



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL**  
**CAMPUS PASSO FUNDO**  
**CURSO DE MEDICINA**

**BRUNA VIDAL FIGUEIREDO**

**PROMOÇÃO DE SAÚDE MENTAL EM ESTUDANTES DE MEDICINA: UMA  
REVISÃO SISTEMÁTICA**

**PASSO FUNDO, RS**

**2018**

**BRUNA VIDAL FIGUEIREDO**

**PROMOÇÃO DE SAÚDE MENTAL EM ESTUDANTES DE MEDICINA: UMA  
REVISÃO SISTEMÁTICA**

Trabalho de Conclusão de Curso de graduação  
apresentado como requisito da Universidade  
Federal da Fronteira Sul para obtenção de grau de  
Bacharel em medicina.

ORIENTADOR: Prof. José R. F. Saraiva Junior

CO-ORIENTADORA: Grasiela Marcon

**PASSO FUNDO, RS**

**2018**

Este trabalho é dedicado a todos os estudantes de medicina que enfrentaram ou enfrentam doenças mentais e ainda assim se mantêm firmes em seu propósito de cuidar e amenizar a dor de outros seres humanos. E a todos aqueles que perderam suas vidas no caminho, para que sua dor também não seja esquecida.

## **AGRADECIMENTOS**

Em especial, agradeço à minha família pelo amor e apoio incondicionais durante toda a minha vida, e em especial nessa difícil etapa que é a graduação. Vocês são a razão da minha luta diária. Agradeço ao meu querido Paulo por ter segurado as barras mais pesadas quando eu própria não conseguia, e por ter me ajudado com muito amor a vencer tantas batalhas. Agradeço às minhas fiéis amigas que, mesmo longe, estiveram ao lado o tempo todo: Tiffany, Thaís, Luana e Renata, vocês são as melhores amigas que eu poderia querer. Agradeço ao meu orientador e amigo José Saraiva por toda paciência e carinho ao longo dos últimos anos. E, por fim, agradeço a todos os amigos, colegas, professores, funcionários e pacientes que cruzaram meu caminho e me inspiraram a ser uma pessoa melhor e a buscar tornar-me uma profissional da qual possam se orgulhar.

## RESUMO

A prevalência de depressão, ansiedade, ideação suicida e uso de substâncias é maior em estudantes de medicina do que na população em geral. O ambiente de formação é nocivo à saúde mental dos alunos e a prática do autocuidado não costuma ser incentivada. Esse trabalho pretende descrever estratégias já utilizadas para promover qualidade de vida entre os acadêmicos de medicina e também para valorizar o autocuidado, bem como propor um conjunto de práticas que possam ser utilizadas pelos cursos de medicina para fomentar o cuidado com a saúde mental. O estudo foi desenvolvido entre janeiro e novembro de 2018 sob a orientação do professor José R. F. Saraiva Junior.

Palavras-chave: ansiedade, autocuidado, depressão, estudantes de medicina, prevenção, saúde mental, suicídio.

## **ABSTRACT**

The prevalence of depression, anxiety, suicidal ideation and substance use is greater in medical students than in the general population. The training environment is harmful to the mental health of the students and the practice of self-care is not usually encouraged. This study aims to describe strategies already used to promote quality of life among medical students and also to value self-care, as well as to propose a set of practices that can be used by medical courses to promote mental health care. The study was developed between January and November 2018 under the guidance of Professor José F. S. Saraiva Junior.

Key words: anxiety, depression, medical students, mental health, prevention, self-care, suicide.

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO .....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
2. DESENVOLVIMENTO.....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
2.1. PROJETO DE PESQUISA.....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
2.1.1. Resumo .....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
2.1.2. Tema.....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
2.1.3. Problemas.....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
2.1.4. Hipóteses.....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
2.1.5. Objetivos.....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
2.1.6. Justificativa .....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
2.1.7. Referencial teórico.....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
2.1.8. Metodologia .....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
2.1.8.1. Tipo de estudo .....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
2.1.8.2. Pergunta da pesquisa.....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
2.1.8.3. Amostra .....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
2.1.8.4. Comparação .....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
2.1.8.5. Intervenção .....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
2.1.8.6. Desfechos clínicos .....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
2.1.8.7. Localização dos estudos.....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
2.1.8.8. Seleção dos estudos participantes .....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
2.1.8.9. Coleta de dados.....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
2.1.8.10. Interpretação dos resultados .....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
2.1.9. Recursos.....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
2.1.10. Cronograma.....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
2.1.11. Apêndices .....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
2.1.11.1 Apêndice 1.....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
2.1.11.2 Apêndice 2.....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
2.2. RELATÓRIO DE PESQUISA.....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
3. ARTIGO CIENTÍFICO .....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
5. REFERÊNCIAS .....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
6. ANEXOS.....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>

- 6.1. Aceite de orientação e co-orientação ..... **Erro! Indicador não definido.**
- 6.2. Termo de Ciência do Volume Final..... **Erro! Indicador não definido.**

## 1. INTRODUÇÃO

Mais do que nunca, é preciso falar sobre saúde mental. As doenças do século afetam a mente, deterioram relações e roubam o potencial produtivo de milhões de indivíduos em todo o mundo, e de quem promove saúde também. É importante falarmos sobre como podemos preservar a integridade mental dos futuros médicos para que eles possam desempenhar plenamente sua função de cuidar.

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2017) estima que, no Brasil, a prevalência de depressão seja de 5,8% e a de ansiedade, 9,3%, dentre a população geral. No entanto, estudos ao redor do mundo (AHMED *et al.*, 2009; ELLER *et al.*, 2006; CARSON *et al.*, 2000; KULSOON *et al.*, 2015) apontam que a prevalência de sintomas depressivos e ansiosos em estudantes de medicina está entre 20% e 40%. Uma meta-análise recente estima que a prevalência de depressão em estudantes de medicina seja de 28% (PUTHRAN, 2016). Outro trabalho, da Universidade Federal de Sergipe, revela que 40% dos estudantes de medicina têm sintomas de desordens mentais que incluem depressão, ansiedade e doença somática (RAFAEL *et al.*, 2015). Esses dados mostram que tais doenças psiquiátricas são muito mais prevalentes entre acadêmicos de medicina do que na população geral.

A revisão literária de Santa (1998), uma das pioneiras do Brasil no tema, buscou elucidar as razões para a elevada taxa de suicídios entre médicos e estudantes de medicina, apontando que depressão e ansiedade são importantes fatores de risco para suicídio. Afirma que esse grupo tende a negar estresse de natureza pessoal e o desconforto psicológico, além de criar sistemas defensivos que o fecha para intervenções terapêuticas eficazes.

Fatores igualmente importantes são a proximidade com a morte e o acesso a meios eficazes de tirar a própria vida. Um ponto fundamental a também ser considerado é a constante frustração do estudante durante a sua formação e o impacto que ela tem em sua saúde mental: “o acadêmico se culpa pelo que não sabe e com isso se sente paralisado pelo medo de errar”, diz o autor.

A formação médica pode contribuir diretamente para o desenvolvimento de depressão (DYRBYE *et al.*, 2016). O estresse ao qual estão submetidos e a

exigência por parte deles mesmos, da instituição e dos professores são fatores que prejudicam a saúde mental, mas frequentemente são ignorados no decorrer do curso. No entanto, ainda há uma carência em estudos que verifiquem estratégias para prevenir o estresse e o surgimento de doenças psiquiátricas, bem como fornecer tratamento adequado a esses estudantes.

Sendo assim, faz-se necessário um estudo que identifique alternativas preventivas e terapêuticas aos acadêmicos que desenvolvem ou exacerbam, durante a graduação, algum tipo de transtorno mental.

## **2. DESENVOLVIMENTO**

### **2.1. PROJETO DE PESQUISA**

#### **2.1.1. Resumo**

Esta revisão sistemática visa a identificar quais estratégias as universidades ao redor do mundo promovem para fomentar o cuidado com a saúde mental dos estudantes de medicina. Os artigos serão selecionados a partir das bases de dados PubMed/MEDLINE, Embase e Web of Science e que foram publicados de janeiro de 2008 a agosto de 2018. Todos os estudos selecionados passarão por uma ficha de avaliação que determina se preenchem os critérios necessários para inclusão e também a qualidade das publicações. Entre maio e novembro de 2018, a revisão será redigida e apresentará quais intervenções os cursos de medicina utilizam para promover o autocuidado e prevenir doenças mentais e suicídio em seus estudantes.

#### **2.1.2. Tema**

Valorização do autocuidado em estudantes de medicina e acesso a programas para melhoria da saúde mental.

#### **2.1.3. Problemas**

1. Os estudantes de medicina são incentivados ao autocuidado?
2. Os cursos de medicina fornecem redes de apoio em saúde mental?
3. Os cursos de medicina possuem estratégias de prevenção ao suicídio?

#### **2.1.4. Hipóteses**

1. Os estudantes de medicina são incentivados ao autocuidado.

2. Os cursos de medicina fornecem redes de apoio em saúde mental.
3. Os cursos de medicina possuem estratégias de prevenção ao suicídio.

#### **2.1.5. Objetivos**

Identificar ações promovidas pelos cursos de medicina para valorizar o autocuidado dos acadêmicos, para melhorar a saúde mental e para prevenir suicídios.

Elaborar um conjunto de estratégias que possam ser utilizadas em todos os cursos de medicina para minimizar o sofrimento emocional e amparar os alunos com diferentes graus de sofrimento, bem como prevenir a ocorrência de suicídios.

#### **2.1.6. Justificativa**

A saúde mental dos estudantes de medicina vem sendo discutida com mais urgência nos últimos anos devido ao grande número de estudantes que desenvolvem transtornos afetivos, distúrbios do sono, dependência a substâncias e que cometem suicídio durante o período de formação.

É necessário que as universidades passem a adotar medidas para tornar o ambiente de formação médica menos prejudicial aos estudantes, através de ações concretas de prevenção e promoção de saúde mental.

Esse estudo pretende fornecer uma fonte de informações para que os cursos de medicina possam desenvolver estratégias que contribuam para diminuir os índices de doenças psiquiátricas e de suicídio entre seus acadêmicos

#### **2.1.7. Referencial teórico**

As doenças psiquiátricas se tornaram o cerne de inúmeras discussões em todo o mundo, principalmente nos últimos anos. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2014), o número de pessoas no mundo sofrendo de depressão e ansiedade subiu cerca de 50%: de 416 milhões, em 1990, passou a 615 milhões em 2013. Essas doenças são a principal causa de afastamento do trabalho e ainda estão fortemente relacionadas às elevadas taxas de suicídio.

Em 2017, o Ministério da Saúde divulgou materiais para a conscientização sobre o suicídio e também para a sua prevenção. Os dados coletados pela Secretaria de Vigilância em Saúde mostram que houve notificação de 176.226

lesões autoprovocadas entre 2011 e 2016 no Brasil, sendo 27,4% (48.204) tentativas de suicídio. Um estudo de Botega *et al.* (2006) já havia evidenciado que em até 95% dos casos de suicídio, era possível obter um diagnóstico psicopatológico no indivíduo, sendo 40-50% dos casos relacionados à depressão grave, 20% dos casos ligados à dependência de álcool e 10% à esquizofrenia. Levando em conta esses dados, é possível correlacionar o aumento das taxas de suicídio com o crescente número de pessoas acometidas por transtornos psiquiátricos.

É preciso considerar que essas condições relacionadas à ideação suicida estão interligadas, retroalimentando-se. Transtornos mentais podem levar ao abuso de substâncias, e o contrário também é verdadeiro. É comum, portanto, que o mesmo indivíduo conviva com mais de um fator de risco para o suicídio, uma vez que é esperado que os distúrbios não apareçam isoladamente.

