

Associação entre ansiedade, depressão e qualidade de vida em estudantes de Ciências Biológicas

Association Between Anxiety, Depression and Quality of Life in Students of the Biological Sciences

Nathalia Carolina Cardoso¹; Fernando Biccocchi Canova²

Resumo: O estudo da relação entre ansiedade, depressão e qualidade de vida na população de graduandos do curso de Ciências Biológicas da Universidade de Mogi das Cruzes (UMC) é inédito. Com isso, a relevância deste estudo está no fato de que, sabendo-se dos índices de ansiedade e depressão encontrados nessa população, a instituição de ensino, juntamente com os professores, pode tomar medidas para a melhoria da qualidade de vida de nossos estudantes de graduação. Foi observado que, dos 163 alunos participantes, a provável presença de ansiedade só é observada em 15,9% deles. Após análise de dados e respostas ao questionário HADS-teste de ansiedade, observou-se que alunos do período noturno possuem nível de ansiedade maior do que o dos alunos do período matutino.

Palavras-chave: HADS; WHOQOL; Questionário; Ciências Biológicas.

Abstract: The study of the relationship between anxiety, depression and quality of life in the undergraduate population of the Biological Sciences course at the University of Mogi das Cruzes (UMC) is unprecedented. Therefore, the relevance of this study lies in the fact that knowing the anxiety and depression indexes found in this population, the educational institution together with the teachers can take measures to improve the quality of life of our undergraduate students. It was observed that of the 163 volunteer students, the probable presence of anxiety is only observed in 15.9% of them. After analysis of data and answers in the HADS-anxiety test, it was observed that students of the night period have anxiety level above the students of the morning period.

Keywords: HADS; WHOQOL; Test; Biological Sciences.

Introdução

O estudo da relação entre ansiedade, depressão e qualidade de vida na população de graduandos do curso de Ciências Biológicas da Universidade de Mogi das Cruzes (UMC) é inédito. Com isso, a relevância deste estudo está no fato de que, conhecendo os índices de ansiedade e depressão encontrados nesta população, a instituição de ensino, juntamente com os professores, pode tomar medidas para a melhoria da qualidade de vida dos estudantes de graduação, realizando tarefas de apoio para controle da ansiedade e da depressão e, ainda, para o encaminhamento desses alunos para acompanhamento psicológico, se for o caso.

¹ Universidade de Mogi das Cruzes (UMC). Av. Dr. Cândido Xavier de Almeida Souza, 200, Mogi das Cruzes (SP), CEP 08780-911. E-mail: nathurie@hotmail.com

² Universidade de Mogi das Cruzes (UMC). Av. Dr. Cândido Xavier de Almeida Souza, 200, Mogi das Cruzes (SP), CEP 08780-911. E-mail: fernando.canova@gmail.com

O interesse em estudar a população de graduandos provém do fato de encontrarmos jovens ainda em formação e que podem, frente a novos conhecimentos, alterar seus hábitos para uma vida mais produtiva e saudável. Há poucos estudos que avaliam as alterações nessa população que ingressa na universidade após intenso estresse. A maratona de estudos e as avaliações de diferentes disciplinas podem ocasionar enfermidades, tais como ansiedade e depressão.

A palavra “ansiedade” possui significados como “aflição”, “angústia”, “ânsia”, “desejo ardente ou veemente” e, ainda, “impaciência”, “sofrimento”, “sofreguidão” (MICHAELIS, 2004), mas as definições vão muito além disso.

Para Soren Kierkegaard (1972), ansiedade pode ser definida como “ambiguidade psicológica”. Segundo ele, ansiedade é “uma antipatia simpatizante e uma simpatia antipatizante”. Soren afirma que a primeira experiência do ser humano com a ansiedade se deu quando Adão comeu do fruto proibido por Deus. Adão angustiou-se pelo fato de a proibição de Deus enredar que ele tinha livre arbitrio para decidir entre obedecer e desobedecer a Deus. Seguindo esse raciocínio, Kierkegaard dizia que a angústia precede o pecado e foi a angústia que levou Adão a pecar. Não obstante, menciona que a angústia nos adverte de nossas alternativas de escolha, levando-nos a uma consideração autoconsciente.

