



FACULDADE DE MEDICINA  
UNIVERSIDADE D  
COIMBRA

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA – TRABALHO FINAL

MARIA CLARA MARICOTO MONTEIRO

***Estudo dos mecanismos de Coping dos estudantes do  
Mestrado Integrado de Medicina da Faculdade de Medicina da  
Universidade de Coimbra***

ARTIGO CIENTÍFICO ORIGINAL

ÁREA CIENTÍFICA DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR

Trabalho realizado sob a orientação de:  
PROFESSOR DOUTOR LUIZ MIGUEL DE MENDONÇA SOARES SANTIAGO

JANEIRO/2021

FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

TRABALHO FINAL DO 6º ANO MÉDICO COM VISTA À ATRIBUIÇÃO  
DO GRAU DE MESTRE NO ÂMBITO DO CICLO DE ESTUDOS DE  
MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

**Estudo dos mecanismos de *Coping* dos estudantes do  
Mestrado Integrado de Medicina da Faculdade de Medicina  
da Universidade de Coimbra**

Coping mechanisms of medical students at the Faculty of Medicine of the  
University of Coimbra

**Autores:**

Maria Clara Maricoto Monteiro<sup>1</sup>, Luiz Miguel de Mendonça Soares Santiago<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Portugal

<sup>2</sup>Clinica Universitária de Medicina Geral e Familiar da Faculdade de Medicina da Universidade de  
Coimbra

**E-mail:** [marclaramonteiro@gmail.com](mailto:marclaramonteiro@gmail.com)



# ÍNDICE

Resumo .....	5
Palavras-chave .....	5
<i>Abstract</i> .....	6
<i>Keywords</i> .....	6
Introdução.....	7
Materiais e Métodos.....	9
Resultados.....	12
1. Caracterização Epidemiológica da Amostra.....	12
2. <i>Distress</i> .....	15
3. Mecanismos de <i>Coping</i> .....	17
Discussão .....	19
Conclusão.....	23
Referências.....	24
Anexos.....	26
Anexo I. : Parecer da Comissão de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra .....	26
Anexo II. : Autorização da aplicação do instrumento <i>Brief Cope</i> .....	27
Anexo III. : Questionário .....	28

## RESUMO

**Introdução:** A população estudantil de medicina é considerada especialmente vulnerável ao *stress*. Foi objetivo deste estudo verificar os níveis de *Distress* e conhecer os mecanismos de *coping* mais utilizados e úteis, bem como identificar aqueles estratégicos e a implementar no contexto universitário.

**Métodos:** Foi realizado um estudo transversal e observacional numa amostra de conveniência dos estudantes dos seis anos do Mestrado Integrado de Medicina, da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, do ano letivo 2020/2021, tendo sido calculado o tamanho da amostra. Aplicou-se um questionário *online* com a recolha de dados sociodemográficos, os instrumentos *Brief Cope* e *Patient Health Questionnaire-4* (PHQ-4). Realizou-se uma análise descritiva e inferencial.

**Resultados:** Numa amostra representativa de  $n=224$ , a incidência de *Distress* moderado a severo nesta população de estudantes foi de 22.3%. No *Distress* severo, a maior percentagem situou-se nos alunos do 1º ano (15%). Dos participantes que demonstraram um *Distress* severo, 60% estavam “Muitíssimo” / “Muito” integrados na vida universitária, todos estavam “Muito” / “Muitíssimo” satisfeito com o sucesso académico e 60% referiu antecedentes de patologia do foro da saúde mental. Os domínios de *coping* mais usados foram: “Planear”, “Coping Ativo” e o “Suporte Social Emocional”. Existe uma correlação estatisticamente significativa e negativa entre o *Distress* e o “Coping ativo” ( $r=-0.222$ ;  $p=0.001$ ), “Planear” ( $r=-0.182$ ;  $p=0.006$ ), “Reinterpretação positiva” ( $r=-0,220$ ;  $p=0,001$ ), “Aceitação” ( $r=-0,217$ ;  $p=0,001$ ) e “Humor” ( $r=-0,342$ ;  $p<0,001$ ).

**Discussão:** O uso das estratégias “Autoculpabilização”, “Negação” e “Desinvestimento Comportamental” esteve associado a *Distress* mais intenso e o “Coping ativo”, “Planear”, “Reinterpretação positiva”, “Aceitação” e “Humor” estiveram mais correlacionadas com menor *Distress*. Foram encontrados níveis mais baixos de *Distress* nesta amostra relativamente a outros estudos, fruto possivelmente do tipo de instrumentos utilizados e da época do ano letivo em que ocorreu o estudo.

**Conclusão:** Tendo em conta que 22.3% dos alunos desta amostra revela *Distress* moderado a severo, a implementação de iniciativas que promovam estratégias de *coping* ajustadas deve ser realizada.

**Palavras-chave:** “Coping”, “*Distress*”, “estudantes de medicina”, “depressão”, “ansiedade”, “saúde mental”.

# ABSTRACT

**Introduction:** Medical student population is considered to be highly vulnerable to stress. The aim of this study was to evaluate the populational Distress and to know the most used and useful coping mechanisms and to identify the ones that should be implemented in the university context.

**Methods:** A cross-sectional study was conducted in medical students of the Master Degree in Medicine of the Faculty of Medicine, University of Coimbra, in the academic year 2020/2021. The sample size was calculated. An online questionnaire was applied and all students completed a socio-demographic survey, the instruments Brief Cope and Patient Health Questionnaire-4 (PHQ-4). A descriptive and inferential analysis was performed.

**Results:** In a n=224 representative sample, the incidence of moderate to severe Distress was 22.3%. The highest percentage of severe Distress participants was found in first year students (15.0%). For severely distressed students, 60% were "extremely" / "very " integrated in the university life, all of them were "extremely" / "very " satisfied with their academic success and 60% had a history of previous mental health issues. The most used coping mechanisms were: "Planning", "Active Coping" and "Emotional Social Support". A statistically significant and negative correlation between Distress and "Active Coping" ( $r = -0.222$ ;  $p = 0.001$ ), "Planning" ( $r = -0.182$ ;  $p = 0.006$ ), "Positive Reinterpretation" ( $r = -0.220$ ;  $p = 0.001$ ), "Acceptance" ( $r = -0.217$ ;  $p = 0.001$ ) and "Humor" ( $r = -0.342$ ;  $p < 0.001$ ) was found.

**Discussion:** The use of coping strategies such as "Self-Blame", "Denial" and "Behavioral Divestment" was associated with higher Distress, while the use of "Active Coping", "Planning", "Positive Reinterpretation", "Acceptance" and "Humor" was correlated with less Distress. Lower levels of Distress were found in this sample compared to other studies, possibly due to the type of instruments used and the time of the school year.

**Conclusion:** The prevalence of 22.3% of moderate to severe Distress in this sample implies the consideration of initiatives that promote adjusted coping strategies.

**Keywords:** "Coping", "Distress", "medical students", "depression", "anxiety", "mental health".

# INTRODUÇÃO

Os estudantes de medicina são uma população especialmente vulnerável ao *stress*, não só pelo ambiente competitivo (1) e pela sobrecarga curricular (2) a que estão sujeitos, mas também devido ao elevado grau de perfeccionismo inerente a estes indivíduos.(3) A esses fatores associam-se a elevada pressão de tempo nas avaliações, a quantidade de matéria para memorizar, o tempo limitado para atividades lúdicas e o medo de falhar.(4) Posto isto, urge a necessidade de identificar as estratégias que permitam ao estudante de medicina lidar com as exigências da sua vida académica e que estes mecanismos sejam incentivados.