Se dentre a população geral os dados são alarmantes, nos estudantes de medicina eles impactam ainda mais. Puthran (2016) revelou em uma meta-análise que a prevalência de depressão nos estudantes de medicina é de 28%. Além disso, evidenciou uma prevalência de ideação suicida de 5,8% entre todos os estudantes de medicina, independente do grau de depressão. Baldassin (2006) mostra que um em cada cinco estudantes de medicina apresenta ansiedade de natureza alta, número que é superior ao de universitários de outros cursos. Outro dado a ser considerado nesse estudo é a incidência de ansiedade ao longo do curso: no primeiro ano, 19,1% possuem sintomas de ansiedade, baixado para 11,6% no terceiro ano e voltando a subir para 20% no último ano de graduação.

Dyrbie *et al.* (2006), em uma revisão sistemática de 40 estudos em língua inglesa de 1980, revela que problemas psicológicos entre os estudantes de medicina dos Estados Unidos e do Canadá foram consistentemente mais elevados do que na população geral de mesma idade. Um estudo de Downs *et al.* (2014) mostra que cerca de 300 a 400 médicos e estudantes de Medicina suicidam-se por ano nos Estados Unidos. Dados semelhantes são encontrados na Ásia e na Europa (LI *et al.*, 2014; OSAMA *et al.*, 2014; SOBOWALE *et al.*, 2014) destacando-se um recente estudo polonês (ROSIEK *et al.*, 2016) que evidenciou que mais de 66% dos estudantes de medicina referiram presença de pensamentos suicidas enquanto estavam sob estresse.

O Brasil segue o padrão mundial. Importantes estudos vêm mostrando que os estudantes de medicina também apresentam alta prevalência de transtornos afetivos. Baldassin (2008) realizou um estudo da Universidade de São Paulo e constatou que 38,2% dos estudantes de medicina possuíam depressão. Brenneissein (2016) mostrou em um trabalho com 22 escolas médicas brasileiras que, em um grande número de estudantes de medicina, sintomas de depressão e ansiedade coexistem. Ainda evidencia que 41,3% dos estudantes de medicina avaliados possuíam sintomas depressivos. Quanto a sintomas de ansiedade, o estudo impacta ainda mais ao mostrar que a prevalência é de cerca de 80%. Ambos os achados comprovam que essa população é mais afetada por doenças psiquiátricas e convidam a refletir sobre como elas podem ser prevenidas.

Esse quadro de morbidez psicológica em estudantes de medicina é reflexo do despreparo emocional dessa população para enfrentar o difícil período de adaptação a uma nova realidade de exigências, de interação com colegas e professores e de contato com processos de doença e morte. Foi constatado que há três principais áreas geradoras de estresse em estudantes de medicina: pressões acadêmicas, problemas sociais e problemas financeiros (MOFFAT *et al.*, 2004). São inúmeros os desafios que têm de ser enfrentados juntamente com a aquisição de novas responsabilidades, como morar sozinho em uma cidade nova e administrar as despesas. Juntos, os diversos eventos estressores causam grande dano à integridade emocional e nem sempre as universidades estão atentas a eles.

Efeitos nocivos da formação médica estão sendo evidenciados cada vez mais pela literatura. Existe, desde as primeiras semanas do curso, uma grande expectativa quanto ao desempenho do aluno, em torno do qual se criou o mito de ser intelectualmente superior aos de outras áreas, gerando grande frustração quando o acadêmico não se percebe dessa maneira. Cria-se um ambiente de disputas, que estimula a competição por melhores notas e melhor performance em uma gama de atividades curriculares e extracurriculares. Combinados, todos esses fatores podem contribuir para que os estudantes usem drogas, lícitas e ilícitas, aumentando ainda mais o problema emocional (TOCKUS, 2008; PADUANI *et al.*, 2008; OLIVEIRA *et al.*, 2009; DERESSA *et al.*, 2011; SILVEIRA *et al.* 2008).

Já está consolidado o entendimento de que estudantes de medicina possuem maior propensão a desenvolver transtornos afetivos e dependência de substâncias durante o período de formação, portanto, essa revisão pretende analisar estudos que tragam informações sobre como é possível prevenir o aparecimento dessas condições, bem como oferecer tratamento aos que já foram acometidos.

### **2.1.8. Metodologia**

#### **2.1.8.1. Tipo de estudo**

Revisão sistemática de literatura.

#### **2.1.8.2. Pergunta da pesquisa**

Os cursos de medicina apresentam estratégias para valorizar o autocuidado dos acadêmicos e para oferecer tratamento aos que apresentam doenças psiquiátricas?

#### **2.1.8.3. Amostra**

Estudantes de medicina que passaram por ações de prevenção e tratamento de doenças psiquiátricas.

#### **2.1.8.4. Comparação**

Estudantes de medicina que não receberam nenhum tipo de ação de prevenção e tratamento de doenças psiquiátricas.

#### **2.1.8.5. Intervenção**

Prevenção e tratamento de doenças psiquiátricas.

#### **2.1.8.6. Desfechos clínicos**

Diminuição da incidência de doenças psiquiátricas e de ideação suicida em universidade onde há incentivo ao autocuidado e tratamento psicológico/psiquiátrico.

#### **2.1.8.7. Localização dos estudos**

Os estudos participantes desta revisão sistemática serão pesquisados nas bases de dados PubMed/MEDLINE, Embase e Web of Science pelos seguintes descritores disponíveis no MeSH para *Medical Students*, *Help-seeking behavior*, *Psychologic Adaptation*, *Coping Behaviors*, *Health behavior*, *Assessment of health*

*care needs, Self-care, Attitude to Health Mental health, Suicidal ideation e Prevention and control, Mental Health Services, Mental Hygiene Service* que foram combinados dentro de cada termo definido com o conector *OR* e entre os termos com o conector *AND*.

#### **2.1.8.8. Seleção dos estudos participantes**

A busca, seleção e revisão dos artigos e análise dos critérios de inclusão será feita em duplicata pela acadêmica Bruna Vidal Figueiredo e pela co-orientadora Grasiela Marcon e casos discrepantes serão avaliados pelo orientador José R. F. Saraiva Junior. Serão lidos todos os títulos e resumos dos artigos encontrados na pesquisa no banco de dados e selecionados aqueles que atenderam aos critérios iniciais para a análise aprofundada a partir da leitura dos artigos na íntegra.

Serão incluídos na elaboração da revisão estudos de relatos de caso, estudos observacionais, ensaios clínicos, ensaios clínicos randomizados, ensaios clínicos controlados publicados em língua inglesa e portuguesa a partir do ano 2008 e que atenderem aos critérios relacionados na ficha clínica para seleção dos estudos participantes (Apêndice 1). Revisões, revisões sistemáticas e meta-análises encontradas também serão lidas para possível inclusão de artigos presentes em suas referências.

Os artigos completos serão obtidos de três maneiras: a partir do portal CAPES, enviando um e-mail diretamente ao autor do estudo para solicitá-lo ou comprando o artigo do periódico em que foi publicado.

Artigos duplicados serão excluídos através de um sistema de organização elaborado pelo orientador do projeto, consistindo na criação de uma estrutura de pastas nas quais estarão separados os estudos por cada base de dados acessada e por cada filtro utilizado. Após essa separação, ocorrerá uma comparação entre os títulos constituintes de cada pasta, identificando-se assim os duplicados. Tanto a acadêmica Bruna Vidal Figueiredo quanto a co-orientadora Grasiela Marcon anexarão nessas pastas os artigos por elas selecionados, que posteriormente serão pareados e analisados. Dessa maneira, todos os artigos duplicados serão excluídos.

### 2.1.8.9. Coleta de dados

Cada estudo aprovado na análise inicial passará pela coleta das variáveis, das características da metodologia e dos participantes, e dos desfechos clínicos a partir da ficha de coleta de dados (Apêndices 1 e 2).

Dessa forma, também será possível avaliar a qualidade dos estudos selecionados, uma vez que a ficha do Apêndice 2 contém as questões priorizadas pela escala de Jadad (JADAD *et al.*, 1996). Essa escala atribuiu uma pontuação para os estudos que varia de 0 a 5 com base em cinco tópicos: se o estudo foi randomizado, se a randomização foi adequada, se o estudo foi duplo cego, se o método de ocultação foi adequado e se houve descrição dos critérios de exclusão e taxa de perda. Cada um desses questionamentos soma 1 ponto e estudos abaixo de 3 pontos são avaliados como de baixa qualidade.

### 2.1.8.10. Interpretação dos resultados

Irá se extrair dos artigos selecionados informações a respeito do tamanho da amostra, do tipo de intervenção utilizado pelas universidades, da eficácia da intervenção para a redução dos índices de transtornos mentais e ideação suicida, dentre outros pontos relevantes a esta revisão.

A partir da obtenção dessas informações, vão ser listadas quais ações foram promovidas, comparando-as entre si em termos de modo de realização e eficácia na prevenção de doenças psiquiátricas e do suicídio entre os estudantes de medicina.

Os resultados serão apresentados em forma de síntese e discutidos à luz do conhecimento disponível acerca do tema.

### 2.1.9. Recursos

O custeamento das despesas desse projeto será feito pela acadêmica autora do projeto e pelo professor orientador descritos na folha de rosto. Os custos estão descritos no quadro abaixo:

Item	Quantidade	Valor Unitário	Total
Impressões	200 folhas	R\$0,10/folha	R\$20,00
Epidemiologista	5 horas	R\$250/hora	R\$1250,00
Artigos	20 artigos	U\$30/artigo	U\$600,00
<b>Total</b>			<b>R\$ 3.070,00</b>

Fonte: Elaborado pelos autores, 2017.

### 2.1.10. Cronograma

Mês/Ano	Jul/17 até Dez/17	Jan/18	Fev/18	Mar/18	Abr/18	Mai/18	Jun/18	Julho/18	Ago/18	Set/18	Out/18	Nov/18
Revisão da literature	X											
Projeto de Pesquisa	X											
Orientação	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
Coleta dos dados					X	X	X					
Análise dos artigos								X	X	X		
Redação dos manuscritos										X	X	
Divulgação dos resultados												X

### 2.1.11. Apêndices

#### 2.1.11.1 Apêndice 1

#### REVISÃO SISTEMÁTICA DE LITERATURA

#### FICHA CLÍNICA PARA ANÁLISE DOS ESTUDOS

Revisor: ( ) Bruna Vidal Figueiredo, ( ) Grasiela Marcon, ( ) José R. F. Saraiva Junior

DATA: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Autor : \_\_\_\_\_

Ano:\_\_\_\_

Título:

---

### DADOS DO ESTUDO

Tipo de estudo: ( ) TRANVERSAL ( ) COORTE

Se aplicável, alocação adequada: ( ) sim, ( ) não

Participantes

Apropriados para a pergunta da pesquisa? ( ) sim, ( ) não, ( ) indefinido

Intervenção

Adequada para a pesquisa? ( ) sim, ( ) não, ( ) indefinido

Observações:

---

---

---

---

---

---

---

---

### RESULTADO DA TRIAGEM INICIAL

( ) INCLUÍDO ( ) EXCLUÍDO ( ) AVALIAÇÃO ADICIONAL

#### **2.1.11.2 Apêndice 2**

REVISÃO SISTEMÁTICA DE LITERATURA

FORMULÁRIO PARA CARACTERIZAÇÃO DOS ESTUDOS

Revisor: ( ) Bruna Vidal Figueiredo, ( ) Grasiela Marcon, ( ) José R. F. Saraiva Junior

DATA: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Autor : \_\_\_\_\_

Ano:\_\_\_\_

Título:\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Geração do sigilo da alocação: A: adequado B: indeterminado C: inadequado  
D: não utilizado \_\_\_\_\_

## MÉTODO

Estudo randomizado: ( ) sim ( ) não

Randomização realizada adequadamente: ( ) sim ( ) não

Estudo duplo cego: ( ) sim ( ) não

Ocultação realizada adequadamente: ( ) sim ( ) não

Descrição dos critérios de exclusão e taxa de perda: ( ) sim ( ) não

Pergunta da pesquisa:

Processo de sigilo da alocação:

Duração do período de seguimento pós-intervenção:

Medida dos desfechos clínicos primários:

Local do estudo:

Cálculo do poder estatístico:

Representatividade da amostra:

## PARTICIPANTES

Critérios de inclusão:

Critérios de exclusão:

Número de participantes aleatórios:

Idade:

Sexo:

### INTERVENÇÕES

Tipo de intervenção:

Duração:

### CONTROLE

Tipo de intervenção:

Duração:

### DESFECHOS

Descrever: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

### NOTAS

Fontes de investimento:

Aprovação ética:

Conflito de interesses dos autores:

### AVALIAÇÃO DE VIÉSES

( ) adequada, ( ) inadequada, ( ) nova avaliação

Justificativa:

### RESULTADO DESTA AVALIAÇÃO

( ) incluído, ( ) excluído, ( ) nova avaliação

Justificativa:

## 2.2. RELATÓRIO DE PESQUISA

O projeto de pesquisa, inicialmente, se propunha a fazer uma revisão sistemática de artigos que descrevessem estratégias de promoção do autocuidado e prevenção doenças mentais e suicídio entre estudantes de medicina. Na busca de artigos, no entanto, percebeu-se que as ações eram primordialmente voltadas à promoção de qualidade de vida e redução dos índices de depressão, ansiedade e *burnout*.