A definição de Sigmund Freud (1920), no entanto, diverge da de Kierkegaard. Freud escreveu que “o desenvolvimento da ansiedade é a reação do ego ao perigo e o sinal preparatório para a fuga”. Freud afirmava que “na situação de perigo ocorre o sinal de angústia. Isto significa: eu espero que se verifique uma situação de impotência”.

Outra definição é a de Estes e Skinner, que, em 1941, escreveram: “o principal resultado foi o condicionamento de um estado de ansiedade ao som, cujo indicador primário era a redução na força do comportamento de ‘pressão à barra’, motivado pela fome”.

Martin e Sroufe (1970) entendem a ansiedade como “uma resposta neurofisiológica que tem manifestações especialmente intensas no sistema modular adrenal-hipotalâmico-simpático, no sistema cortical-adrenal-hipotalâmico-pituitário e nos sistemas reticulares”.

As manifestações clínicas da ansiedade patológica manifestam-se nos indivíduos que experimentam uma variedade de situações ameaçadoras do cotidiano e

se prendem aos aspectos negativos das mesmas. Os sinais e sintomas incluem tensão, inquietação interna, apreensão desagradável, opressão e desconforto subjetivo, preocupações exageradas, insônia, insegurança, irritabilidade, distraibilidade, desconcentração, desrealização, despersonalização (LANDIM *et al.*, 2013).

Uma situação do cotidiano da maioria dos indivíduos que pode ser fator gerador de ansiedade patológica é o trabalho. Em estudo realizado entre profissionais de enfermagem, mostra-se que algumas situações de trabalho, como instabilidade ou agravamento do estado de saúde de clientes, falta de material e recursos humanos, procedimentos de alta complexidade, relacionamentos com familiares do cliente e a realização da sistematização de enfermagem são fatores geradores de ansiedade (LANDIM *et al.*, 2013). Vê-se, então, que a demasiada sensação de ansiedade gera alterações emocionais que se projetam tanto no estado psicológico dos indivíduos quanto no fisiológico, podendo levar à somatização dessas questões. Para Caplan (1982), existem duas formas de diminuir a ansiedade. A primeira é resolver logo o problema e superar os obstáculos através do enfrentamento da situação. A segunda é fugir da ameaça e buscar criar estratégias de defesa reais ou imaginárias de forma a minimizar o impacto do transtorno.

Os transtornos depressivos são muito prevalentes e estão associados com alto grau de prejuízo. Estima-se que a prevalência ao longo da vida para o transtorno depressivo maior varie entre 6% e 17%, segundo dois grandes estudos epidemiológicos estadunidenses: o Epidemiological Catchment Area (ECA) e o National Comorbidity Survey, respectivamente. Segundo os dados nacionais, há poucos estudos avaliando a prevalência desse transtorno, mas estima-se que os índices variem em torno de 3% a 10% (ALMEIDA FILHO *et al.*, 1997; VILLANO, 1998; FRAGUAS; FERRAZ, 1992). Cerca de 80% dos pacientes que realizam algum tipo de tratamento apresentarão um novo episódio, tendo, em média, quatro ao longo da vida, e 12% dos pacientes não apresentarão remissão total dos sintomas (FLECK *et al.*, 2003). Quando comparada com outras doenças crônicas, como diabetes e osteoartrites, a depressão pode provocar um comprometimento no funcionamento físico, social e ocupacional igual ou superior, independentemente de sua gravidade (JUDD *et al.*, 1996). Segundo importante estudo, o Global Burden of Disease, a depressão maior é considerada a

quarta causa de incapacitação, quando comparada com qualquer outra condição médica, e será a segunda causa de sobrecarga em 2020 (MURRAY *et al.*, 1997).

A depressão, ao apresentar um curso crônico e recorrente, provoca prejuízos em diversas áreas da vida dos sujeitos. No entanto, a melhora dos sintomas pode não significar diretamente uma recuperação do funcionamento prévio do indivíduo. Portanto, para que se possa estabelecer o real impacto da depressão, é fundamental a avaliação de desfechos multidimensionais e mais amplos que aquele centrado apenas na diminuição de sintomas. Nas últimas décadas, tem-se constatado na Medicina um crescente interesse no estudo da percepção dos pacientes com relação a sua saúde física e mental. O parâmetro de avaliação de saúde deixou de ser centralizado nos sintomas ou na morbimortalidade, voltando-se para o bem-estar das pessoas em diversas áreas da vida.