Segundo o modelo transaccional do *stress* de Lazarus, a ansiedade e outras emoções negativas ocorrem quando o indivíduo, após a avaliação da situação, conclui que o estímulo é stressante e que os seus recursos são insuficientes para o que lhe é exigido. (5)

Já o *coping*, é descrito na literatura como os esforços cognitivos e comportamentais para responder a exigências específicas, internas ou externas, que são avaliadas como excedendo ou estando nos limites dos recursos do indivíduo.(6) Vaz Serra, concluiu que a pessoa com estratégias de *coping* adequadas é alguém que gosta de encarar e resolver ativamente os problemas, que utiliza mecanismos redutores de estados de tensão, que não sejam lesivos da sua saúde, não deixando que os acontecimentos negativos interfiram no seu quotidiano.(7)

Segundo a perspectiva de Lazarus e Folkman, existem dois tipos de *coping*: o *coping* focado no problema e o *coping* focado na emoção. O primeiro, corresponde às tentativas cognitivas ou comportamentais, de modificar ou eliminar a situação geradora de stress; já o segundo constitui os esforços que permitem a regulação da resposta emocional associado à situação.(8) Outros autores (Endler e Parker,1990) introduziram o termo *coping* orientado para o evitamento, no qual o indivíduo procura evitar os pensamentos acerca do *stressor*.(8) Os mecanismos de *coping* focados no problema (como o *coping* ativo, o planeamento ou o uso de suporte instrumental), estão mais relacionados com o bem estar psicológico, já as estratégias de coping emocional (como a autculpabilização ou a expressão de sentimentos) e do tipo evitante (como a negação, a autodistração e o uso de substâncias) são menos eficazes e estão mais associadas a perturbação psicológica.(8)

Uma meta-análise demonstrou que 29.2% a 38.7% dos estudantes de medicina sofrem de ansiedade.(9) Uma outra concluiu que 28% destes estudantes têm depressão.(10) Os estudantes de medicina, em Portugal, também demonstram ter mais sintomas de ansiedade relativamente a estudantes de outros cursos.(11)

A existência de *Distress* psicológico nos estudantes de medicina está associado a um baixo rendimento académico, mau profissionalismo, diminuição da empatia, aumento do abuso de substâncias e suicídio.(12) Encontra-se ainda descrito que os estudantes com níveis mais elevados de *stress* tendem a apresentar piores resultados académicos.(13,14) O *burnout* pode levar à diminuição das qualidades profissionais necessárias para a profissão médica, como a honestidade, o altruísmo e a autorregulação.(15)

Visto que muitos estudos indicam que a falta do uso de estratégias de *coping* pode gerar altos níveis de *stress* e maior vulnerabilidade ao *burnout* é muito importante identificar os mecanismos que podem ser implementados para diminuir a carga emocional inerente ao curso de medicina.(16) Com os resultados do presente estudo, poderão ser planejadas estratégias de intervenção na comunidade estudantil, de maneira a prevenir a degradação da saúde mental dos alunos e dotá-los de resiliência, de forma a que, no futuro, estes se encontrem mais preparados para lidar com as exigências da profissão médica. Carecem estudos nacionais mais detalhados sobre este fenómeno.

Foi objetivo deste estudo avaliar a percepção de ansiedade e depressão nos estudantes de medicina (*Distress*), bem como conhecer qual(ais) os mecanismos de *coping* mais utilizados por estes alunos.

## MATERIAIS E MÉTODOS

Realizou-se um estudo transversal e observacional dos estudantes dos seis anos do Mestrado Integrado de Medicina da Faculdade Medicina da Universidade De Coimbra, do ano letivo de 2020/2021.

Aplicou-se um questionário aos estudantes, subdividido em: recolha de dados sociodemográficos, aplicação do instrumento *Brief Cope* (17) e do instrumento *Patient Health Questionnaire-4* (PHQ-4).(18)

Foram recolhidas variáveis como: sexo, ano do curso, residência durante o período letivo, estatuto de bolseiro(a), existência de atividades extracurriculares e antecedentes de patologia do foro da saúde mental. Aplicou-se uma questão acerca dos últimos três dígitos do número de telemóvel, para evitar a duplicação de respostas.

Aplicaram-se ainda questões relacionadas com a vida académica, nomeadamente: as expectativas inerentes à nota da média aritmética de curso, com respostas “superior/ igual/ inferior ao que esperava”; sensação de integração social na vida universitária; e o grau de satisfação com o seu sucesso académico, estas com resposta através de uma escala de tipo *Likert* entre “Muitíssimo/ Muito/ Neutro/ Pouco/ Nada”.

Avaliou-se ainda a dependência e o impacto das redes sociais e a sua influência no bem-estar mental.

Aplicou-se a versão traduzida e validada para a população portuguesa do instrumento *Brief Cope*, com o consentimento do autor. Este instrumento, pelo seu tamanho e pela variedade de estratégias de *coping* que aborda, é adequado para uso em investigação no contexto de saúde.(17) O *Brief Cope* é composto por 14 subescalas (Tabela 1).(17) Para cada subescala existem dois itens, correspondendo estes a atitudes possíveis perante uma situação de stress (por exemplo, no período de exames/ orais ou o período de entrega de trabalhos). O(a) participante foi convidado(a) a indicar a frequência com que realizava cada atitude, através de uma escala ordinal do tipo *Likert*, com 4 alternativas (Nunca/ Por vezes/ Costumo/ Sempre ). Cada item tinha uma cotação entre 0 e 3, sendo seguidamente somadas as pontuações dos dois itens para a mesma subescala, ficando cada uma com uma pontuação variável entre 0 e 6. As subescalas não foram somadas.(17)

**Tabela 1:** Definições das subescalas do Instrumento *Brief Cope*.(17)

Subescala	Definição
1. Coping ativo	Iniciar uma ação ou fazer esforços, para remover ou circunscrever o <i>stressor</i> .
2. Planear	Pensar sobre o modo de se confrontar com o <i>stressor</i> , planear os esforços de coping ativos.
3. Utilizar suporte instrumental	Procurar ajuda, informações, ou conselho acerca do que fazer.
4. Utilizar suporte social emocional	Conseguir simpatia ou suporte emocional de alguém.
5. Religião	Aumento de participação em atividades religiosas.
6. Reinterpretação positiva	Fazer o melhor da situação crescendo a partir dela, ou vendo-a de um modo mais favorável.
7. Autoculpabilização	Culpabilizar-se e criticar-se a si próprio pelo que aconteceu.
8. Aceitação	Aceitar o facto que o evento <i>stressante</i> ocorreu e é real.
9. Expressão de sentimentos	Aumento da consciência do stress emocional pessoal e a tendência concomitante para exprimir ou descarregar esses sentimentos.
10. Negação	Tentativa de rejeitar a realidade do acontecimento <i>stressante</i> .
11. Autodistração	Desinvestimento mental do objetivo com que o <i>stressor</i> está a interferir, através do sonho acordado, dormir ou autodistração.
12. Desinvestimento comportamental	Desistir, ou deixar de se esforçar da tentativa para alcançar o objetivo com o qual o <i>stressor</i> está a interferir.
13. Uso de substâncias (medicamentos/ álcool)	Virar-se para o uso do álcool ou outras drogas (medicamentos) como um meio de desinvestir do <i>stressor</i> .
14. Humor	Fazer piadas acerca do <i>stressor</i> .

