

ESTIGMA EM RELAÇÃO À DEPRESSÃO ENTRE ESTUDANTES DE MEDICINA DA
UNIVERSIDADE DO SUL DE SANTA CATARINA – UNISUL, CAMPUS PEDRA
BRANCA

Estigma em relação à depressão entre estudantes

Ellisandra Bolfoni Vargas, Curso de Medicina Universidade do Sul de Santa Catarina –
UNISUL, Palhoça, Brasil.

Thayna Campos, Curso de Medicina Universidade do Sul de Santa Catarina – UNISUL, Palhoça,
Brasil.

Débora Aparecida dos Santos, Curso de Medicina Universidade do Sul de Santa Catarina –
UNISUL, Palhoça, Brasil.

Alexandre Paim Diaz, Professor do Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde e do
Curso de Medicina da Universidade do Sul de Santa Catarina – UNISUL, Palhoça, Santa
Catarina, Brasil.

Autor de correspondência:

Alexandre Paim Diaz. Telefone: +55 (48) 3279-1167. E-mail: alexandrepaimdiaz@gmail.com.

Endereço: Universidade do Sul de Santa Catarina – UNISUL - Campus Grande
Florianópolis - Avenida Pedra Branca, 25, Cidade Universitária Pedra Branca, Bloco B, Sala
119. CEP 88137-270, Palhoça, SC.

RESUMO

Objetivo: Avaliar a prevalência e os fatores associados ao estigma em relação à depressão entre estudantes de medicina, mais precisamente em relação à distância social de indivíduos com esse diagnóstico, além do possível papel moderador da empatia na redução do risco de distanciamento social de pessoas com depressão.

Métodos: Estudo transversal. Realizado de agosto a novembro de 2017 com protocolo auto-aplicado, incluindo dados sócio demográficos, clínicos e avaliação de diferentes componentes do estigma. Realizada análise de regressão logística múltipla para a identificação das variáveis independentes associadas ao desfecho.

Resultados: 252 estudantes de medicina foram avaliados. A amostra é predominantemente do sexo feminino (60%), com idade média de 23 anos. Após análise de regressão logística múltipla, idade (*Odds ratio* ajustado [ORA] 1,12 IC 95% 1,03 - 1,22), maior estereotipagem negativa (ORA 1,20 IC 95% 1,01 - 1,44) e crença de maior probabilidade de violência contra terceiros (ORA 2,65 IC 95% 1,23 - 5,74) estiveram associados de forma independente com maior risco de distanciamento social. Por outro lado, triagem positiva para depressão maior de acordo com a escala PHQ-9, características de personalidade com maior amabilidade e contato com familiar com transtornos psiquiátricos foram protetores. Maior empatia exerceu um papel moderador na associação entre contato familiar e estigma na análise estratificada.

Conclusão: Desconstruir estereótipos negativos relacionados à depressão, estimular a empatia e o adequado esclarecimento sobre a possibilidade de comportamento heteroagressivo em pessoas com esse diagnóstico podem ser alvos de estratégias de combate ao estigma visando especificamente o menor distanciamento social de estudantes de medicina em relação a pessoas com depressão.

Palavras-chave: depressão, estigma, estudantes de medicina, distância social.

Introdução

A depressão é uma doença que atinge cerca de 10% dos homens e 20% das mulheres ao longo da vida¹, é a principal causa de incapacidade no mundo² e o principal fator de risco para o suicídio, este a terceira causa de mortalidade em jovens³. Várias intervenções farmacológicas⁴ e não farmacológicas⁵ apresentam comprovada eficácia no tratamento da depressão e, outras medidas podem auxiliar na redução da sua incidência, contribuindo para a prevenção primária^{6,7}. Dentre os fatores que contribuem para a enorme sobrecarga, individual e social, associada à depressão, o estigma, em seus diferentes níveis – público, auto-estigma e estrutural – é uma das grandes limitações para que as pessoas sejam beneficiadas com programas de prevenção e tenham acesso aos mais variados tratamentos que podem mudar o curso das doenças e, conseqüentemente, de suas vidas⁸⁻¹⁰.