A qualidade de vida relacionada à saúde pode ser definida como a percepção de um indivíduo sobre sua própria condição de bem-estar nas esferas do trabalho, da cultura e dos valores, incluindo seus objetivos, expectativas e interesses pessoais (CAPELA *et al.*, 2009; ORSEL *et al.*, 1995). A hipótese deste estudo é a de que há associação entre qualidade de vida, ansiedade e depressão, e quanto mais intensos os sintomas, pior é a qualidade de vida.

Na literatura, encontram-se vários estudos demonstrando a existência de uma associação entre qualidade de vida e depressão. Dentre as variáveis mais estudadas, encontram-se as relacionadas ao impacto da depressão na qualidade de vida, dados comparativos dos escores de qualidade de vida em sujeitos deprimidos ou com outras condições clínicas, assim como a discussão sobre se os conceitos de qualidade de vida e depressão são sobrepostos ou distintos.

Ainda não existe um consenso na literatura sobre se a associação entre depressão e qualidade de vida ocorre de fato ou se há uma sobreposição entre esses fatores. Com relação aos fatores comuns a ambas as medidas, há três aspectos a serem considerados. Primeiro, tanto a conceituação de depressão quanto a de qualidade de vida estão baseadas em um modelo teórico de bem-estar/satisfação, o que poderia provocar uma intersecção entre os dois construtos (LIMA; FLECK, 2009). Segundo, a depressão causa uma influência negativa na percepção da qualidade de vida (LIMA; FLECK, 2009; AIGNER *et al.*, 2006). Terceiro, os instrumentos de

qualidade de vida, frequentemente, incluem itens que avaliam psicopatologia, ou seja, a presença de sintomas depressivos, em vez de itens específicos de qualidade de vida. Essa situação determina a ocorrência de correlações entre essas medidas que podem ser redundantes ou espúrias, uma vez que podem ocorrer mais por sobreposição de itens do que por uma associação de fato (LIMA; FLECK, 2009).

No campo de estudo da ansiedade e depressão existe vasta literatura sobre o tema, no entanto, em sua grande maioria está relacionada aos profissionais de enfermagem e medicina (BALDASSIN, 2010; TSELEBIS et al, 2001; MANETTI *et al.*, 2007; VASCONCELLOS *et al.*, 2014). Nenhum trabalho relaciona ansiedade e depressão com alunos do curso de Ciências Biológicas. Desse modo, torna-se de extrema importância o estudo das relações existentes entre a qualidade de vida, ansiedade e depressão nesses indivíduos.

A partir dos pontos apresentados, temos como objetivos estudar a relação entre a qualidade de vida e o aparecimento das enfermidades ansiedade e depressão em universitários do curso de Ciências Biológicas da Universidade de Mogi das Cruzes (UMC), SP. Pretendemos contribuir para o entendimento das alterações que por ventura se manifestem nesses indivíduos. Dessa forma, poderemos propor melhores condições de aprendizagem e convivência na universidade.

Metodologia

O projeto contou com a colaboração de alunos de graduação (N=107), de ambos os gêneros, regularmente matriculados no curso de Ciências Biológicas, sem restrições de períodos ou turmas.

Palestras sobre o projeto foram ministradas em diferentes locais da universidade, a partir da aprovação pelo comitê de ética, esclarecendo os objetivos do projeto e convidando os discentes que se autodeclararem saudáveis a fazerem parte do estudo. Após assinarem o termo de consentimento livre e esclarecido, foi preenchida a ficha individual de avaliação. Em seguida, respeitando-se a sequência de etapas, foram coletados dados de instrumentos de avaliação.

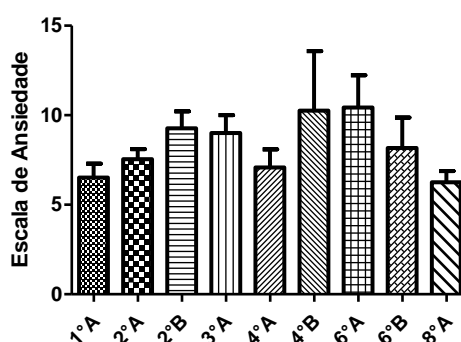
Foram utilizados o seguinte instrumento para a análise: Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida - WHOQOL - Abreviado (OMS, 1995); Instrumento – Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão – HADS (ZIGMOND; SNAITH, 1983).

