

Raquel Sofia da Costa Morim

A Depressão nos Estudantes Universitários, uma amostra de alunos do CLE

Universidade Fernando Pessoa

Porto, 2018

Raquel Sofia da Costa Morim

A Depressão nos Estudantes Universitários, uma amostra de alunos do CLE

Universidade Fernando Pessoa

Porto, 2018

Raquel Sofia da Costa Morim

A Depressão nos Estudantes Universitários, uma amostra de alunos do CLE

Raquel Sofia Costa Morim

Projeto de Graduação apresentado à
Universidade Fernando Pessoa como
parte dos requisitos para obtenção do
grau de Licenciada em Enfermagem.

RESUMO

A formação em Enfermagem tem vindo a revelar-se fonte de preocupação, reflexão e debate nos nossos dias, pelo contexto de transformação e mudança da sociedade atual.

Desta forma, optou-se pela realização de um estudo que permitisse determinar a expressão da depressão nos estudantes universitários a frequentar o Curso de licenciatura em enfermagem.

Realizou-se em estudo junto de uma amostra constituída por 55 alunos do Curso de Licenciatura em Enfermagem, da Faculdade de Ciências da Saúde, da Universidade Fernando Pessoa- Porto, com idades compreendidas entre os 19 e os 43 anos; a recolha de informação foi efetuada através do Inventário da Depressão de Beck (BDI), validado para a população portuguesa, aplicado online à amostra em estudo.

Como resultados principais verificou-se que os inquiridos são na maioria mulheres, com idades compreendidas entre os 19 e os 43 anos de idade, solteiras e sem filhos. Com a aplicação do BDI, verificou-se que 58,2% dos inquiridos não apresentam depressão, 25,5% destes depressão em grau leve, 14,5% depressão em grau moderado e 1,8%, ou seja, um aluno, depressão em grau elevado.

Palavras-chave: Depressão; Estudantes Universitários.

SUMMARY

The nursing training has been revealing to be a source of concern, reflection and debate nowadays, in great part because of its context of transformation and society's shifting state. Thus, it was decided to carry out a study that could determine the expression of depression in university students attending the Nursing degree.

The study was carried out with a sample of 55 students of the Nursing Degree, from the Health Sciences Faculty, of the Fernando Pessoa University – Porto, with an age range from 19 to 43 years old; the information gathering was performed through the Beck Depression Inventory (BDI), authenticated for the Portuguese population, applied to the sample through an online platform.

As main results it was verified that the inquired are mainly women, with ages between 19 and 43 years old, single and without children. With the application of the BDI, it was verified that 58,2% of the sample don't show signs of depression, 25,5% show low signs, 14,5% moderate signs, and only 1,8%, that being one person, shows high signs of depression.

Keywords: Depression; University Students

AGRADECIMENTOS

A procura do conhecimento é, muitas das vezes, um caminho solitário. Mas há outras vezes em que esse caminho não é possível de percorrer se não houver quem o faça ao nosso lado. Por isso é de toda a justiça que se diga não haver conhecimento sem o reconhecimento de quem nos ajudou a alcançá-lo.

A ti, João, por todo o incentivo, carinho, companheirismo durante todo este longo percurso. Sempre acreditaste que eu seria capaz e nunca me deixaste por um segundo que fosse, baixar os braços e desistir. E principalmente porque é daquelas raras pessoas com quem se pode contar, haja o que houver! Agradecer-te não é um gesto que se põe em papel, mas algo que se partilha ao longo da vida. No entanto... Obrigada por todo o amor, paciência e dedicação;

Agradeço à Prof^a Dr.^a Manuela Guerra, minha orientadora, pela disponibilidade, ensinamentos, incentivos, ajuda e dedicação incondicional. Pela partilha do saber e valioso contributo na elaboração deste Projeto de Graduação, sem a Prof.^a Manuela Guerra não teria sido possível, muito obrigada!

À minha família, por me ter incentivado neste percurso e ter compreendido todas as minhas ausências e faltas de dedicação.

A todos os meus amigos, que embora geograficamente distantes, se revelaram sempre presentes. Em particular à Marina, à Rebeca, à Margarida, à Sara, ao Tiago e ao Pedro F. por todo o apoio, companheirismo, dedicação e carinho demonstrados, quer nos momentos bons, quer nos menos bons.

Aos alunos do CLE que contribuíram com a sua experiência e disponibilidade para a realização deste estudo.

"Todo o nosso conhecimento se inicia com sentimentos."

[Leonardo da Vinci, 1452 – 1519]

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E SÍMBOLOS

a.C- Antes de Cristo

BDI- Beck Depression Inventory (Inventário de Depressão de Beck)

Cit- citado

Cit. in – citado em

CLE- Curso Licenciatura em Enfermagem

d.C- Depois de Cristo

Dec. Lei – Decreto-lei

EC- Ensino Clínico

ET- Ensino Teórico

et. al – há três ou mais autores e só está citado o primeiro

OE- Ordem dos Enfermeiros

OMS- Organização Mundial de Saúde

PICO- População, intervenção, comparação, Outcomes

UFP- Universidade Fernando Pessoa

WHO- World Health Organization

n- Frequência Absoluta

%- Frequência Relativa

ÍNDICE

Introdução.....	14
I. FASE CONCETUAL.....	16
1. O problema de investigação.....	16
2. Questão de investigação.....	17
3. Objetivo da investigação.....	17
4. Quadro concetual.....	18
i. Depressão.....	18
ii. Estudantes do CLE.....	21
iii. Estudos de investigação sobre depressão.....	26
II. FASE METODOLÓGICA.....	29
1. Princípios éticos.....	29
2. Desenho de investigação	31
4. Tipo de Estudo.....	32
5. Variáveis.....	33
6. População e Amostra.....	33

7. Processo de Amostragem	34
8. Instrumentos de recolha de dados.....	34
9. Tratamento e Apresentação dos Dados	36
III. FASE EMPÍRICA	37
1. Apresentação e Análise de dados	37
2. Discussão dos dados	66
Conclusão	69
Bibliografia.....	71

ANEXO I

ANEXO II

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Distribuição da amostra relativamente ao género.....	38
Tabela 2. Estatística descritiva relativamente à idade.....	38
Tabela 3. Distribuição da amostra relativamente ao estado civil.....	39
Tabela 4. Distribuição da amostra segundo os filhos.....	39
Tabela 5. Distribuição da amostra relativamente ao número de filhos.....	40
Tabela 6. Distribuição da amostra relativamente ao ano letivo.....	40
Tabela 7. Distribuição da amostra relativamente à ocorrência de episódios depressivos.....	41
Tabela 8. Distribuição da amostra segundo o que ocasionou o episódio depressivo.....	41
Tabela 9. Distribuição da amostra relativa à toma regular de medicação.....	42
Tabela 10. Distribuição da amostra segundo a medicação habitual.....	43
Tabela 11. Distribuição da amostra relativamente à tristeza.....	44
Tabela 12. Distribuição da amostra relativamente ao Pessimismo.....	45
Tabela 13. Distribuição da amostra relativamente à sensação de fracasso.....	46
Tabela 14. Distribuição da amostra relativamente à falta de satisfação.....	47
Tabela 15. Distribuição da amostra relativamente à sensação de culpa.....	48
Tabela 16. Distribuição da amostra relativamente à sensação de punição.....	49
Tabela 17. Distribuição da amostra relativamente à auto depreciação.....	50
Tabela 18. Distribuição da amostra segundo autoacusações.....	51
Tabela 19. Distribuição da amostra segundo a ideação suicida.....	52
Tabela 20. Distribuição da amostra segundo a crise de choro.....	53

Tabela 21. Distribuição da amostra relativamente à irritabilidade.	54
Tabela 22. Distribuição da amostra relativamente à retração social.	55
Tabela 23. Distribuição da amostra relativamente à indecisão.	56
Tabela 24. Distribuição da amostra relativamente à distorção da imagem corporal.....	57
Tabela 25. Distribuição da amostra relativamente à inibição para o trabalho.....	58
Tabela 26. Distribuição da amostra relativamente ao padrão de sono	59
Tabela 27. Distribuição da amostra segundo a fadiga.	60
Tabela 28. Distribuição da amostra relativamente à preocupação somática.....	61
Tabela 29. Distribuição da amostra relativamente à diminuição da libido	62
Tabela 30. Distribuição da amostra segundo os níveis do BDI	63
Tabela 31. Distribuição dos dados segundo os níveis do BDI relativamente à idade	64
Tabela 32. Distribuição dos dados do BDI relativamente ao ano letivo.	65

Introdução

No decorrer da Licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa (UFP), foi proposta a elaboração de um projeto de graduação como parte dos requisitos necessários para a obtenção do grau de licenciatura em enfermagem. Assim, o tema deste trabalho de investigação intitula-se “A Depressão nos Estudantes Universitários, uma amostra de alunos do CLE”.

A escolha do tema deve-se ao facto da investigadora ter a perceção de que a licenciatura em enfermagem é exigente em termos físicos e psicológicos, não só em contexto de formação teórica como na formação prática em contexto de ensino clínico. Existem diversos estudos que revelam que os estudantes na área da saúde são altamente suscetíveis ao aparecimento de quadros depressivos. Essa maior predisposição parece estar relacionada com diferentes fatores ao longo da sua formação. A depressão além de causar sofrimento psíquico, pode levar a prejuízos no desempenho académico e nas relações sociais. (Vallilo et. al., 2011)

Segundo Fortin (1999, p. 19): “A investigação científica é em primeiro lugar um processo, um processo sistemático que permite examinar fenómenos com vista a obter respostas para questões precisas que merecem investigação.”

De acordo com Seaman, (*cit. in* Fortin, 1999, p. 17), a investigação é: “ (...) um processo sistemático de colheita de dados observáveis e verificáveis, a partir do mundo empírico (o que nós conhecemos através dos nossos sentidos), com vista a descrever, explicar, predizer ou controlar fenómenos.”

O objetivo do estudo consistiu em determinar a presença de depressão nos estudantes do curso de Licenciatura em Enfermagem nos diferentes anos letivos. A amostra em estudo foi constituída por 55 alunos do Curso de Licenciatura em Enfermagem, da Faculdade de Ciências da Saúde, da Universidade Fernando Pessoa – Porto, com idades compreendidas entre os 18 e os 43 anos, o instrumento de recolha de dados selecionado foi o Inventário da depressão a recolha de informação será efetuada através do

Inventário da Depressão de Beck (BDI), validado para a população portuguesa e aplicado online à amostra em estudo.

Para a presente investigação, recorre-se a um estudo descritivo- exploratório transversal, de metodologia quantitativa.

O presente estudo divide-se em três partes fundamentais, sendo a especificidade de cada uma inerente as necessidades sentidas e com conteúdo igualmente relevante na concretização do mesmo:

1. A fase conceptual compreende a justificação do tema, as questões de investigação e objetivos e a fundamentação teórica acerca do tema em questão;
2. A fase metodológica onde são evidenciados os processos metodológicos da investigação tais como o tipo de estudo, as variáveis, população e amostra bem como as considerações éticas e o instrumento de recolha de dados;
3. A fase empírica onde se apresenta a análise, discussão e interpretação dos dados obtidos.

I. FASE CONCETUAL

Para Fortin, (1999, p.39), a fase concetual começa quando o investigador trabalha uma ideia para orientar a sua investigação.

Ainda o mesmo autor, refere que “... a importância da fase concetual é frequentemente subestimada no processo de investigação. Contudo, ela é verdadeiramente uma fase crucial, visto que a análise de uma situação problemática necessita de uma questão de investigação bem depurada.” (Fortin, 2003, p. 39).

Fortin (2009, p. 49) defende que a fase concetual “ (...) compreende cinco etapas: 1) a escolha do tema; 2) a revisão da literatura; 3) a elaboração do quadro de referência; 4) a formulação do problema; 5) o enunciado do objetivo das questões de investigação e das hipóteses”.

1. O problema de investigação

De acordo com Fortin (2009, p. 4), a investigação consiste num método que por excelência permite ao investigador adquirir novos conhecimentos. É portanto um método que nos permite encontrar respostas para questões precisas. Consiste em descrever, em explicar, em prever e em verificar factos, acontecimentos ou fenómenos.

A fase concetual é a fase que consiste em definir os elementos de um problema. No decurso desta fase, o investigador elabora conceitos, formula ideias e recolhe a documentação sobre um tema preciso, com vista a chegar a uma conceção clara do problema. O processo começa pela escolha de um tema de estudo e uma questão apropriada, a partir do qual se orientará a investigação (Fortin, 2009, p. 63).