Apesar de não haver um consenso em relação à definição do estigma, o conceito deve considerar um processo dinâmico, o qual inclui a rotulagem, estereotipagem, separação, comportamento de distanciamento social, ou discriminação, além das consequências dessa dinâmica, por exemplo, o acesso desigual a vantagens sociais, econômicas e políticas¹¹. Deste modo, Link e Phelan (2001) conceituam o estigma como um processo, da identificação da característica que teoricamente difere algumas pessoas da norma às repercussões associadas ao distanciamento provocado pelos demais indivíduos¹¹. O estigma em relação aos transtornos psiquiátricos configura um estressor adicional que, somado à falta de tratamento, pode contribuir para o aumento da sobrecarga, incapacidade, recorrência e manutenção dos sintomas depressivos^{12,13}. Experiência de discriminação, estigma percebido, discriminação antecipada e auto-estigma têm sido associados com ideação suicida e tentativas de suicídio¹⁴⁻¹⁶.

Estudantes de medicina serão, inevitavelmente, em algum momento de sua formação e/ou carreira como médico, responsáveis pelos cuidados de saúde de pessoas com depressão, cuja prevalência pode chegar a 15% na população geral ao longo da vida¹. Assim, se constituem em um importante grupo para o estudo da prevalência e dos fatores associados aos diferentes componentes do estigma, o que pode auxiliar na elaboração de estratégias que visem a redução do estigma em relação aos transtornos psiquiátricos dentre essa população. Apesar de alguns estudos terem investigado os fatores relacionados ao estigma em relação aos transtornos psiquiátricos dentre profissionais da saúde^{17,18}, poucos exploraram a temática em estudantes de medicina^{19,20}. Desta forma, o objetivo deste estudo é avaliar a prevalência e os fatores associados ao estigma em relação à depressão entre estudantes de medicina, mais precisamente em relação à distância social, um componente do estigma relacionado à discriminação¹¹, além do possível papel moderador da empatia na redução do risco de distanciamento social de pessoas com depressão.

Métodos

Amostra

A população deste estudo foi composta por estudantes de medicina da Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL), unidade Pedra Branca, localizada na cidade de Palhoça, Santa Catarina, Brasil. Foi obtida uma amostra de conveniência a partir dos alunos regularmente matriculados, no período de agosto a novembro de 2017, de todas as fases (1ª à 12ª fase), cada fase correspondendo a um semestre. Foram incluídos todos os alunos que aceitaram participar após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram excluídos alunos menores de 18 anos de idade.

Instrumentos

A coleta de dados foi realizada por meio de escalas e questionários que incluíam informações sócio demográficas e clínicas. Além das primeiras, as variáveis independentes consideradas para esse estudo foram: pontuação na *Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9)*, que avalia sintomas psiquiátricos, com maior pontuação correspondendo a maior sintomatologia^{21,22}; Inventário dos Cinco Grandes Fatores, que visa avaliar características de personalidade, incluindo “abertura”, “conscienciosidade”, “extroversão”, “amabilidade” e “neuroticismo”^{23,24}; Quociente de Empatia, composta por 15 itens em escala tipo *Likert* de 4 pontos. Pontuações maiores correspondem a maior empatia^{25,26} e Percepção de periculosidade contra terceiros e contra si mesmo, avaliada pelas seguintes questões: “Assinale sua opinião sobre a probabilidade de uma pessoa com depressão fazer algo violento contra outras pessoas” e “Assinale sua opinião sobre a probabilidade de uma pessoa com depressão fazer algo violento contra si mesma”, respectivamente^{27,28}. Ao menos uma resposta “muito provável” ou “moderadamente provável” na avaliação desse domínio caracterizava como risco de violência presente.

A variável de desfecho do presente estudo, avaliação do estigma, foi realizada de acordo com um componente específico do processo de estigmatização, a discriminação¹¹. Para essa avaliação, foi utilizada uma medida de Distância social, na qual o participante avalia o quão desejável seria manter um distanciamento em relação a alguém com diagnóstico de depressão. Devido à ausência de instrumentos específicos para a avaliação do estigma em relação aos transtornos psiquiátricos, o protocolo utilizado neste estudo se baseou em medidas de estigma utilizadas em publicações internacionais e replicadas em estudos nacionais^{18,27,29,30}. A pontuação de cada questão foi invertida e os itens somados, de forma que maior pontuação corresponderiam a maior distância social. Aqueles participantes com pontuação total acima do percentil 75 foram

considerados incluídos no grupo “Maior distância social” e os demais foram categorizados para o grupo “Menor distância social”.