Para ter acesso às bases de dados, foi utilizado o portal Capes, no site da Universidade Federal da Fronteira Sul. O primeiro filtro de pesquisa, definido com descritores do MeSH, foi desenvolvido em setembro de 2017, na disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso I, quando a intenção era pesquisar sobre autocuidado e acesso à saúde mental. Uma vez que o foco da pesquisa mudou, outros descritores foram acrescentados em março, abril e junho de 2018, até ficar completo como consta no artigo científico a seguir.

A primeira busca foi feita no dia 8 de maio de 2018 e foram encontrados 151 artigos, na base de dados PubMed, utilizando-se um filtro experimental, visto abaixo:

```
(("Students, Medical"[MeSH] OR "Medical Students" OR "Student, Medical"
OR "Medical Student" OR "Clinical Student" OR "Education, medical [MeSH]" OR
"Education, medical, undergraduate [MeSH]" OR "Med student" OR "Medical
trainee*" OR " Preclinical student*" OR "Student doctor*" OR "Student physician*" OR
"Undergraduate medic*") AND ("Help-seeking behavior"[MeSH] OR "Help-seeking
behavior" OR "Help-seeking" OR "Help-seeking behavior") OR ("Health
behavior"[MeSH] OR "Health behavior" OR "Health behaviors" OR "Behavior,
Health") OR ("Self care"[MeSH] OR "Self-care" OR "Self management") OR ("Needs
assessment"[MeSH] OR "Needs assessment" OR "Determination of health care
needs" OR "Determination of healthcare needs" OR "Assessment of health care
needs")) AND ("Mental health"[MeSH] OR "Mental health" OR "Mental hygiene") OR
("Suicidal ideation"[MeSH] OR "Suicidal ideation" OR "Suicide, attempted" OR
"Attempted suicide" OR "Suicide, attempted") AND ("Prevention and control"[MeSH]
OR "Prevention and control" OR "Prevention" OR "Prophylaxis" OR "Preventive
therapy" OR "Preventive measures"))
```

Foram feitas leituras de alguns artigos sobre o tema e redefinidas intenções para esta revisão sistemática. A partir disto, o título da pesquisa foi modificado de “Estudantes de medicina como pacientes: uma revisão sistemática sobre o acesso à saúde mental e o autocuidado” para “Promoção de Qualidade de Vida em Estudantes de Medicina: uma revisão sistemática”.

O filtro, então, foi redefinido para contemplar essa temática e abranger diferentes trabalhos. Ele está descrito a seguir:

((“Students, Medical”[MeSH] OR “Medical Students” OR “Student, Medical” OR “Medical Student” OR “Clinical Student” OR “Education, medical [MeSH]” OR “Education, medical, undergraduate [MeSH]” OR “Med student” OR “Medical trainee\*” OR “ Preclinical student\*” OR “Student doctor\*” OR “Student physician\*” OR “Undergraduate medic\*”) AND ((“Adaptation, Psychological”[Mesh] OR “Adaptation, Psychologic” OR “Psychologic Adaptation” OR “Psychological Adaptation” OR Coping Behavior” OR “Behavior, Coping” OR “Behaviors, Coping” OR “Coping Behaviors” OR “Coping Skills” OR “Coping Skill” OR “Skill, Coping” OR “Skills, Coping” OR “Behavior, Adaptive” OR “Adaptive Behavior” OR “Adaptive Behaviors” OR “Behaviors, Adaptive”) OR (“Help-seeking behavior”[MeSH] OR “Help-seeking behavior” OR “Help-seeking” OR “Help-seeking behavior”) OR (“Health behavior”[MeSH] OR “Health behavior” OR “Health behaviors” OR “Behavior, Health”) OR (“Self care”[MeSH] OR “Self-care” OR “Self management”) OR (“Needs assessment”[MeSH] OR “Needs assessment” OR “Determination of health care needs” OR “Determination of healthcare needs” OR “Assessment of health care needs”) OR (“Prevention and control”[MeSH] OR “Prevention and control” OR “Prevention” OR “Prophylaxis” OR “Preventive therapy” OR “Preventive measures”) OR (“Attitude to Health”[Mesh] OR “Health, Attitude to” OR “Health Attitude” OR “Attitude, Health” OR “Attitudes, Health” OR “Health Attitudes”)) AND ((“Mental health”[MeSH] OR “Mental health” OR “Mental hygiene”) OR (“Suicidal ideation”[MeSH] OR “Suicidal ideation” OR “Suicide, attempted” OR “Attempted suicide” OR “Suicide, attempted”) OR (“Mental Health Services”[Mesh] OR “Health Services, Mental” OR “Health Service, Mental” OR “Mental Health Service” OR “Service, Mental Health” OR “Services, Mental Hygiene” OR “Hygiene Service, Mental” OR “Hygiene Services, Mental” OR “Mental Hygiene Service” OR “Service, Mental Hygiene” OR “Mental Hygiene Services” OR “Services, Mental Health”))

Este filtro, no entanto, foi efetivo para buscas apenas na base PubMed/MEDLINE e Embase. Para buscas na base de dados Embase foram encontrados 408 artigos, pesquisados no dia 17 de agosto de 2018, sendo que achados desta busca serão analisados para a publicação do artigo futuramente. A base de dados Web of Science não estava disponível para acesso através do portal Capes. Dessa forma, optou-se por manter apenas a busca completa realizada na base PubMed/MEDLINE.

Em agosto de 2018, a autora da pesquisa Bruna Vidal Figueiredo e sua co-orientadora Grasiela Marcon fizeram a busca final utilizando o filtro definitivo e, separadamente, selecionaram os artigos relevantes à pesquisa, conforme os critérios de inclusão citados na metodologia, totalizando 479 artigos no dia 27. O orientador José Saraiva analisou de forma cega e pareada os artigos selecionados e verificou que não houve discrepâncias entre as seleções.

Seguindo os critérios de inclusão e exclusão foram filtrados artigos pelo tipo e data de publicação, finalizando com 48 artigos. Seguindo os critérios de exclusão através da leitura do título do artigo e depois a leitura dos resumos, 20 artigos foram lidos na íntegra e 11 correspondiam à temática da pesquisa. Outros 6 artigos de revisões sistemáticas e meta-análises foram lidos na íntegra e fornecendo mais 6 artigos que foram incluídos nesta revisão.

Pelo número limitado de artigos, optou-se por incluir todos os que fossem relevantes ao tema da pesquisa independente da qualidade metodológica. As limitações e vieses dos artigos selecionados são discutidos no corpo do texto e assim não foram utilizadas as fichas de inclusão presentes nos Apêndices 1 e 2 do projeto de pesquisa.

Após leitura dos textos na íntegra, a autora definiu que discutiria cada artigo separadamente para que pudesse estar de acordo com seu objetivo inicial de apresentar alternativas que servissem de modelo para ações em universidades brasileiras, visto que não foi encontrado nenhum trabalho nacional.

Sendo assim, o volume final contém a forma de realização e os resultados de cada uma das intervenções, bem como comentários para sua melhor implementação.

### 3. ARTIGO CIENTÍFICO

#### **PROMOÇÃO DE SAÚDE MENTAL EM ESTUDANTES DE MEDICINA: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA**

*(MENTAL HEALTH PROMOTION IN MEDICAL STUDENTS: A SYSTEMATIC REVIEW)*

Figueiredo, B.<sup>1</sup>; Marcon, G.<sup>2</sup>; Saraiva, J.<sup>3</sup>

1. Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS)
2. Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS); Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)
3. Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS)

## RESUMO

**Objetivo:** Realizar revisão sistemática de artigos que descrevem ações realizadas para promover a saúde mental entre estudantes de medicina. **Método:** Foram realizadas buscas na base PubMed/MEDLINE filtrando artigos publicados entre 2008 e 2018 através dos seguintes descritores disponíveis no MeSH: *Medical Students, Help-seeking behavior, Psychologic Adaptation, Coping Behaviors, Health behavior, Assessment of health care needs, Self-care, Attitude to Health Mental health, Suicidal ideation e Prevention and control, Mental Health Services, Mental Hygiene Service*. **Resultados:** Dos 48 artigos encontrados, 11 foram selecionados e outros 6 foram incluídos a partir das referências desses. **Conclusão:** Todas as ações analisadas neste trabalho obtiveram algum benefício na promoção de saúde mental em estudantes de medicina, porém as mais efetivas tendem a ser as mudanças estruturais no currículo do curso.

Palavras-chave: autocuidado, estudantes de medicina, prevenção, saúde mental.

## ABSTRACT

**Objective:** To develop a systematic review of articles describing actions taken to promote mental health among medical students. **Methods:** Searches were conducted in PubMed/MELINE database by filtering articles published between 2008 and 2018 using the following descriptors available in MeSH: *Medical Students, Help-seeking behavior, Psychologic Adaptation, Coping Behaviors, Health behavior, Self-care, Attitude to Health Mental health, Suicidal ideation and Prevention and control, Mental Health Services, Mental Hygiene Service.* **Results:** Of the 48 articles found, 11 were selected and another 6 were included from their references. **Conclusion:** All the actions analyzed in this paper have obtained some benefit in the promotion of mental health in medical students, but the most effective ones tend to be the structural changes in the curriculum of the course.

Keywords: self-care, medical students, prevention, mental health.

## INTRODUÇÃO

Ao longo das últimas décadas, uma série de estudos vem demonstrando os efeitos nocivos do curso de medicina na saúde mental dos estudantes.<sup>1-7</sup> A prevalência de depressão e ansiedade entre os acadêmicos de medicina é alarmantemente maior do que na população em geral, bem com os índices de ideação suicida.<sup>8</sup> A maioria dos estudantes é jovem e sucumbe às pressões impostas pelo ambiente acadêmico que tem como tradição a supressão das emoções individuais e a valorização da impassibilidade diante de situações de tensão, medo e estresse. Abordar questões relativas à saúde mental é sempre uma atividade carregada de estigmas e preconceitos, levando boa parte dos alunos a silenciarem suas dores com receio do que colegas, professores e preceptores irão pensar deles caso saibam que estão enfrentando uma doença mental<sup>9-12</sup>.

Alguns aspectos são considerados como os principais causadores de estresse entre os estudantes de medicina: pressões acadêmicas, problemas sociais e problemas financeiros.<sup>3</sup> Geralmente, essas questões são pouco ou nada abordadas em sala de aula, na qual o enfoque dos professores costuma ser exclusivamente a aquisição de conhecimento teórico sobre suas disciplinas, a despeito do momento crucial de transição pelo qual passam seus alunos. Os currículos permanecem no mesmo formato de décadas atrás, não sofrendo alterações apesar de tantas evidências de seu impacto negativo no bem-estar e na qualidade de vida.