Os dados obtidos na pesquisa foram submetidos à análise descritiva com determinação de frequências, porcentagens, medidas de tendência central (médias) e dispersão (desvio padrão e erro padrão da média). O teste Kolmogorov-Smirnov foi utilizado para verificar a normalidade da distribuição dos escores dos questionários e o teste qui-quadrado foi utilizado para analisar diferenças entre gêneros e turnos. Os testes foram realizados utilizando-se o programa SPSS (versão 20 - 2011, IBM Corp ©).

Resultados

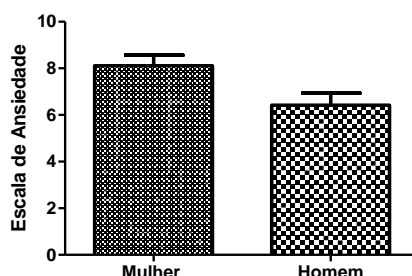
A Figura 1 apresenta a pontuação média obtida pelos participantes no teste de ansiedade – HADS, separados por período. Este teste varia de 0 até 21, em que 0 – 7 pontos representam: Presença Improvável; 8 – 11 pontos: Presença Possível, e 12 – 21 pontos: Presença Provável de ansiedade. Pode-se notar que as turmas do 1ºA, 2ºA, 4ºA e 8ºA obtiveram média inferior a 8, classificando esses grupos como Presença Improvável de ansiedade, no entanto, quando avaliamos os demais grupos, estes se classificam na categoria Presença Possível de ansiedade.

Figura 1: Avaliação da ansiedade separada por período.



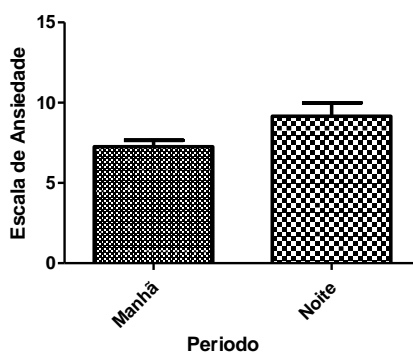
A Figura 2 apresenta a pontuação média obtida pelos participantes no teste de ansiedade – HADS, separados por gênero. Este teste varia de 0 até 21, em que 0 – 7 pontos representam: Presença Improvável; 8 – 11 pontos: Presença Possível, e 12 – 21 pontos: Presença Provável de ansiedade. Observa-se que as mulheres estão com média acima da dos homens do nível de ansiedade (8,1 = Presença Possível e 6,4 = Presença Improvável, respectivamente). O teste de estatística T Student mostrou diferença significativa entre os grupos ($p= 0,04$).

Figura 2: Avaliação da ansiedade separada por gênero.



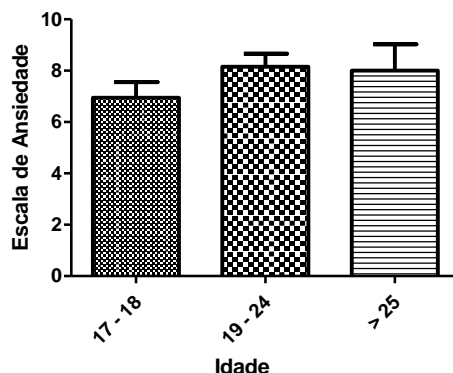
A Figura 3 apresenta a pontuação média obtida pelos participantes do teste de ansiedade – HADS, separados por manhã e noite. Este teste varia de 0 até 21, em que 0 – 7 pontos representam: Presença Improvável; 8 – 11 pontos: Presença Possível e 12 – 21 pontos: Presença Provável de ansiedade. Observa-se que os participantes que estudam no período da noite apresentam média acima da dos alunos que estudam no período da manhã em nível de ansiedade (9,16 Presença Possível e 7,2 Presença Improvável, respectivamente). O teste de estatística T Student mostrou diferença significativa entre os grupos ($p= 0,02$).

Figura 3: Avaliação da ansiedade separada por período (manhã e noite).