Análise estatística dos dados

Os dados foram tabulados e analisados por meio do programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 10.0. Os dados qualitativos foram apresentados na forma de frequências relativa e absoluta e os dados quantitativos em medidas de tendência central (média ou mediana) e dispersão (desvio padrão ou intervalo interquartil), dependendo da normalidade da distribuição, testada de acordo com o teste Kolmogorov-Smirnov. A associação entre variáveis categóricas de desfecho com as variáveis de exposição foi calculada com o teste qui-quadrado (ou prova exata de Fisher) e teste t de student (ou Mann-Whitney, se distribuição não-paramétrica), para variáveis independentes categóricas ou contínuas, respectivamente. Aquelas variáveis independentes que apresentaram uma probabilidade de associação com o desfecho com nível de significância menor ou igual a 0,20 foram incluídas em um modelo de regressão logística múltipla para avaliar o ajuste do efeito independente das exposições no desfecho de interesse. Probabilidade de associação após o modelo final menor que 0,05 foi considerada estatisticamente significativa.

Questões éticas

O protocolo utilizado foi de auto aplicação, realizado de forma individual, garantindo assim a privacidade do participante. Como a avaliação continha questões sensíveis (estigma em relação a pessoas com depressão), foi tomado como cuidado adicional, para maior confidencialidade das informações e confiabilidade das respostas, a omissão da assinatura do participante no protocolo, o qual continha impresso apenas o número correspondente ao Termo

de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) assinado pelo aluno. O tempo para o preenchimento do questionário foi de cerca de 30 minutos. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa envolvendo Seres Humanos (CEP-UNISUL), sob o CAAE: 70603617.2.0000.5369.

Resultados

A amostra total foi de 252 alunos, a maioria do sexo feminino (60%), com idade média de 23 anos e quase a metade já havia tido contato com a psiquiatria em atividade ambulatorial. Um terço dos alunos pontuaram acima do ponto de corte considerado como triagem positiva para depressão de acordo com a PHQ-9, cerca de 40% já havia procurado ajuda profissional em relação à sua saúde mental e aproximadamente um quarto dos estudantes referiram contato com familiares com transtornos psiquiátricos (Tabela 1).

Do total de alunos da amostra, 23,4% pontuaram acima do percentil 75 na escala de avaliação da distância social e, desta forma, constituíram o grupo “Maior distância social”. Os demais 76,6% formaram o grupo “Menor distância social”. Na análise univariada, triagem positiva para depressão, contato com familiar com transtorno psiquiátrico, amabilidade, estiveram associadas com menor distanciamento social e característica de personalidade com maior abertura apresentou uma tendência de associação ($p=0,15$) (Tabela 1). Dessas variáveis, apenas a última (abertura), não se manteve associada ao desfecho após análise de regressão logística múltipla ($p=0,35$). Idade (*Odds ratio* ajustado [ORA] 1,12 IC 95% 1,03 - 1,22), maior estereotipagem negativa (ORA 1,20 IC 95% 1,01 - 1,44) e crença de maior probabilidade de violência contra terceiros (ORA 2,65 IC 95% 1,23 - 5,74) estiveram associados de forma independente com maior risco de distanciamento social. Por outro lado, triagem positiva para depressão maior de acordo com a escala PHQ-9, características de personalidade com maior

amabilidade e contato próximo com familiar com transtorno psiquiátrico foram protetores. Empatia exerceu um papel moderador em relação a essa última, uma vez que apenas indivíduos com pontuações maiores na avaliação de empatia mantiveram a associação entre contato com familiar com transtorno psiquiátrico e menor chance de distanciamento social na análise estratificada (Tabela 3). O modelo apresenta um bom índice de ajuste (Hosmer-Lemeshow 0,86), sugerindo que não há diferença significativa entre os valores preditos e os observados (Tabela 2).