Existe, desde as primeiras semanas do curso, uma grande expectativa quanto ao desempenho do aluno, em torno do qual se criou o mito de ser intelectualmente superior aos de outras áreas, gerando grande frustração quando o acadêmico não se percebe dessa maneira. Cria-se um ambiente de disputas, que estimula a competição por melhores notas e melhor performance em uma gama de atividades curriculares e extracurriculares. Combinados, todos esses fatores podem contribuir para o desenvolvimento de transtornos mentais e adição em drogas, lícitas e ilícitas<sup>13-14</sup>.

O propósito desta revisão sistemática é apresentar alternativas de promoção de qualidade de vida e de prevenção de doenças mentais durante a graduação em medicina que possam ser aplicadas nas universidades brasileiras. Foram selecionados artigos que dissertaram sobre métodos, programas e mudanças curriculares que visavam à melhoria da qualidade de vida dos acadêmicos e o combate à depressão, ansiedade e ao *burnout* (síndrome do esgotamento físico e emocional no ambiente de estudo e trabalho).

## MÉTODOS

Os estudos participantes desta revisão sistemática foram pesquisados na base de dados PubMed/MEDLINE pelos seguintes descritores disponíveis no MeSH: *Medical Students, Help-seeking behavior, Psychologic Adaptation, Coping Behaviors, Health behavior, Assessment of health care needs, Self-care, Attitude to Health Mental health, Suicidal ideation e Prevention and control, Mental Health Services, Mental Hygiene Service* que foram combinados dentro de cada termo definido com o conector *OR* e entre os termos com o conector *AND*.

Dois revisores, incluindo a autora deste artigo, leram os títulos e resumos dos artigos encontrados na pesquisa no banco de dados e foram selecionados aqueles que atenderam aos critérios iniciais para a análise aprofundada a partir da leitura dos artigos na íntegra. Um terceiro revisor repetiu o processo e comparou os artigos selecionados pelos dois primeiros revisores, assim chegando ao conjunto final de artigos a serem utilizados. Foram incluídos na elaboração da revisão estudos de relatos de caso, estudos observacionais, ensaios clínicos, ensaios clínicos randomizados, ensaios clínicos controlados publicados em língua inglesa e portuguesa do ano de 2008 até agosto de 2018 que contivessem a descrição e os resultados de ações realizadas para promover a qualidade de vida, diminuir a prevalência de doenças psiquiátricas e prevenir o suicídio entre estudantes de medicina. Revisões, revisões sistemáticas e meta-análises encontradas também foram lidas para possíveis inclusões de artigos presentes em suas referências.

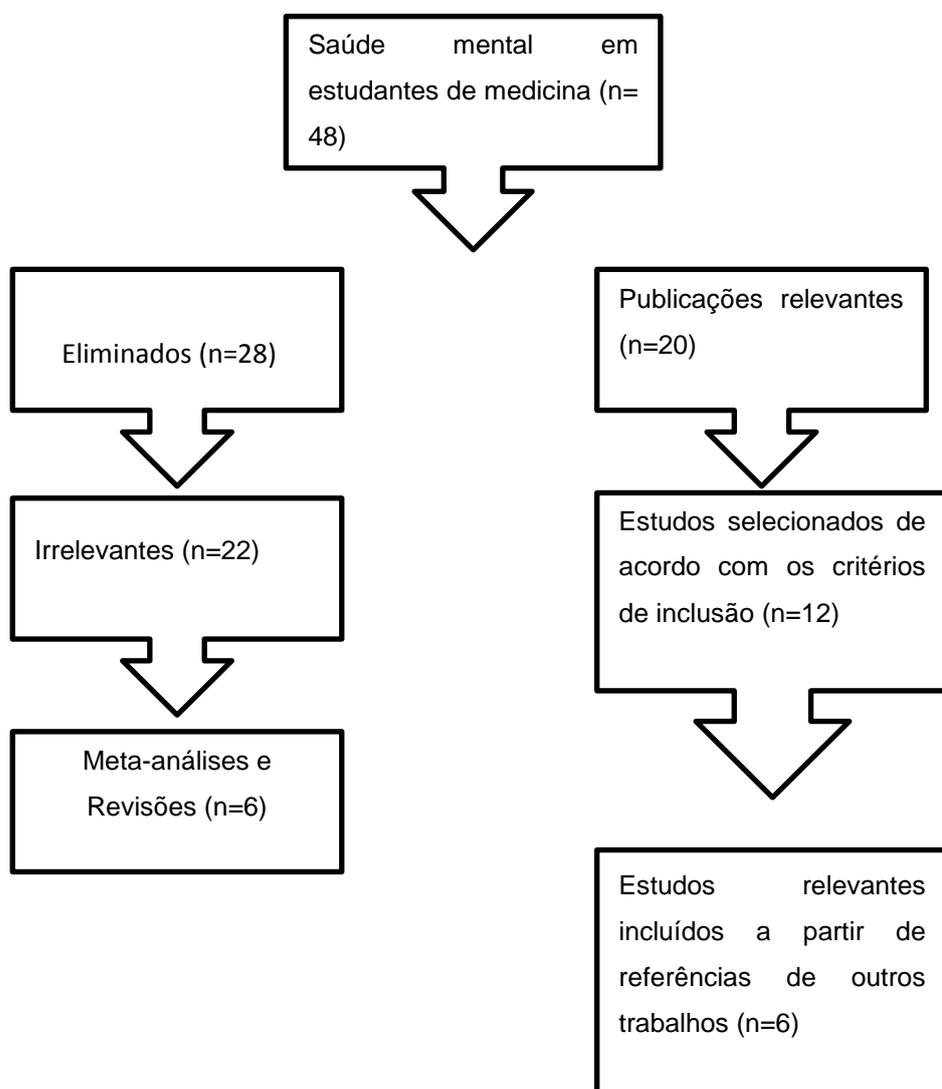
Realizado esse processo, foram encontrados 48 artigos correspondentes ao tema da busca. Encaixaram-se nos critérios de inclusão 12 trabalhos, porém foram adicionados outros 6 artigos que preenchiam a estes critérios e à temática desta revisão e estavam sendo citados nos trabalhos selecionados e nas revisões e meta-análises (Figura 1).

Os artigos completos foram obtidos de três maneiras: a partir do portal CAPES, enviando um e-mail diretamente ao autor do estudo para solicitá-lo ou comprando o artigo do periódico em que foi publicado.

Extraíram-se dos artigos selecionados informações a respeito do tamanho da amostra, do tipo de intervenção utilizado pelas universidades, do método utilizado para mensurar os resultados, da eficácia da intervenção para a redução dos índices de transtornos mentais e melhoria da qualidade de vida, dentre outros pontos relevantes a esta revisão.

A partir da obtenção dessas informações, listaram-se quais ações foram promovidas, comparando-as entre si em termos de modo de realização e eficácia na prevenção de doenças psiquiátricas entre os estudantes de medicina (Quadros 1, 2 e 3).

**Figura 1: Fluxograma de seleção de artigos**



## RESULTADOS

As intervenções descritas nos artigos selecionados podem ser divididas em três subcategorias: breves, prolongadas e curriculares. As primeiras são atividades desenvolvidas pontualmente ou por um curto período de tempo, com amostragem menor, que no geral apresentavam vieses de seleção por serem de participação voluntária. Os programas mais longos, que perduravam por meses, variaram quanto a consistência de

seus resultados devido a também contarem com participação voluntária e terem taxas de desistência que prejudicaram o volume final da amostra. Já as mudanças curriculares tenderam a ser mais fidedignas por serem de participação mandatória e seus efeitos poderem ser avaliados por maior período de tempo.

### ***Mindfulness*, yoga e técnicas de controle da mente**

A técnica *mindfulness* está presente em cinco artigos selecionados e demonstra resultados positivos, apesar do pouco tempo de duração e das limitações de sua implementação. Essa prática vem sendo estudada como uma maneira complementar de tratar doenças psiquiátricas como a depressão e a ansiedade, e consiste em uma forma de atenção plena, que traz a mente de maneira intencional para estar no presente, vivenciando sensações e sentimentos sem julgamentos<sup>15-16</sup>. Através dela, o praticante desconecta de preocupações com o passado e o futuro e passa a voltar sua atenção para o momento atual, e assim pode trabalhar com sentimentos intrínsecos a depressão e ansiedade, como a culpa e o sofrimento por antecipação.

Em 2014, Erogul *et al.* da SUNY Downstate School of Medicine in Brooklyn de Nova York adaptaram a técnica original de *mindfulness* (Mindfulness-based stress reduction – MBSR) desenvolvida em 1970 por Jon Kabat-Zinn e criaram um programa de 8 semanas com uma aula de 2 horas e meia a cada semana e um encontro em grupo para meditação entre a sexta e a sétima semana.<sup>17</sup> Além disso, os alunos precisaram fazer uma prática diária em casa com duração de cerca de 40 minutos.

Foram convidados a participar, após seleção aleatória, 185 alunos do primeiro ano de medicina a serem divididos entre o grupo controle e o grupo para intervenção. Após recusas e desistências, o grupo controle continha 30 alunos e o grupo da intervenção continha 28.

Ambos os grupos, simultaneamente e em salas separadas, responderam ao questionário de 3 ferramentas: Escala de Percepção de Estresse, Escala de Auto Compaixão e Escala de Resiliência. Todos responderam esses questionários 3 vezes: antes da intervenção, quando a intervenção foi concluída e 6 meses depois.

As sessões presenciais tinham dois objetivos: primeiro, ensinar a experiência de práticas orientais de meditação baseada na atenção plena, escaneamento do corpo e yoga baseada na respiração, e segundo, para fornecer conteúdo sobre o entendimento do estresse e a melhor maneira de gerenciar a reatividade. Esses dois componentes, o

cognitivo e o experimental, compõem o típico programa MBSR. Em casa, os estudantes tinham de praticar 20 minutos de meditação diária.

Antes da intervenção, alunos do grupo controle e grupo da experiência não tinham diferenças significativas nos índices de cada questionário aplicado. Os resultados mostraram uma redução na percepção do estresse nos alunos do grupo da intervenção após a conclusão da prática, mas não ao final de seis meses.

Já a autocompaixão mostrou aumento significativo no grupo da intervenção tanto após a prática como seis meses depois. Os níveis de resiliência não aumentaram no grupo que realizou a prática, mesmo logo após a intervenção e na reconsulta em seis meses. Os níveis das três escalas permaneceram sem diferença estatística nos três momentos para o grupo controle.

Os pesquisadores acabaram por concluir que os estudantes ficaram empolgados com a prática, mas não tiveram disciplina o suficiente para seguir com ela, e assim sugerem uma adaptação para que possa ser seguida com mais engajamento.

Semelhante a este programa, o pesquisador Baziel Engelen e colaboradores da Radboud University Nijmegen na Holanda, em 2017, analisaram os efeitos do *Mindfulness-based Stress Reduction* (MBSR) em estudantes do segundo e terceiro ano de medicina.<sup>18</sup> Esse programa foi oferecido como parte do currículo e os estudantes interessados em participar se voluntariaram.

Foram incluídos 167 alunos dos 232 aptos a participar e divididos aleatoriamente entre o grupo da intervenção (n=83) e o grupo controle (n=84). O grupo da intervenção praticou MBSR durante oito semanas, com uma aula de duas horas por semana, ministradas por dois médicos especialistas em *mindfulness*.

Os estudantes foram instruídos a praticar a técnica em casa e ao final da quarta e oitava semana responderam a um questionário indicando quanto tempo dedicaram à atividade.

O grupo da intervenção mostrou melhora significativa na percepção do estresse e na saúde mental, com aumento da qualidade de vida e diminuição das disfunções cognitivas em comparação com o grupo controle. Não houve diferença significativa entre os grupos no quesito empatia médica.

Os pesquisadores apontam que a taxa de aceitação do curso foi alta e a desistência baixa, afirmando que é possível incluir permanentemente o MBSR no currículo.