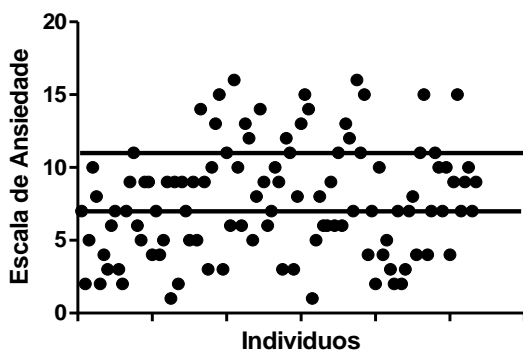
A Figura 4 apresenta a pontuação média obtida pelos participantes no teste de ansiedade – HADS, separados por idade. Este teste varia de 0 até 21, em que 0 – 7 pontos representam: Presença Improvável; 8 – 11 pontos: Presença Possível, e 12 – 21 pontos: Presença Provável de ansiedade. Observa-se que os participantes entre 17-18 anos estão com menor taxa de ansiedade do que os alunos mais velhos (19-24 e > 25), (6,9 Presença Improvável; 8,1 Presença Possível e 8 Presença Possível, respectivamente), os testes estatísticos não mostraram diferenças significativas entre os grupos ($p> 0,05$).

Figura 4: Avaliação da ansiedade separada por idade.



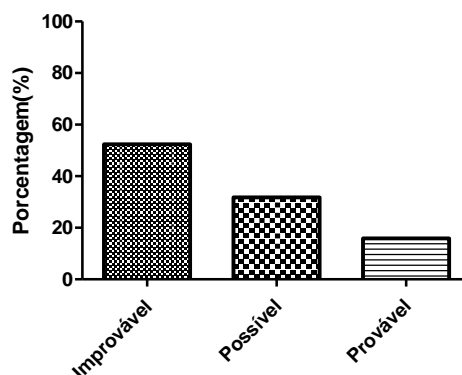
A Figura 5 apresenta os dados individuais obtidos pelos alunos participantes, no teste de ansiedade – HADS. Este teste varia de 0 até 21, em que 0 – 7 pontos representam: Presença Improvável; 8 – 11 pontos: Presença Possível e 12 – 21 pontos: Presença Provável de ansiedade. Podemos observar que 56 alunos se enquadram como Presença Improvável (0-7 pontos), 34 alunos se enquadram como Presença Possível (8-11 pontos) e 17 alunos se enquadram como Presença Provável (12 -21 pontos).

Figura 5: Avaliação da ansiedade individual.



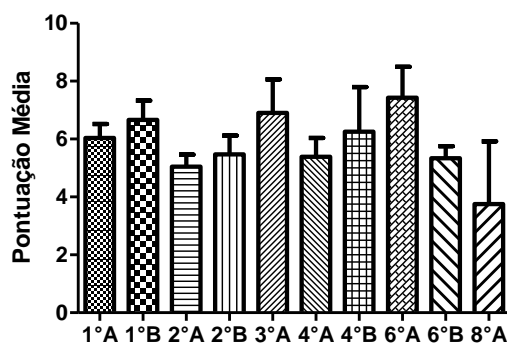
A Figura 6 apresenta a porcentagem de alunos em cada nível de ansiedade no teste HADS. Este teste varia de 0 até 21, em que 0 – 7 pontos: Presença Improvável; 8 – 11 pontos: Presença Possível e 12 – 21 pontos: Presença Provável de ansiedade. Podemos observar que 52,3% dos alunos se enquadram como Presença Improvável (0-7 pontos), 31,8% dos alunos enquadram-se como Presença Possível (8-11 pontos) e 15,9% dos alunos enquadram-se como Presença Provável (12 -21 pontos).

Figura 6: Avaliação da ansiedade separadas por categorias.



A Figura 7 apresenta o nível de depressão entre os períodos que estão os alunos participantes de teste de depressão – HADS. Este teste varia de 0 a 21, em que 0 a 7 = Depressão Improvável; 8 a 11 = Depressão Possível, e 12 a 21 = Depressão Provável. Observa-se que os alunos do 6º período estão em uma faixa de 7,9, com a mais alta pontuação, significativamente maiores do que a dos alunos do 8º período, que estão em torno de 3,7.

Figura 7: Avaliação da depressão separada por período.

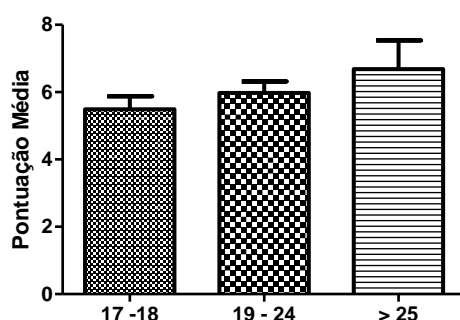


Foram observados os níveis de depressão em homens e mulheres que participaram do teste de depressão – HADS. É possível notar que o mesmo nível em torno de 5,8 é apresentado para ambos os gêneros. A variante na figura é de 0 a 8, sendo o valor mais alto indicador de provável depressão.