Foi aplicado o *Patient Health Questionnaire* (PHQ-4), que permite avaliar a perceção de depressão e a ansiedade dos estudantes.(18) Foram apresentados os itens e atribuída cotação segundo uma escala ordinal do tipo *Likert* com quatro opções, que pretendiam avaliar a frequência da ocorrência do que era questionado (“Não, de todo” / “Vários dias” / “Mais de metade dos dias” / “Quase todos os dias”). A soma das cotações das quatro respostas, permitiram a classificação em nenhum *Distress* (se apresentou 0-2 pontos), *Distress* leve (3-5 pontos), moderado (6-8 pontos) ou severo (9-12 pontos). (10)

O questionário foi inicialmente testado numa amostra de 10 estudantes, do 6º ano da Faculdade de Medicina Da Universidade de Coimbra, com objetivo de recolher o parecer acerca da clareza dos itens e do tempo necessário para o preenchimento.

A aplicação do questionário foi realizada na plataforma *Google Forms*, entre os dias 23/09/2020 e 19/10/2020. Da página de respostas constava um texto com a explanação dos objetivos do estudo. Era igualmente indicado que a participação era anónima, voluntária e confidencial e que o participante poderia interromper o preenchimento. Também constou que os dados iriam ser objeto de uma análise estatística de forma conjunta e que os mesmos se destinariam apenas a fins de investigação científica. Foi indicado um endereço de correio eletrónico para esclarecimento de questões. Todos os

participantes tiveram de concordar com o consentimento informado, para prosseguirem o preenchimento.

Para a divulgação do questionário, foi utilizada a rede social *Facebook* dos anos do curso. Foram realizados lembretes a apelar o seu preenchimento facultativo, até ser atingida a dimensão amostral calculada.

O cálculo do tamanho da amostra foi realizado para um intervalo de confiança de 95% e uma margem de erro de 5%, num universo de 1903 estudantes (389 do 1º ano, 287 do 2º ano, 322 do 3º ano, 284 do 4º ano, 322 do 5º ano e 299 do 6º ano).

Para tratamento dos dados, recorreu-se ao programa *IBM SPSS Statistics 25*. Para a realização da análise descritiva recorreu-se à média e ao desvio padrão. Para a análise inferencial, após a verificação de normalidade na distribuição pelo teste Kolmogorov-Smirnov, foram aplicados testes não paramétricos, Kruskal Wallis e U de Mann-Whitney, bem como a correlação de Pearson. Para as variáveis numéricas de distribuição normal, foi ainda aplicado o teste t para igualdade de médias e para variáveis nominais o teste do qui quadrado ( $\chi^2$ ). Foi definido o valor de p de <0.01 para diferença estatística.

Este estudo foi aprovado pela Comissão de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra a 25 de maio de 2020.

# RESULTADOS

## Caracterização Epidemiológica da Amostra

Para um universo de 1903 alunos, foi estudada uma amostra constituída por 224 participantes dos seis anos do Mestrado Integrado de Medicina (MIM) da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, no ano letivo 2020/2021, sendo o tamanho necessário calculado de 218. A maioria dos participantes eram do sexo feminino (78.6%) e frequentavam o 6º ano do MIM (17.9%) estando a caracterização do número de respostas de cada sexo, por ano de curso, exemplificadas na tabela 2.

**Tabela 2:** Caracterização da amostra estudada, segundo o ano de frequência no MIM e sexo.

Sexo	Ano de frequência no MIM						Total - n (%)
	1º - n (%)	2º - n (%)	3º - n (%)	4º - n (%)	5º - n (%)	6º - n (%)	
Masculino	10 (25)	8 (20)	4 (16.7)	8 (26.7)	10 (22.7)	8 (17.4)	48 (21.4)
Feminino	30 (75)	32 (80)	20 (83.3)	22 (73.3)	34 (73.3)	38 (82.6)	176 (78.6)
Total	40 (100)	40 (100)	24 (100)	30 (100)	44 (100)	46 (100)	224 (100)

Cerca de 84.4% (n=189) dos participantes referiram viver acompanhados, aquando em aulas. Já 81.3% (n=182) dos estudantes não afirmaram ter bolsa de estudo. Foi declarada a prática de atividades extracurriculares por 105 (46.9%) participantes. Para n=54 (24.1%) houve declaração de antecedentes de patologia do foro da saúde mental. A distribuição destas variáveis por ano de curso encontra-se demonstrada na tabela 3, não tendo sido encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os vários anos de curso.

**Tabela 3:** Caracterização das variáveis “Residência no período de aulas”, “Bolsa de estudo”, “Atividades extracurriculares” e “Antecedentes de patologia do foro da saúde mental”, segundo o ano de frequência no MIM.

		Ano de frequência no MIM						Valor de p (*)	Total - n (%)
		1º - n (%)	2º - n (%)	3º - n (%)	4º - n (%)	5º - n (%)	6º - n (%)		
Residência no período de aulas	Acompanhado	33 (82.5)	29 (72.5)	21 (87.5)	25 (83.3)	36 (81.8)	45 (97.8)	0,050	189 (84.4)
	Só	7 (17.5)	11 (27.5)	3 (12.5)	5 (16.7)	8 (18.2)	1 (2.2)		35 (15.6)
	Total	40 (17.9)	40 (17.9)	24 (10.7)	30 (13.4)	44 (19.6)	46 (20.5)		224 (100)
Bolsa de estudo	Sim	6 (15)	12 (30)	3 (12.5)	6 (20)	5 (11.4)	10 (21.7)	0,291	42 (18.8)
	Não	34 (85)	28 (70)	21 (87.5)	24 (80)	39 (88.6)	36 (78.3)		182 (81.3)
	Total	40 (17.9)	40 (17.9)	24 (10.7)	30 (13.4)	44 (19.6)	46 (20.5)		224 (100)
Atividades extracurriculares	Sim	14 (35)	18 (45)	11 (45.8)	15 (50)	22 (50)	25 (54.3)	0,603	105 (46.9)
	Não	26 (65)	22 (55)	13 (54.2)	15 (50)	22 (50)	21 (45.7)		119 (53.1)
	Total	40 (17.9)	40 (17.9)	24 (10.7)	30 (13.4)	44 (19.6)	46 (20.5)		224 (100)
Antecedentes de patologia do foro da saúde mental	Sim	10 (25)	12 (30)	7 (29.2)	7 (23.3)	12 (27.3)	6 (13)	0,491	54 (24.1)
	Não	30 (75)	28 (70)	17 (70.8)	23 (76.7)	32 (72.7)	40 (87)		170 (75.9)
	Total	40 (17.9)	40 (17.9)	24 (10.7)	30 (13.4)	44 (19.6)	46 (20.5)		224 (100)

Legenda: p(\*) teste de Kruskal Wallis

Quando inquiridos acerca das expectativas inerentes à nota da média aritmética atual de curso, 49.6% (n=111) dos alunos responderam que esta era igual à sua expectativa, já 34.4% (n=77) dos alunos referiram que esta era menor do que esperavam, contrastando com 16.1% (n=36) dos alunos que referiram que esta era maior do que esperavam. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre as respostas dos alunos dos vários anos (p=0.462, teste de Kruskal Wallis).

