sentiu da maneira indicada por cada item na semana passada. O *score* final global é obtido através da soma

dos valores de cada item (sendo que ao valor 1 corresponde o *score* 0, ao valor 2 corresponde 1, ao valor 3 corresponde 2 e ao valor 4 corresponde 3). O instrumento indica o *score* de 16 como sendo o ponto de corte a partir do qual é provável a presença de um quadro depressivo no respondente.

1.2.4. Suicidal Behaviors Questionnaire – Revised (Osman et al., 2001). Validado para a população portuguesa pelo Dr. Rui C. Campos (Campos & Holden), e cedido pelo mesmo para uso neste estudo, o QCS-R é uma escala curta que visa identificar ideação e comportamentos suicidas no respondente. É composta por 4 itens, organizados numa escala de Likert de valores variáveis (1-4, 1-5, 1-3 e 0-6, respectivamente), no qual o respondente deve escolher aquele que melhor o/a descreve. Dada a variabilidade das escalas, o ponto de corte a partir do qual é possível o risco de suicídio ser maior que o normal é dado como um *score* final de 7, obtido a partir da soma dos valores de cada item.

1.3. Procedimento

A recolha de dados foi realizada através do serviço online *Google Forms*, servindo de plataforma para distribuição do formulário constituído pelos instrumentos utilizados para o estudo. Os respondentes foram informados da confidencialidade do formulário, não tendo sido obrigatória a resposta a todos os itens. Os dados foram recolhidos directamente do serviço online para, e analisados no, *Statistics Package for Statistical Studies*, versão 25, disponibilizada pela FPCEUP.

2. Resultados

Devido ao método de amostragem, foi impossível assegurar a normalidade da distribuição da amostra, assim como a homogeneidade de variâncias ao longo das variáveis estudadas. Como tal, foi necessário recorrer a testes não-paramétricos; apesar de se perder alguma robustez no método de análise, os resultados encontrados apontam na mesma para um panorama alarmante.

Analisando em primeiro lugar as diferenças por ponto de corte, é possível verificar que 61,9% da amostra total apresentou *scores* de 20 ou mais no IACLIDE ($M = 28.03$, $DP = 17.22$), indicando a presença provável de um quadro depressivo no respondente; ademais, 16.5% da amostra total obteve *scores* finais de 45 ou mais, valor médio para uma

depressão moderada, e 6.4% obtiveram *scores* finais acima de 58 ou mais, valor médio para uma depressão grave. A Tabela 1 apresenta a distribuição de resultados globais do IACLIDE pelos 5 maiores grupos acima indicados, assim como a percentagem do grupo amostral acima do ponto de corte. Uma análise das variâncias entre estes cinco maiores grupos, com recurso ao teste de Kruskal-Wallis para identificação de diferenças significativas, e posteriormente ao Teste U de Mann-Whitney para comparações entre pares, revelou a existência de diferenças estatisticamente significativas entre **Direito** ($Mdn = 29$) e **Medicina** ($Mdn = 19$), $U = 908$, $p < .001$, $r = .37$; **Direito** ($Mdn = 29$) e **Psicologia** ($Mdn = 17$), $U = 339.5$, $p < .001$, $r = .49$; **Engenharia** ($Mdn = 25$) e **Psicologia** ($Mdn = 17$), $U = 3140.5$, $p = .003$, $r = .19$; e **Medicina** ($Mdn = 19$) e **Engenharia** ($Mdn = 25$), $U = 7578.5$, $p = .003$, $r = .17$.

Curso Universitário	<i>M</i>	<i>DP</i>	% acima ponto corte
Medicina	20.91	15.29	48.3%
Engenharia	27.12	16.68	64.2%
Direito	36.63	19.44	84.2%
Psicologia	18.63	12.31	41.5%
Ciências Farmacêuticas	29.41	16.89	67.6%

Tabela 1. Resultados do IACLIDE por curso universitário.