Tabela 1. Características da amostra e comparação entre os grupos com comportamento de maior e menor distância social em relação a pacientes com diagnóstico de depressão

Variáveis	Total	Maior distância social^a 59 (23,4%)	Menor distância social^a 193 (76,6%)	Valor de p
<i>Sócio demográficas</i>				
	n (%)	n (%)	n (%)	
Sexo				
Feminino	151 (59,9)	39 (66,1)	112 (58)	0,27
Masculino	101 (40,1)	20 (33,9)	81 (42)	
	média (DP)	média (DP)	média (DP)	
Idade	22,9 (3,7)	23,8 (4,2)	22,7 (3,5)	0,03
	n (%)	n (%)	n (%)	
Religião– praticante ^b				
Sim	96 (38,2)	23 (39)	73 (38)	0,84
Não	84 (33,5)	18 (30,5)	66 (34,4)	
Sem religião	71 (28,3)	18 (30,5)	53 (27,6)	
<i>Acadêmicas</i>				
Contato com psiquiatria – ambulatório ^c	115 (45,6)	28 (47,5)	87 (45,1)	0,75
Internato	67 (26,6)	18 (30,5)	49 (25,1)	0,44
<i>Clínicas</i>				
PHQ-9 positiva ^d	84 (33,3)	12 (20,3)	72 (37,3)	0,02
Procurou ajuda por problemas de saúde mental	102 (40,5)	21 (35,6)	81 (42)	0,38
Contato com familiar com transtornos psiquiátricos ^{b,e}	67 (26,7)	8 (13,8)	59 (30,6)	0,01
<i>Características de personalidade</i>				
	média (DP)	média (DP)	média (DP)	
Extroversão ^f	25,7 (6,6)	26,6 (5,5)	25,5 (6,9)	0,22
Amabilidade ^g	32,3 (4,7)	31,2 (5,2)	32,6 (4,5)	0,04
Escrupulosidade ^h	30,0 (5,6)	30,4 (4,8)	29,8 (5,9)	0,52
Neuroticismo ⁱ	24,6 (6,9)	34,0 (6,2)	35,3 (6,3)	0,78
Abertura ^j	35,0 (6,3)	34,0 (6,2)	35,3 (6,3)	0,15
<i>Associadas ao estigma em relação ao diagnóstico de depressão</i>				
Estereotipagem negativa ^k	15,2 (2,0)	15,6 (2,0)	15,1 (2,0)	0,05

Estereotipagem positiva ^l	7,4 (1,7)	7,2 (1,4)	7,5 (1,7)	0,22
	n (%)	n (%)	n (%)	
Probabilidade de violência contra terceiros ^{b,m}	47 (18,7)	19 (32,2)	28 (14,6)	0,002
Probabilidade de violência contra si mesmo ^{b,m,n}	247 (98,4)	58 (98,3)	189 (98,4)	1,00
Empatia				
	média (DP)	média (DP)	média (DP)	
Quociente de Empatia ^f	46,3 (5,3)	45,7 (5,1)	46,5 (5,4)	0,35
Atribuição de causa				
	n (%)	n (%)	n (%)	
Genética ^{f,m}	217 (89,3)	51 (89,5)	166 (89,2)	0,96
“Química” ^{m,n,o}	245 (98,4)	55 (94,8)	190 (99,5)	0,40
“Caráter ruim” ^{m,b}	44 (17,5)	11 (18,6)	33 (17,2)	0,80
“Modo de criação” ^m	185 (73,4)	45 (76,3)	140 (72,5)	0,57

^aPontuação acima do percentil 75 na avaliação relacionada à Distância social; DP: desvio padrão; ^bSem informação de um participante; ^cAs atividades de aulas teóricas e ambulatoriais iniciam na mesma fase; ^dPonto de corte de acordo com Richardson e cols. (2014)³¹ e O'Connor e cols. (2016)³² (maior ou igual a 10 pontos); ^eVárias vezes por semana ou diariamente; ^fSem informação de nove participantes; ^gSem informação de sete participantes; ^hSem informação de quatorze participantes; ⁱSem informação de onze participantes; ^jSem informação de quinze participantes; ^kSem informação de cinco participantes; ^lSem informação de quatro participantes; ^mNão sabe/ Moderadamente provável/ Muito provável; ⁿFisher Exact Test; ^oSem informação de três participantes;

Tabela 2. Variáveis associadas com maior distância social em relação a pacientes com diagnóstico de depressão

Variáveis	OR ajustado	IC 95%	Valor de p
Sócio demográficas			
Idade	1,12	1,03 – 1,22	0,009
Clínicas			
PHQ-9 positiva	0,45	0,21 – 0,97	0,04
Contato com familiar com transtornos psiquiátricos	0,38	0,16 – 0,92	0,03
Características de personalidade			
Amabilidade	0,92	0,85 – 0,98	0,02
Abertura	0,97	0,92 – 1,03	0,35
Associadas ao estigma em relação ao diagnóstico de depressão			
Estereotipagem negativa	1,20	1,01 – 1,44	0,04
Probabilidade de violência contra terceiros	2,65	1,23 – 5,74	0,01

OR: *odds ratio*; IC: Intervalo de confiança; Hosmer and Lemeshow Test: 0,86.