Na Alemanha, uma adaptação da técnica também foi criada na Johannes Gutenberg University, através de um programa intitulado MediMind.<sup>19</sup> Para a criação deste, os pesquisadores entrevistaram estudantes de medicina listaram os principais tópicos elencados por eles como situações causadoras de estresse.

Combinaram, então, o *mindfulness* com abordagens da terapia cognitivo-comportamental. Os estudantes também receberam uma gravação em CD para realizarem a prática em casa e foram instruídos sobre como fazê-la, observando sentimentos, pensamentos, reações físicas e impulsos a atos. Também foram ensinados a construir pensamentos e sentimentos que os distraíssem das situações de estresse e fossem voltados para uma postura de aceitação.

O treinamento combinou os aspectos de aceitação presentes no *mindfulness* e de mudança presentes na terapia cognitivo-comportamental e possibilitou aos estudantes perceberem uma situação de estresse e serem menos reativos a ela, também podendo discernir como agir diante dela. Foram combinados exercícios para o corpo e para a mente.

Um nível alto de estresse foi encontrado no momento pré-intervenção, sendo superior à população em geral. Os níveis de estresse estavam mais altos nos estudantes do segundo semestre em comparação aos do oitavo. Não foram encontradas diferenças significativas entre os três grupos na primeira avaliação.

Após responderem aos questionários na pré-intervenção, alguns alunos desistiram de participar do estudo. Suas respostas foram comparadas às dos alunos que seguiram participando e foi encontrado que os desistentes tinham uma taxa mais alta de morbidade psicológica. Quando comparados o número de alunos que participaram das intervenções com o número de alunos que respondeu aos questionários na pós-intervenção e no seguimento de um ano, percebeu-se que os alunos eram participativos nas atividades, mas não para responder às escalas. Também houve uma série de desistências no período pré-provas, mas isso aconteceu principalmente no grupo controle.

Os resultados mostram uma diminuição nos níveis de estresse nos estudantes que realizam a MediMind e a manutenção desses resultados após um ano. Os melhores resultados são observados nos estudantes que relataram realizar a prática com frequência, mesmo depois de um ano.

Devido às desistências, não foi possível provar estatisticamente os efeitos da MediMind, mas o efeito benéfico foi encontrado nos alunos que concluíram o estudo. Foi vista uma redução nas taxas de depressão principalmente nos alunos que inicialmente eram mais vulneráveis.

Os pesquisadores sugerem simplificar a forma de avaliação para que se consiga avaliar melhor os resultados dessa intervenção, visto que os estudantes tiveram uma boa aceitação das práticas, mas não dos questionários.

Da mesma forma, na Universidade de Oxford, um programa de oito semanas baseado nas técnicas do *mindfulness* foi implementado, a fim de verificar seus possíveis impactos positivos na melhora da qualidade de vida dos alunos de medicina.<sup>20</sup> A pesquisadora Fiona Moir, em 2016, no entanto, direcionou a prática para que fosse toda conduzida pelos próprios alunos. Estes, primeiramente, elegeram líderes que fariam um curso de *mindfulness* e após receberiam as instruções de prática passadas por eles.

Todos os estudantes dos segundo e terceiro ano foram convidados a participar da intervenção em encontros que ocorreriam após as aulas. Os que se dispuseram a participar encontram semanalmente os líderes da técnica e foram ensinados a praticar *mindfulness* em suas próprias casas, bem como trocavam e-mails com os líderes ou os encontravam pessoalmente para conversarem sobre o processo. Também foram propostos outros encontros para a socialização dos participantes.

Os líderes foram instruídos a acolher os estudantes que os procurassem para contar sobre problemas emocionais e os reportar para o conselho de saúde da universidade. Eles também eram ouvidos regularmente para que pudessem partilhar seus sentimentos em relação à tarefa de líderes.

Participaram do programa 275 estudantes (68% do total de estudantes do 2º e 3º ano) e 232 o concluíram. Quanto à aplicação das escalas e questionários, não foram encontradas diferenças significativas entre o grupo da intervenção e o grupo controle. Um dos motivos apontados inclui a não adesão total ao programa, já que apenas uma parte dos estudantes cumpriu as tarefas propostas pela intervenção.

Uma limitação do estudo foi não mensurar as diferenças entre os subgrupos para avaliar a eficácia do programa naqueles que o cumpriram. No entanto, 36 alunos do total de participantes buscaram os líderes para conversar sobre problemas emocionais.

Os autores indicam que uma alternativa para melhor aproveitamento seria ter instrutores de *mindfulness* mais capacitados para ensinar a técnica e fazê-lo de forma mais simplificada para que facilite a adesão plena.

Outro estudo avaliou os efeitos do *mindfulness* na Universiti Putra Malaysia, por Cheng Kar e seus colaboradores<sup>21</sup>, na Malásia. Foram selecionados 75 estudantes de medicina do primeiro ao terceiro ano e alocados aleatoriamente no grupo da intervenção

(n=37) e grupo controle (n=38). A intervenção foi um programa chamado *Mindfulness-based Stress Management* (MBSM) que foi adaptado de outros dois programas *Mindfulness-based Stress Reduction Program* (MBSR) e *Mindfulness-based Cognitive Therapy* (MBCT) e teve a duração de 5 semanas. Foi desenvolvido para ser um programa mais curto, com maior ênfase na prática informal e incluir sessões sobre gratidão e cultivo de bondade amorosa, além de conter instruções adaptadas para estudantes de medicina.

Kar, autor principal do artigo, é psiquiatra e especializado em *mindfulness*, liderou o curso. Ele dividiu os alunos em grupos e os encontrou semanalmente para aulas de duas horas cada e os recomendou a fazer a prática em casa com o material entregue em áudio para cada participante.

Os alunos responderam a diferentes escalas antes e após a intervenção para que fosse possível mensurar os resultados. Para minimizar os vieses, as respostas dos questionários não ficaram disponíveis ao autor/instrutor do programa. Os alunos do grupo controle não foram informados que estavam nesse grupo, apenas que iriam receber um DVD com o curso de MBSM em 6 meses.

A primeira coleta de respostas dos questionários ocorreu uma semana antes da intervenção. Novas coletas foram feitas uma semana e seis meses após o término desta. Mostrou-se um elevado nível de estresse em ambos os grupos antes do início do programa.

Os resultados colhidos uma semana após a prática mostram que o grupo da intervenção relatou reduções significativas nos escores de estresse percebido, escores de estresse mental, melhorias nos escores de *mindfulness* e de autoeficácia. Essas melhorias significativas não foram encontradas no grupo controle. Seis meses após o término, apenas o escore de autoeficácia se manteve elevado no grupo da intervenção comparado ao grupo controle provavelmente devido à descontinuidade da prática.

Outras intervenções breves focadas em treinamento mental foram realizadas em diferentes universidades. Na Índia, pesquisadores da Sri Ramaswamy Memorial University recrutaram alunos de medicina para se submeterem a uma intervenção para a redução do estresse, principalmente em períodos de prova, baseada em uma técnica de mediação criada na Califórnia chamada *Mind Sound Technology* (MST) que consiste na aplicação de frequências de som em diversas partes do corpo para a redução do estresse.<sup>22</sup>

Foram selecionados 42 alunos, 21 para a intervenção e 21 para o grupo controle, que responderam a um questionário para avaliar os efeitos da técnica antes e após sua aplicação. Foram analisados os seguintes parâmetros: saúde física, saúde social, saúde

mental, saúde geral, autoestima, saúde percebida, dor, incapacidade, ansiedade, depressão, ansiedade e depressão combinadas.

Os resultados mostram que a linha base (período sem provas) tinha melhores escores para todos os parâmetros avaliados do que o período de estresse pelo exame nos dois grupos. O grupo que passou pela intervenção melhorou quase todos os escores, permanecendo com uma taxa semelhante ao da linha de base mesmo um dia antes de um exame. Já os não-participantes mantiveram os valores obtidos no primeiro questionário.

Os parâmetros que não sofreram alterações significativas após a intervenção no grupo da MST foram dor, incapacidade e saúde física. Os que mostraram maior taxa de melhora foram saúde mental, ansiedade, depressão e ambas combinadas.

Foi concluído que a MST diminuiu o estresse, a ansiedade e a depressão, aumentou a autoestima e melhorou a saúde mental dos alunos participantes no período de provas. O estudo também mostrou que os participantes que foram expostos à técnica obtiveram melhores notas do que o grupo controle. O autor sugere que práticas como a MST, yoga e meditação possam ser integradas ao currículo para melhorar a qualidade de vida dos estudantes.

Na China, alunos da Central South University foram submetidos ao *Williams LifeSkills Training* (WLST) que é um programa de treinamento de habilidades de enfrentamento cognitivo-comportamental altamente estruturado, e é enquadrado positivamente de uma maneira que evita a estigmatização daqueles que estão sendo treinados, sendo capaz de reduzir a hostilidade, a raiva, a depressão e a ansiedade.<sup>24</sup>

Foram convidados a participar 60 estudantes do nono semestre no curso de medicina para integrarem o grupo da intervenção e o grupo controle, sendo excluídos aqueles que já apresentavam doenças neurológicas, psiquiátricas, infectocontagiosas e somáticas ou que tinham desordens de personalidade.

O grupo da intervenção realizou o método WLST durante oito semanas enquanto o grupo controle realizou apenas as atividades curriculares normalmente. Foram ofertadas 8 sessões de 2 horas supervisionadas por dois psiquiatras devidamente treinados em WLST.

O módulo apresenta 10 habilidades a serem desenvolvidas e foram sutilmente adaptadas para corresponder às diferenças culturais da China, onde o estudo foi realizado. Cada sessão focou em uma ou duas habilidades, que são: Aumentar a conscientização e a objetividade em situações angustiantes; Avaliar as reações a essas situações para decidir se tenta mudar as reações ou tomar ações para tentar mudar as situações; Mudar a reação

diante de situações angustiantes; Usar afirmações para fazer os outros mudarem seu comportamento; Solução de problemas para mudar situações angustiantes; Falar “não” para reduzir a exposição a situações angustiantes; Falar claramente para que os outros realmente escutem; Habilidades de escuta para se certificar de que realmente ouve o que os outros estão dizendo; Empatia para aumentar a compreensão do comportamento dos outros; Aumentar os aspectos positivos nas suas interações com os outros.

Houve melhora em todos os parâmetros analisados no grupo da intervenção, exceto na sub-escala que avalia “sensação de pertencimento”. O método se mostrou benéfico para diminuição da depressão, ansiedade e para o aumento da autoestima e apoio social, bem como já haviam mostrados artigos anteriores que aplicaram o WLST em outros grupos de pacientes.

Um único artigo encontrado tratou da prática de yoga, embora ela tenha sido citada em alguns dos trabalhos que trabalharam *mindfulness*<sup>17,22</sup>. Ele foi realizado da faculdade de medicina da McGill University, em Montreal, liderado por Andrée-Anne Simard e Melissa Henry no ano de 2009.<sup>23</sup>

Para este estudo foram recrutados estudantes de medicina do primeiro ano e convidados a participar de um programa com duração de 16 semanas. Foram aplicados os questionários General Health Questionnaire-12 (GHQ-12), Likert-scale e Perceived Stress Scale (PSS) para avaliar a saúde mental e a qualidade de vida antes da intervenção, na metade do programa (8ª semana) e ao término dele (16ª semana).

Apenas 16 estudantes iniciaram o programa e 14 o concluíram, dentre os 204 alunos do primeiro daquela universidade. Dos que iniciaram, 15 eram mulheres e mais da metade já praticava regularmente alguma atividade física.

Nas escalas GHQ-12 e PSS houve significativa melhora já na avaliação da metade do programa, continuando até o final deste. Os estudantes que apresentavam maiores níveis de estresse tiveram uma redução importante no decorrer da intervenção. A escala que avaliou depressão não evidenciou diferenças estatisticamente relevantes entre o início e o término do programa, embora os alunos tenham marcado pontuações que os coloca na média da população geral, discrepante da média dos estudantes de medicina.