Para Coutinho (2014, p. 49), formular o problema de investigação é fundamental porque define uma direção e coerência, delimita o estudo, mostrando as suas fronteiras e guia a revisão da literatura para a questão central. Sendo assim, para este Projeto de

Graduação, a problemática que se encontra em estudo é “A Depressão nos Estudantes Universitários, uma amostra de alunos do CLE”.

2. Questão de investigação

Segundo Talbot (1995), *cit.* por Fortin (1999), “ As questões de investigação são as premissas sobre as quais apoiam os resultados de investigação.

A questão de partida deste estudo foi:

- Qual a expressão da depressão nos estudantes universitários, a frequentar o curso de licenciatura de Enfermagem?

Como questões acessórias, surgiram as seguintes:

- Existem diferenças entre os alunos de diferentes anos letivos no que concerne à presença de depressão?
- Existem diferenças na presença de depressão nos alunos de diferentes idades?
- Quais os motivos que motivaram a depressão entre os alunos do CLE?

3. Objetivo da investigação

Para Fortin (1999), “O objetivo de um estudo é um enunciado declarativo que precisa a orientação da investigação segundo o nível de conhecimentos estabelecidos no domínio em questão, indicando o que o investigador tem intenção de fazer no percurso da investigação”.

Sustentada no problema e pelas questões de investigação, foram formulados os seguintes objetivos:

- Caracterizar socio demograficamente os alunos do CLE;
- Identificar a presença de depressão nos alunos CLE;
- Determinar quais os motivos que levaram à depressão.

4. Quadro conceitual

Sendo indispensável a criação de uma estrutura que ligue todas as componentes imprescindíveis ao estudo, o investigador sente necessidade de criar uma estrutura que liga todas as componentes de um estudo, desde “ ... aos conceitos provenientes de teorias, de experiências ou de investigações ...” (Fortin, 1999).

i. Depressão

De acordo com Beck *et al.*, (2009) a condição que hoje rotulamos de depressão foi descrita por alguns autores antigos sob a categoria de “melancolia”. A primeira descrição clínica de “melancolia” foi feita por Hipócrates no século IV a.C. Ele também se referiu a oscilações semelhantes a mania e depressão.

O mesmo autor, acrescenta que Aretaeus, um médico que viveu no século II d.C, descreveu o paciente melancólico como “triste, consternado, insone [...] emagrecem por causa da sua agitação e perda do sono reparador [...]”.

No início do século XIX, Pinel descreveu a melancolia da seguinte maneira: Os sintomas são geralmente abarcados pelo termo melancolia são taciturnidade, um ar pensativo sério, suspeitas soturnas e amor à solidão. Esses traços, sem dúvida, parecem distinguir a personalidade de alguns homens com boa saúde e frequentemente em circunstâncias prósperas. Contudo, nada pode ser mais abominável do que a figura do melancólico remoendo seus imaginários infortúnios. (Beck, et al. 2009)

Estes relatos apresentam semelhanças impressionantes com as descrições de depressão dos livros atuais.

A depressão é considerada uma das principais causas de incapacidade em todo o mundo. Estima-se que 350 milhões de pessoas são afetadas pela depressão, sendo mais comum entre mulheres. OMS, cit. in Gonzalez *et al.* (2017).

De acordo com a Bernik (2014), "...com a evolução atual das patologias médicas, confrontadas com os estilos de vida, bem como as políticas de saúde mental, a depressão será em 2030 a doença mais prevalente do mundo".

A depressão "é caracterizada por um emaranhado de sensações e alterações no comportamento dos indivíduos, como tristeza, perda de interesse ou prazer, sentimentos de culpa ou baixa autoestima, distúrbios do sono ou do apetite, cansaço e falta de concentração" (World Health Organization), cit. in Gonzalez *et al.* (2017).

Segundo o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-IV), os sintomas clínicos da depressão são humor depressivo, tristeza, perda ou ganho de peso significativo, perda de interesse ou prazer, insônia, agitação ou retardo psicomotor, fadiga ou falta de energia, sentimento de inutilidade ou culpa excessiva ou inadequada, indecisão ou capacidade diminuída de pensar ou concentrar-se e pensamentos de morte recorrentes.

Segundo Carvalho (2017), a depressão afeta pessoas de todas as idades e extratos sociais, embora o risco de depressão aumenta com a pobreza, desemprego, acontecimentos de vida (morte de um ente querido ou rutura de relacionamentos), doenças físicas e problemas causados pelo uso de álcool e drogas. Alguns fatores genéticos ou biológicos podem explicar a maior vulnerabilidade de certas pessoas. Dentro dos fatores psicossociais causadores de depressão, problemas relacionados à convivência e relacionamento no ambiente de trabalho também têm fundamental importância para o desenvolvimento da doença. O mesmo estudo, indica-nos que é mais prevalente nas mulheres do que nos homens, e que estas apresentam episódios mais graves e mais complexos, bem como uma evolução clínica mais complexa, sendo a

causa desconhecida. Há um crescimento da depressão nos adolescentes e também nas crianças, há uma relação geralmente com predisposição genética, perturbações no desenvolvimento, exposição a acontecimentos stressantes, é transversal a todas as classes sociais.

A depressão pode ser de longa duração ou recorrente, prejudicando a capacidade das pessoas na vida diária. Entre as alterações que podem ocorrer e estarem relacionadas com um quadro depressivo destacam-se: afastamento das atividades sociais, perda de interesse nas atividades profissionais, académicas e lúdicas, perda do prazer nas relações interpessoais, sentimento de culpa ou de auto depreciação, baixa autoestima, desesperança, apetite e sono alterados, sensação de falta de energia e dificuldade de concentração. Além das manifestações nos comportamentos dos indivíduos e nas suas formas de se comportar e se relacionar, podem ser identificadas algumas alterações em aspetos físicos, além de surgirem cefaleias constantes, disfunções relacionadas com o sono, náuseas, dores na região das costas, perda ou diminuição do interesse sexual, entre outras. Diferentemente da tristeza e do luto, a depressão não é uma sensação voluntária do indivíduo, mas algo indesejável (WHO; Apóstolo, *et al.*) *cit. in* Gonzalez (2017).

O termo depressão muitas vezes é usado para designar um complexo padrão de desvios nos sentimentos, na cognição e no comportamento, não representando como um transtorno psiquiátrico distinto. Nestes casos, a depressão é considerada uma síndrome ou complexo de sintomas. O aglomerado de sinais e sintomas às vezes é conceituado como uma dimensão psicopatológica cuja intensidade, ou grau, varia de leve a grave.

A depressão pode ser vivenciada de forma diferente pelo ser humano, contudo, em regra, se uma pessoa tiver cinco ou mais sintomas dos que estão referenciados posteriormente, de forma contínua, por mais de 3 semanas, é muito provável que manifeste uma patologia depressiva grave (Consumer Reports Health Best Buy Drugs, 2017).

- Sintomas de infelicidade e pessimismo
- Sentimentos de culpa, baixa autoestima e inutilidade;

- Perda de interesse em atividades que normalmente sentiria prazer;
- Sensação de lentidão, fadiga e baixa energia;
- Insónias ou perturbações durante o sono;
- Dificuldade em manter a concentração e tomar decisões;
- Alterações ao nível do apetite;
- Irritabilidade, hostilidade e ansiedade;
- Pensamentos recorrentes de morte ou suicídio;
- Sintomas físicos ou dores inexplicáveis que não respondem ao tratamento convencional

Em suma, a depressão compreende-se por “...afeto doloroso específico composto de tristeza, de mal-estar, de dor moral, de perda de prazer com tudo o que anteriormente era considerado agradável e, finalmente, por uma agressividade mais ou menos expressa contra si (culpabilidade) ou contra os outros (irritabilidade)” (Braconnier, 2007),

ii. Estudantes do CLE

De acordo com Almeida (2017), a transição do ensino secundário para o ensino superior é considerado um processo particularmente exigente. Na verdade, à semelhança de outros momentos de transição no ciclo de vida dos indivíduos, ela pode ser potencializadora de crises e/ou desafios de caráter desenvolvimental.

O ingresso na Universidade é uma fase em que, é exigido ao jovem adulto o desempenho de um papel árduo. Tem de aprender a lidar com um conjunto de

responsabilidades que vão fazer parte da sua vida futura, tanto como aluno, como mais tarde profissional. Através da interação com o seu grupo de amigos, o estudante começa, a alicerçar a sua componente psicológica de uma forma mais marcada que anteriormente. Segundo Martins (2004), *cit. in* (Claudino, 2010) “*as características mais próprias deste período são a crescente consciência e conhecimento do "eu", o nascimento da independência, a adaptação progressiva aos núcleos sociais da família, escola e comunidade em geral*”.

Segundo Ferreira, M. *et al.*, (2016), a entrada no ensino superior constitui, para muitos jovens, uma situação de transição acompanhada por um conjunto de mudanças pessoais e sociais, com implicações ao nível da sua saúde mental.

O estudante tem como desafio a construção final da sua personalidade e é, com a entrada no ensino superior que essa construção atinge o ponto decisivo. Na maior parte dos casos é a primeira saída de casa para o início do que virá a ser a sua vida independente. Esta mudança leva a uma necessidade de criação de mecanismos de adaptação quer a nível físico, social, emocional ou académico. Quando ingressa no ensino superior, o jovem adulto tem que ser capaz de estruturar a sua vida sem o auxílio da família. É durante este período que se dá o início da “separação final” da sua família. Ir para um local estranho, sozinho, sem conhecer ninguém, cria uma necessidade de independência e de autogestão.

A formação em Enfermagem tem vindo a revelar-se fonte de preocupação, reflexão e debate nos nossos dias, pelo contexto de transformação e mudança da sociedade atual.

De acordo com o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), capítulo II, artigo 4.º, 2006, p. 7 e 8, “Enfermagem é a profissão que, na área da saúde, tem como objetivo prestar cuidados e enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhor e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível”

Segundo Fonseca, (2006) *cit. in* Custódio (2010) a formação académica e profissional dos futuros enfermeiros tem registado modificações significativas ao longo dos tempos as quais se prendem com os paradigmas da formação e do próprio exercício profissional. Os iniciais modelos assistenciais de índole religiosa e de caridade deram lugar a outros de cariz biomédico, que privilegiam a execução de tarefas técnicas prescritas pelo médico, centradas na dimensão curativa, negligenciando a dimensão do cuidar que assume o destaque e a verdadeira essência da Enfermagem nos dias de hoje.

O mesmo autor, acrescenta ainda que, a formação inicial em Enfermagem passou a conferir o grau académico de bacharel e, posteriormente, de licenciado em Enfermagem. Tal contribui para um maior reconhecimento social desta área do saber.

Atualmente, formação inicial em enfermagem orienta-se em torno de dois eixos estruturantes: o ensino teórico (ET) e o ensino clínico (EC) que têm como missão proporcionarem a apropriação de saberes teóricos e práticos que se traduzam num exercício profissional responsável, autónomo e de qualidade. Custódio, *cit. in* (Simões, *et al.*, 2006)

A Licenciatura em Enfermagem assegura formação científica, técnica, humana e cultural, habilitando o futuro enfermeiro para:

- A prestação de cuidados de enfermagem gerais à pessoa, à família, a grupos e à comunidade, nos diferentes níveis de prevenção;
- A participação na gestão dos serviços, unidades ou estabelecimentos de saúde;
- A formação de enfermeiros e outros profissionais de saúde;
- O desenvolvimento e participação em programas e projetos de investigação.

O curso de enfermagem encontra-se organizado em oito semestres (quatro anos), visando responder às necessidades de formação tanto teórica, que visa “a aquisição dos conhecimentos, compreensão, aptidões e atitudes profissionais necessários para planear, prestar e avaliar cuidados globais de enfermagem” (artigo 5.º, alínea 1, Portaria n.º195/90), como prática e correspondendo a um processo de ensino-aprendizagem evolutivo, no qual os ensinamentos clínicos assumem particular importância.

A diretiva 2005/3/CE, do Parlamento Europeu, caracteriza como “ensino clínico” a vertente da formação em enfermagem através da qual o estudante de enfermagem, no seio de uma equipa e em contato direto com um indivíduo em bom estado de saúde ou doente e/ou uma coletividade, a planear, dispensar e avaliar os cuidados de enfermagem globais requeridos, com base nos conhecimentos e competências adquiridas. Este ensino será ministrado nos hospitais e outras instituições de saúde, na comunidade, sob a responsabilidade de enfermeiros docentes e com a cooperação e a assistência de outros enfermeiros qualificados. (OE, 2015).