Valores semelhantes são encontrados após análise dos resultados do CES-D, com 79% da amostra total apresentando *scores* finais de 16 ou mais ($M = 23.58$, $DP = 8.238$), indicando a potencial presença de uma perturbação depressiva. A Tabela 2 apresenta a distribuição de resultados globais do CES-D pelos 5 maiores grupos acima indicados, assim como a percentagem do grupo amostral acima do ponto de corte. Tal como acima, o método de análise encontrou diferenças significativas entre grupos, aqui entre **Medicina** ($Mdn = 20$) e **Direito** ($Mdn = 26$), $U = 1075$, $p = .001$, $r = .29$; e **Psicologia** ($Mdn = 19$) e **Direito** ($Mdn = 26$), $U = 481.5$, $p = .002$, $r = .35$.

Curso Universitário	<i>M</i>	<i>DP</i>	% acima ponto corte
Medicina	21.12	7.59	75%
Engenharia	22.93	8.29	76%
Direito	26.54	8.67	94.6%
Psicologia	20.5	7.01	72.7%
Ciências Farmacêuticas	24.81	8	95.2%

Tabela 2. Resultados do CES-D por curso universitário

A incidência mais elevada nos resultados obtidos pelo CES-D poderá, potencialmente, ser explicada por este ponto de corte ser inferior ao do IACLIDE; o instrumento de avaliação indica, de facto, a necessidade de uma avaliação mais personalizada com recurso a linhas-guia oferecidas pelo DSM para determinar a presença, ou não, de uma perturbação depressiva. No entanto, estes valores elevados, onde apenas uma minoria da população não apresenta um potencial caso clínico, parece indicar um panorama bastante mais grave do que a literatura já existente sobre o tema; no entanto, é importante notar que qualquer valor acima do ponto de corte abrange também quadros depressivos leves, sendo necessária uma investigação mais aprofundada e com recurso a mais e mais variados instrumentos de avaliação para descobrir a prevalência real de diferentes graus de severidade; note-se que estudos anteriores (Garro et al., 2006) apontam para uma variabilidade elevada dependendo do método de avaliação utilizado (Ibrahim et al., 2013).

A tendência inverte-se com os resultados obtidos com o QCS-R, com 37.7% da amostra total apresentando *scores* finais de 7 ou mais ($M = 6.31$, $DP = 3.47$), indicando a presença de ideação suicida acima do esperado, e um perigo significativo de tentativa de suicídio. A Tabela 3 apresenta a distribuição de dados por curso universitário, não tendo sido encontradas diferenças estatisticamente significativas entre diferentes grupos amostrais.

Curso Universitário	<i>M</i>	<i>DP</i>	% acima ponto corte
Medicina	5.46	2.77	29.7%
Engenharia	6.07	3.24	36.6%
Direito	7.84	4.19	54.1%
Psicologia	6.58	3.17	42.2%
Ciências Farmacêuticas	6.62	3.66	40.5%

Tabela 3. Resultados do QCS-R por curso universitário

Apesar de apenas uma minoria obter *scores* finais acima do ponto de corte, estes números são notavelmente mais elevados do que aqueles encontrados previamente em outros estudos conduzidos (Goebert et al., 2009), embora seja necessário notar que o instrumento de avaliação, através do valor global, apenas avalia um risco potencial para o desenvolvimento de ideação suicida; uma análise mais profunda revela que apenas 44 respondentes (4.5% da amostra total) realmente reportaram uma tentativa de suicídio no passado, e apenas 73 (7.4% da amostra) indicaram como *Provável*, *Bastante Provável* ou *Muito Provável* uma tentativa de suicídio no futuro. É provável, então, que os restantes respondentes acima do ponto de corte, embora não tenham tentado cometer suicídio no passado, ou não considerem provável que tal irá acontecer posteriormente, poderão apresentar ideação suicida, um fator de risco notável para comportamentos suicidas no seu futuro.