Quando essas escalas são comparadas a outros estudos nessa população, o estudo mostra que os níveis de qualidade de vida e saúde mental dos alunos que participaram do programa estão consideravelmente melhores.

É importante destacar que os resultados advêm de uma amostra pequena e possivelmente selecionada pela predileção/interesse pela prática do yoga, o que pode confundir os resultados.

Em Chicago, um estudo desenvolvido por Robert Kushner mostrou os resultados de um programa chamado *Behavior Changing Plan* (BCP) que consiste em mudança de comportamento para melhora da qualidade de vida.<sup>24</sup>

Os tópicos incluíram estresse e enfrentamento, dieta e nutrição, atividade física e exercícios, higiene do sono, cessação do tabagismo, princípios de mudança de comportamento e cuidados com a obesidade. Os objetivos específicos do projeto BCP são identificar um comportamento de saúde específico para a mudança, estabelecer metas, estabelecer um plano de mudança prático e viável e realizar o automonitoramento.

Foram incluídos 343 alunos do segundo ano de medicina, com duração de 6 semanas e aulas de duas horas semanais, e foram instruídos a designar metas de mudança de comportamento, meios para alcançá-las e prazo para atingi-las. Escrevem um e-mail ao início do programa, detalhando seu planejamento, e ao final dele, com aquilo que realmente haviam conseguido realizar.

A maioria dos alunos (87,2%) escolheu mudar seus hábitos relacionados a exercício físico, alimentação e sono.

Ao final do programa, 49,6% disseram não ter alcançado totalmente seus objetivos e 9,9% estavam incertos sobre seu sucesso. No entanto, 79,9% se consideravam mais saudáveis e 81,9% disseram que iriam utilizar as técnicas aprendidas para novas mudanças.

Entre os motivos que levaram os alunos a não conseguirem implementar as mudanças estão: estar muito ocupado estudando, achar difícil mudar a rotina, estar muito ocupado em geral, estar doente, ter expectativas muito altas e ficar estressado demais.

Outra breve intervenção ocorreu na Arábia Saudita, onde um estudo avaliou os efeitos na saúde mental e no desempenho acadêmico de um programa de *coaching* de autodesenvolvimento para alunos dos segundo e terceiro anos de medicina e odontologia que não estivessem em tratamento psiquiátrico. Foram incluídos no estudo 422 alunos, 211 para intervenção e 211 para o grupo controle, alocados de forma aleatória.<sup>25</sup>

As escalas Depression Anxiety Stress Scale (DASS-21), Satisfaction With Life (SWL) e General Self-Efficacy (GSE) foram utilizadas para avaliar os alunos uma semana antes da intervenção, logo após a conclusão do programa e cinco semanas depois do

término do programa. O grupo da intervenção participou do programa “*How to Be an Ultra Super Student*” e o grupo controle frequentou o programa “*Learning and Success in Health Faculties*”. Os alunos não sabiam qual programa era intervenção e qual era controle, bem como os pesquisadores não recebiam os dados de quais alunos estavam em qual grupo. Assim, o estudo foi parcialmente cegado.

O programa da intervenção foi desenvolvido pelo autor principal do estudo, Khalid Aboalshamat, com o objetivo de melhorar a performance acadêmica e promover saúde mental baseado no desenvolvimento de habilidades para lidar com questões da vida acadêmica, e ocorreu durante dois dias com duração de 10 horas. O programa do grupo controle foi desenvolvido pelo segundo autor do artigo objetivando apenas este estudo e incluía aulas sobre saúde na universidade e fatores que levam ao sucesso de acordo com estudos de revisão de literatura, tendo duração de 4 horas.

Além dos encontros, ambos os grupos recebiam um CD contendo 24 áudios. O do grupo da intervenção era composto por conteúdos motivacionais e de relaxamento, o do grupo controle apenas enfatizava o conteúdo teórico das aulas.

Havia uma diferente metodologia para as aulas de cada grupo, sendo que o grupo da intervenção recebeu informações sobre como melhorar seu desempenho acadêmico, sua performance pessoal, sua memória e a realização de provas com ênfase em uma abordagem motivacional. Devido às características culturais do país, conteúdo religioso também foi abordado.

No grupo da intervenção, compareceram às 10 horas do programa 156 alunos. No grupo controle permaneceram 162. Um aluno de cada grupo foi perdido no seguimento.

Os resultados mostram uma melhora em todos os parâmetros avaliados tanto no grupo da intervenção quanto no grupo controle, porém mais expressivamente no primeiro.

Johanna Ritter, em 2016, descreveu um estudo observacional realizado com o objetivo de promover saúde e qualidade de vida nos estudantes de medicina da Universidade de Lübeck na Alemanha.<sup>26</sup>

O estudo foi realizado com estudantes egressos do primeiro ano do curso de medicina. A intervenção consistia em comparecer a, no mínimo, dois módulos de instrução sobre o *Progressive Muscle Relaxion* (PMR) que consiste em uma técnica de relaxamento. Os alunos tinham que participar de pelo menos uma aula introdutória e uma aula de seguimento, e foram disponibilizadas quatro da primeira e cinco da segunda, para que a maior parte dos alunos pudesse comparecer.

Ao final do ano, os estudantes responderam à escala Perceived Medical School Stress Scale adaptada à língua alemã (PMSS-D) para avaliar o estresse, a saúde mental e diferentes aspectos inerentes à formação. Para avaliar a saúde mental, foi usada a escala Hospital Anxiety and Depression Scale que é frequentemente aplicada a estudantes para mensurar sintomas de depressão e ansiedade. Também foi usado o questionário alemão Arbeitsbezogene Verhaltens- und Erlebensmuster (AVEM) para avaliar comprometimento profissional, resistência ao estresse e bem-estar emocional.

A intervenção ocorreu após o primeiro semestre do segundo ano e a pesquisa com os questionários foi refeita ao final deste ano letivo. Dos 189 estudantes do primeiro ano, 122 aceitaram participar da intervenção e responderam aos questionários. Compareceram às aulas introdutórias 75 deles e às aulas de seguimento apenas 45.

Interrogados sobre os motivos que os levava a desistir, “falta de tempo” (58,69%) e “falta de interesse” (11,89%) eram os principais. Dos 45 remanescentes, 38 eram mulheres e com um nível maior de estresse comparado aos não participantes o que pode indicar que: as mulheres são mais atraídas por esse tipo de técnica e/ou os homens tendem a negligenciar mais sua saúde mental.

A autora mostra que a taxa de desistências é próxima a de outros estudos semelhantes, assim como o número de alunos que considera esse tipo de intervenção importante foi alto nesse e em outros trabalhos. Neste estudo, 83% dos alunos responderam que esse tipo de intervenção é útil, mas se consideram sem tempo, corroborando com dados de outros artigos citados anteriormente em que a falta de tempo figura como uma das principais para os estudantes não participarem de atividades propostas.

Outro dado importante da pesquisa se refere ao comportamento, analisado na escala AVEM. Quanto maior a ambição profissional, menor a participação, bem como quanto maior o distanciamento emocional (medo de ter/enfrentar sentimentos), maior a participação. Isso mostra que alunos com níveis mais elevados de ambição na carreira e uma capacidade prejudicada de distanciamento emocional podem não se sentir capazes de separar um tempo para atender a um curso de gerenciamento de estresse. Forma-se um ciclo vicioso, já que esse grupo tem maior risco de *burnout* durante sua formação.

Devido à alta taxa de desistência, a autora não descreveu os resultados da intervenção com o PMR.

No geral, essas intervenções mostraram limitações quanto ao tamanho da amostra e quanto ao tempo de exposição, não sendo viáveis se a intenção das universidades é abranger todos os seus alunos de medicina e mantê-los desenvolvendo suas práticas. No

entanto, por apresentarem benefícios, devem ser encaradas como modelos que podem ser adaptados e ofertados como uma alternativa para melhora da qualidade de vida e para trazer benefícios à saúde mental dos acadêmicos.

**Quadro 1: Comparação entre artigos sobre *Mindfulness*, yoga e técnicas de controle da mente**

Autor	n	População	Intervenção	Escalas	Resultados
Erogul <i>et al.</i> 2014	28	Estudantes de medicina do 1º ano selecionados aleatoriamente	Prática de 8 semanas de <i>Mindfulness Based Stress Reduction</i> (MBSR)	Perceived Stress Scale (PSS), Self-Compassion Scale (SCS), Resilience Scale (RS)	Houve melhora significativa na escala PSS (3.63, $p = .03$ , 95% IC [0.37, 6.89]), mas não após 6 meses (2.91, $p = .08$ ), 95% IC [-0.37, 6.19] e na escala SCS (0.58, $p = .002$ ), IC 95% [0.23, 0.92], e após 6 meses (0.56, $p = .001$ ), 95% IC [0.25, 0.87]). Não houve diferença na escala RS
Engelen <i>et al.</i> 2017	83	Estudantes do 2º e 3º anos de medicina	Programa de oito semanas do treinamento <i>Mindfulness-based Stress Reduction</i> (MBSR) com aulas de duas horas de duração por semana e mais prática domiciliar	Brief Symptom Inventory (BSI), Mental Health Continuum-Short Form (MHC-SF), Life Satisfaction Questionnaire (LiSat-9), Jefferson Scale of Physician Empathy (JSPE) e Irrational Beliefs Inventory (IBI).	O grupo da intervenção mostrou melhora significativa na percepção do estresse ( $P = .03$ , Cohen's $d = 0.20$ ) e na saúde mental ( $P = .002$ , Cohen's $d = 0.44$ ), com aumento da qualidade de vida ( $P = .002$ , Cohen's $d = 0.44$ ) e diminuição das disfunções cognitivas em comparação com o grupo controle ( $P = .05$ , Cohen's $d = 0.18$ ). O grupo da intervenção também obteve melhora na habilidade com <i>mindfulness</i> ( $P =$

					.05, Cohen's $d = 0.35$ ). Não houve diferença entre grupos no quesito empatia médica ( $P = .18$ , Cohen's $d = 0.27$ ).
Kulhmann <i>et al.</i> 2016	121	Estudantes de medicina e odontologia dos 2º e 8º semestres	Dois grupos de intervenção (MediMind e Autogenic Training) em 1 encontro semanal de 90 minutos por 5 semanas	Trier Inventory for the Assessment of Chronic Stress (TICS), Brief COPE e Brief Symptom Inventory (BSI)	Houve melhora significativa na BSI ( $p = .002$ , $\eta^2_{\text{partial}} = .382$ ), porém não houve um efeito significativo quando analisadas com TICS e Brief COPE. O MediMind pode contribuir para a diminuição de morbidades psicológicas.
Moir <i>et al.</i> 2016	111	Estudantes de medicina voluntários dos 2º e 3º anos	Prática de <i>mindfulness</i> por 6 meses com instrução de colegas-líderes	Primary Health Questionnaire (PHQ-9), Generalized Anxiety Disorder questionnaire (GAD-7), Linear Analogue Self-Assessment (LASA), Resilience 25-item questionnaire, Perceived Competence Scale, Motivated Strategies for Learning Questionnaire	Não foram encontradas diferenças entre o grupo da intervenção e o grupo controle.  A principal causas do desfecho negativo foi terem utilizado instrutores inexperientes em <i>mindfulness</i> .
Kar <i>et al.</i> 2015	37	Estudantes de medicina do 1º ao 3º ano	Programa de cinco semanas do treinamento Mindfulness-based Stress Management (MBSM)	Mindful Attention Awareness Scale (MAAS), Perceived Stress Scale (PSS), General Health Questionnaire (GHQ), General Self-Efficacy (GSE)	Houve melhora significativa na avaliação 1 semana após a intervenção nos parâmetros <i>mindfulness</i> ( $b = 0.19$ , $DR2 = 0.04$ , $p = .040$ , $f^2 = 0.05$ ), estresse