Os níveis de depressão dos alunos participantes do teste de depressão – HADS, nos turnos da manhã e da noite. A diferença entre os turnos não é significativa, já que os alunos da noite apresentam média de 5,9 e os da manhã por volta de 5,8.

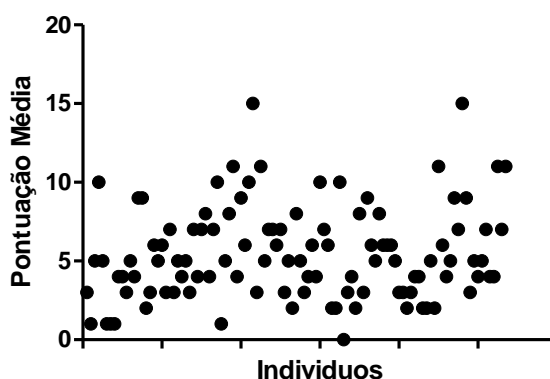
Na Figura 8 é possível observar os níveis de depressão por idade dos alunos participantes do teste de depressão – HADS. A variante na figura é de 0 a 10, no qual 0: Depressão Improvável e 10: Depressão Provável. Nota-se que os alunos com mais de 25 anos apresentam alto nível de ansiedade, por volta de 7,4, grande diferença, em comparação com o dos alunos de 17-18 anos, que possuem média em torno de 4,2. Os alunos de 19 a 24 anos possuem média de 5,8.

Figura 8: Avaliação da depressão separada por idade.



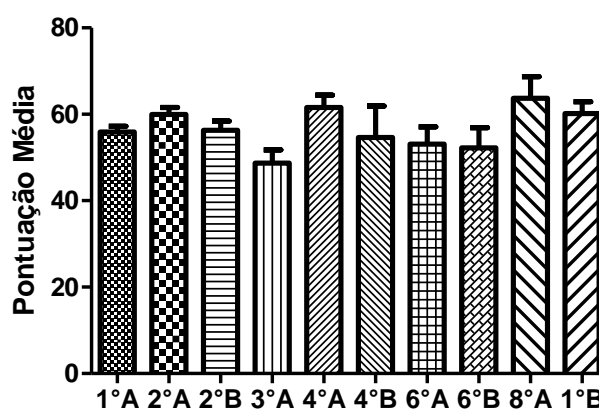
A Figura 9 apresenta os níveis de depressão individual para cada aluno participante do teste de depressão – HADS. Os níveis de depressão variam de 0 a 21, em que 0 a 7: Depressão Improvável; 7 a 11: Depressão Possível, e 12 a 21: Depressão Provável. Nota-se que a maior parte dos alunos apresenta depressão improvável, poucos apresentam depressão possível e uma minoria apresenta depressão provável.

Figura 9: Avaliação da depressão individual.



Na Figura 10, pode-se observar a variância no teste de qualidade de vida – WHOQOL, que é de 0 a 100, em que 0 a 51,1: Precisa Melhorar; 51,2 a 71,9: Regular; 72 a 98: Boa, e 99 a 100: Muito Boa. Ao observar a figura, nota-se que a qualidade de vida apresenta maior nível nos alunos do 8º período, com uma média de 73,2. Os alunos do 3º período são os que apresentam qualidade de vida no nível mais baixo, por volta de 48,4.

Figura 10: Avaliação da qualidade de vida por período.



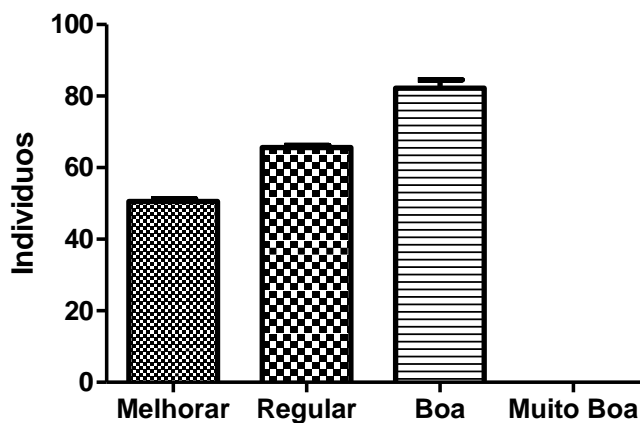
Foram observados os níveis de qualidade de vida dos alunos participantes do teste WHOQOL, por meio do qual notou-se que os níveis entre homens e mulheres apresentam diferença insignificante, pois os alunos homens registraram média em torno de 58 ou 59, e as alunas mulheres registraram média de 57,3.