Embora a EADS-21 não ofereça pontos de corte duros, é possível olhar para os resultados obtidos dentro de cada sub-escala, analisando-os tendo em conta a amplitude de resultados possíveis (0-21). Os resultados, aqui, apontam para um panorama menos negativo, com o valor médio da sub-escala *Ansiedade* na amostra total sendo 6.75, com um desvio-padrão de 5.51; já a sub-escala *Stress* apresenta um valor médio de 9.83 na amostra global, com um desvio-padrão de 5.56. A Tabela 4 indica os resultados por curso universitário, tendo sido encontradas diferenças estatisticamente significativas na sub-escala *Ansiedade* entre **Medicina** (*Mdn* = 3.5) e **Direito** (*Mdn* = 10), $U = 937.5$, $p < .001$, $r = .36$; **Psicologia** (*Mdn* = 3) e **Direito** (*Mdn* = 10), $U = 403$, $p < .001$, $r = .47$; e **Engenharia** (*Mdn* = 5) e **Direito** (*Mdn* = 10), $U = 2914.5$, $p = .001$, $r = .20$; e na sub-escala *Stress* entre **Medicina** (*Mdn* = 7) e **Direito** (*Mdn* = 13), $U = 791$, $p < .001$, $r = .41$;

Psicologia ($Mdn = 7$) e **Direito** ($Mdn = 13$), $U = 404,5$, $p < .001$, $r = .44$; e **Engenharia** ($Mdn = 10$) e **Direito** ($Mdn = 13$), $U = 2653$, $p < .001$, $r = .22$). Note-se que a corrupção de dados na escala STAI impediu uma análise mais pormenorizada destas duas facetas; para além disto, a ausência de pontos de corte apenas permite uma avaliação relativa; embora as médias globais e por curso universitário de ambas as sub-escalas se situem na primeira metade de *scores* das sub-escalas, não é possível averiguar com mais certeza se estamos, de facto, perante quadros clínicos, embora o facto desta questão se colocar, por comparação às escalas anteriores, revela uma diferença significativa do panorama de saúde mental da população estudantil, embora mais investigação seja necessária para confirmar esta tendência.

Curso Universitário	<i>M Ansiedade</i>	<i>DP Ansiedade</i>	<i>M Stress</i>	<i>DP Stress</i>
Medicina	4.97	4.6	7.7	5.53
Engenharia	6.44	5.25	9.2	5.55
Direito	9.86	6.43	12.68	4.44
Psicologia	4.09	3.60	7.93	5.2
Ciências Farmacêuticas	6.9	5.54	9.63	5.53

Tabela 4. Resultados do EADS-21 por curso universitário

3. Discussão

Os dados encontrados apontam numa direção inesperada quando comparados com a literatura existente sobre a temática: embora a amostra de estudantes de Medicina apresente uma incidência elevada de respondentes com *scores* acima do ponto de corte dos instrumentos utilizados, é possível verificar que outros cursos universitários apresentam resultados significativamente mais negativos em relação a esta amostra, especialmente Direito e Engenharia; confirmando a hipótese de que estudantes de Medicina se encontram vulneráveis ao desenvolvimento destes quadros clínicos, mas simultaneamente indo contra os valores relativos a outros cursos universitários que seriam esperados *a priori* a partir da literatura existente. Não obstante, os dados parecem confirmar a tendência para alunos de

Medicina apresentarem taxas altas de quadros depressivos e ansiosos, indicando que outros cursos universitários estarão na mesma situação, sendo no entanto desconhecidas as causas para este panorama.

Simultaneamente, embora seja impossível apontar para a existência (ou não) do agravamento desta situação ao longo do tempo, esta análise transversal não aponta para diferenças significativas entre estudantes no início e término do seu percurso acadêmico; um panorama alarmante dados os resultados obtidos. A ausência de diferenças significativas parece indicar que, para além de uma continuidade na severidade destes quadros clínicos, a sua presença precede a entrada no Ensino Superior; por outras palavras, estas problemáticas parecem estar presentes no corpo estudantil já no início do seu percurso universitário, sugerindo fragilidades potencialmente presentes no Ensino Secundário.