O EC, componente curricular do curso de formação em enfermagem, pontua-se pela sua densidade formativa e pela complexidade e diversidade de dimensões de que se reveste, traduzindo desafios permanentes aos seus (mais diversos) intervenientes. (Longarito, 2002).

De um modo geral, é no contexto do EC, que o estudante tem o primeiro contato com o mundo do trabalho, podendo este ser vislumbrado, simultaneamente, como atrativo e assustador e, por isso, potencialmente indutor de stress, podendo comprometer a sua saúde e bem-estar.

Segundo Barroso, *et. al.* (2008), os estudantes de enfermagem interagem com a pessoa saudável ou doente a qual designam por doente/utente/cliente, o que pressupõe para além da necessidade de desenvolverem capacidades técnicas o desenvolvimento de competências relacionais. Tendo em conta a especificidade da profissão de Enfermagem, os estudantes, logo desde os primeiros ensinamentos clínicos tomam contacto com o sofrimento, a dor, a dependência para as atividades básicas de vida e inclusivamente com a morte.

Todos os contributos que permitam conhecer melhor e refletir sobre esta problemática poderão contribuir não só para a conceção e desenvolvimento curricular, como também para a construção do perfil profissional (Barroso *et al.*, 2008).

A forma como o futuro enfermeiro lida com as diversas situações com as quais é confrontado tem por base não só aspetos pessoais mas também a relação que estabelece com os docentes e profissionais no exercício. A qualidade desta relação é fundamental para minimizar o medo e a angústia e potenciar a segurança, a autoestima e o autoconceito, constituindo-se desta forma uma mais-valia para a aprendizagem clínica do estudante e para o seu próprio processo de desenvolvimento (Carvalho, 1996).

É no EC que o estudante pode aprofundar o saber-fazer subjacente à realização de procedimentos técnicos e construir competências do saber ser e saber estar. Por outro lado, ao estar exposto a diversas influências socioprofissionais e ao interagir com diversos atores, vai construindo a sua profissionalidade. (Longarito, 2002)

De acordo com Saraiva *et al.* (2017) os estudantes dos cursos da área da saúde tem valores de ansiedade e de depressão acima dos níveis normais e mencionando como fatores determinantes o stress, a sobrecarga curricular, o ambiente institucional, a perda de controlo sobre a disponibilidade de tempo e as dificuldades na gestão de tempo de lazer.

Tal como já citado anteriormente, os profissionais na área da Enfermagem convivem diariamente com a vida e com a morte, com situações novas e imprevistas e com decisões que envolvem uma grande complexidade e responsabilidade. Pacheco, (2008) *cit. in* (Custódio 2010) A pressão que diariamente experienciam ao terem de lidar face-a-face com uma diversidade de utentes, o envolvimento com situações de deficiência e lesões graves, sofrimento e dor e, por vezes, morte constituem aspetos que são reconhecidos como estando na origem da exaustão emocional (Custódio, 2010).

No CLE, são vários os momentos da vida académica de cada estudante que podem potenciar crises e vulnerabilidades, entre os quais se destaca o EC. Ao longo do curso, a competitividade com os pares, as (elevadas) expectativas que os estudantes criam acerca

dos ensinamentos clínicos (que nem sempre correspondem à realidade) e as (grandes) expectativas de sucesso podem constituir igualmente situações geradoras de grande tensão.

Num estudo sobre o nível de percepção de stress e as fontes de stress ao longo dos 4 anos de formação em Enfermagem, Beck e Srivastava (1991) verificaram que os estudantes experienciavam níveis elevados de stress, manifestando sintomas psiquiátricos mais prevalentes que na população em geral. As principais fontes de stress identificadas pelos estudantes de Enfermagem estavam relacionadas com a quantidade de material para estudar, exames e falta de feedback atempado por parte dos professores, sentimentos de inadequação para lidar com doentes crónicos e dificuldade ao nível das relações interpessoais. (Custódio, 2010)

Em situação de EC, o mesmo autor diz que os alunos referem como situações indutoras de stress o cuidar de doentes em fase terminal, a pressão em relação ao tempo para a realização das atividades, as avaliações em contexto de EC, o desempenho e as mudanças frequentes de serviços/instituições de saúde.

iii. Estudos de investigação sobre depressão

É consensual que existem inúmeros estudos que focam a presença de sintomas depressivos em estudantes universitários. Na pesquisa efetuada encontrou-se estudos direcionados a estudantes de Enfermagem, na maioria brasileiros.

Furegato, Santos e Silva (2008) num estudo intitulado “Depressão entre estudantes de enfermagem relacionada à autoestima, à percepção da sua saúde e interesse por saúde mental”, pesquisa realizada em sala de aula, com uma amostra de 224 estudantes de enfermagem (11 homens e 213 mulheres) no Brasil. Aplicado BDI, questionário de conhecimento sobre depressão e informações sobre saúde e qualidade de vida, concluíram que 80% dos alunos sem sinais de depressão, 19 % apresentaram depressão em grau leve, 0,6% grau moderado e 0,4% grau elevado/depressão grave. Os autores do estudo, acrescentam que a presença de depressão traz níveis médios de estima pessoal,

assim como a percepção de problemas relacionados com a saúde física, embora o estudante não os relacione à condição da depressão.

Claudino *et al.* (2004), num estudo sobre “níveis de ansiedade e depressão nos alunos do curso de licenciatura em enfermagem o caso particular dos alunos da escola superior de saúde de Portalegre” realizado com estudantes de enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Portalegre onde foi aplicado um questionário a uma amostra de 112 alunos, conclui que os inquiridos que frequentam o 1º e o 3º ano do CLE, apresentam níveis de Ansiedade e depressão mais elevados do que os alunos do 2º e 4º anos do mesmo curso.

Sequeira *et al.* (2013), realizaram um estudo intitulado “ Vulnerabilidade mental em estudantes de enfermagem no ensino superior: estudo exploratório” realizado na Escola Superior de Enfermagem do Porto em 2011, a uma amostra constituída por 980 alunos do CLE. Após analisarem os questionários aplicados no estudo, os autores supracitados concluíram que, a saúde mental do estudante de enfermagem deverá ser uma prioridade e constituir um foco de atenção das instituições de ensino superior em articulação com os serviços de saúde. Um dos principais resultados, do estudo realizado, aponta para o elevado consumo de psicofármacos e elevados níveis de depressão nos alunos de enfermagem. Os autores acrescentam que os dados obtidos alertam para a necessidade de maior vigilância do consumo de psicofármacos e para a necessidade de intervenção ao nível da promoção da saúde mental dos alunos do CLE, intervindo na melhoria da autoestima, na promoção da autonomia, no desenvolvimento de estratégias de Coping, de forma a ser efetivo na prevenção da ansiedade e da depressão.

Custódio (2010) no seu estudo sobre “Stress, Suporte Social, Optimismo e Saúde em Estudantes de Enfermagem em Ensino Clínico”, baseou-se numa amostra de 1283 estudantes do Curso de Licenciatura em Enfermagem, de cinco Escolas Superiores de Saúde da Região Centro de Portugal. As situações percebidas como geradoras de maior stress referem-se à avaliação, aspetos pessoais e gestão do tempo e do trabalho. Em termos de estratégias de coping, os estudantes parecem recorrer com mais frequência às estratégias centradas nos problemas.

Pacheco (2008) no seu estudo sobre “ *Stress* e Mecanismos de *Coping* nos Estudantes de Enfermagem”, um estudo indutivo e qualitativo com uma amostra de 15 alunos do 4º ano letivo, identificaram 4 causas de stress nos estudantes do CLE, sendo elas relacionadas com doentes, relacionadas com o estágio de aprendizagem, relacionadas com o processo de aprendizagem e relacionadas com situações pessoais. Concluíram com o seu estudo, que os estudantes de enfermagem mais do que outros estudantes, têm logo à partida duas situações fortemente geradoras de stress – a responsabilidade pela vida e pela saúde do outro e a permanente sujeição a um processo de avaliação.

II. FASE METODOLÓGICA

Segundo Fortin (2003, p.108) “a fase metodológica operacionaliza o estudo, precisando o tipo de estudo, as definições operacionais das variáveis, o meio onde se desenrola o estudo e a população.” De facto, e conforme Vilelas (2009, p.17), a metodologia “corresponde a um conjunto de procedimentos que contribuem para a obtenção do conhecimento.”

De acordo com Fortin (2003), a metodologia é um conjunto de métodos que têm como objetivo orientar o investigador no momento de elaboração do processo de uma investigação científica, sendo que para Fortin (2003, p.372) os métodos são processos que permitem adquirir conhecimentos através de utilização de (...) “métodos reconhecidos de colheita de dados, de classificação, de análise e de interpretação dos dados.”

Segundo Vilelas (2009, p. 43), o método “engloba o estudo dos meios pelos quais se entendem todos os fenómenos e se ordenam os conhecimentos”.

Nesta fase, o investigador deverá determinar os métodos selecionados mais adequados, fiáveis e válidos para assegurar a fiabilidade dos resultados obtidos. (Fortin, 2003, p.40)

1. Princípios éticos

“A investigação aplicada a seres humanos pode, por vezes, causar danos aos direitos e liberdade da pessoa. Por conseguinte, é importante tomar todas as disposições necessárias para proteger os direitos e liberdades das pessoas que participam nas investigações. Cinco princípios ou direitos fundamentais aplicáveis aos seres humanos foram aplicados pelos códigos da ética: o direito a autodeterminação, o direito à intimidade, o direito ao anonimato e à confidencialidade, o direito à proteção contra o desconforto e o prejuízo e, por fim o direito a um trato justo e leal” (Fortin, 2003, p.16).

Durante a investigação, foram assegurados os cinco princípios do Código de Ética de Investigação (Fortin, 2003). Sendo eles:

- Direito à intimidade: Faz referência à liberdade de uma pessoa decidir a extensão da informação a dar ao participar na investigação.

Foi garantido aos inquiridos a liberdade de responder ao questionário, e de decidirem sobre a extensão de informação que pretendiam dar ao estudo.

- Direito à autodeterminação: Fundamenta-se no princípio ético do respeito pela pessoa, segundo o qual qualquer pessoa é capaz de decidir por ela própria e tomar conta do seu próprio destino.

Os participantes, foram informados da importância da sua contribuição no estudo, deixando claro, a que eram livres de decidir sobre a sua participação no estudo, ou não.

- Direito ao anonimato e confidencialidade- Apoia-se no respeito do investigador pela não divulgação dos dados obtidos e por manter o anonimato do participante na associação às respostas individuais, mesmo pelo próprio investigador.

Neste estudo, todos os resultados foram tratados e apresentados para que nenhum questionado fosse identificado.

- Direito à proteção contra o desconforto e o prejuízo- Corresponde às normas de proteção da pessoa contra inconvenientes passíveis de lhe causarem danos ou de a prejudicarem.

Durante a execução deste estudo não foram conjeturados quaisquer danos de ordem física, psicológica, económica ou legal que pudessem advir com a realização desta investigação.

- Direito a um tratamento justo e equitativo – Diz respeito ao direito que o questionado tem em ser esclarecido acerca da natureza, os objetivos e métodos utilizados durante o estudo, bem com a duração e o fim da investigação. Todo o

participante, tem o direito a receber um tratamento justo e de ser tratado equitativamente e a sua escolha deve estar ligada ao problema de investigação, durante a participação no estudo.

No decorrer da investigação, todos os questionados, foram devidamente informados sobre a natureza da investigação, assim como os objetivos e metodologias utilizadas para a realização da investigação.

Este trabalho foi apresentado à Comissão de Ética da Universidade Fernando Pessoa, tendo sido o mesmo aprovado, cumprindo os requisitos estabelecidos para a execução do Projeto de Graduação (Anexo I).

2. Desenho de investigação

Todos os trabalhos de investigação tem na sua base de caracterização a fase metodológica, que retrata o estudo e fornece ao investigador a estratégia que o orientará em todo o processo da sua investigação, serve como fio condutor ao investigador através do chamado desenho de investigação.

De acordo com Fortin (2009, p. 214) “O desenho define-se como o conjunto das decisões a tomar para pôr de pé uma estrutura, que permita explorar empiricamente as questões de investigação ou verificar as hipóteses. O desenho de investigação guia o investigador na planificação e na realização do seu estudo de maneira que os objetivos sejam atingidos”

3. Meio

“A maioria dos estudos, tanto descritivos, como explicativos ou experimentais, são conduzidos em meio natural, porque, na maior parte dos casos, eles têm lugar no domicílio dos sujeitos, (...), ou nos estabelecimentos (...) de saúde.” (Fortin, 2009, p.217).