Quanto ao grau de satisfação dos alunos com o seu sucesso académico, 50.9% (n=114) dos inquiridos referiram sentir-se “muito” satisfeitos, já 32.1% (n=72) responderam, “neutro”, e 14.3% (n=32) disseram-se “muitíssimo” satisfeitos. Cerca de 2.7% (n=6) dos alunos responderam estar “pouco” satisfeitos, e nenhum aluno referiu estar “nada” satisfeito. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre as respostas dos alunos dos seis anos (p=0.044, teste de Kruskal Wallis).

Em relação à questão “sente-se socialmente integrado(a) na vida universitária?”, 38.4% (n=86) dos inquiridos responderam “neutro”, já 33.5% (n=75) dos alunos sentiam-se “muito” integrados, 17% (n=38) “muitíssimo” integrados, 7.6% (n=17) diziam sentir-se “pouco” integrados, e 3.6% (n=8) “nada” integrados. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativa entre as respostas dos alunos dos vários anos de curso ( $p=0.08$ , teste de Kruskal Wallis).

## Distress

A maioria dos alunos (77.6%) apresenta um grau de *Distress* nulo ou leve, sendo que 22,3% dos inquiridos apresentam *Distress* de moderado a severo. A distribuição por ano de curso encontra-se exemplificada na tabela 4. Não existem diferenças estatisticamente significativas ( $p > 0.01$ ) entre os valores de *Distress* dos vários anos de curso.

**Tabela 4:** Relação entre o *Distress* percebido e o ano de frequência no MIM.

		Ano de frequência no MIM						Valor de p (*)	Total - n (%)
		1º - n (%)	2º - n (%)	3º - n (%)	4º - n (%)	5º - n (%)	6º - n (%)		
<i>Distress</i> (PHQ-4)	Nenhum (0 a 2)	16 (44.6)	16 (40)	10 (41.7)	14 (46.7)	23 (52.3)	21 (45.7)	0,236	100 (44.6)
	Leve (3 a 5)	9 (22.5)	14 (35)	8 (33.3)	14 (46.7)	14 (31.8)	15 (32.6)		74 (33)
	Moderado (6 a 8)	9 (22.5)	9 (22.5)	5 (20.8)	1 (3.3)	5 (11.4)	6 (13)		35 (15.6)
	Severo (9 a 12)	6 (15)	1 (2.5)	1 (4.2)	1 (3.3)	2 (4.5)	4 (8.7)		15 (6.7)
	Total	40 (17.9)	40 (17.9)	24 (10.7)	30 (13.4)	44 (19.6)	46 (20.5)		224 (100)

Legenda: p(\*) teste de Kruskal Wallis

Não se verificou relação significativa entre o *Distress* percecionado pelos alunos e as variáveis: sexo ( $p=0,140$ ), expectativas inerentes à nota da média aritmética atual de curso ( $p=0.630$ ), residência ( $p=0.520$ ), ter bolsa de estudo ( $p=0.610$ ) ou participar numa atividade extracurricular ( $p=0.490$ ). Foi analisada a relação entre o *Distress* e a perceção da integração social na vida universitária, o grau de satisfação com o sucesso académico e a existência de antecedentes de patologia do foro da saúde mental, tendo sido encontradas diferenças estatisticamente significativas ( $p < 0.01$ ). A caracterização destas relações encontra-se discriminada na tabela 5.

**Tabela 5:** Relação entre o *Distress* e a percepção da “integração na vida universitária”, o “grau de satisfação com o sucesso acadêmico” e a existência de “antecedentes de patologia do foro da saúde mental”.

		<i>Distress</i> (PHQ-4)				Valor de p (*)	Total - n (%)
		Nenhum (0 a 2) - n (%)	Leve (3 a 5) - n (%)	Moderado (6 a 8) - n (%)	Severo (9 a 12) - n (%)		
Grau de integração social na vida universitária	Muitíssimo	9 (9)	16 (21.6)	9 (25.7)	4 (26.7)	<0,001	38 (17)
	Muito	28 (28)	27 (36.5)	15 (42.9)	5 (33.3)		75 (33.5)
	Neutro	44 (44)	29 (39.2)	8 (22.9)	5 (33.3)		86 (38.4)
	Pouco	16 (16)	0 (0)	1 (2.9)	0 (0)		17 (7.6)
	Nada	3 (3)	2 (2.7)	2 (5.7)	1 (6.7)		8 (3.6)
	Total	100 (100)	74 (100)	35 (100)	15 (100)		224 (100)
Grau de satisfação com o sucesso acadêmico	Muitíssimo	6 (6)	11 (14.9)	12 (34.3)	3 (20)	<0,001	32 (14.3)
	Muito	43 (43)	40 (54.1)	19 (54.3)	12 (80)		114 (50.9)
	Neutro	46 (46)	22 (29.7)	4 (11.4)	0 (0)		72 (32.1)
	Pouco	5 (5)	1 (1.4)	0 (0)	0(0)		6 (2.7)
	Nada	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)		0 (0)
	Total	100 (100)	74 (100)	35 (100)	15 (100)		224 (100)
Antecedentes de patologia do foro da saúde mental	Sim	16 (16)	19 (25.7)	10 (28.6)	9 (60)	<0,002	54 (24.1)
	Não	84 (84)	55 (74.3)	25 (71.4)	6 (40)		170 (75.9)
	Total	100 (100)	74 (100)	35 (100)	15 (100)		224 (100)

Legenda: p(\*) teste de Kruskal Wallis

Quando inquiridos acerca do grau de dependência em relação ao uso de redes sociais, 54.9% (n=123) dos participantes apenas se ligavam às redes quando lhes apetecia, enquanto que 30.8% (n=69) destes afirmaram estar ligado sempre que pudessem. Já 13.8% (n=31) afirmaram estar ligados(as) permanentemente e 0.4% (n=1) respondeu ligar-se só quando era convidado(a). Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas na relação com o *Distress* dos estudantes (p=0.018, teste de Kruskal Wallis).

Quanto ao impacto das redes sociais no bem-estar mental, 26.3% dos participantes (n=59) afirmaram que eram um fator de stress, já 21.9% (n=49) referiram que contribuíam para o bem-estar. Já 51.8% dos inquiridos revelaram-se neutros.

## Mecanismos de *coping*

Os domínios do *coping* mais usados pelos alunos dos seis anos do curso foram: “Planear” (Média=4.34), o “Coping Ativo” (M=4.13), seguindo-se o “Suporte Social Emocional” (M=3,80). Por outro lado, as estratégias de coping menos utilizadas foram o “Uso de substâncias” (M=0,29), o “Desinvestimento Comportamental” (M=0,74) e a “Negação” (M=1,18).

Em relação ao ano de frequência no MIM, apenas foi encontrada diferença estatisticamente significativa com o instrumento “Suporte Social Emocional” ( $p=0.009$ , teste de Kruskal Wallis), sendo que, os alunos do 3º ano eram os que mais o utilizavam ( $M=4.33 \pm 1.55$ ), seguindo-se os alunos do 6º ano ( $4.11 \pm 1.37$ ). Já os alunos do 1º ano eram os que menos o praticavam ( $M= 3.33 \pm 1.82$ ), seguindo-se os alunos do 5º ano ( $M=3.64 \pm 1.64$ ).