É também importante notar a diferença entre os resultados obtidos pelo IACLIDE, CES-D e QCS-R em comparação com as sub-escalas Ansiedade e Stress da EADS-21; em contraste com os valores preocupantes obtidos nos três primeiros instrumentos, os valores da EADS-21 apontam para uma prevalência menor de quadros ansiosos na população estudantil (embora uma comparação direta seja impossível, dada a não-existência de pontos de corte), algo especialmente surpreendente dado que a recolha de dados tomou lugar pouco depois da época de exames do 1º Semestre do ano lectivo 2017/2018. No entanto, a falta de dados relativos à STAI não permite um cruzamento de dados tão extenso como no caso das restantes escalas; seria necessário a utilização de outros instrumentos dedicados à ansiedade de forma a obter dados mais concretos, embora os resultados existentes apontem para uma incidência menor de quadros ansiosos ou stress pronunciado quando comparados com quadros depressivos. No entanto, as poucas diferenças significativas entre anos de inscrição apontam na mesma direção que os demais testes: quaisquer problemas existentes parecem já existir aquando da entrada no Ensino Superior.

Mais preocupante ainda são os resultados obtidos a partir do QCS-R. Embora este teste não possa ser utilizado para avaliar o risco de suicídio real no futuro, a presença de ideação suicida no indivíduo é, em si, um fator de risco notável para potenciais comportamentos suicidas no futuro. Ademais, é importante notar que, apesar da percentagem de indivíduos que já exibiu algum nível de ideação suicida se encontrar na ordem dos 59%, a percentagem de indivíduos que diz nunca ter falado com ninguém acerca do tema ronda os 74,5%; esta discrepância aponta para um segmento da amostra que já experienciou ideação suicida mas não relatou a ninguém, nem procurou ajuda, em si

um fator de risco elevado para o desenvolvimento de vulnerabilidades psicológicas no futuro.

Por fim, é curioso notar que dos cinco grupos mais representados na amostra, alunos de Medicina e Psicologia apresentaram, no seu geral, resultados não significativamente diferentes entre si, com outros cursos apresentando resultados significativamente piores. Apesar do panorama globalmente negativo, é possível ver que os futuros profissionais que mais estarão envolvidos em casos de depressão e ansiedade clínicas aparentam ter uma menor prevalência destes mesmos quadros psicológicos quando comparados com outras classes profissionais, apesar de, mesmo assim, estarem na sua maioria inseridos numa zona de risco para o desenvolvimento de psicopatologias no futuro.

4. Conclusão

É importante apontar as fragilidades do estudo, responsáveis pela impossibilidade de uma análise mais profunda, e servindo como linhas-guia para uma investigação mais aprofundada no futuro.

Em primeiro lugar, a ausência de um maior controlo sobre a amostra resultou numa distribuição de cursos universitários extremamente heterogénea; de modo a obter dados mais fiáveis no futuro, será preferível recorrer a uma amostra experimental de menores dimensões, mas com uma distribuição de cursos mais homogénea, potencialmente através da utilização de quotas; embora este método apresenta as suas vulnerabilidades próprias, permitiria proceder a uma análise comparativa mais eficaz entre as diferentes populações da Universidade do Porto e outras, especialmente quando comparando cursos universitários cujo número é altamente díspar (ex: diversos de Engenharia e Psicologia). Isto também ajudaria a resolver, em princípio, os problemas de normalidade e homogeneidade de variâncias.

Em segundo lugar, o estudo não visou a separação por sexo, sendo impossível, assim, comparar os ditos grupos (embora, dados os problemas acima indicados, não seria possível fazê-lo de forma eficaz de qualquer forma), algo que estudos desta temática, acima apresentados, fizeram; é importante manter este factor em mente, dado que não é possível saber se existem, ou não, diferenças estatisticamente significativas entre homens e mulheres dentro desta amostra. Um estudo futuro teria de se debruçar sobre esta temática.

Em terceiro lugar, os instrumentos utilizados, embora aferidos para a população portuguesa, apresentam as vulnerabilidades associadas a qualquer teste de auto-relato; para além disto, o uso de pontos de corte permite apenas identificar a potencial presença de quadros sintomatológicos, sendo necessária uma análise mais profunda em cada indivíduo de modo a obter as suas especificidades. De facto, as escalas utilizadas apenas indicam a presença, ou não, de sintomas associados ao stress, ansiedade, depressão e ideação suicida, não se debruçando sobre as razões pelas quais estes sintomas existem, sejam elas pessoais e únicas a cada indivíduo, ou institucionais e associadas ao próprio sistema e local de ensino, algo já investigado em Portugal na própria Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (Loureiro et al., 2008). Mais do que a existência destes quadros psicológicos, é necessário compreender o porquê da sua existência, sendo impossível tentar resolver este problema sem se conhecerem as suas causas.