Também foram medidos os níveis de qualidade de vida entre os alunos do turno da manhã e da noite participantes do teste de qualidade de vida – WHOQOL. Ao se observar os resultados, nota-se que o nível médio de qualidade de vida dos alunos do período da manhã é mais alto quando comparado com o dos alunos da noite. Os alunos da manhã apresentam média em torno de 59,1 e os da noite, 57,3.

Com relação ao nível de qualidade de vida de alunos de diferentes idades, participantes do teste de qualidade de vida – WHOQOL, nota-se que não há diferença significativa entre o dos alunos de diferentes idades, mas é possível observar que os alunos de 17 a 18 anos apresentam nível de qualidade de vida ligeiramente melhor que o dos alunos com mais de 25 anos.

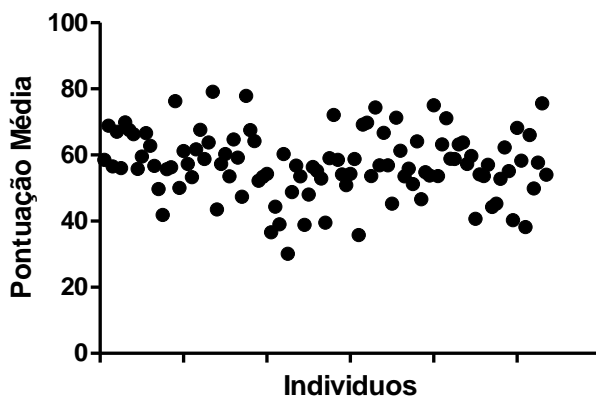
Na Figura 11, observam-se os níveis de qualidade de vida dos alunos participantes do teste de qualidade de vida - WHOQOL, e pode-se notar que a maior parte dos alunos apresentam qualidade de vida boa. Entretanto, não há alunos com qualidade de vida muito boa. Uma média de 50 alunos possui qualidade de vida baixa, precisando melhorar, e uma grande quantidade possui qualidade de vida regular.

Figura 11: Avaliação da qualidade de vida por categoria.



A Figura 12 apresenta dados individuais de cada aluno participante do teste de qualidade de vida – WHOQOL. Nota-se que há uma aglomeração de alunos no centro da figura, que indica um nível médio de qualidade vida dos alunos.

Figura 12: Avaliação da qualidade de vida individual.



Discussão

A partir dos resultados obtidos neste trabalho, foi possível notar que, dos 107 alunos participantes, a provável presença de ansiedade só é observada em 15,9% deles. Após análise de dados e respostas no questionário HADS - teste de ansiedade, observou-se que alunos do período noturno apresentam nível de ansiedade acima do nível de ansiedade dos alunos do período matutino. Apenas duas das seis turmas do período matutino apresentam possível ansiedade, enquanto as outras quatro turmas apresentam ansiedade improvável.

Também foi observado que o nível de ansiedade é significativamente maior entre as mulheres do que entre os homens. Estes dados estão de acordo com o apresentado por Victória (2013), que testou por meio de outro tipo de instrumento a ansiedade e depressão em graduandos da Universidade do Estado Rio de Janeiro, onde mulheres possuem maior nível de ansiedade.

Tal resultado é discutido por Bangasser (2009). Segundo ele, mulheres são mais vulneráveis aos transtornos relacionados ao estresse do que os homens. Uma das razões é a baixa quantidade de corticotropina, que é responsável por organizar as respostas frente ao estresse.

Ao se avaliar as diferenças entre a idade, alunos com 17 e 18 anos apresentam ansiedade improvável, porém, os alunos com idade entre 19 e 24 anos e mais de 25 anos apresentam ansiedade possível, e, com os dados disponibilizados pelos participantes, nota-se que os alunos com estas idades (entre 19 e 24 e >25) estão em sua maioria matriculados no período noturno.