“É necessário assegurar-se que o meio é acessível e obter a colaboração e as autorizações necessárias das comissões de investigação e de ética.” (Fortin, 2003, p. 132)

De acordo com Fortin (2009, p.217) “ Um meio, que não (...) o laboratório, toma frequentemente o nome de meio natural”.

O presente estudo, realizou-se em meio natural, com recurso à plataforma Google formulários e a aplicação dos questionários aos alunos dos 4 anos letivos do CLE da UFP.

4. Tipo de Estudo

Na realização deste trabalho, optou-se por uma metodologia quantitativa, descritivo e transversal.

Vilelas (2009, p. 103) refere na sua obra que:

“Os estudos quantitativos admitem (...) que é possível traduzir em números as opiniões e as informações para, em seguida, poderem ser classificadas e analisadas. (...) visam a apresentação e a manipulação numérica de observações com vista à descrição e à explicação do fenómeno sobre o qual recaem as observações.”

Na perspetiva de Fortin (2003, p.22) defende que:

“O método de investigação quantitativa é um processo sistemático de colheita de dados observáveis e quantificáveis, (...) baseado na observação (...) fenómenos que existem independentemente do investigador.”

Fortin (2009, p.221) refere que “...os estudos descritivos visam compreender fenómenos vividos por pessoas, categorizar uma população ou concetualizar uma

situação”. O mesmo autor, explica que (...) “o desenho descritivo pode servir para descrever fenómenos e para encontrar relações entre variáveis.”

Entende-se ainda que o presente estudo é do tipo transversal, visto que “ (...)

Serve para medir a frequência de aparição de um acontecimento ou de um problema num dado momento.” (Fortin, 2009, p.225).

5. Variáveis

De acordo com Fortin (2009, p. 48) “ Uma variável é (...) uma qualidade ou uma característica que são atribuídas a pessoas ou acontecimentos que constituem objetos de uma investigação e às quais é atribuído um valor numérico ”.

As variáveis em estudo definidas são as variáveis de atributo, tais como: idade, género, estado civil, número de filhos, ano de licenciatura, a presença de episódios depressivos e a toma de medicação.

A variável de investigação consiste na determinação de Depressão dos alunos do CLE.

6. População e Amostra

A população compreende todos os elementos que partilham características comuns. Essas características são definidas pelos critérios estabelecidos para o estudo. Segundo Fortin (2009), p.311), “ A população alvo é o conjunto das pessoas que satisfazem os critérios de seleção definidos previamente e que permitem fazer generalizações.”

Como critério de escolha da população, definiram-se os alunos que frequentam o Curso de Licenciatura em Enfermagem de uma Universidade na zona Norte de Portugal, que neste estudo consistiu em 152 alunos do CLE da Universidade Fernando Pessoa, no ano 2018.

“ A amostra é um subconjunto de uma população ou de um grupo de sujeitos que fazem parte de uma mesma população (...)” (Fortin, 2003, p.202) é uma fração de uma população sobre a qual se faz o estudo” (Fortin, 2009, p.312).

A amostra obtida é composta por 55 alunos, dos 4 anos de formação do CLE.

7. Processo de Amostragem

Neste estudo, optou-se pelo método de amostragem não probabilístico acidental.

Este método “ (...) não dá a todos os elementos da população a mesma possibilidade de ser escolhido para formar a amostra” (Fortin, 2009, p.321).

“A amostragem acidental ou de conveniência é constituída por indivíduos facilmente acessíveis e que respondem a critérios de inclusão precisos. Noutros termos, a amostragem acidental permite escolher indivíduos que estão no local certo e no momento certo” (Fortin, 2009, p.321).

Segundo Fortin (2009, p.321) este método é menos fiável e poderá tornar a amostra suscetível de não ser representativa, contudo este risco poderá ser minimizado aplicando critérios de inclusão mais específicos.

8. Instrumentos de recolha de dados

A recolha de dados assume-se como fundamental à programação das ações a desenvolver para a implementação de qualquer trabalho de investigação.

Segundo Fortin (2009, p. 368), a escolha do método de colheita dos dados a utilizar depende do nível de investigação, do tipo do fenómeno ou de variável e dos instrumentos disponíveis. O investigador deve de escolher um instrumento de colheita de dados que lhe permita e que seja o mais conveniente para responder as questões de investigação ou verificar as hipóteses.

O instrumento de colheita de dados selecionado para a concretização deste projeto foi o questionário.

O questionário é composto por duas partes, a primeira consiste num conjunto de questões para a caracterização da amostra; a segunda parte, é o Inventário da Depressão de Beck (BDI), aferido para a população portuguesa de Vaz Serra (1973), utilizado para avaliar a sintomatologia depressiva.

O Inventário tem sido adaptado para diferentes realidades e línguas (Al-Musawi 2001; Ghassemzadeh et al. 2005; Alansari 2005; Rodríguez-Gómez, Dávila-Martínez e Collazo-Rodríguez 2006) o que aponta para propriedades psicométricas confiáveis.

O BDI é composto por 21 itens, incluindo sintomas e atitudes, cuja intensidade varia de 0 a 3.

Os itens referem-se a tristeza, pessimismo, sensação de fracasso, falta de satisfação, sensação de culpa, sensação de punição, auto depreciação, autoacusações, ideias suicidas, crises de choro, irritabilidade, retração social, indecisão, distorção da imagem corporal, inibição para o trabalho, distúrbio do sono, fadiga, perda de apetite, perda de peso, preocupação somática, diminuição de libido, e variam desde a pontuação de “0= não me sinto triste” até à pontuação máxima, a cotação de “3= sinto-me tão triste ou infeliz, que não posso suportar isso”.

O autor do BDI, estabeleceu os seguintes pontos de corte: se o indivíduo apresentar uma pontuação de **0 a 9** significa que não apresenta depressão; **10-18** indica depressão em grau leve; **19-29** indica uma depressão em grau moderado; **30-63** indica depressão em grau elevado.

O Inventário de Depressão de Beck ("Beck Depression Inventory"; Beck et al., 1961; BDI) é provavelmente a medida de autoavaliação de depressão mais amplamente usada tanto em pesquisa como em clínica (e.g. Dunn et al., 1993), tendo sido traduzido para vários idiomas e validado em diferentes países.

9. Tratamento e Apresentação dos Dados

De acordo com Fortin (2009, p.410):

“O tratamento estatístico refere-se à análise dos dados numéricos, por meio de técnicas estatísticas (...). A escolha (...) depende, em grande parte, da função que as variáveis preenchem numa investigação (...).”

Uma vez efetuada a recolha dos dados, procedeu-se à análise estatística tendo por base a estatística descritiva. De acordo com Fortin (2009, p. 411), a estatística descritiva tem como objetivo destacar o conjunto dos dados brutos retirados de uma amostra de maneira a que sejam compreendidos, tanto pelo investigador como pelo leitor.

Dentro da estatística descritiva e de forma a se tornar mais acessível a organização e o tratamento dos dados, recorreu-se ao programa informático Microsoft Office Excel – Versão de 2013, com recurso a medidas de tendência central das quais a média, moda, mediana, valor mínimo, valor máximo e desvio padrão. Também se recorreu ao uso de análise de frequências: frequência absoluta e frequência relativa.

III. FASE EMPÍRICA

A fase empírica corresponde à colheita dos dados no terreno, à sua organização e à sua análise estatística.

O plano elaborado na fase precedente é implementado. As técnicas de análise variam segundo a natureza dos dados. Uma vez os resultados de investigação apresentados, as etapas seguintes consistem em interpretá-los reportando-se ao quadro teórico ou concetual e em comunica-los (Fortin, 2009, p.56).

Segundo o mesmo autor, a fase empírica consiste na realização da investigação que é composta por duas fases, fases essas que são: a fase da colheita de dados e a fase da análise dos dados.

1. Apresentação e Análise de dados

Nesta fase do projeto realizar-se-á a apresentação dos dados por meio de quadros e gráficos e abordados pela ordem do questionário, pelo que inicialmente faz-se a caracterização da amostra e posteriormente as respostas referentes ao Inventário de Depressão de Beck.

Segundo Fortin (2009, p.410) a análise descritiva dos dados é o “Processo pelo qual o investigador resume um conjunto de dados brutos com a ajuda de testes estatísticos. Esta visa essencialmente descrever as características da amostra e responder às questões de investigação.”

1.1 Caracterização da Amostra

A amostra do estudo é caracterizada pelas variáveis de género, idade, estado civil, naturalidade, se o participante tem filhos e quantos, ano letivo que frequenta, a presença ou ausência de episódios depressivos, a origem dos mesmos, a toma regular de medicação e qual.

Gênero	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
Feminino	43	78,2
Masculino	12	21,8
Total	55	100

Tabela 1. Distribuição da amostra relativamente ao género.

A amostra é predominantemente feminina (78,2%) sendo os restantes 21,8 % do sexo masculino.

Idade	Frequência Absoluta	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
	55	19	43	23,4	4,05

Tabela 2. Estatística descritiva relativamente à idade.

Em relação à idade, relativamente aos dados que se podem verificar na tabela 2, podemos constatar que os indivíduos inquiridos no estudo possuem uma média de idades de 23,4 anos, um valor mínimo de 19 anos, um valor máximo de 43 anos e um desvio padrão de 4,05 anos.

Estado civil	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
Solteiro (a)	52	94,5
Casado (a)	1	1,8
Divorciado (a)	0	0
União de Facto	2	3,6
Viúvo	0	0
Total	55	100

Tabela 3. Distribuição da amostra relativamente ao estado civil.

Conforme exposto na tabela 3, a maioria dos inquiridos são solteiros (as) 94,5% (n=52), 1,8% (n=1) casado (a) e 3,6 % (n=2) vivem em união de facto.

Filhos	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
Sim	3	5,5
Não	52	94,5
Total	55	100

Tabela 4. Distribuição da amostra segundo os filhos

Verifica-se que na amostra estudada, 5,5 % (n=3) estudantes têm filhos e 94,5% (n= 52) não têm, conforme o quadro 4 acima apresentado.

Nº de filhos	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
1	1	33,3
2	2	66,7
3 ou mais	0	0
Total	3	100

Tabela 5. Distribuição da amostra relativamente ao número de filhos.

Podemos verificar que da amostra de 3 estudantes que têm filhos, 33,3% (n=1) dos estudantes tem 1 filho, e 66,7% (n=2) estudantes tem dois filhos.

Ano Letivo	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
1º Ano	5	9,1
2º Ano	23	41,8
3º Ano	7	12,7
4º Ano	20	36,4
Total	55	100

Tabela 6. Distribuição da amostra relativamente ao ano letivo

No que diz respeito à distribuição da amostra relativamente ao ano de licenciatura em enfermagem, esta foi constituída por 9,1% (n= 5) alunos que frequentam o 1º ano, 41,8% (n=23) do 2º ano, 12,7% (n= 7) do 3º ano e 36,4% (n= 20) do 4º ano, conforme o quadro acima apresentado.

Episódio depressivo	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
Sim	23	41,8
Não	32	58,2
Total	55	100

Tabela 7. Distribuição da amostra relativamente à ocorrência de episódios depressivos.

Na tabela 7, podemos constatar que 41,8% (n=23) dos inquiridos já tiveram algum episódio depressivo anterior e 58,2% (n=32) afirmam não possuírem episódio depressivo anterior.

	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
Stress	7	30,4
Pressão exercida nos ensinamentos Clínicos	5	21,7
Pressão exercida para o sucesso escolar	1	4,3
Testes de avaliação	1	4,3
Relações interpessoais	4	17,4
Estar longe da família	1	4,3
Trabalho	1	4,3
Contacto com a Morte	3	13
Total	23	100

Tabela 8. Distribuição da amostra segundo o que ocasionou o episódio depressivo.

Após análise à tabela 8, relativamente ao fator que propiciou o episódio depressivo nos 23 estudantes, podemos constatar que 30,4% (n=7) dos estudantes inquiridos

responderam stress, enquanto que 21,7% (n=5) dos inquiridos associaram a pressão exercida nos ensinos clínicos, já 17,4% (n=4) alunos referem que as relações interpessoais, 13% (n=3) alegam o contacto com a morte, 4,3 (n=1) referem pressão exercida para o sucesso escolar, 4,3% (n=1) 4,3% (n=1) dos alunos associa os testes de avaliação, 4,3% (n=1) refere o trabalho como um fator que proporcionou o episódio depressivo.