Em quarto lugar, e devido a constrangimentos de tempo e fundos associados à dissertação de Mestrado, os dados obtidos não conseguem revelar se existe, ou não, um agravamento ou melhoramento das condições psicológicas de cada estudante ao longo do seu percurso académico. Para tal, seria necessário um estudo longitudinal, fora do alcance desta dissertação. No entanto, a alta prevalência de casos potencialmente clínicos mesmo em alunos de 1º ano do Ensino Superior aponta para um problema que, muito provavelmente, se estende ainda mais no passado de cada indivíduo; se o seu percurso universitário agravar estas problemáticas, apenas o estaria a fazer a algo já estabelecido anteriormente.

Por último, note-se que a recolha de dados ocorreu a partir de Fevereiro de 2018, o que significa que dados obtidos de alunos de 1º ano poderão não reflectir completamente a sua saúde mental aquando da entrada no Ensino Superior, mas sim o resultado da vivência do seu primeiro semestre. De forma semelhante, apenas o ano de inscrição foi pedido, não se o respondente o estava a repetir devido a unidades curriculares reprovadas, deixando de fora a análise de estudantes que demorem mais do que o tempo esperado para terminar o seu percurso académico (embora a comparação de dados entre anos de inscrição aponte para a fraca possibilidade de tal ter um efeito significativo).

Aqui, torna-se importante apontar para os dados descobertos pelo estudo; primeiramente, a alta variabilidade de cursos universitários dos respondentes permitiu ter uma visão mais alargada do panorama das instituições, sendo que estudos anteriores se tinham cingido a um número reduzido de cursos. Ao mesmo tempo, esta variabilidade permitiu verificar a incidência elevada de quadros sintomatológicos potencialmente

clínicos na população estudantil, não estando este fenómeno aparentemente cingido a cursos específicos. Ao mesmo tempo, o mesmo processo aplica-se ao ano em que cada respondente se encontrava inscrito; embora não permita estabelecer uma continuidade intra-sujeito, permite obter uma visão alargada do estado então-atual da população estudantil em todo o percurso universitário, tanto em Licenciaturas como em Mestrados.

Relacionado com o ponto acima, os dados apontam para um panorama extremamente negativo e potencialmente alarmante da saúde mental dos estudantes universitários da Universidade do Porto; de forma consistente, apenas uma minoria da amostra se apresentava abaixo dos pontos de corte, independentemente do ano em que se encontravam inscritos ou do curso universitário que frequentavam, uma prevalência inesperada mas em linha com os resultados apontados por estudos anteriormente apresentados. Talvez pior ainda foram os resultados obtidos com o QCS-R; embora seja impossível fazer uma predição precisa acerca do risco de suicídio, a percentagem de indivíduos acima do ponto de corte para um risco significativo de ideação suicida aponta para uma problemática muito mais abrangente do que a pouca literatura indica.

Estes dados apontam para uma necessidade *urgente* de uma investigação mais aprofundada e de uma intervenção imediata junto das instituições de ensino da Universidade do Porto, de modo a desenvolver estratégias adaptadas para tentar perceber as causas e potenciais soluções para a incidência destes quadros clínicos. Sem uma tentativa de resolução, não será de esperar que a situação melhore significativamente. Acima de tudo, os dados abrem a porta para futuros estudos epidemiológicos em outras instituições universitárias no país, de modo a perceber se este fenómeno se aplica no resto do país e, se sim, se as suas causas são semelhantes. Só assim será possível remediar esta situação, e desenhar estratégias futuras para a promoção da saúde mental da população estudantil.

Referências Bibliográficas

Adams, J. (2004). Straining to describe and tackle stress in medical students. *Medical Education*, 38(5), 463-464.

Atif, K., Khan, H. U., Ullah, M. Z., Shah, F. S., & Latif, A. (2016). Prevalence of anxiety and depression among doctors; the unscreened and undiagnosed clientele in Lahore, Pakistan. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 32(2), 294-298.