Tabela 3. Associação entre contato próximo^a com familiar com transtorno psiquiátrico e distância social de pessoas com depressão, estratificada pelo nível de empatia^b

Maior empatia^b			
	OR	IC 95%	Valor de p
Contato com familiar com transtornos psiquiátricos ^a	0,15	0,03 – 0,66	0,01

<i>Menor empatia^b</i>			
	OR	IC 95%	Valor de p
Contato com familiar com transtornos psiquiátricos ^a	0,74	0,26 – 2,08	0,57

^aDiariamente ou várias vezes por semana; Maior empatia: pontuação maior ou igual a 46 (mediana da amostra total) no Quociente de Empatia;(25, 26) Menor empatia: pontuação menor que 46 (mediana da amostra total) no Quociente de Empatia.(25, 26); OR: *odds ratio*.

Discussão

Neste estudo, alunos de medicina que consideram a possibilidade de alguém com diagnóstico de depressão fazer algo violento contra outras pessoas apresentaram risco quase três vezes maior (ORA 2,65 e $p = 0,01$) de distanciamento social desses indivíduos, independentemente de outras variáveis analisadas. Além disso, maior idade e maior estereotipagem negativa também se mostraram associados a maior risco de distanciamento social de pessoas com depressão (ORA = 1,12 e $p=0,009$; ORA = 1,20 e $p=0,04$; respectivamente). Por outro lado, características de personalidade como maior amabilidade (ORA = 0,92 e $p=0,02$), revelaram-se protetoras em relação ao distanciamento social, ou seja, quanto mais acentuadas essas características, menor a chance de distanciamento social. Ainda, apresentar triagem positiva para depressão (de acordo com a escala PHQ-9) e contato próximo com familiar com transtorno psiquiátrico também foram protetores (ORA = 0,45 e $p=0,04$; ORA = 0,38 e $p=0,03$, respectivamente). Empatia exerce um papel moderador em relação a essa última, uma vez que apenas indivíduos com pontuações maiores na avaliação de empatia mantiveram a associação entre contato com familiar com transtorno psiquiátrico e menor chance de distanciamento social na análise estratificada ($p=0,01$ dentre aqueles com alta empatia e $p=0,57$ dentre estudantes com menor pontuação na escala de empatia).

Em estudo transversal realizado com 4650 alunos de graduação, sendo 615 desses do curso de medicina, quase 20% dos participantes consideraram que pessoas com quadro clínico de

depressão poderiam apresentar perigo contra terceiros, frequência semelhante a estudo realizado no Canadá, com mais de 3000 pessoas da população geral^{33,34}. Além disso, semelhante aos resultados encontrados neste estudo, essa impressão de risco, avaliada por uma medida denominada “periculosidade-indesejável”, composta por itens que incluíam tais atributos, apresentou uma correlação positiva ($r=0,23$) e significativa com distância social³³. Estudo realizado por Amarasuriya e cols. (2015), estudantes do curso de medicina apresentaram maior pontuação nas duas medidas, distância social e “periculosidade-indesejável”, quando comparados aos alunos dos outros cursos de graduação, o que vai ao encontro de outros estudos que sugeriram que uma maior correspondência da depressão a aspectos neurobiológicos poderia estar associado a maior estigma^{35,36}. Em estudo brasileiro, mais da metade dos 500 participantes afirmaram que pessoas com depressão seriam potencialmente perigosas. Tal crença (de potencial periculosidade), de acordo com os autores, pode atuar como um mediador entre o diagnóstico de depressão e o distanciamento social³⁶.

Um terço da amostra do presente estudo apresentou triagem positiva para o diagnóstico de depressão, variável que esteve significativamente associada com risco 55% menor de distanciamento social de indivíduos com o mesmo diagnóstico. Por outro lado, Vankar e cols. (2014) encontraram que estudantes de medicina com depressão moderada a grave acreditavam que outros colegas, caso soubessem sobre seus sintomas, os excluiriam do contato social e os considerariam menos capazes em relação às suas responsabilidades, mostrando uma associação entre gravidade dos sintomas depressivos e discriminação antecipada nessa população³⁷.