Em relação ao sexo, foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre o uso das subescalas “Suporte Social Emocional” ( $p=0.002$ , teste t para igualdade de médias) e “Humor” ( $p=0.007$ , teste t para igualdade de médias), sendo que em relação às restantes escalas não houve diferenças estatisticamente significativas ( $p>0.01$ ). Assim, as mulheres usam mais o “Suporte Social Emocional” (Média=  $3.99 \pm 1.56$ ) relativamente aos homens ( $M= 3.08 \pm 1.83$ ). O sexo masculino utiliza mais a subescala “Humor” ( $M= 2.77 \pm 1.74$ ) em relação ao sexo feminino ( $M= 2.01 \pm 1.51$ ).

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre as subescalas do *coping* e as restantes variáveis.

Pela tabela 6, é possível inferir que existe uma correlação estatisticamente significativa e positiva entre o recurso a estratégias de “Autoculpabilização” ( $r=0.370$ ;  $p<0.001$ ), “Negação” ( $r=0.266$ ;  $p<0.001$ ) e “Desinvestimento Comportamental” ( $r=0,306$ ;  $p=0,008$ ) e o *Distress* (PHQ-4) percecionado.

Já no que concerne ao “Coping Ativo” ( $r=-0.222$ ;  $p=0.001$ ), “Planear” ( $r=-0.182$ ;  $p=0.006$ ), “Reinterpretação positiva” ( $r=-0,220$ ;  $p=0,001$ ), “Aceitação” ( $r=-0,217$ ;  $p=0,001$ ) e “Humor” ( $r=-0,342$ ;  $p<0,001$ ), existe uma correlação estatisticamente significativa e negativa com o *Distress* (PHQ-4). Não existe relação estatisticamente significativa entre as restantes subescalas e o *Distress* (PHQ-4).

**Tabela 6:** Relação entre o *Distress* e as diferentes estratégias de *coping* usadas.

	<i>Distress</i> (PHQ-4)	
	r (*)	Valor de p
Coping Ativo	-0.222	0.001
Planear	-0.182	0,006
Suporte Instrumental	-0.026	0,694
Suporte Social Emocional	0.008	0.904
Religião	0.031	0.641
Reinterpretação Positiva	-0,220	0.001
Autoculpabilização	0.370	<0,001
Aceitação	-0,217	0,001
Expressão de sentimentos	0.115	0,087
Negação	0.266	<0,001
Autodistração	0.067	0,315
Desinvestimento comportamental	0,306	<0,001
Uso de Substâncias	0.090	0,178
Humor	-0.342	<0,001

Legenda: r (\*) Coeficiente de correlação de Pearson

## DISCUSSÃO

Neste estudo, cerca de 22.3% dos alunos apresentavam um *Distress* moderado a severo, não tendo sido encontradas diferenças significativas entre os vários anos.

Foram encontrados níveis mais baixos de stress e ansiedade (*Distress*) nesta amostra, relativamente às meta-análises globais avaliadas, que apontam que 29.2% a 38.7% dos estudantes de medicina em todo o mundo sofrem de ansiedade (9) e que 28% sofre de depressão.(10) Um estudo de 2013 aplicado nos estudantes desta faculdade, revelou que 43% dos estudantes apresentavam níveis de *stress* elevadíssimos.(19) Este decréscimo pode advir do uso de diferentes instrumentos de avaliação e de o presente estudo ter sido conduzido em meses que tipicamente terão uma menor carga de trabalho.

No entanto, dos que apresentavam um *Distress* severo, a maior percentagem (15%) corresponde a alunos do 1º ano, o que pode dever-se tanto à adaptação destes estudantes a um novo ambiente académico, como ao facto de ser necessário um esforço suplementar para manter o sucesso escolar que tiveram na escola secundária. Este reajuste pode ter um efeito deletério na saúde mental destes estudantes.(11) Seguiram-se os alunos do 6º ano (8.7%). A preocupação em acabar o curso, o arquitetar do futuro profissional e a competição entre pares (20) são motivos para o aumento do *Distress* nestes alunos. A isto acresce a preocupação com a Tese de Mestrado e com a Prova Nacional de Acesso ao Internato Médico.(11)

Dos que apresentam *Distress* moderado, 22.5% são do 1º ano, 22.5% do 2º ano, seguindo-se os alunos do 3º ano com 20.8%, sugerindo que há mais *Distress* nos anos pré-clínicos. Num estudo conduzido na Faculdade de Medicina da Universidade da Beira Interior, também se constatou que os alunos do 1º e 3º anos de curso, apresentavam um maior grau de *Distress* psicológico, comparativamente aos alunos de anos clínicos.(4) Contudo, uma meta-análise concluiu não existirem diferenças estatisticamente significativas entre a ansiedade dos estudantes nos anos pré-clínicos e clínicos.(9)

Neste estudo não foram encontradas diferenças no *Distress* segundo o sexo, contudo a uma meta-análise demonstrou que as estudantes de medicina do sexo feminino tinham uma maior prevalência de ansiedade (38%, 95% IC: 27.6-49.5%) em relação aos estudantes do sexo masculino (27.6%, 95% IC 19.3-37.8%), apesar de também não terem sido encontradas diferenças estatisticamente significativas ( $p=0.16$ ). (9)

Também não foi encontrada relação entre o *Distress* e a residência do aluno, porém, o facto de muitos dos estudantes se encontrarem deslocados da sua residência, afastando-se muitas vezes do seu círculo de relacionamentos, pode despoletar uma situação de crise.(20) Não foi encontrada uma relação estatisticamente significativa com o estatuto de bolseiro(a), não tendo sido encontrados estudos que reflitam esta realidade socioeconómica. Também não foi provada uma relação com a participação numa atividade extracurricular, o que converge com os achados de um estudo de 2019 realizado nesta faculdade, que mostrou que praticar uma atividade extracurricular não estava associado a uma menor incidência de *burnout*.(21)

Dos alunos com *Distress* severo e moderado, a maioria (60% e 68.9%, respetivamente) encontrava-se “Muitíssimo” / “Muito” integrada na vida universitária, enquanto que uma maior percentagem dos alunos de *Distress* leve e nulo responderam que se encontravam “Neutros”. Isto demonstra que não existe uma relação estreita entre o *Distress* e a integração, já que os alunos com maior ansiedade/ depressão não eram os que se encontravam menos integrados.

Todos os alunos com *Distress* severo revelaram-se “Muito” / “Muitíssimo” satisfeitos com o sucesso académico. Dos alunos com *Distress* nulo, a maioria referiu encontrar-se numa posição “neutra” no que toca à satisfação com o sucesso académico. O *Distress* será consequência da melhor *performance* académica ou a sua causa? Um estudo, realizado em Portugal, demonstrou que os sintomas depressivos estavam associados a uma má *performance* académica.(11) Porém, um estudo internacional em estudantes de medicina, demonstrou que níveis *borderline* de ansiedade nestes alunos estava associado a melhores resultados académico, enquanto que níveis baixos de depressão beneficiavam o aproveitamento académicos dos alunos.(22) Esta incongruência de resultados obriga a pensar na realização de mais estudos que permitam explicar este fenómeno, que até pode advir da tipologia de avaliação.