Beiter, R., Nash, R., McCrady, M., Rhoades, D., Linscomb, M., Clarahan, M., & Sammut, S. (2015). The prevalence and correlates of depression, anxiety, and stress in a sample of college students. *Journal of Affective Disorders*, 173, 90-96. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2014.10.054>

Campos, R. C., & Holden, R. R. Portuguese Version of the Suicidal Behaviors Questionnaire-Revised. *European Journal of Psychological Assessment*, 0(0), 1-6. doi:10.1027/1015-5759/a000385

Caplan, R. P. (1994). Stress, anxiety, and depression in hospital consultants, general practitioners, and senior health service managers. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 309(6964), 1261-1263.

Dahlin, M. (2005). Stress and depression among medical students: a cross-sectional study. *Medical Education*, 39(6), 594-604.

Dyrbye, L. N., Thomas, M. R., & Shanafelt, T. D. (2006). Systematic Review of Depression, Anxiety, and Other Indicators of Psychological Distress Among U.S. and Canadian Medical Students. *Academic Medicine*, 81(4), 354-373. doi:<http://dx.doi.org/10.1097/00001888-200604000-00009>

Firth-Cozens, J. (1987). Emotional distress in junior house officers. *British Medical Journal (Clinical Research Ed.)*, 295(6597), 533-536.

Firth-Cozens, J. (1998). Individual and organizational predictors of depression in general practitioners. *The British Journal Of General Practice: The Journal Of The Royal College Of General Practitioners*, 48(435), 1647-1651.

Garro, I. M. B., Camillo, S. d. O., Perpétuo, M. d., & Nóbrega, S. d. S. (2006). Depression among nursing undergraduate students. *Acta Paulista de Enfermagem*, 19(2), 162-167.

Goebert, D., Thompson, D., Takeshita, J., Beach, C., Bryson, P., Ephgrave, K., . . . Tate, J. (2009). Depressive symptoms in medical students and residents: a multischool study. *Academic Medicine: Journal Of The Association Of American Medical Colleges*, 84(3), 236-241. doi:10.1097/ACM.0b013e31819391bb

Goldberg, R., Boss, R. W., Chan, L., Goldberg, J., Mallon, W. K., Moradzadeh, D., . . . McConkie, M. L. (1996). Burnout and its correlates in emergency physicians: four years' experience with a wellness booth. *Academic Emergency Medicine: Official Journal Of The Society For Academic Emergency Medicine*, 3(12), 1156-1164.

Gonçalves, B., & Fagulha, T. (2003). Escala de depressão do centro de estudos epidemiológicos (CES-D) *Avaliação Psicológica. Instrumentos Validados para a População Portuguesa* (Vol. 1, pp. 33-43). Coimbra: Quarteto.

Gusmão, R. M., Xavier, M., Heitor, M. J., Bento, A., & Almeida, J. M. (2005). O PESO DAS PERTURBAÇÕES DEPRESSIVAS: Aspectos epidemiológicos globais e necessidades de informação em Portugal. *Acta Medica Portuguesa*, 18(2), 129-146.

Ibrahim, A. K., Kelly, S. J., Adams, C. E., & Glazebrook, C. (2013). A systematic review of studies of depression prevalence in university students. *Journal Of Psychiatric Research*, 47(3), 391-400. doi:10.1016/j.jpsychires.2012.11.015

Lerner, D., Adler, D. A., Rogers, W. H., Chang, H., Lapitsky, L., McLaughlin, T., & Reed, J. (2010). Work performance of employees with depression: the impact of work stressors. *American Journal Of Health Promotion*, 24(3), 205-213. doi:10.4278/ajhp.090313-QUAN-103

Loureiro, E., McIntyre, T., Mota-Cardoso, R., & Ferreira, M. A. (2008). A RELAÇÃO ENTRE O STRESS E OS ESTILOS DE VIDA Nos Estudantes de Medicina da Faculdade de Medicina do Porto. *Acta Medica Portuguesa*, 21(3), 209-214.