Toma regular de medicação	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
Sim	10	18,2
Não	45	81,8
Total	55	100

Tabela 9. Distribuição da amostra relativa à toma regular de medicação.

Após análise à tabela 9, podemos constatar que 18,2% (n=10) alunos referem tomar medicação regularmente e 81,8% (n=45) afirma que não toma medicação regularmente.

Medicação Habitual	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
Ansiolíticos	3	30
Antidepressivos	1	10
Benzodiazepinas	2	20
Outros	4	40
Total	10	100

Tabela 10. Distribuição da amostra segundo a medicação habitual.

Observando a tabela 10, podemos verificar que 30 % (n=3) dos inquiridos refere a toma de ansiolíticos, 20% (n=2) refere como medicação habitual Benzodiazepinas e 10% (n=1) refere tomar Antidepressivos. O item “Outros” engloba 40% (n=4) dos respondentes que referiram a toma de medicação de outro âmbito.

Após uma breve caracterização da amostra, iremos de seguida analisar os dados, tendo em conta as dimensões do Inventário de Depressão de Beck, para a autoavaliação da depressão nos inquiridos.

	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
Não me sinto triste	30	54,5
Ando “em baixo” ou triste	23	41,8
Sinto-me “em baixo” todo o tempo e não consigo evitá-lo	0	0
Estou tão triste ou infeliz que esse estado se torna penoso para mim	1	1,8
Sinto-me tão triste ou infeliz que não consigo suportar mais este estado	1	1,8
Total	55	100

Tabela 11. Distribuição da amostra relativamente à tristeza.

Analisando a tabela 11, podemos verificar que 54,5 % (n=30) dos inquiridos respondeu “Não me sinto triste”, 41,8% (n=23), 1,8% (n=1) “Estou tão triste ou infeliz que esse estado se torna penoso para mim” e 1,8% (n=1) “Sinto-me tão triste ou infeliz que não consigo suportar mais este estado”. Expostos os resultados da amostra em estudo, podemos verificar que maioritariamente os elementos inquiridos não apresenta tristeza.

	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
Não estou demasiado pessimista nem me sinto desencorajado(a) em relação ao futuro	25	45,5
Sinto-me com medo do futuro	27	49,1
Sinto que não tenho nada a esperar do que surja no futuro	2	3,6
Creio que nunca conseguirei resolver os meus problemas	0	0
Não tenho qualquer esperança no futuro e penso que a minha situação não pode melhorar	1	1,8
Total	55	100

Tabela 12. Distribuição da amostra relativamente ao Pessimismo.

Analisando os dados da tabela 12, relativos ao pessimismo, podemos verificar que 45,5% (n=25) dos alunos responderam “Não estou demasiado pessimista nem me sinto desencorajado(a) em relação ao futuro”, 49,1% (n=27) dos inquiridos responderam “Sinto-me com medo do futuro”; 3,6% (n=2) referem “Sinto que não tenho nada a esperar do que surja no futuro” e 1,8% (n=1) refere “Não tenho qualquer esperança no futuro e penso que a minha situação não pode melhorar”.

Expostos os resultados, podemos verificar que maioritariamente os estudantes de enfermagem inquiridos no estudo sentem-se pessimistas em relação ao seu futuro.

	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
Não tenho a sensação de ter fracassado	34	61,8
Sinto que tive mais fracassos que a maioria das pessoas	8	14,5
Sinto que realizei muito pouca coisa que tivesse valor ou significado	11	20
Quando analiso a minha vida passada, tudo o que noto são uma quantidade de fracassos	1	1,8
Sinto-me completamente falhado(a) como pessoa (pai, mãe, marido, mulher, filho, filha,...)	1	1,8
Total	55	100

Tabela 13. Distribuição da amostra relativamente à sensação de fracasso.

Após a análise dos dados da tabela 13, relativos à sensação de fracasso, podemos verificar que 61,8% (n=34) dos alunos responderam “Não tenho a sensação de ter fracassado”, 14,5% (n=8) dos inquiridos responderam “Sinto que realizei muito pouca coisa que tivesse valor ou significado”; 20% (n=11) referem “Sinto que realizei muito pouca coisa que tivesse valor ou significado”, 1,8% (n=1) “Quando analiso a minha vida passada, tudo o que noto são uma quantidade de fracassos” e 1,8% (n=1) refere “Sinto-me completamente falhado(a) como pessoa (pai, mãe, marido, mulher, filho, filha,...)”.

Expostos os resultados, podemos verificar que maioritariamente os estudantes de enfermagem inquiridos no estudo demonstram não ter a sensação de ter fracassado.

	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
Não me sinto descontente com nada em especial	35	63,6
Sinto-me aborrecido(a) a maior parte do tempo	10	18,2
Não obtenho satisfação com as coisas que me alegravam antigamente	9	16,4
Nunca mais consigo obter satisfação seja com o que for	1	1,8
Sinto-me descontente com tudo	0	0
Total	55	100

Tabela 14. Distribuição da amostra relativamente à falta de satisfação.

Examinando os dados da tabela 14, relativos à falta de satisfação, podemos verificar que 63,6% (n=35) dos alunos responderam “Não me sinto descontente com nada em especial”, 18,2% (n=10) dos inquiridos responderam “Sinto-me aborrecido(a) a maior parte do tempo”; 16,4% (n=9) referem “Não obtenho satisfação com as coisas que me alegravam antigamente” e 1,8 % (n=1) “Nunca mais consigo obter satisfação seja com o que for”.

Expostos os resultados, podemos verificar que maioritariamente os estudantes de enfermagem inquiridos no estudo demonstram não estarem descontentes com nada em especial.

	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
Não me sinto culpado(a) por nada em particular	40	72,7
Sinto, grande parte do tempo, que sou mau (má) ou que não tenho qualquer valor	8	14,5
Sinto-me bastante culpado(a)	4	7,3
Agora, sinto permanentemente que sou mau (má) e não valho absolutamente nada	3	5,5
Considero que sou mau (má) e não valha absolutamente nada	0	0
Total	55	100

Tabela 15. Distribuição da amostra relativamente à sensação de culpa.

Examinando os dados da tabela 15, relativos à sensação de culpa, podemos verificar que 72,7% (n=40) dos alunos responderam “Não me sinto culpado(a) por nada em particular”, 14,5% (n=8) dos alunos afirmaram “Sinto, grande parte do tempo, que sou mau (má) ou que não tenho qualquer valor”; 7,3% (n=4) dos inquiridos responderam “Sinto-me bastante culpado (a)” e 5,5% (n=3) referem “Agora, sinto permanentemente que sou mau (má) e não valho absolutamente nada”.

Expostos os resultados, podemos verificar que maioritariamente os estudantes de enfermagem inquiridos no estudo demonstram que não se sentem culpados (as) por nada em particular.

	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
Não sinto que esteja a ser vítima de algum castigo	42	76,4
Tenho o pressentimento de que me pode acontecer alguma coisa de mal	8	14,5
Sinto que estou a ser castigado(a) ou que em breve serei castigado(a)	3	3,5
Sinto que mereço ser castigado(a)	1	1,8
Quero ser castigado(a)	1	1,8
Total	55	100

Tabela 16. Distribuição da amostra relativamente à sensação de punição.

Analisando os dados da tabela 16, relativos à sensação de punição, podemos verificar que 76,4% (n=42) dos alunos responderam “Não sinto que esteja a ser vítima de algum castigo”, 14,5% (n=8) dos alunos afirmaram “Tenho o pressentimento de que me pode acontecer alguma coisa de mal”, 3,5% (n=3) dos inquiridos responderam “Sinto que estou a ser castigado(a) ou que em breve serei castigado (a)”; 1,8 % (n=1) refere “Sinto que mereço ser castigado (a)” e 1,8 % (n=1) refere “Quero ser castigado (a)”.

Expostos os resultados, podemos verificar que maioritariamente os estudantes de enfermagem inquiridos no estudo demonstram que não se sentem que estejam a ser vítimas de algum castigo.

	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
Não me sinto descontente comigo	36	65,5
Estou desiludido (a) comigo	17	30,9
Não gosto de mim	1	1,8
Estou bastante desgostoso(a) comigo	0	0
Odeio-me	1	1,8
Total	55	100

Tabela 17. Distribuição da amostra relativamente à auto depreciação.

Observando os dados da tabela 17, relativos à auto depreciação, podemos verificar que 65,5% (n=36) dos alunos responderam “Não me sinto descontente comigo”, 30,9% (n=17) dos alunos afirmaram “Estou desiludido (a) comigo”, 1,8% (n=1) refere “Não gosto de mim” e 1,8 % (n=1) refere “Odeio-me”.

Expostos os resultados, podemos verificar que maioritariamente os estudantes de enfermagem inquiridos no estudo demonstram que não se sentem descontentes consigo mesmos.

	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
Não sinto que seja pior do que qualquer outra pessoa	27	49,1
Critico-me a mim mesmo pelas minhas fraquezas ou erros	23	41,8
Culpo-me das minhas próprias faltas	5	9,1
Acuso-me por tudo de mal que acontece	0	0
Total	55	100

Tabela 18. Distribuição da amostra segundo autoacusações.

Analisando os dados da tabela 18, relativos a autoacusações, podemos verificar que 49,1% (n=27) dos alunos responderam “Não sinto que seja pior do que qualquer outra pessoa”, 41,8% (n=23) dos alunos afirmaram “Critico-me a mim mesmo pelas minhas fraquezas ou erros “ e 9,1% (n=5) dos inquiridos responderam “Culpo-me das minhas próprias faltas”.

Expostos os resultados, podemos verificar que maioritariamente os estudantes de enfermagem inquiridos no estudo demonstram que não se sentem piores do que qualquer outra pessoa.

	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
Não tenho quaisquer ideias de fazer mal a mim mesmo(a)	52	94,5
Tenho ideias de pôr termo à vida mas não sou capaz de as concretizar	1	1,8
Sinto que seria melhor morrer	0	0
Creio que seria melhor para a minha família se eu morresse	1	1,8
Tenho planos concretos sobre como hei-de pôr termo à minha vida	1	1,8
Matar-me-ia se tivesse oportunidade	0	0
Total	55	100

Tabela 19. Distribuição da amostra segundo a ideação suicida.

Observando os dados da tabela 19, relativos à ideação suicida, podemos verificar que 94,5% (n=52) dos alunos responderam “Não tenho quaisquer ideias de fazer mal a mim mesmo (a)”, 1,8% (n=1) dos alunos afirmaram “Tenho ideias de pôr termo à vida mas não sou capaz de as concretizar “ e 1,8 % (n=1) “Tenho planos concretos sobre como hei-de pôr termo à minha vida”.

Expostos os resultados, podemos verificar que maioritariamente os estudantes de enfermagem inquiridos no estudo não demonstram ideação suicida, sendo que 52 inquiridos responderam “Não tenho quaisquer ideias de fazer mal a mim mesmo (a)”.

	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
Habitualmente não choro mais do que costume	38	69,1
Choro agora mais do que costumava	14	25,5
Atualmente passo o tempo a chorar e não consigo deixar de fazê-lo	0	0
Costumava ser capaz de chorar, mas agora nem sequer consigo, mesmo que tenha vontade	3	5,5
Total	55	100

Tabela 20. Distribuição da amostra segundo a crise de choro.

Observando os dados da tabela 20, relativos à crise de choro, podemos verificar que 69,1% (n=38) dos alunos responderam “Habitualmente não choro mais do que costume”, 25,5% (n=14) dos alunos afirmaram “Choro agora mais do que costumava “ e 5,5 % (n=3) “Costumava ser capaz de chorar, mas agora nem sequer consigo, mesmo que tenha vontade”.

Expostos os resultados, podemos verificar que maioritariamente os estudantes de enfermagem inquiridos no estudo demonstram que habitualmente não choram mais do que o habitual.

	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
Não ando agora mais irritado(a) do que costumava	22	40
Fico aborrecido(a) ou irritado(a) mais facilmente do que costumava	29	52,7
Sinto-me permanentemente irritado(a)	3	5,5
Já não consigo ficar irritado(a) por coisas que me irritavam anteriormente	1	1,8
Total	55	100

Tabela 21. Distribuição da amostra relativamente à irritabilidade.