Em relação aos antecedentes de patologia do foro da saúde mental, a maioria dos estudantes (60%) com *Distress* severo relatou este fator, como era expectável. Já a maioria dos alunos com *Distress* moderado, leve e nulo não os apresentaram. Os alunos que não referem antecedentes de patologia do foro da saúde mental e que experienciam um período curto de *Distress*, podem ter mais dificuldades em identificar sintomas congruentes com estes problemas, o que leva a atraso na procura de ajuda profissional.(23) Embora alguns estudantes procurem ativamente ajuda, outros escolhem não o fazer, devido a receios acerca da confidencialidade ou que os seus sintomas sejam vistos como sinal de fraqueza.(23)

As subescalas do *coping* mais usadas pelos alunos dos seis anos são “Planear”, “Coping Ativo” e “Suporte Social Emocional”. As estratégias menos usadas são o “Uso de Substâncias”, o “Desinvestimento Comportamental” e a “Negação”. A tipologia das subescalas vai de encontro ao que também foi evidenciado num estudo realizado nesta faculdade em 2013.(19) Neste estudo, também se percebeu que os estudantes recorriam mais a estratégias de coping focado no problema e menos a estratégias de coping evitante, o que converge com os nossos resultados.(19) Segundo a literatura internacional, a maioria dos estudantes tanto em fase clínica, como pré-clínica usam o “Coping Ativo” em ações que envolvam por exemplo a criação de grupos de estudo.(13,24) Esta estratégia está associada a maior satisfação com a vida académica noutros estudos.(13,25) Poderá assim haver a necessidade de promover atividades que levem os alunos a lidar com os agentes *stressores* numa perspetiva pró-ativa, até mesmo no âmbito das Unidades Curriculares.

Foram encontradas diferenças no uso da subescala “Utilizar suporte social emocional” pelos alunos dos seis anos de curso, sendo que os alunos do 3º ano são os que mais a utilizam, seguindo-se os do 6º ano. Já os alunos do 1º ano são os que menos praticam este mecanismo, seguindo-se os alunos do 5º ano. Schiller *et. al*, demonstraram que com a progressão nos anos de curso, os estudantes usam

menos estratégias de coping ativo e mais estratégias baseadas na emoção, (13) mas no presente estudo tal não acontece de forma linear.

Também foi demonstrado que as mulheres usam mais a subescala “Suporte Social Emocional”, em relação aos homens, o que converge com o que também foi concluído em 2013, num estudo com os estudantes desta faculdade.(19) Já o sexo masculino utiliza mais a subescala “Humor”, em relação ao sexo feminino, o que também foi concluído em 2013,(19) que apesar disso também conclui que os homens recorriam mais a estratégias baseadas no uso de substâncias, relação que não foi estatisticamente significativa neste estudo.

No que toca à relação entre as estratégias de *coping* e o *Distress*, chegou-se à conclusão que um maior uso de estratégias de “Autoculpabilização”, “Negação” e “Desinvestimento Comportamental” estava associado ao aumento do *Distress*. De facto, na literatura, os mecanismos de *coping* focados na emoção os de tipo evitante são menos eficazes e estão mais associados a perturbação psicológica. (8)

Já o uso de estratégias como o “Coping ativo”, “Planear”, “Reinterpretação positiva”, “Aceitação” e “Humor” estavam correlacionadas com uma diminuição do *Distress*. Efetivamente, vários estudos comprovam que os mecanismos de *coping* focado no problema estão associados à saúde psicológica (8) e são de facto as estratégias mais ajustadas na adaptação às exigências.(26)

Em relação ao grau de dependência no uso das redes sociais, a maioria dos inquiridos não revelou dependência (55.3%). Podemos, contudo, estar perante um viés de deseabilidade social. Carecem estudos acerca da dependência dos estudantes de medicina nas redes sociais.

Não foram encontradas relações estatisticamente significativas entre a dependência e o impacto das redes sociais com o *Distress*. Este facto corrobora um outro estudo realizado nos estudantes de medicina, que aponta que não existe uma associação entre o tempo gasto na *internet* e a presença de sintomas ansiosos ou depressivos nos estudantes.(27)

Este estudo apresenta algumas limitações, nomeadamente o facto de as respostas ao questionário estarem dependentes do voluntarismo dos estudantes (viés de seleção) e de não ter sido estudada uma amostra aleatória. Os respondedores poderão ter sido os mais interessados no tópico da saúde mental, ou estarem mais sensibilizados para esta temática por terem antecedentes de patologia nesta área (24.1% dos inquiridos tinha antecedentes). Outra limitação prende-se com o facto de o questionário ter sido aplicado numa fase precoce do ano letivo, pautada por uma menor carga de trabalho, suscitando, teoricamente, menos *Distress* nos estudantes. Seria interessante e pertinente aplicar este questionário a outras faculdades de medicina do país, e noutras alturas do ano letivo, de maneira a extrapolar relações de causalidade mais verosímeis. Não podemos desvalorizar a hipótese do viés de deseabilidade social. Por último, o facto de os estudos nacionais e internacionais utilizarem escalas diferentes de medição do *Distress* e *coping*, torna complexa a tarefa de comparação.

Este estudo apresenta, todavia, pontos fortes. O facto de ter sido baseado num questionário de participação voluntária, permitiu que o preenchimento fosse realizado na altura considerada mais conveniente pelo aluno, em vez do constrangimento de resposta em tempo específico não determinado

pelo próprio. A garantia do anonimato no preenchimento do questionário terá possibilitado maior honestidade. Ao abranger todos os anos do curso de medicina desta faculdade, houve um aumento da representatividade e foi possível comparar as variáveis com as diferentes alturas do curso. As questões metodológicas acerca do uso das redes sociais são pertinentes atualmente e pouco estudadas.

Os presentes resultados poderão originar que os diretores das escolas médicas portuguesas procurem implementar ações de sensibilização e programas curriculares sobre esta temática.(12) Como exemplos temos a existência de grupos de desenvolvimento pessoal, a prática de yoga, promoção de programas de *mindfulness*, atividades que promovam a gestão do tempo e do stress.(12) É igualmente importante promover a desestigmatização da saúde mental, fomentando a procura de ajuda, perante sintomas de ansiedade ou depressão.(9) Uma outra estratégia importante prende-se com a partilha de experiências por parte de médicos, nomeadamente no que toca à maneira como também eles lidaram com o *stress* (9).

## CONCLUSÃO

A incidência de *Distress* moderado a severo nesta população de estudantes foi de 22.3%. Dos alunos que apresentaram um *Distress* severo, a maior percentagem corresponde a alunos do 1º ano, seguindo-se os alunos de 6º ano. Dos alunos que tinham um *Distress* moderado, a maior percentagem corresponde aos alunos do 1º ano.

Não foi encontrada uma relação entre o *Distress* percecionado e o sexo do aluno, a residência em aulas, o estatuto de bolseiro(a) e a prática de atividades extracurriculares. Não foi identificada uma relação com o grau de integração na vida universitária, contudo, no que toca ao grau de satisfação com o sucesso académico, os alunos com *Distress* moderado ou severo apresentaram-se “Muito” / “Muitíssimo” satisfeitos. A maioria destes, tinham antecedentes de patologia do foro da saúde mental.

A maioria dos inquiridos não revelou dependência no uso das redes sociais e também não foi encontrada uma relação entre a dependência e o *Distress*.

Os mecanismos de *coping* mais usados pelos participantes foram “Planear”, “Coping Ativo”, estratégias focadas no problema; seguindo-se o “Suporte Social Emocional”. O uso das estratégias “Coping Ativo”, “Planear”, “Reinterpretação positiva”, “Aceitação” e “Humor” correlacionaram-se com um menor grau de *Distress* nesta população, e por isso devem ser as estratégias a adotar pelos estudantes.

O uso dos mecanismos “Autoculpabilização”, “Negação” e “Desinvestimento Comportamental” provaram aumentar o *Distress*, sendo por isso estratégias desajustadas para lidar com as adversidades, devendo ser evitadas.