Marcelino, G., Cerveira, J. M., Carvalho, I., Costa, J. A., Lopes, M., Calado, N. E., & Marques-Vidal, P. (2012). Burnout levels among Portuguese family doctors: a nationwide survey. *BMJ Open*, 2(3). doi:10.1136/bmjopen-2012-001050

Marôco, J., Marôco, A. L., Leita, E., Bastos, C., Vazão, M. J., & Campos, J. (2016). Burnout em Profissionais da Saúde Portugueses: Uma Análise a Nível Nacional. *Acta Medica Portuguesa*, 29(1), 24-30.

Melo, B. T., Gomes, A. R., & Cruz, J. F. A. (1997). Stress ocupacional em profissionais da saúde e do ensino. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 2(1), 53-71.

Newbury-Birch, D., & Kamali, F. (2001). Psychological stress, anxiety, depression, job satisfaction, and personality characteristics in preregistration house officers. *Postgraduate Medical Journal*, 77(904), 109-111.

Osman, A., Bagge, C. L., Gutierrez, P. M., Konick, L. C., Kopper, B. A., & Barrios, F. X. (2001). The Suicidal Behaviors Questionnaire-Revised (SBQ-R): validation with clinical and nonclinical samples. *Assessment*, 8(4), 443-454. doi:10.1177/107319110100800409

Pais-Ribeiro, J. L., Honrado, A., & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de ansiedade, depressão e stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 5(2), 229-239.

Pereira, A. C. M. (2009). *Análise de depressão e ansiedade nos alunos do ensino superior: comparação com um estudo do curso de Radiologia*. Instituto Politécnico de Castelo Branco. Retrieved from <http://hdl.handle.net/10400.11/442>

Pereira, S. M., Teixeira, C. M., Ribeiro, O., Hernández-Marrero, P., Fonseca, A. M., & Carvalho, A. S. (2014). Burnout em médicos e enfermeiros: estudo quantitativo e multicêntrico em unidades de cuidados paliativos em Portugal. *Revista de Enfermagem*, 4(3), 55-64. doi:10.12707/RIII13178

Quince, T. A., Wood, D. F., Parker, R. A., & Benson, J. (2012). Prevalence and persistence of depression among undergraduate medical students: a longitudinal study at one UK medical school. *BMJ Open*, 2(4). doi:10.1136/bmjopen-2012-001519

Roberts, L. W., Warner, T. D., & Trumpower, D. (2000). Medical students' evolving perspectives on their personal health care: clinical and educational implications of a longitudinal study. *Comprehensive Psychiatry*, 41(4), 303-314.

Schaufeli, W. B., Leiter, M. P., & Maslach, C. (2009). Burnout: 35 years of research and practice. *Career Development International*, 14(3), 204-220.

Shanafelt, T. D., Oreskovich, M. R., Dyrbye, L. N., Statele, D. V., Hanks, J. B., Sloan, J. A., & Balch, C. M. (2012). Avoiding burnout: the personal health habits and wellness practices of US surgeons. *Annals Of Surgery*, 255(4), 625-633. doi:10.1097/SLA.0b013e31824b2fa0

Silva, M. d. C. d. M., & Gomes, A. R. d. S. (2009). Stress ocupacional em profissionais de saúde: um estudo com médicos e enfermeiros portugueses. *Estudos de Psicologia*, 14(3), 239-248. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-294X2009000300008>

Silva, V., Costa, P., Pereira, I., Salgueira, A. P., Costa, M. J., Sousa, N., . . . Morgado, P. (2017). Depression in medical students: insights from a longitudinal study. *BMC Medical Education, 17*(1), 184. doi:10.1186/s12909-017-1006-0

Smith, C. K., Peterson, D. F., Degenhardt, B. F., & Johnson, J. C. (2007). Depression, anxiety, and perceived hassles among entering medical students. *Psychology, Health & Medicine, 12*(1), 31-39. doi:10.1080/13548500500429387

Vaz-Serra, A. (1994). *IACLIDE: Inventário da Avaliação Clínica da Depressão*. Coimbra: Edição Psiquiatria Clínica.

Wall, M., Schenck-Gustafsson, K., Minucci, D., Sendén, M. G., Løvseth, L. T., & Fridner, A. (2014). Suicidal ideation among surgeons in Italy and Sweden. *BMC Psychology, 2*(1), 53. doi:10.1186/s40359-014-0053-0