Alunos de medicina em contato diário ou várias vezes por semana com familiares com transtorno psiquiátrico apresentaram uma chance 62% menor de distanciamento social de pessoas com diagnóstico de depressão. Apesar dessa relação ser independente da avaliação de

empatia, essa característica exerce um papel moderador na associação entre contato familiar e estigma. Na análise estratificada, apenas aqueles com pontuação acima da mediana da amostra (considerados, portanto, o grupo “Maior empatia”) mantiveram a associação entre contato familiar próximo e menor distância social ($OR=0,15$ e $p=0,01$). Quando a análise se restringiu àqueles com “Menor empatia” (pontuação abaixo da mediana no Quociente de Empatia), essa associação não se manteve estatisticamente significativa ($p=0,57$). O fato de dois terços dos participantes com possível diagnóstico de depressão (triagem positiva de acordo com a PHQ-9), variável que se mostrou protetora, referirem já ter procurado ajuda profissional em relação à sua saúde mental, também pode ser um reflexo do papel da empatia no menor estigma (aqueles que reconheceram um problema pessoal de saúde e procuraram apoio especializado apresentaram menor distanciamento social de pessoas com depressão).

Este estudo possui algumas limitações. O delineamento transversal não permite o estabelecimento de relação causal entre exposição e desfecho. Na segunda metade do ano de 2017, período da coleta de dados, haviam 476 alunos matriculados no curso de medicina. Assim, pouco mais da metade dos estudantes (52,9%) foram avaliados. Desta forma, não podemos assumir que a amostra avaliada foi representativa do total. Alguns estudos sobre o estigma apresentam uma vinheta clínica, para contextualizar o quadro clínico do paciente para o qual as perguntas serão direcionadas. No presente estudo, apesar de não termos utilizado uma vinheta clínica, consideramos que os sinais e sintomas que caracterizam o diagnóstico de depressão são mais conhecidos pela população, em geral dentre os estudantes de medicina. Além disso, era um interesse dos pesquisadores na discussão do protocolo original a impressão dos participantes em relação ao conceito de depressão já pré-determinado por eles.

Para a identificação de estratégias de redução do estigma em estudantes, deve-se considerar não apenas a variabilidade em relação ao processo de estigmatização (ou seja, medidas que visem minimizar a rotulagem, estereotipagem, discriminação), mas também que o estigma pode ser diferente em relação a diferentes transtornos psiquiátricos. Ao avaliar estudantes do ensino médio, Yoshioka e cols. (2014) encontraram uma estereotipagem intermediária relacionada à “periculosidade-imprevisibilidade” direcionada a pessoas com depressão, quando comparadas a pessoas com fobia social ou esquizofrenia^{38,39}.

Conclusão

O estigma em relação aos transtornos psiquiátricos é uma das principais barreiras para o acesso dos pacientes a terapêuticas farmacológicas e não-farmacológicas efetivas atualmente disponíveis. O estigma, que inclui o distanciamento social daqueles que têm uma doença mental, tem sido associado a desfechos tão graves quanto o aumento do risco de suicídio. Desconstruir estereótipos negativos relacionados à depressão, estimular a empatia e o adequado esclarecimento sobre a possibilidade de comportamento heteroagressivo em pessoas com esse diagnóstico podem ser alvos de estratégias de combate ao estigma que visem especificamente o menor distanciamento social de estudantes de medicina em relação a pessoas com depressão.

Conflito de interesse

Os autores declaram não haver conflito de interesse.

Referências

- 1.Otte C, Gold SM, Penninx BW, Pariante CM, Etkin A, Fava M, et al. Major depressive disorder. Nature reviews Disease primers. 2016 Sep 15;2:16065.
- 2.Friedrich MJ. Depression Is the Leading Cause of Disability Around the World. Jama. 2017 Apr 18;317(15):1517.