Tendo em conta a prevalência de estudantes sob *Distress* moderado a severo nesta Faculdade, torna-se evidente a implementação de iniciativas que promovam as mais ajustadas estratégias de *coping*. A temática da saúde mental nos estudantes de medicina não deve ser desvalorizada e devem ser concertados esforços para aumentar a qualidade de vida desta população. Tal poderá ser o caminho para formar profissionais de saúde capazes de fornecer os melhores cuidados aos seus doentes.

## REFERÊNCIAS

1. Marques M, Macedo A, Soares MJ, Maia B, Pereira AT, Sandra BOS, et al. O premedical syndrome: Será que existe em Portugal? *Acta Med Port.* 2009;22(6):789–96.
2. Loureiro E, Mcintyre T, Mota-Cardoso R, Ferreira MA. A relação entre o stress e os estilos de vida nos Estudantes de Medicina da Faculdade de Medicina do Porto. *Acta Med Port.* 2008;21:209-214.
3. Batista S, Santiago LM, Rosendo I. Motivos para o Perfeccionismo e Intolerância à Frustração nos Estudantes de Medicina da Universidade de Coimbra. *Acta Med Port.* 2018;31(10):527.
4. Roberto A, Almeida A. A saúde mental de estudantes de medicina: Estudo Exploratório na Universidade da Beira Interior. *Acta Med Port.* 2011;24(S2):279-286.
5. Telles-Correia D, Barbosa A. Ansiedade e depressão em medicina: Modelos Teóricos e Avaliação. *Acta Med Port.* 2009;22:89-98.
6. Lazarus R, Folkman S. *Stress, appraisal and coping.* New York: Springer. 1984.
7. Vaz-Serra A, Pocinho F. Auto-conceito, coping e ideias de suicídio. *Psiquiatria Clínica.* 2001;22(1):9-21
8. Dinis A, Gouveia JP, Duarte C. Contributos para a validação da versão portuguesa do Questionário de Estilos de Coping. *Psychologica.* 2011;54:35-62.
9. Quek TT, Tam WW, Tran BX, Zhang M, Zhang Z, Ho CS et al. The Global Prevalence of Anxiety Among Medical Students: A Meta-Analysis. *Int J Environ Res Public Health.* 2019;16(15):2735.
10. Puthran R, Zhang MW, Tam WW, Ho RC. Prevalence of depression amongst medical students: a meta-analysis. *Med Educ.* 2016;50(4):456–468.
11. Moreira de Sousa J, Moreira CA, Telles-Correia D. Anxiety, Depression and Academic Performance: A Study Amongst Portuguese Medical Students Versus Non-Medical Students. *Acta Med Port.* 2018;31(9):454-462.
12. Shiralkar MT, Harris TB, Eddins-Folensbee FF, Coverdale JH. A systematic review of stress-management programs for medical students. *Acad Psychiatry.* 2013;1;37(3):158-64.
13. Schiller JH, Stansfield RB, Belmonte DC, Purkiss JA, Reddy RM, House JB, et al. Medical Students' Use of Different Coping Strategies and Relationship With Academic Performance in Preclinical and Clinical Years. *Teach Learn Med.* 2018;30(1):15–21.
14. Hojat M, Robeson M, Damjanov I, Veloski JJ, Glaser K, Gonnella JS. Students' psychosocial characteristics as predictors of academic performance in medical school. *Acad Med.* 1993;68:635–7.
15. Dyrbye L, Shanafelt T. A narrative review on burnout experienced by medical students and residents. *Med Educ.* 2016;50(1):132–49.

16. Shadid A, Shadid AM, Shadid A, Almutairi FE, Almotairi KE, Aldarwish T, et al. Stress, Burnout, and Associated Risk Factors in Medical Students. *Cureus*. 2020;12(1):e6633.
17. Pais Ribeiro J, Rodrigues AP. Questões acerca do coping: a propósito do estudo de adaptação do Brief Cope. *Psicologia, Saúde & Doenças*. 2004;5(1),3-15.
18. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW, Löwe B. An Ultra-Brief Screening Scale for Anxiety and Depression: The PHQ-4. *Psychosomatics*. 2009;50(6):613-21.
19. Cardoso CS, Caniço HP, Silva JM. Estudo dos níveis de stress e estratégias de coping nos alunos de medicina da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. [Trabalho Final de Mestrado]. Faculdade de Medicina: Universidade de Coimbra; 2013.
20. Silveira C, Norton A, Brandão I, Roma-Torres A. Saúde Mental em estudantes do ensino superior: Experiência da Consulta de Psiquiatria do Centro Hospitalar São João. *Acta Med Port*. 2011; 24(S2): 247-256.
21. Dinis T, Santiago LM, Caetano IR, Marôco J. Perfeccionismo, Burnout e as Atividades Extracurriculares nos Estudantes de Medicina da Universidade de Coimbra. 2020;33(6):367-375.
22. Waqas A, Rehman A, Malik A, Muhammad U, Khan S, Mahmood N. Association of ego defense mechanisms with academic performance, anxiety and depression in medical students: A mixed methods study. *Cureus*. 2015;30:7:e337.
23. Moir F, Yelder J, Sanson J, Chen Y. Depression in medical students: current insights. *Adv Med Educ Pract*. 2018;7:9:323-333.
24. Niknami M, Dehghani F, Bouraki S, Kazemnejad E, Soleimani R. An assessment of the stressors and ways of coping in Iranian medical sciences students. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 2015;20(4):521-525.
25. Mosley Jr TH, Perrin SG, Neral SM, Dubbert PM, Grothues CA, Pinto BM. Stress, coping, and well-being among third-year medical students. *Acad Med*. 1994;69(9):765-7.
26. Antunes APB. Stress, Bem-estar físico e mental e Resultados académicos dos estudantes de Medicina da Universidade da Beira Interior. [Trabalho Final de Mestrado]. Faculdade de Ciências da Saúde: Universidade da Beira Interior; 2019.
27. Moromizato MS, Ferreira DBB, Souza LSM de, Leite RF, Macedo FN, Pimentel D. O Uso de Internet e Redes Sociais e a Relação com Índícios de Ansiedade e Depressão em Estudantes de Medicina. *Rev bras educ med*. 2017;41(4):497-504.

# ANEXOS

Anexo I. Parecer da Comissão de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.



## COMISSÃO DE ÉTICA DA FMUC

Of. Ref<sup>ª</sup> 059-CE-2020

Data 25/05/2020

C/C aos Exmos. Senhores  
Investigadores e co-investigadores

Exmo. Senhor  
Prof. Doutor Carlos Robalo Cordeiro  
Director da Faculdade de Medicina de  
Universidade de Coimbra

**Assunto: Pedido de parecer à Comissão de Ética - Projeto de Investigação autónomo (ref<sup>ª</sup> CE-056/2020).**

**Investigador(a) Principal: Maria Clara Maricoto Monteiro**

**Co-Investigador(es): Luiz Miguel de Mendonça Soares Santiago**

**Título do Projeto: "Estudo dos mecanismos de Coping dos estudantes do Mestrado Integrado de Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra".**

A Comissão de Ética da Faculdade de Medicina, após análise do projeto de investigação supra identificado, decidiu emitir o parecer que a seguir se transcreve:

**"Parecer favorável".**

Queira aceitar os meus melhores cumprimentos.