Observando os dados da tabela 21, relativos à irritabilidade, podemos verificar que 40% (n=22) dos alunos responderam “Não ando agora mais irritado(a) do que costumava”, 52,7% (n=29) dos alunos afirmaram “Fico aborrecido(a) ou irritado(a) mais facilmente do que costumava”, 5,5 % (n=3) responderam “Sinto-me permanentemente irritado (a)” e 1,8% (n=1) “Já não consigo ficar irritado(a) por coisas que me irritavam anteriormente”.

Expostos os resultados, podemos verificar que maioritariamente os estudantes de enfermagem inquiridos no estudo demonstram que agora ficam aborrecidos (as) ou irritados (as) mais facilmente do que costumavam.

	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
Não perdi o interesse que tinha nas outras pessoas	36	65,5
Atualmente sinto menos interesse pelos outros do que costumava ter	18	32,7
Perdi quase todo o interesse pelas outras pessoas, sentindo pouca simpatia por elas	1	1,8
Perdi por completo o interesse pelas outras pessoas, não me importando absolutamente com nada a seu respeito	0	0
Total	55	100

Tabela 22. Distribuição da amostra relativamente à retração social.

Analisando os dados da tabela 22, relativos à retração social, podemos verificar que 65,5% (n=36) dos alunos responderam “Não perdi o interesse que tinha nas outras pessoas”, 32,7% (n=18) dos alunos afirmaram “Atualmente sinto menos interesse pelos outros do que costumava ter “ e 1,8% (n=1) “Perdi quase todo o interesse pelas outras pessoas, sentindo pouca simpatia por elas”.

Expostos os resultados, podemos verificar que maioritariamente os estudantes de enfermagem inquiridos no estudo não perderam o interesse que tinham nas outras pessoas.

	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
Sou capaz de tomar decisões tão bem como antigamente	36	65,5
Atualmente sinto-me menos seguro(a) de mim mesmo e evito tomar decisões	18	32,7
Não sou capaz de tomar decisões sem ajuda das outras pessoas	1	1,8
Sinto-me completamente incapaz de tomar qualquer decisão	0	0
Total	55	100

Tabela 23. Distribuição da amostra relativamente à indecisão.

Analisando os dados da tabela 23, relativos à indecisão, podemos verificar que 65,5% (n=36) dos alunos responderam “Sou capaz de tomar decisões tão bem como antigamente”, 32,7% (n=18) dos alunos afirmaram “Atualmente sinto-me menos seguro(a) de mim mesmo e evito tomar decisões “ e 1,8% (n=1) “Não sou capaz de tomar decisões sem ajuda das outras pessoas”.

Expostos os resultados, podemos verificar que maioritariamente os estudantes de enfermagem inquiridos no estudo são capazes de tomar decisões tão bem como antigamente.

	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
Não acho que tenha pior aspeto do que costumava	41	74,5
Estou aborrecido(a) porque estou a parecer velho(a) ou pouco atraente	9	16,4
Sinto que se deram modificações permanentes na minha aparência que me tornaram pouco atraente	3	5,5
Sinto que sou feio(a) ou que tenho um aspeto repulsivo	2	3,6
Total	55	100

Tabela 24. Distribuição da amostra relativamente à distorção da imagem corporal

Analisando os dados da tabela 24, relativos à distorção da imagem corporal, podemos verificar que 74,5% (n=41) dos alunos responderam “Não acho que tenha pior aspeto do que costumava”, 16,4% (n=9) dos alunos referiram “Estou aborrecido(a) porque estou a parecer velho(a) ou pouco atraente “, 5,5 (n=3) mencionaram “Sinto que se deram modificações permanentes na minha aparência que me tornaram pouco atraente “e 3,6% (n=2) responderam “Sinto que sou feio(a) ou que tenho um aspeto repulsivo”.

Expostos os resultados, podemos verificar que maioritariamente os estudantes de enfermagem inquiridos no estudo não acham que tenham pior aspeto do que costumavam.

	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
Sou capaz de trabalhar tão bem como antigamente	29	52,7
Agora preciso de um esforço maior do que antes para começar a trabalhar	17	30,9
Não consigo trabalhar tão bem como de costume	5	9,1
Tenho de despender um grande esforço para fazer seja o que for	4	7,3
Sinto-me incapaz de realizar qualquer trabalho, por mais pequeno que seja	0	0
Total	55	100

Tabela 25. Distribuição da amostra relativamente à inibição para o trabalho.

Analisando os dados da tabela 25, relativos à inibição para o trabalho, podemos apurar que 52,7% (n=29) dos alunos responderam “Sou capaz de trabalhar tão bem como antigamente”, 30,9% (n=17) dos alunos referiram “Agora preciso de um esforço maior do que antes para começar a trabalhar”, 9,1 (n=5) mencionaram “Não consigo trabalhar tão bem como de costume”, 7,3% (n=4) responderam “Tenho de despender um grande esforço para fazer seja o que for”.

Apresentados os resultados, podemos verificar que maioritariamente os alunos de enfermagem inquiridos no estudo são capazes de trabalhar tão bem como antigamente.

	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
Consigo dormir tão bem como antes	26	47,3
Acordo mais cansado(a) de manhã do que era habitual	28	50,9
Acordo cerca de 1-2 horas mais cedo do que o costume e custa-me voltar a adormecer	1	1,8
Acordo todos os dias mais cedo do que o costume e não durmo mais do que cinco horas	0	0
Total	55	100

Tabela 26. Distribuição da amostra relativamente ao padrão de sono

Analisando os dados da tabela 26, relativos ao padrão de sono, podemos apurar que 47,3% (n=26) dos alunos responderam “Consigo dormir tão bem como antes”, 50,9% (n=28) dos alunos referiram “Acordo mais cansado(a) de manhã do que era habitual “ e 1,8% (n=1) afirma “Acordo todos os dias mais cedo do que o costume e não durmo mais do que cinco horas”.

Apresentados os resultados, podemos verificar que maioritariamente os alunos de enfermagem inquiridos no estudo acordam mais cansados de manhã do que era habitual.

	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
Não me sinto mais cansado(a) do que é habitual	20	36,4
Fico cansado(a) com mais facilidade do que antigamente	29	52,7
Fico cansado(a) quando faço seja o que for	6	10,9
Sinto-me tão cansado(a) que sou incapaz de fazer o que quer que seja	0	0
Total	55	100

Tabela 27. Distribuição da amostra segundo a fadiga.

Analisando os dados da tabela 27, relativos à fadiga, podemos verificar que 36,4% (n=20) dos alunos responderam “Não me sinto mais cansado(a) do que é habitual”, 52,7% (n=29) dos alunos referiram “Fico cansado(a) com mais facilidade do que antigamente “ e 10,9% (n=6) afirma “Fico cansado(a) quando faço seja o que for”.

Apresentados os resultados, podemos verificar que maioritariamente os estudantes de enfermagem inquiridos no estudo ficam cansados com mais facilidade do que antigamente.

	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
A minha saúde não me preocupa mais do que o habitual	39	70,9
Sinto-me preocupado(a) com dores e sofrimento, ou má disposição de estômago, prisão de ventre ou outras sensações físicas desagradáveis	13	23,6
Estou tão preocupado(a) com a maneira como me sinto ou com aquilo que sinto, que se torna difícil pensar noutra coisa	3	5,5
Encontro-me totalmente preocupado(a) pela maneira como me sinto	0	0
Total	55	100

Tabela 28. Distribuição da amostra relativamente à preocupação somática

Analisando os dados da tabela 28, segundo a preocupação somática, podemos verificar que 70,9% (n=39) dos alunos responderam “A minha saúde não me preocupa mais do que o habitual”, 23,6% (n=13) dos alunos referiram Sinto-me preocupado(a) com dores e sofrimento, ou má disposição de estômago, prisão de ventre ou outras sensações físicas desagradáveis “ e 5,5% (n=3) afirma “Estou tão preocupado(a) com a maneira como me sinto ou com aquilo que sinto, que se torna difícil pensar noutra coisa”.

Apresentados os resultados, podemos verificar que maioritariamente os estudantes de enfermagem inquiridos no estudo não estão mais preocupados com a sua saúde do que era habitual.

	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
Não notei qualquer mudança recente no meu interesse pela vida sexual	43	78,2
Encontro-me menos interessado(a) pela vida sexual do que costumava estar	10	18,2
Atualmente sinto-me muito menos interessado(a) pela vida sexual	2	3,6
Perdi completamente o interesse que tinha pela vida sexual	0	0
Total	55	100

Tabela 29. Distribuição da amostra relativamente à diminuição da libido

Analisando os dados da tabela 29, segundo a diminuição da libido, podemos verificar que 78,2% (n=43) dos alunos responderam “Não notei qualquer mudança recente no meu interesse pela vida sexual”, 18,2% (n=10) dos alunos referiram “Encontro-me menos interessado(a) pela vida sexual do que costumava estar “ e 3,6% (n=2) afirma “Atualmente sinto-me muito menos interessado(a) pela vida sexual”.

Apresentados os resultados, podemos verificar que maioritariamente os estudantes de enfermagem inquiridos no estudo não notaram mudança recente no seu interesse pela vida sexual.

Pontuação do BDI	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
0 a 9 (sem depressão)	32	58,2
10 a 18 (depressão em grau leve)	14	25,5
19 a 29 (depressão em grau moderado)	8	14,5
30 a 63 (depressão em grau elevado)	1	1,8
Total	55	100

Tabela 30. Distribuição da amostra segundo os níveis do BDI

Analisando os dados da tabela 30, segundo os níveis de pontuação do BDI e de acordo com os resultados obtidos no questionário aplicado, podemos verificar que 58,2% (n=32) dos alunos apresentam um score de 0 a 9, o que significa que não apresentam depressão, 25,5% (n=14) dos alunos estão entre o score 10 a 18 que no indica depressão em grau leve, 14,5% (n=8) apresentam um score entre 19 a 29 que indica uma depressão em grau moderado e 1,8%, ou seja, um aluno, com um score entre 30 a 63 que nos indica nos depressão em grau elevado.

Idade	Sem depressão (n)	%	Depressão grau leve (n)	%	Depressão grau moderado (n)	%	Depressão grau elevado (n)	%
<20	1	3,1	2	14,3	0	0	0	0
20 a 24	22	68,8	8	57,1	5	63	1	100
25 a 30	7	21,9	3	21,4	3	37	0	0
>30	2	6,2	1	7,2	0	0	0	0
Total	32	100	14	100	8	100	1	100

Tabela 31. Distribuição dos dados segundo os níveis do BDI relativamente à idade

Analisando os dados da tabela 31, podemos verificar que os alunos sem depressão de acordo com o BDI, 68,8% (n=22) estão entre os 20 e os 24 anos de idade, 21,9% (n=7) estão entre os 25 e os 30 anos de idade, 6,2 % (n=2) acima dos 30 anos de idade e 3,1 % (n=1) tem menos de 20 anos de idade. Relativamente à depressão em grau leve, podemos verificar que 57,1% (n=8), estão entre os 20 e os 24 anos de idade, 21,4% (n=3) entre os 25 e os 30 anos de idade, 14,3% (n=2) tem menos de 20 anos de idade e 7,2 % (n=1) tem acima de 30 anos. Na mesma tabela, podemos verificar que na depressão em grau moderado, 63% (n=5) dos estudantes tem idades compreendidas entre 20 a 24 anos, 37% (n=3) apresentam idades entre os 25 e os 30 anos. Na depressão em grau elevado, 100% (n=1) dos inquiridos apresentam idades entre os 20 e os 24 anos.

Ano letivo	Sem depressão	%	Depressão grau leve	%	Depressão grau moderado	%	Depressão grau elevado	%
1º Ano	1	3,1	2	14,2	2	25	0	0
2º Ano	12	37,5	9	64,4	2	25	1	100
3º Ano	6	18,8	0	0	1	12,5	0	0
4º Ano	13	40,6	3	21,4	3	37,5	0	0
Total	32	100	14	100	8	100	1	100

Tabela 32. Distribuição dos dados do BDI relativamente ao ano letivo.

Analisando os dados da tabela 32, podemos verificar que os alunos que frequentam o primeiro ano do CLE, apresentam 3,1% (n=1) de alunos não apresentam depressão, 14,2% (n=2), apresentam depressão em grau leve e 25% (n=2) apresentam depressão em grau moderado, segundo o BDI.

Podemos observar que os alunos que frequentam o segundo ano do CLE, apresentam 37,5% (n=12) dos alunos não apresentam depressão, 64,4% (n=9), apresentam depressão em grau leve, 25% (n=2) apresentam depressão em grau moderado e apenas um aluno (n=1) apresenta depressão em grau elevado.