					percebido (b = -0.26, DR2 = 0.07, p = .009, f2 = 0.10); distúrbio mental (b = -0.28, DR2 = 0.10, p = .003, f2 = 0.15); e autoeficácia (b = 0.30, DR2 = 0.09, p.001, f2 = 0.21). Seis meses após, a autoeficácia se manteve alta (b = 0.24, DR2 = 0.06, p = .020, f2 = 0.08); mas não foi estatisticamente significativo. E os demais parâmetros não demonstraram melhora sustentada após seis meses da intervenção.
HariPriya <i>et al.</i> 2010	42	Estudantes de medicina saudáveis	Prática de <i>Mind Sound Technology</i> durante 6 semanas	Dukes Health Profile (DHP)	Houve melhora significativa (P<.001) no grupo da intervenção comparado ao grupo controle em 8 dos 11 parâmetros avaliados: diminuição da ansiedade e depressão, e melhora da autoestima, saúde mental, saúde social, saúde geral. Seis meses após, houve melhora significativa (P<.005) no

					desempenho acadêmico comparado ao grupo controle.
Li <i>et al.</i> 2014	26	Estudantes de medicina saudáveis do nono semestre	Prática do <i>Williams LifeSkills training</i> (WLST) por 8 semanas	Self-Rating Anxiety Scale (SAS), Self-Rating Depression Scale (SDS), Interpersonal Support Evaluation List (ISEL), Trait Coping Style Questionnaire (TCSQ)	Houve melhora significativa em todas as escalas:  ISEL total (P = 0.008), ISEL estimada (P = 0.002), SES (P = 0.002), SAS (P = 0.005) and SDS (P = 0.032). Post-hoc e t-tests comprovaram a relevância do achado em todos os parâmetros (P<0.005) exceto na no parâmetro “sensação de pertencimento” nos indivíduos do grupo da intervenção comparado ao grupo controle.
Simard <i>et al.</i> 2009	16	Estudantes de medicina do 1º ano	Programa de prática de yoga com duração de 16 semanas	General Health Questionnaire-12 (GHQ-12), Likert-scale e Perceived Stress Scale (PSS)	Nas escalas GHQ-12 e PSS houve melhora já na avaliação da metade do programa (P<0.008), continuando até o final deste (P<0.008). A escala de depressão não mostrou diferenças estatisticamente relevantes.
Kushner <i>et al.</i> 2011	343	Estudantes do 2º ano de medicina	Programa de 6 seis semanas de duração focado em	Questionários e escalas desenvolvidos pelos	Ao final, 40,5% dos alunos conseguiram atingir suas metas

			mudança de hábitos	pesquisadores	de mudança de hábitos e 79,9% deles se sentia mais saudável na conclusão do programa
Aboalshamat <i>et al.</i> 2015	2211	Estudantes do 2º e 3º anos dos cursos de medicina e odontologia	Programa de melhoria da performance pessoal com duração de 10 horas e prática domiciliar com CD de áudios	Depression Anxiety Stress Scale (DASS-21), Satisfaction With Life (SWL) e General Self-Efficacy (GSE)	Houve redução nos níveis de depressão ao final da primeira e da segunda semana (P=0.012 e P=0.006) e também nos de ansiedade na primeira semana (P=0.005).  Não houve melhora significativa nas outras escalas utilizadas.
Ritter <i>et al.</i> 2016	122	Estudantes de medicina do 2º ano	Aulas de Progressive Muscle Relaxion, uma técnica de relaxamento	Perceived Medical School Stress Scale adaptada à língua alemã (PMSS-D), Anxiety and Depression Scale, Arbeitsbezogene Verhaltens- und Erlebensmuster (AVEM)	Resultados da intervenção não foram descritos devido à alta taxa de desistência. Foram analisados apenas os dados coletados dos questionários.

### Redução do Estigma

Embora a maior parte dos artigos inclusos nesta revisão traga a temática do estigma, apenas Aaron Fernandez e colaboradores se dedicaram a promover uma ação para a redução deste.<sup>27</sup> Alguns autores de intervenções citadas nesta revisão apontam o receio do preconceito como um importante limitador na aplicação das técnicas, uma vez que os alunos deixam de se participar por não quererem estar inclusos em um grupo que está lidando com questões de saúde mental.

O estigma é apontado como uma grande barreira a se transpor quando se trata de saúde mental, visto que os estudantes que estão enfrentando questões emocionais deixam de buscar ajuda por temer o preconceito de seus pares<sup>28</sup>. Muitos deixam de procurar apoio

oferecido nas universidades por não acreditarem na confidencialidade e acreditarem que, ao expor sua fragilidade emocional, estarão prejudicando suas futuras carreiras<sup>29</sup>.

O autor deste estudo, conduzido na Malásia, inicia o texto apresentando a informação de que o estigma para com pessoas com doenças mentais é maior do que com outras doenças. Por esse motivo, indivíduos que apresentam algum transtorno psiquiátrico assumem um perfil de não buscar ajuda e ter baixa aderência ao tratamento.

Profissionais de saúde tendem a estigmatizar doenças mentais de forma ainda mais intensa e causar grandes prejuízos às pessoas portadoras delas. Embora esteja em suas mãos tratar esses transtornos, o dano causado pelo preconceito também está.

Os estudantes de medicina estão expostos a profissionais de saúde mental que podem ter visões estigmatizantes que através de seus métodos de ensino contribuem para fortalecer o preconceito, bem como para reforçar os estereótipos negativos devido ao baixo contato social e à fraca interação cooperativa.

Está comprovado que leituras educativas e contato com paciente com doenças mentais pode ajudar a combater o preconceito.<sup>30-33</sup> Esse estudo visou à realização de um programa educacional a fim de combater a estigmatização combinando três abordagens: leituras para adquirir conhecimento sobre o tema, assistir a vídeos com depoimentos de pacientes e ter contato pessoalmente com pacientes.

Aprender sobre transtornos mentais mostrou-se em alguns estudos ser uma maneira muito eficiente de diminuir o estigma presente em estudantes de medicina, bem como estabelecer contato com indivíduos portadores destes transtornos, uma vez que este tem quatro funções: fornecer educação sobre o membro do grupo estigmatizado, mudar comportamentos em relação à pessoa estigmatizada, fornecer alavancagem emocional reduzindo a ansiedade e aumentando a empatia, e incentivando uma reavaliação do estigma. O contato por vídeo também mostrou redução do preconceito e é uma alternativa.

O contato face a face apresenta-se como o mais efetivo para a manutenção dos resultados obtidos na diminuição do preconceito<sup>34</sup>, mas ainda não havia estudos que combinassem essa experiência com as leituras educativas.

Foram selecionados aleatoriamente 102 alunos de medicina de 20 a 23 anos (80 mulheres e 22 homens) que se voluntariaram para dois tipos de programa: contato face a face e leituras educativas e contato por vídeo combinado com leituras educativas. Antes da intervenção, ambos os grupos responderam à escala Opening Minds Stigma Scale for Health Care Providers (OMS-HC) que mensurava a atitude, revelação da doença mental e

busca de ajuda, e distanciamento social. Quanto maior o escore, maior a atitude negativa e o estigma em relação a doenças mentais.

Os estudantes realizaram 90 minutos de leitura para elucidação dos transtornos psiquiátricos e então o grupo do contato face a face encontrou pacientes em recuperação por 45 minutos. O grupo do contato por vídeo assistiu depoimentos de pacientes por 40 minutos.

A leitura apresentou desde a fisiopatologia das doenças até os impactos dessas. Já no contato pessoal, foram apresentados depoimentos pessoais, efeitos do estigma e desmitificação dos transtornos. Nos vídeos, pacientes falaram sobre sua experiência com as doenças, bem como também falaram seus familiares e profissionais que os trataram.

A escala OMS-HC foi aplicada novamente após a intervenção e também um mês depois. Todos os parâmetros avaliados tiveram significativa redução, tanto logo após como um mês depois, em ambos os grupos, exceto pelo parâmetro “atitude” que voltou ao nível basal no mês seguinte no grupo que assistiu aos vídeos. Não houve diferença significativa entre os grupos, mostrando que ambas as intervenções são eficientes na redução do estigma. A principal melhora foi em relação ao distanciamento social, que mostrou importante redução nos dois grupos.

O autor sugere que a aplicação desse método em outras universidades possa incluir o treinamento de quem vai falar com os estudantes para focar na abordagem anti-estigma. Também, que as leituras contenham maior conteúdo sobre minimização do preconceito. Outra sugestão é que todos os alunos possam viver as duas experiências: contato face a face e visualização de vídeos. Além disso, ele sugere que cada paciente fale para no máximo 10 estudantes por vez e que essa intervenção ocorra para os estudantes que estão ainda no ciclo básico a fim de analisar como eles evoluem ao longo do curso em sua atitude estigmatizante.

Essa abordagem mostra-se uma excelente alternativa para as universidades, uma vez que é de fácil execução e de suma importância no combate ao preconceito.

**Quadro 2: Resultados do artigo Effects of Brief Psychoeducational Program on Stigma in Malaysian Pre-clinical Medical Students: A Randomized Controlled Trial**

<b>Autor</b>	<b>n</b>	<b>População</b>	<b>Intervenção</b>	<b>Escalas</b>	<b>Resultados</b>
Fernandez <i>et al.</i> 2016	102	Estudantes de medicina do ciclo básico entre 20 e 23	Breve intervenção de 130 a 145 minutos com ênfase em	Opening Minds Stigma Scale for Health Care Providers	Houve efeito significativo quando analisadas as escalas na

		anos	redução do estigma pelo estudo teórico de doenças mentais, contato face a face com pacientes e visualização de vídeos com depoimentos.	(OMS-GC)	progressão do tempo $F(6, 92) = 14,58$ , $p < 0,001$ , parcial $\eta^2 = 0,49$ , Cada subescala foi então analisada em todas as condições (tempo: pré-tratamento, pós-tratamento e 1 mês de acompanhamento) Estas análises produziram um efeito principal significativo para o tempo em Atitudes, $F(2, 194) = 15,72$ , $p < 0,001$ , parcial $\eta^2 = 0,14$ ; Divulgação e Procura de Ajuda, $F(2, 194) = 30,53$ , $p < 0,001$ , parcial $\eta^2 = 0,24$ ; e Social Distance, $F(2, 194) = 26,48$ , $p < 0,001$ , parcial $\eta^2 = 0,21$ .
--	--	------	--	----------	---

### Mudanças curriculares

Dos artigos selecionados, quatro incluíram mudanças no currículo a fim de promover qualidade de vida aos estudantes de medicina.

Stuart Slavin e colaboradores da Saint Louis University School of Medicine escreveram um completo trabalho sobre como mudanças curriculares podem ser benéficas para a saúde mental dos estudantes de medicina.<sup>35</sup>

O autor do texto mostra que poucos programas foram desenvolvidos ao redor do mundo para melhorar a qualidade de vida e diminuir as taxas de ideação suicida entre estudantes de medicina. Programas que incluíram *mindfulness* têm bons resultados, mas geralmente apresentam o viés de serem facultativos, podendo haver uma distorção dos dados devido à motivação dos alunos. Já mudanças reais no currículo visando a melhora da saúde mental praticamente não ocorreram.

São citados alguns estudos que mostraram uma comparação entre os tipos de currículo. O que apresenta maior nível de estresse é o tradicional currículo com notas, em que o aluno recebe uma avaliação quantitativa em números/letras. Em segundo lugar está o currículo baseado na avaliação “aprovado vs. reprovado”, no qual os estudantes apresentam taxas menores de estresse. Já o currículo no qual os estudantes apresentam melhores índices de saúde mental é o Problem-based Learning (PBL).<sup>36-38</sup>

Em 2008, um programa realizado para o desenvolvimento do bem-estar dos estudantes de medicina na Saint Louis University School of Medicine mostrou que, ao final do segundo ano do curso, 57% dos alunos apresentavam sintomas moderados e altos de ansiedade e 27% tinham sintomas moderados e altos de depressão. Os principais fatores que contribuíam para o estresse estavam ligados ao currículo em si: o grande volume de conteúdo, o nível de detalhamento desses conteúdos e a competição pelas melhores notas.