- 3.Lozano R, Naghavi M, Foreman K, Lim S, Shibuya K, Aboyans V, et al. Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2012 Dec 15;380(9859):2095-128.
- 4.Cipriani A, Furukawa TA, Salanti G, Chaimani A, Atkinson LZ, Ogawa Y, et al. Comparative efficacy and acceptability of 21 antidepressant drugs for the acute treatment of adults with major depressive disorder: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet*. 2018 Apr 7;391(10128):1357-66.
- 5.Parikh SV, Quilty LC, Ravitz P, Rosenbluth M, Pavlova B, Grigoriadis S, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 Clinical Guidelines for the Management of Adults with Major Depressive Disorder: Section 2. Psychological Treatments. *Canadian journal of psychiatry Revue canadienne de psychiatrie*. 2016 Sep;61(9):524-39.
- 6.Schuch FB, Vancampfort D, Firth J, Rosenbaum S, Ward PB, Silva ES, et al. Physical Activity and Incident Depression: A Meta-Analysis of Prospective Cohort Studies. *The American journal of psychiatry*. 2018 Apr 25;appiajp201817111194.
- 7.Arango C, Diaz-Caneja CM, McGorry PD, Rapoport J, Sommer IE, Vorstman JA, et al. Preventive strategies for mental health. *The lancet Psychiatry*. 2018 May 14.
- 8.Schomerus G, Evans-Lacko S, Rusch N, Mojtabai R, Angermeyer MC, Thornicroft G. Collective levels of stigma and national suicide rates in 25 European countries. *Epidemiology and psychiatric sciences*. 2015 Apr;24(2):166-71.
- 9.Lasalvia A, Zoppei S, Van Bortel T, Bonetto C, Cristofalo D, Wahlbeck K, et al. Global pattern of experienced and anticipated discrimination reported by people with major depressive disorder: a cross-sectional survey. *Lancet*. 2013 Jan 5;381(9860):55-62.
- 10.Caplan S, Little TV, Reyna P, Sosa Lovera A, Garces-King J, Queen K, et al. Mental health services in the Dominican Republic from the perspective of health care providers. *Global public health*. 2018 Jul;13(7):874-98.
- 11.Link BG, Phelan JC. Conceptualizing Stigma. *Annu Rev Sociol*. 2001;27:23.
- 12.Carpiniello B, Pinna F. The Reciprocal Relationship between Suicidality and Stigma. *Frontiers in psychiatry*. 2017;8:35.
- 13.O'Carroll P. Suicide causation: pies, paths, and pointless polemics. *Suicide & life-threatening behavior*. 1993 Spring;23(1):27-36.
- 14.Oexle N, Waldmann T, Staiger T, Xu Z, Rusch N. Mental illness stigma and suicidality: the role of public and individual stigma. *Epidemiology and psychiatric sciences*. 2018 Apr;27(2):169-75.
- 15.Oexle N, Rusch N, Viering S, Wyss C, Seifritz E, Xu Z, et al. Self-stigma and suicidality: a longitudinal study. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*. 2017 Jun;267(4):359-61.
- 16.Chung IW, Caine ED, Barron CT, Badaracco MA. Clinical and Psychosocial Profiles of Asian Immigrants Who Repeatedly Attempt Suicide: A Mixed-Method Study of Risk and Protective Factors. *Crisis*. 2015;36(5):353-62.
- 17.Reavley NJ, Mackinnon AJ, Morgan AJ, Jorm AF. Stigmatising attitudes towards people with mental disorders: a comparison of Australian health professionals with the general community. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*. 2014 May;48(5):433-41.
- 18.Loch AA, Guarniero FB, Lawson FL, Hengartner MP, Rossler W, Gattaz WF, et al. Stigma toward schizophrenia: do all psychiatrists behave the same? Latent profile analysis of a national sample of psychiatrists in Brazil. *BMC psychiatry*. 2013;13:92.
- 19.Sun M, Pu W, Wang Z, Hu A, Yang J, Chen X, et al. Investigation on the influence of a didactic course in psychiatry on attitudes of mental illness in Chinese college students. *Asia-Pacific psychiatry : official journal of the Pacific Rim College of Psychiatrists*. 2013 Sep;5(3):147-51.
- 20.da Rocha Neto HG, Rosenheck RA, Stefanovics EA, Cavalcanti MT. Attitudes of Brazilian Medical Students Towards Psychiatric Patients and Mental Illness: A Quantitative Study Before and After Completing the Psychiatric Clerkship. *Academic psychiatry : the journal of the American Association of Directors of Psychiatric Residency Training and the Association for Academic Psychiatry*. 2017 Jun;41(3):315-9.

21. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB. Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: the PHQ primary care study. Primary Care Evaluation of Mental Disorders. Patient Health Questionnaire. *Jama*. 1999 Nov 10;282(18):1737-44.
22. Santos IS, Tavares BF, Munhoz TN, Almeida LS, Silva NT, Tams BD, et al. [Sensitivity and specificity of the Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) among adults from the general population]. *Cadernos de saude publica*. 2013 Aug;29(8):1533-43.
23. John OP, Srivastava S. The Big Five trait taxonomy: history, measurement, and theoretical perspectives. In: Press TG, editor. *Handbook of personality* 2nd ed 1999.
24. Andrade JM. Evidências de Validade do Inventário dos Cinco Grandes Fatores de Personalidade para o Brasil. Brasília-DF: Universidade de Brasília; 2008.
25. Lawrence EJ, Shaw P, Baker D, Baron-Cohen S, David AS. Measuring empathy: reliability and validity of the Empathy Quotient. *Psychological medicine*. 2004 Jul;34(5):911-9.
26. Gouveia VV, Milfont TL, Gouveia RS, Neto JR, Galvao L. Brazilian-Portuguese empathy quotient: evidences of its construct validity and reliability. *The Spanish journal of psychology*. 2012 Jul;15(2):777-82.
27. Peluso ET, Blay SL. Public stigma and schizophrenia in Sao Paulo city. *Revista brasileira de psiquiatria*. 2011 Jun;33(2):130-6.
28. Pescosolido BA, Martin JK, Long JS, Medina TR, Phelan JC, Link BG. "A disease like any other"? A decade of change in public reactions to schizophrenia, depression, and alcohol dependence. *The American journal of psychiatry*. 2010 Nov;167(11):1321-30.
29. Lauber C, Nordt C, Braunschweig C, Rossler W. Do mental health professionals stigmatize their patients? *Acta Psychiatr Scand Suppl*. 2006 (429):51-9.
30. Nordt C, Rossler W, Lauber C. Attitudes of mental health professionals toward people with schizophrenia and major depression. *Schizophrenia bulletin*. 2006 Oct;32(4):709-14.
31. Richardson LP, Ludman E, McCauley E, Lindenbaum J, Larison C, Zhou C, et al. Collaborative care for adolescents with depression in primary care: a randomized clinical trial. *Jama*. 2014 Aug 27;312(8):809-16.
32. O'Connor BC, Lewandowski RE, Rodriguez S, Tinoco A, Gardner W, Hoagwood K, et al. Usual Care for Adolescent Depression From Symptom Identification Through Treatment Initiation. *JAMA pediatrics*. 2016 Apr;170(4):373-80.
33. Amarasuriya SD, Jorm AF, Reavley NJ, Mackinnon AJ. Stigmatising attitudes of undergraduates towards their peers with depression: a cross-sectional study in Sri Lanka. *BMC psychiatry*. 2015 Jun 19;15:129.
34. Cook TM, Wang J. Descriptive epidemiology of stigma against depression in a general population sample in Alberta. *BMC psychiatry*. 2010 Apr 19;10:29.
35. Larkings JS, Brown PM. Do biogenetic causal beliefs reduce mental illness stigma in people with mental illness and in mental health professionals? A systematic review. *International journal of mental health nursing*. 2018 Jun;27(3):928-41.
36. Peluso Ede T, Blay SL. Public stigma in relation to individuals with depression. *Journal of affective disorders*. 2009 May;115(1-2):201-6.
37. Vankar JR, Prabhakaran A, Sharma H. Depression and stigma in medical students at a private medical college. *Indian journal of psychological medicine*. 2014 Jul;36(3):246-54.
38. Yoshioka K, Reavley NJ, MacKinnon AJ, Jorm AF. Stigmatising attitudes towards people with mental disorders: results from a survey of Japanese high school students. *Psychiatry research*. 2014 Jan 30;215(1):229-36.
39. Schenner M, Kohlbauer D, Gunther V. [Communicate instead of stigmatizing - does social contact with a depressed person change attitudes of medical students towards psychiatric disorders? A study of attitudes of medical students to psychiatric patients]. *Neuropsychiatrie : Klinik, Diagnostik, Therapie und Rehabilitation : Organ der Gesellschaft Österreichischer Nervenärzte und Psychiater*. 2011;25(4):199-207.