Relativamente aos alunos que frequentam o terceiro ano do CLE, podemos verificar que 18,8% (n=6) de alunos não apresentam depressão e 12,5% (n=1) apresentam depressão em grau moderado, segundo o BDI. Quanto aos alunos que frequentam o quarto ano do CLE, apresentam 40,6% (n=13) de alunos não apresentam depressão, 21,4% (n=3), apresentam depressão em grau leve e 37,5% (n=3) apresentam depressão em grau moderado.

2. Discussão dos dados

Segundo Polit e Beck (2004) *cit. in* Fortin (2009, p.495)

“A simples apresentação dos resultados não é suficiente. (...) O investigador da conta do contexto do estudo e dos trabalhos já publicados (...). Confronta os resultados obtidos com os de outros trabalhos de investigação.”

A discussão é feita de acordo com os resultados considerados mais importantes para atingir os objetivos em estudo.

Após uma avaliação mais exaustiva dos dados obtidos, verifica-se que a amostra deste estudo apresenta algumas características tal como tem sido relatado em outros estudos relacionados com estudantes universitários.

Em primeiro lugar, no que respeita ao perfil dos alunos do CLE, Furegato (2008) concluiu que a idade dos estudantes do CLE é predominante entre os 17 e 44 os anos, sendo a maioria do sexo feminino (95%). Por sua parte Claudino *et al.* (2004) concluiu na sua investigação que a idade média do aluno do CLE é 20,15 anos, predominantemente do sexo feminino (80,3%). Estes dados estão em consonância com os obtidos neste estudo em que 78,2% são do sexo feminino, com idade média de 23,4 anos, sendo que a amostra se encontra entre os 19 e os 43 anos de idade.

Quando questionados sobre a ocorrência de um episódio depressivo, 41,8%, afirmam já terem experienciado. Sendo que os fatores mais elencados como causa desse episódio são: “stress” (30,4%); “Pressão exercida nos ensinos clínicos” (21,7%); “Relações interpessoais” (17,4%) e “contacto com a morte” (13%). Com a mesma percentagem 4,3% surgem também: “pressão exercida para sucesso escolar”, “testes de avaliação”, “estar longe da família e trabalho”.

Apesar dos resultados confirmarem o stress como o principal fator predisponente para a ocorrência de eventos depressivos, o que é facto, é que stress é:

Segundo Lazarus e Folkman (1984) *cit.in* Pacheco (2008), stress “é a relação particular... dinâmica e bidirecional entre a pessoa e o meio que é avaliada como afetando o bem-estar porque excede os recursos adaptativos pessoais, isto é, para a qual o indivíduo não possui respostas prontamente disponíveis”. Dessa forma, apesar das respostas dos inquiridos compreendemos o stress como um conceito amplo e vasto e principalmente inerente a todos os outros fatores que por si só são geradores de stress.

Assim sendo, e segundo Oliveira, (1998, p. 292) *cit.in* Pacheco (2008), “A formação profissional em enfermagem – na escola e na prática clínica – pelo seu carácter multifacetado e exigente, parece reunir condições suscetíveis de serem apreciadas como ansiogénicas e/ou stressantes pelos indivíduos (alunos).” A autora acrescenta que é, sobretudo em situações de estágio que se verifica mais frequentemente uma certa atmosfera de tensão entre os estudantes, os quais se mostram assustados, amedrontados, mais facilmente emocionáveis e perturbados. Segundo Custódio (2010), para a maioria dos inquiridos, o EC foi avaliado como stressante refletindo uma avaliação pessoal do mesmo como tendo uma componente de ameaça para o seu bem-estar. Dos 1278 estudantes que referiam o nível de stress ao qual se sentiram expostos durante o EC, 30% identificaram um nível moderado de stress e 23.7% estudantes apontaram bastante stress. Fizeram alusão à perceção de exposição a muito stress 7%. Estes resultados são consistentes com os estudos que reconhecem e identificam os EC como contextos de aprendizagem e desenvolvimento passíveis de induzirem stress nos estudantes (Oliveira, *et al.*, 1998), *cit. in* Pacheco, (2008). O que corrobora com o estudo realizado em que os alunos alegam que os episódios depressivos podem ser originados por stress (30,4%) e pressão exercida nos EC (21,7%)

Relevante também mencionar, que quando inquiridos sobre a toma de medicação regular, 18,2% responderam afirmativamente, sendo que desses, 30% toma ansiolíticos, 20% benzodiazepinas e, por último, 10% refere a toma de antidepressivos.

O BDI foi desenvolvido com o objetivo de mensurar as manifestações comportamentais da depressão, bem como a intensidade dos sintomas depressivos, sendo instrumento adequado para o uso em clientes com sintomatologia psiquiátrica. Porém, tem sido utilizado em pesquisas, tanto com clientes psiquiátricos como na

população em geral. Este inventário não tem pretensão diagnóstica, e sim de rastreio; é um instrumento fidedigno e de rápida aplicação. Segundo os resultados obtidos pelo mesmo, podemos verificar que os inquiridos entre a faixa etária dos 20 aos 24 anos apresentam expressão de todos os níveis de depressão.

Relativamente ao ano letivo, podemos constatar que os alunos do 1º e 2º ano, apresentam níveis de depressão em grau moderado de 25%, sendo que é também no 2º ano que um aluno apresenta depressão em grau elevado. Sequeira *et al.* (2013) referem que o início do curso superior implica, na maioria das vezes, uma “separação” com a família, grupo de amigos, que pode ser acompanhada de sentimentos de solidão, isolamento e abandono, ou pelo contrário, pode ser vivido de forma positiva, conferindo ao estudante, maior autonomia e desenvolver a capacidade de adaptação. O que constitui, para muitos jovens, uma situação de transição acompanhada por um conjunto de mudanças pessoais e sociais, com implicações ao nível da sua saúde mental. Claudino *et al.* (2004) conclui que “os inquiridos do 4.º ano apresentam os níveis mais reduzidos de Ansiedade e Depressão”. Neves e Ribeiro (2000) *cit.in* Claudino *et al.*, (2004), explicam tais níveis como facto de que à medida que os estudantes fazem o percurso académico, criam estratégias ou mecanismos de coping mais adequadas para lidar com a Depressão, diminuindo o risco do seu aparecimento.

Embora seja no 4º ano que o presente estudo apresenta uma maioria de alunos com depressão em grau moderado (37,5%), neste sentido, Claudino *et al.* (2004) refere que um dos motivos de preocupação dos alunos no ultimo ano “...pode ser o sentimento de despreparo diante do mercado de trabalho, pois já são praticamente profissionais e podem sentir medo de atuarem sozinhos em breve - tal é também retratado neste estudo na tabela relativamente ao pessimismo, em que 49,1% dos alunos respondentes afirma “sentir medo do futuro”.

Conclusão

Com este estudo pretendeu-se conhecer a depressão nos estudantes universitários, numa amostra do CLE.

A elaboração deste Projeto de Graduação serviu como uma oportunidade para a aplicação dos conhecimentos adquiridos ao longo do Curso de Licenciatura em Enfermagem, bem como o aprofundar de conhecimentos quer em termos da temática em estudo, quer no que diz respeito à elaboração de trabalhos científicos.

Com a realização do presente Projeto de Graduação, a investigadora teve como principal objetivo identificar a presença de depressão nos alunos CLE. Com a realização deste estudo permitiu concluir que os dados obtidos se encontram em concordância com a literatura consultada, são predominantemente do género feminino, maioritariamente solteiros, com idades compreendidas entre os 19 e os 43 anos. De salientar com este estudo, que a maioria dos alunos do CLE “ sentem medo do futuro”, “ficam aborrecidos ou irritados mais facilmente do que costumavam”, “acordam mais cansados de manhã do que era habitual” e “ficam cansados mais facilmente do que antigamente”.

Destaca-se a maior prevalência de depressão, encontrada nos alunos do 2º ano. Foi possível verificar que os inquiridos referem o CLE como stressante, dado à pressão exercida dos ensinamentos clínicos. Nos alunos do 4º ano observa-se uma maior prevalência de depressão em grau moderado, para além de tudo o que foi referenciado pela literatura podemos associar a baixa taxa de empregabilidade da profissão.

A vivência no ensino superior pode colocar dificuldades aos alunos, uma vez que oferece novas experiências e desafios, podendo ser o momento em que a depressão é experienciada pela primeira vez. Os resultados encontrados vêm colocar em evidência a necessidade de desenvolvimento de programas de promoção da saúde mental dos estudantes, da prevenção de situações de risco mediante identificação precoce de sintomas depressivos e de criação de estruturas de apoio terapêutico aos estudantes.

Como limitações sentidas neste estudo destaca-se a dimensão reduzida da amostra, não podendo ser generalizadas os resultados e conclusões obtidas.

Bibliografia

Aaron, T., Beck, A. e Brad, A. (2011). *Depressão – Causas e Tratamento*. (2ª edição). Artmed Editorial.

Abreu, W. C. (2001). *Identidade, Formação e Trabalho – Das culturas locais às estratégias identitárias dos enfermeiros (Estudos Multicasos)*. Lisboa: Educa e Formasau.

Abreu, W. C. (2003). *Supervisão, Qualidade e Ensinos Clínicos- Que Parceria para a Excelência em Saúde?*. Coimbra: Educa e Formasau.

Almeida, S.L. e Castro V. R. (2017). *Ser Estudantes no Ensino Superior- As respostas institucionais à diversidade dos públicos*. Braga. Universidade do Minho. Fundação para a Ciência e Tecnologia.

Beck, A., Steer, R. e Garbin, M. (1998). Psychometric Properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-Five of Evaluation. *Clinical Psychology Review*, Número 8, pp. 77-100.

Bernik, Vladimir (2014). Depressão será a doença mais prevalente em 2030. [Em Linha]. Disponível em http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=5599. [Consultado a 30/05/2018].

Braiconnier, A. (2007). *Manual de Psicopatologia*. Lisboa: Climepsi Editores.

Carvalho, A.L.R.F. (1996) *Factores que Influenciam a Aprendizagem do Aluno de Enfermagem*. Porto: [s.n.]. Dissertação de Mestrado.

Carvalho, Álvaro. (2017) *Depressão e outras perturbações mentais comuns: enquadramento global e nacional e referência de recurso em casos emergentes*. [Em

Linha]. Disponível em <<https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/dms2017-depressao-e-outras-perturbacoes-mentais-comuns-pdf.aspx>> [Consultado em 13/04/2018]

Claudino, J. e Cordeiro, R. (2004). Níveis de Ansiedade e Depressão nos Alunos do Curso de Licenciatura em Enfermagem – O Caso Particular dos Alunos da Escola Superior de Saúde de Portalegre. Portalegre, Escola Superior de Saúde – Instituto Politécnico de Portalegre.

Consumer Reports Health Best Buy Drugs. (2017). [Em Linha]. Disponível em <<https://www.consumerreports.org/cro/2013/09/best-treatments-for-depression/index.htm>> [Consultado em 13/04/2018]

Custódio, S. (2010). *Stress, Suporte Social, Optimismo e Estudantes de Enfermagem em Ensino Clínico*. Aveiro, Departamento de Ciências da Educação – Universidade de Aveiro.

Enfermeiros, O. (2012). Parecer N° 19/2012 – Orientação de Estudantes de Enfermagem em Ensino Clínico no Curso de Licenciatura em Enfermagem. [Em Linha]. Disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer19_CE.pdf>. [Consultado em 16/04/2018]

Ferreira, c. M. – Formar para um melhor Cuidar. [Em Linha]. Disponível em <<http://www.ipv.pt/millennium/Millennium30/10.pdf>> [Consultado a 23/04/2018]

Figueiredo AC, Fernandes SC, Martins CC, Ramalho VL (2007). “Supervisão: estilos, satisfação e sintomas depressivos em estagiários de psicologia”. *Psico-USF*

Fonseca, A., Coutinho, M. e Azevedo, R. (2008). *Representações Sociais da Depressão em Jovens Universitários Com e Sem Sintomas para Desenvolver Depressão*. [Em Linha]. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-79722008000300018&script=sci_abstract&tlng=pt>. [Consultado a 20/05/2018].

Fortin, M. (1999). *O processo de Investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência

Fortin, M. (2003). *O processo de investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusodidacta.

Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.

Furegato, A., Silva, E., Campos, M e Cassiano, R. (2006). Depressão e Auto-Estima entre Académicos de Enfermagem – *Revista Psiquiatria Clínica*, Número 33, pp. 239-244.