A dispersão dos alunos em gráfico indica que apenas 17 alunos apresentam ansiedade provável. Entretanto, 34 alunos apresentam ansiedade possível, que, se confirmada por um psicólogo, esses dois grupos de alunos representariam quase metade de todos os alunos, apresentando resultado preocupante: 52,3% dos alunos (56 alunos) é o total de alunos com ansiedade improvável.

A respeito dos dados sobre depressão, foi possível observar que os alunos do 6º período apresentam níveis mais altos de depressão, e que homens e mulheres apresentam níveis iguais. Não existe diferença significativa entre alunos do período da manhã e da noite. Os alunos com mais de 25 anos apresentaram níveis mais altos do que os demais e a minoria dos participantes apresentam depressão provável.

Já nos dados sobre qualidade de vida, foi observado que alunos do 3º período apresentam qualidade de vida mais baixa do que alunos de períodos posteriores. Esta condição também foi relatada no trabalho de Oliveira (1999), segundo o qual, os alunos matriculados nos dois primeiros anos possuem qualidade de vida inferior à dos alunos dos dois últimos anos do curso de Educação Física. Não houve diferença significativa entre gêneros. Entretanto, esse resultado não foi parecido com o de outros trabalhos do mesmo tipo, como o de Cerchiari (2004), segundo o qual há diferença significativa, pois, para ele, mulheres possuem qualidade de vida superior à dos homens.

Alunos com idade entre 17 e 18 anos com qualidade de vida ligeiramente maior do que a dos alunos com mais de 25 anos. Alunos com qualidade de vida regular. Nível médio de qualidade de vida entre os alunos em geral.

Conclusão

Pode-se concluir com este trabalho que alunos em diferente períodos e turnos, idades e gêneros, possuem variação significativa nos testes de Ansiedade, Depressão e Qualidade de Vida. Foi possível observar que alunos de 3º período são os que têm mais possibilidade de sofrer de ansiedade, depressão e baixo nível de qualidade de vida, independentemente da idade, e que alunos de 7º e 8º período são os que apresentam menor probabilidade de sofrer de ansiedade e depressão e possuem maior qualidade de vida.

Referências bibliográficas

AIGNER, M. *et al.* What does the WHOQOL-Bref Measure? Measurement Overlap between Quality of Life and Depressive Symptomatology in Chronic Somatoform Pain Disorder. **Soc. Psychiatry Epidemiol.** v.41, n.1, p.81-6, 2006.

BALDASSIN, S. Ansiedade e depressão no estudante de Medicina: revisão de estudos Brasileiros. **Cadernos ABEM**, v.6, p19-26, 2010.

CAPELA, C. *et al.* Association of Quality of Life with Pain, Anxiety and Depression. **Fisioterapia e Pesquisa**, São Paulo, v.16, n.3, p.263-8. 2009.

LANDIM, A. C. F.; TAVARES, D. N.; PINHEIRO, F. M. **Ansiedade e assistência de enfermagem: uma revisão bibliográfica.** Universidade Federal Fluminense, 2013.

LIMA, A. F. B. S.; FLECK, M. P. A. Quality of Life and Depression: A Review of the Literature. **Rev. Psiquiatr. Rio Gd. Sul**. Porto Alegre, v.31, n.3, supl.0, 2009.

MANETTI, M. L.; MARZIALE, M. H. P. Fatores associados à depressão relacionada ao trabalho de Enfermagem. **Estudos de Psicologia**. Natal, v.12 n.1, p.79-85, 2007.

ORSEL, S.; AKDEMIR A.; DAG, I. The Sensitivity of Quality of Life Scale WHOQOL-100 to Psychopathological Measures in Schizophrenia. **Compr. Psychiatry**, v.45, p.57-61, 2004.

SCHMIDT, D. R. C. *et al.* Ansiedade e depressão entre profissionais de enfermagem que atuam em blocos cirúrgicos. **Rev. Esc. Enferm. - USP**. São Paulo, v.45, n.2, abr. 2011.

VASCONCELOS, T. C. *et al.* Prevalência de sintomas de ansiedade e depressão em estudantes de Medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v.39, n.1, p.135-142, 2015.

FREUD, S. **The Problem of Anxiety**. New York, Norton, 1936.

MARTIN, B.; SROUFE, L.A. **Anxiety**. *In*: COSTELLO, C. G. **Symptoms of Psychopathology**. New York, John Wiley & Sons, 1971.