O Presidente,

Prof. Doutor João Manuel Pedroso de Lima

HC

SERVIÇOS TÉCNICOS DE APOIO À GESTÃO - STAG - COMISSÃO DE ÉTICA

Pólo das Ciências da Saúde • Unidade Central

Azinhaga de Santa Comba, Calz. 3000-354 COIMBRA • PORTUGAL

Tel.: +351 239 857 708 (Ext. 542708) | Fax: +351 239 823 236

E-mail: [comissoetica@fmed.uc.pt](mailto:comissoetica@fmed.uc.pt) | [www.fmed.uc.pt](http://www.fmed.uc.pt)



M Clara Monteiro <marclaramonteiro@gmail.com>

---

## Pedido de autorização para o uso do instrumento Brief Cope

---

José Luis Pais Ribeiro <jlpr@fpce.up.pt>  
Para: M Clara Monteiro <marclaramonteiro@gmail.com>

24 de julho de 2020 às 09:15

Cara Colega

Autorizamos o uso do da versão do Brief Cope que estudámos e adaptámos para uso com a população portuguesa

Cordialmente

José Luís Pais Ribeiro  
[jlpr@fpce.up.pt](mailto:jlpr@fpce.up.pt)  
mobile phone: (351) 965045590  
web page: <http://sites.google.com/site/jpaisribeiro/>  
ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-2882-8056>  
ResearchGate- [https://www.researchgate.net/profile/Jose\\_Pais-Ribeiro/publications](https://www.researchgate.net/profile/Jose_Pais-Ribeiro/publications)  
Publons- <https://publons.com/researcher/1653344/jose-luis-pais-ribeiro/>

## Estudo dos mecanismos de Coping dos estudantes do Mestrado Integrado de Medicina da FMUC

Caro(a) colega:

Pretende-se, com este questionário, identificar as estratégias de coping utilizadas pelos estudantes da nossa faculdade e relacioná-las com a perceção de ansiedade e depressão, inferindo assim acerca da eficácia das mesmas. Propomo-nos igualmente a identificar os domínios de coping mais relevantes e que possam ser alvo de intervenções no contexto universitário, com o objetivo de formar alunos e futuros profissionais capazes de responder, de forma salutar, às exigências do serviço de saúde.

Este questionário destina-se à realização de um estudo no âmbito da Tese De Mestrado da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, na área de Medicina Geral e Familiar.

Solicitamos a sua colaboração, garantindo uma participação anónima, confidencial e voluntária, pelo que pode interromper a realização do inquérito a qualquer momento, sem que com isso saia prejudicado(a). Os dados obtidos serão objeto de uma análise estatística de forma conjunta, após terem sido colocados em base de dados, sem que haja conhecimento de quem respondeu ou de como respondeu. Os dados servirão exclusivamente para fins de investigação científica.

Caso surja alguma questão no preenchimento do questionário ou necessite de esclarecimentos adicionais, não hesite em contactar [marclaramonteiro@gmail.com](mailto:marclaramonteiro@gmail.com).

Agradecemos muito a sua participação,  
Maria Clara Maricoto Monteiro  
Dr. Luiz Santiago

\*Obrigatório

### Consentimento Informado \*

Concordo com a afirmação: Li e aceito participar de forma voluntária, tendo sido informado(a) acerca dos objetivos e pressupostos do estudo, permitindo o uso das minhas respostas para os fins referidos.

### Brief Cope - adaptado (1)

As frases seguintes correspondem a atitudes possíveis perante uma situação de stress. Indique, da forma mais honesta e realista possível, como se costuma comportar face a períodos de stress (por exemplo: na época de exames/ orais ou período de entrega de trabalhos).

\*

	Nunca	Por vezes	Costumo	Sempre
Concentro os meus esforços para fazer alguma coisa que me permita enfrentar a situação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tento encontrar uma estratégia que me ajude no que tenho que fazer.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Peço conselhos e ajuda a outras pessoas para enfrentar melhor a situação.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Procuro apoio emocional de alguém (família, amigos).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tento encontrar conforto na minha religião ou crença espiritual.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Tento analisar a situação de maneira diferente, de forma a torná-la mais positiva.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Faço críticas a mim próprio.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tento aceitar as coisas tal como estão a acontecer.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fico aborrecido e expresso os meus sentimentos (emoções).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tenho dito para mim próprio(a): "isto não é verdade".	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Refugio-me noutras atividades para me abstrair da situação.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Desisto de me esforçar para obter o que quero.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Refugio-me no álcool ou noutras drogas (comprimidos, etc.) para me sentir melhor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Enfrento a situação levando-a para a brincadeira.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Nunca	Por vezes	Costumo	Sempre
Faço por tentar melhorar a minha situação (desempenho).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Penso muito sobre a melhor forma de lidar com a situação.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Peço conselhos e ajuda a pessoas que passaram pelo mesmo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Procuro o conforto e compreensão de alguém.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rezo ou medito.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Procuro algo positivo em tudo o que está a acontecer.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Culpo-me pelo que está a acontecer.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tento aprender a viver com a situação.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sinto e expresso os meus sentimentos de aborrecimento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Recuso-me a acreditar que isto esteja a acontecer desta forma comigo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Faço outras coisas para pensar menos na situação, tal como ir ao cinema, ver TV, ler, sonhar, ir às compras ou faço exercício físico.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Simplemente desisto de tentar atingir o meu objetivo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Uso álcool ou outras drogas (comprimidos) para me ajudar a ultrapassar os problemas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Enfrento a situação com sentido de humor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

#### Patient Health Questionnaire-4 (PHQ-4)

Ao longo das duas últimas semanas, com que frequência tem sido incomodado(a) pelos seguintes problemas? \*

	Não, de todo	Vários dias	Mais de metade dos dias	Quase todos os dias
Sentir-se nervoso(a), ansioso(a) ou "no limite".	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Não ser capaz de parar ou controlar a preocupação.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ter pouco interesse ou prazer em fazer as coisas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sentir-se em baixo, deprimido(a), ou sem esperança.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

#### Dados do participante (1)

Últimos 3 dígitos do seu número de telemóvel \*

Esta questão é colocada apenas para garantir a não duplicação de respostas, não permitindo a identificação do participante.

A sua resposta

Sexo \*

- Masculino
- Feminino

Ano do curso que frequenta \*

- 1°
- 2°
- 3°
- 4°
- 5°
- 6°

A sua média atual é \*

- Superior ao que esperava
- Igual ao que esperava
- Inferior ao que esperava

No período de aulas, vive só ou acompanhado(a)? \*

- Sozinho
- Acompanhado

Sente-se socialmente integrado(a) na vida universitária? \*

- Muitíssimo
- Muito
- Neutro
- Pouco
- Nada

Grau de satisfação com o seu sucesso académico \*

- Muitíssimo
- Muito
- Neutro
- Pouco
- Nada

### Dados do participante (2)

Dependência e impacto das redes sociais

Qual é a sua relação com as redes sociais? \*

- Estou ligado(a) permanentemente.
- Estou ligado(a) sempre que posso.
- Ligo-me quando me apetece.
- Ligo-me só quando sou convidado(a).

Indique o impacto que as redes sociais têm no seu bem estar mental \*

- Ajudam a melhorar
- São um fator de stress
- Nem uma nem outra

### Dados do participante (3)

Tem bolsa de estudo? \*

- Sim
- Não

Tem alguma atividade extracurricular? \*

- Sim
- Não

Tem antecedentes de patologia do foro da saúde mental? \*

- Sim
- Não