Gonzalez, E, G *et alli*. (2017). Ansiedade e depressão entre profissionais de programas de aprimoramento profissional. [Em Linha]. Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1647-21602017000300008> [Consultado a 23/05/2018].

Gouveia, M., *et alli*. (2017). Qualidade de vida e bem-estar dos estudantes universitários de enfermagem: revisão integrativa. *Revista de Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa*

Longarito, C. S. (2002). O ensino clínico: A importância da orientação e a construção do saber profissional. *Revista Investigação em Enfermagem*.

Ketele, J. (1999). *Metodologia da Recolha de Dados*. Lisboa, Instituto Piaget.

Manual de Elaboração de Trabalhos Científicos. [Em Linha]. Disponível em <<http://www.ufp.pt/docs/Manual-Estilo-Elabora%C3%A7%C3%A3o-trabalhos-cient%C3%ADficos.pdf>>. [Consultado em 26/05/2018].

Novo, S. (2011). *Gestão da Supervisão do Ensino Clínico em Enfermagem: Perspetivas dos Enfermeiros orientadores do CHNE, EPE*. Bragança, Escola Superior de Saúde – Instituto Politécnico de Bragança.

Pacheco, S. (2008). *Stress e Mecanismos de Coping nos Estudantes de Enfermagem*. [Em Linha]. Disponível em <<http://www.index-f.com/referencia/2008pdf/7-8995.pdf>>. [consultado em 08/05/2018].

Saraiva, Ana., *et alii*. (2017). A dependência de tabaco em estudantes de enfermagem. [Em Linha]. Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832017000100002> [consultado em 24/05/2018].

Sequeira, C., *et alii*. (2013). *Vulnerabilidade Mental em Estudantes de Enfermagem no Ensino Superior: Estudo Exploratório*. *Journal of Nursing and Health*, Número 3.

TRINDADE, Fábyla d' Tácia Brito; *et alii*. (2015) *Prevalência de Sintomas Depressivos em Acadêmicos de Enfermagem de uma Faculdade Privada em Belém-PÁ*. *Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento*. Edição Especial de Saúde. Ano 02, Vol. 04. ISSN:2448-0959.

Vallilo, N; *et alii* (2011) *Prevalência de Sintomas depressivos em estudantes de Medicina*. [Em Linha]. Disponível em <<http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2011/v9n1/a1720.pdf>> [Consultado em 21/04/2018]

Vaz Serra e Abreu (1973) *Inventário de Depressão de Beck*. [Em Linha]. Disponível em <<https://pt.scribd.com/doc/260367875/Normas-de-Aplicacao-e-Cotacao-BDI-Beck>> [Consultado em 19/03/2018]

Vilelas, J. (2009). *Investigação- O Processo de Construção do Conhecimento*. Lisboa, Edições Silabo, Lda.

ANEXO I

Olá. O meu nome é Raquel Sofia da Costa Morim, frequento o 4º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem (CLE) da Universidade Fernando Pessoa, e sob a orientação da Profª Drª. Manuela Guerra, pretendo investigar a expressão da depressão nos estudantes universitários do CLE, da Universidade Fernando Pessoa, em 2018.

Peço que disponibilize alguns minutos do seu tempo para preencher o questionário que se segue.

Ao preencher este questionário está a consentir explicitamente ao tratamento e análise dos dados fornecidos para efeitos desta investigação. O questionário é livre e garantimos o anonimato e confidencialidade dos dados.

Obrigada pelo seu precioso contributo.

No sentido de apoiar o estudante a este problema, deixo-lhes algumas linhas de apoio que disponibilizam ajuda emocional gratuita, de carácter pontual, anónimo e confidencial.

SOS Estudante: 239 484 020 | 969 554 545 | 915 246 060 - Todos os dias das 20h às 01h.

SOS Voz Amiga: 21 354 45 45 | 91 280 26 69 | 96 352 46 60 – Entre as 16h e as 24h

Linha Verde gratuita - 800 209 899 - Entre as 21.00 e as 24.00 horas

Estando disponível para esclarecer qualquer questão adicional, através do endereço eletrónico:

31537@ufp.edu.pt

Raquel Morim

Parte I- Caracterização sociodemográfica

Idade:

Sexo:

Naturalidade:

Estado civil:

Nº de filhos:

Ano letivo:

Alguma vez teve algum episódio depressivo?

Se sim, o que acha que ocasionou?

Uso de Medicação: Sim_ Não_

Se sim, qual?

Parte II- Escala de Beck de Auto-Avaliação da Depressão

Isto é um questionário constituído por vários grupos de afirmações. Em cada grupo escolha uma única afirmação, a que melhor descrever a forma como se sente no momento atual.

1.

Não me sinto triste

Ando “em baixo” ou triste

Sinto-me “em baixo” todo o tempo e não consigo evitá-lo

Estou tão triste ou infeliz que esse estado se torna penoso para mim

Sinto-me tão triste ou infeliz que não consigo suportar mais este estado

2.

- Não estou demasiado pessimista nem me sinto desencorajado(a) em relação ao futuro
- Sinto-me com medo do futuro
- Sinto que não tenho nada a esperar do que surja no futuro
- Creio que nunca conseguirei resolver os meus problemas
- Não tenho qualquer esperança no futuro e penso que a minha situação não pode melhorar

3.

- Não tenho a sensação de ter fracassado
- Sinto que tive mais fracassos que a maioria das pessoas
- Sinto que realizei muito pouca coisa que tivesse valor ou significado
- Quando analiso a minha vida passada, tudo o que noto são uma quantidade de fracassos
- Sinto-me completamente falhado(a) como pessoa (pai, mãe, marido, mulher, filho, filha,...).

4.

- Não me sinto descontente com nada em especial
- Sinto-me aborrecido(a) a maior parte do tempo
- Não obtenho satisfação com as coisas que me alegravam antigamente
- Nunca mais consigo obter satisfação seja com o que for
- Sinto-me descontente com tudo

5.

- Não me sinto culpado(a) por nada em particular
 - Sinto, grande parte do tempo, que sou mau (má) ou que não tenho qualquer valor
 - Sinto-me bastante culpado(a)
 - Agora, sinto permanentemente que sou mau (má) e não valho absolutamente nada
- Considero que sou mau (má) e não valha absolutamente nada

6.

- Não sinto que esteja a ser vítima de algum castigo
- Tenho o pressentimento de que me pode acontecer alguma coisa de mal
- Sinto que estou a ser castigado(a) ou que em breve serei castigado(a)
- Sinto que mereço ser castigado(a)
- Quero ser castigado(a)

7.

- Não me sinto descontente comigo
- Estou desiludido(a) comigo
- Não gosto de mim
- Estou bastante desgostoso(a) comigo
- Odeio-me

8.

- Não sinto que seja pior do que qualquer outra pessoa
- Critico-me a mim mesmo pelas minhas fraquezas ou erros
- Culpo-me das minhas próprias faltas

Acuso-me por tudo de mal que acontece

9.

Não tenho quaisquer ideias de fazer mal a mim mesmo(a)

Tenho ideias de pôr termo à vida mas não sou capaz de as concretizar

Sinto que seria melhor morrer

Creio que seria melhor para a minha família se eu morresse

Tenho planos concretos sobre como hei-de pôr termo à minha vida

Matar-me-ia se tivesse oportunidade

10.

Habitualmente não choro mais do que costume

Choro agora mais do que costumava

Atualmente passo o tempo a chorar e não consigo deixar de fazê-lo

Costumava ser capaz de chorar, mas agora nem sequer consigo, mesmo que tenha vontade

11.

Não ando agora mais irritado(a) do que costumava

Fico aborrecido(a) ou irritado(a) mais facilmente do que costumava

Sinto-me permanentemente irritado(a)

Já não consigo ficar irritado(a) por coisas que me irritavam anteriormente

12.

Não perdi o interesse que tinha nas outras pessoas

- Atualmente sinto menos interesse pelos outros do que costumava ter
- Perdi quase todo o interesse pelas outras pessoas, sentindo pouca simpatia por elas
- Perdi por completo o interesse pelas outras pessoas, não me importando absolutamente com nada a seu respeito

13.

- Sou capaz de tomar decisões tão bem como antigamente
- Atualmente sinto-me menos seguro(a) de mim mesmo e evito tomar decisões
- Não sou capaz de tomar decisões sem ajuda das outras pessoas
- Sinto-me completamente incapaz de tomar qualquer decisão

14.

- Não acho que tenha pior aspeto do que costumava
- Estou aborrecido(a) porque estou a parecer velho(a) ou pouco atraente
- Sinto que se deram modificações permanentes na minha aparência que me tornaram pouco atraente
- Sinto que sou feio(a) ou que tenho um aspeto repulsivo

15.

- Sou capaz de trabalhar tão bem como antigamente
- Agora preciso de um esforço maior do que antes para começar a trabalhar
- Não consigo trabalhar tão bem como de costume
- Tenho de despende um grande esforço para fazer seja o que for
- Sinto-me incapaz de realizar qualquer trabalho, por mais pequeno que seja

16.

- Consigo dormir tão bem como antes
- Acordo mais cansado(a) de manhã do que era habitual
- Acordo cerca de 1-2 horas mais cedo do que o costume e custa-me voltar a adormecer
- Acordo todos os dias mais cedo do que o costume e não durmo mais do que cinco horas

17.

- Não me sinto mais cansado(a) do que é habitual
- Fico cansado(a) com mais facilidade do que antigamente
- Fico cansado(a) quando faço seja o que for
- Sinto-me tão cansado(a) que sou incapaz de fazer o que quer que seja

18.

- O meu apetite é o mesmo de sempre
- O meu apetite não é tão bom como costumava ser
- Atualmente o meu apetite está muito pior do que anteriormente
- Perdi por completo todo o apetite que tinha

19.

- Não tenho perdido/ganho muito peso, se é que perdi algum ultimamente
- Perdi/Ganhei mais de 2,5 kg de peso
- Perdi/Ganhei mais de 5 kg de peso
- Perdi/Ganhei mais de 7,5 kg de peso

20.

A minha saúde não me preocupa mais do que o habitual

Sinto-me preocupado(a) com dores e sofrimento, ou má disposição de estômago, prisão de ventre ou outras sensações físicas desagradáveis

Estou tão preocupado(a) com a maneira como me sinto ou com aquilo que sinto, que se torna difícil pensar noutra coisa

Encontro-me totalmente preocupado(a) pela maneira como me sinto

21.

Não notei qualquer mudança recente no meu interesse pela vida sexual

Encontro-me menos interessado(a) pela vida sexual do que costumava estar

Atualmente sinto-me muito menos interessado(a) pela vida sexual

Perdi completamente o interesse que tinha pela vida sexual

ANEXO II



COMISSÃO NACIONAL
DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA EDUCAÇÃO SUPERIOR

Pesquisar por palavra



Projeto DADUS

Formulários

Pedido Informações

Queixas/Reclamações

Rua de

Tel: +351 213928400 - Fax: +351 213976832 - e-mail: geral@cnpd.pt

O seu formulário

em sucesso

Nome: Raquel Sofia Costa Morim

Morada: Rua Virginia Campos, 406, fração BC

Código postal: 4490-449

Localidade: povoa de varzim

Assunto: Parecer relativamente a projeto de investigação

Boa noite. O meu nome é Raquel, e sou aluna do 4º ano, do Curso da Licenciatura em Enfermagem, da Universidade Fernando Pessoa do Porto. Irei realizar um projeto de investigação no âmbito da licenciatura em Enfermagem na Universidade Fernando Pessoa do Porto. O tema intitulado A Depressão nos Estudantes Universitários, uma amostra de alunos do CLE, a recolha de dados, será realizada através de questionários que estarão disponíveis na aplicação Google formulários e as questões cujos dados tratados possam ser mais sensíveis, são a caracterização do participante do estudo, questões essas:

Dúvida: idade, estado civil, naturalidade, composição familiar e se já teve algum episódio depressivo. O parecer da Comissão de ética da Universidade é favorável, no entanto fui aconselhada a notificar a CNPD para que possam dar o vosso parecer. Deixo o Link, onde está disponível o questionário que será aplicado aos alunos da universidade.
<https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSe7tdx6ho4ELXskePBTEcm5qI-1rPFW11xM7E8dyjxOyzlqZg/viewform> Melhores cumprimentos, Raquel Morim

Data da
submissão: 07-05-2018

Imprimir

Voltar ao Menu Principal