O grupo da pesquisa dedicou-se a criar um modelo de currículo que fosse focado nos alunos como indivíduos e em suas experiências em vez de ver o estresse e suas consequências como um produto inerente da formação médica. As primeiras mudanças começaram a ser implementadas em 2009/2010 para estarem prontas na chegada da turma de 2013.

A medida inicial foi mudar o sistema de avaliação: de “aprovado com honra, aprovado próximo da honra, aprovado, reprovado” os alunos passaram a receber apenas “aprovado ou reprovado”. Isso permitiu que eles pudessem desenvolver seus próprios métodos de estudo para ter um bom aprendizado sem a pressão de precisarem competir pela honra.

Depois, o número de horas-aula dos primeiros dois anos foi reduzido em 10%, juntamente com um replanejamento do conteúdo desses níveis. Reuniram-se com os diretores do curso para sessões de desenvolvimento e os professores foram incentivados a suprimir detalhes desnecessários sobre os conteúdos e fazerem melhores escolhas sobre como abordar as matérias.

As horas foram reduzidas a fim de disponibilizar tempo para que os alunos comparecessem a disciplinas eletivas e também tivessem tempo livre para se dedicar a outras tarefas. As disciplinas eletivas ocorriam durante metade de um dia, uma vez por semana, durante sete semanas. Com as mudanças, as atividades passaram a ser quinzenais, totalizando 12 dias no ano, bem como foram criadas novas disciplinas eletivas para que os alunos pudessem escolher a área que mais gostavam e criassem vínculo com ela.

Além disso, criaram cinco comunidades de aprendizado com alunos e membros da faculdade tanto para pesquisas acadêmicas quanto para atividades práticas que ocorressem para além da sala de aula. Os temas eram serviço e advocacia, pesquisa, saúde global, bem-estar e educação médica e os alunos poderiam participar de mais de um deles. O objetivo era unir pessoas com os mesmos interesses e fortalecer seus laços em torno de um objetivo comum, por isso as comunidades eram incentivadas a criar disciplinas eletivas, pesquisas e eventos.

Mais tarde, em 2010/2011, introduziram um programa de resiliência de *mindfulness* dentro da disciplina *Applied Clinical Skills 1* e consistia em sessões para gerenciar a energia, reduzir o estresse, fortalecer o caráter, reestruturar a mente. Além disso, incentivaram a universidade a promover eventos sociais durante o ano para integrar os alunos.

No ano seguinte, 2012, realizaram mudanças para readequar a disciplina de anatomia humana, considerada a mais difícil e maior geradora de estresse. Os diretores do curso foram instruídos a produzirem avaliações que estivessem em consonância com a fase dos alunos e com seu aprendizado no curso.

Os alunos foram avaliados por meio de escalas padronizadas em três momentos: na sua recepção inicial, ao final do primeiro ano e ao final do segundo ano. As turmas de 2011-2012 que precederam as mudanças responderam os questionários como grupo controle e as turmas de 2013, 2014, 2015 como as do grupo intervenção.

Os resultados foram significativamente positivos. Os níveis de ansiedade, depressão e estresse caíram drasticamente, enquanto o nível de coesão social aumentou, principalmente na turma de 2015 que experimentou as três fases da mudança curricular já implementadas. As turmas de 2011 e 2012 apresentavam, ao final do segundo ano, 32% dos alunos com sintomas médios a severos de depressão e 60% com sintomas médios a severos de ansiedade. A turma de 2015, que se beneficiou de todas as mudanças, tinha taxas de 16% de alunos com sintomas de depressão e 46% com sintomas de ansiedade. Outro dado interessante foi a comparação da pontuação média dos alunos no *United States Medical Licensing Examination* (USMLE), prova que é necessária para validação da formação médica nos Estados Unidos, a qual tem uma pontuação que varia de 0 a 300. As turmas de 2011 e 2012 tiveram pontuação média de 224,5 enquanto a turma de 2013 pontuou 227 e a de 2014 teve média de 230. A turma de 2015 realizaria o teste depois da publicação desse artigo.

A universidade instituiu tanto a promoção do bem-estar quanto o tratamento psicológico individual para alunos que apresentassem algum problema psicossocial durante a formação.

Na University of Virginia School of Medicine, nos Estados Unidos, também foi proposta uma mudança na forma de avaliação dos estudantes de medicina na para o sistema aprovado/reprovado nos dois primeiros anos de formação a partir do ano de 2003 (turma que concluiria em 2007).<sup>39</sup> A proposta visava ao bem-estar dos alunos, diminuição da competitividade e melhora da colaboração para os estudos entre os alunos. O comitê que avaliou a proposta temia que essa mudança fosse causar uma diminuição na assiduidade dos estudantes às aulas e atividades, além de piora no desempenho na prova *United States Medical Licensing Examination* e nos programas de residência.

Foram, então, comparadas duas turmas: a de 2006 (n=141) que era a última a ter o sistema tradicional de notas a de 2007 (n=140) que seria a primeira a adotar o novo sistema. O currículo das turmas era essencialmente idêntico e todos os alunos foram submetidos às mesmas atividades. No entanto, os diretores do curso, a despeito das recomendações dos pesquisadores, decidiram implementar, juntamente ao novo sistema, um programa de honrarias que reconhecesse aqueles alunos que tiveram performance superior, visando ao destaque para competir por programas de residência.

Os alunos foram convidados a responder a *Dupuy Schedule of General Well-Being* para avaliação de aspectos psicológicos (incluindo depressão e ansiedade) e acadêmicos, e ela foi respondida distante de períodos de prova ou de aproximação das férias.

A análise dos resultados mostrou que não houve diferenças significativas entre o desempenho acadêmico dos alunos no sistema tradicional e no novo sistema de avaliação. O mesmo ocorreu com a USMLE na qual ambas as turmas obtiveram escores semelhantes. Mesmo quando divididos por gênero e por ano, não foram identificadas diferenças significativas.

Os meios para avaliar o desempenho nos programas de residência eram restritos, mas nas áreas que forneciam dados sobre os médicos participantes não houve diferenças entre as duas turmas.

Quanto à escala Dupuy, a turma que estava no sistema aprovado/reprovado mostrou um melhor nível de bem-estar nos três primeiros semestres comparado à turma tradicional. No quarto semestre, apesar de ter mostrado aumento no bem-estar, a diferença não foi estatisticamente relevante. O impacto da mudança foi mais positivo no sexo feminino nos primeiros dois semestres e no sexo masculino no terceiro semestre.

Como a escala é subdividida em seis diferentes tópicos, a análise também foi feita separadamente. Ainda assim, obteve-se que os alunos da turma do sistema novo apresentaram menos ansiedade, menos depressão, maior bem-estar, mais autocontrole, mais vitalidade e melhor saúde geral nos três primeiros semestres.

Uma vez que a instituição decidiu implementar o sistema de honorarias aos alunos com melhor desempenho, uma análise foi feita separadamente entre os que decidiram se dedicar para alcançá-los e os que decidiram ignorá-los. Dentre o grupo que buscou as honorarias, 70% referiram maior nível de estresse, enquanto 30% não sentiram impacto no nível de estresse e 0% referiu que a decisão diminuiu o nível de estresse. Entre os alunos que decidiram não buscar as honorarias, 92% referiu que isso diminuiu o nível de estresse, 8% que não teve impacto e 0% que aumentou o nível de estresse.

Quanto à satisfação com a formação acadêmica, a turma do sistema aprovado/reprovado mostrou grande aumento comparado à turma tradicional, nos quatro semestres avaliados. Isso também se repetiu na avaliação da satisfação com a qualidade de vida, na qual a turma de 2007 mostrou índices melhores que a de 2006. Não houve diferenças estatisticamente relevantes quanto à frequência e ao aproveitamento do tempo para atividades extra-curriculares entre as duas turmas.

Os autores concluem que essa mudança na forma de avaliação teve impacto positivo na saúde mental dos estudantes sem prejudicar seu desempenho acadêmico.

Também nos Estados Unidos, foi formada uma junta médica na University of California com a participação de toda a comunidade acadêmica para conduzir a criação de um programa de prevenção ao suicídio.<sup>40</sup>

A pesquisadora Cristine Moutier e seus colaboradores definiram os seguintes objetivos: (1) caracterizar o problema de depressão e risco de suicídio entre os estudantes, residentes, bolsistas e corpo docente, (2) fornecer educação sobre depressão e recursos de busca de ajuda disponíveis e desestigmatizar o diagnóstico e tratamento de saúde mental, (3) identificar confidencialmente aqueles que sofrem de depressão e pensamentos suicidas, (4) fornecer encaminhamentos imediatos para os serviços de atenção primária e saúde mental para aqueles que os solicitam, e (5) tratar a depressão e prevenir o suicídio em no campus.

O programa foi criado a partir de um modelo da *American Foundation for Suicide Prevention* (AFSP) e foram promovidos encontros com os grupos-alvo para tratar de depressão, *burnout*, e suicídio. O rastreamento foi feito online com uma ferramenta criada em parceria com a AFSP, mantendo a privacidade de quem responde ao questionário

*Patient Health Questionnaire* (PHQ-9). O *software* ainda contém outros questionamentos para identificar diversos aspectos da saúde mental dos estudantes e também é capaz de gerar um escore de depressão, bem como classificar o aluno nos diferentes grupos de risco baseado em diversas variáveis.

A parte educativa deste programa foi desenvolvida para alertar médicos e estudantes de medicina sobre a depressão e suicídio na profissão através de uma aula e um vídeo desenvolvidos também com a AFSP. Esse módulo busca, ainda, romper com o estigma e mostrar caminhos para a busca de ajuda.

Dos 498 estudantes de medicina da universidade, 132 (27%) completaram o rastreamento online. Cerca de 30% (n=40) desses estudantes se encontravam na categoria de alto risco para depressão e suicídio, e 68% (n=90) em risco moderado. Do total de participantes (366), 91% utilizou o material disponibilizado pela conselheira, 39% foi a encontros presenciais com ela e 17% foram referenciados para tratamento psiquiátrico. Apenas 48 alunos (13%) aceitaram o encaminhamento, sendo 15 estudantes de medicina, 14 médicos residentes, 15 membros da comunidade acadêmica e 4 estudantes de farmácia. Dos alunos que se encontraram com a conselheira, 71% disse que não teria buscado ajuda psicológica se não fosse pelo programa.

A autora demonstra preocupação com o baixo índice de adesão ao preenchimento dos questionários e apresenta, então, o desafio de incluir a maioria dos alunos no programa. Além disso, ela aponta que apenas 15 dos alunos de medicina aceitaram atendimento psiquiátrico, mesmo que 40 deles estivessem em alto risco para suicídio, percebendo que há grandes barreiras para o aluno transpor na busca por ajuda quando se trata de saúde mental.

Outro programa foi desenvolvido na University of Hawaii por Diane Thompson e colaboradores a partir de uma pesquisa realizada com alunos do terceiro ano do curso de medicina das turmas de 2003 e 2004 para identificar a prevalência de depressão e ideação suicida.<sup>41</sup>

Os resultados alarmantes desse estudo impeliram os pesquisadores a instituírem um programa de prevenção ao suicídio que incluía identificar barreiras para obtenção de ajuda, oferecer meios para o aluno ter acompanhamento psicológico, exposição educativa sobre depressão a cada início de ano letivo para toda a comunidade acadêmica (incluindo como identificar e ajudar quem sofre de depressão), atendimento psiquiátrico e psicológico para os estudantes e distribuição de material educativo para os alunos contendo diversos tópicos sobre saúde mental.

O grupo anterior à implementação do projeto continha 58 alunos do terceiro ano dos quais 44 responderam ao questionário e 43 deles marcaram afirmativamente a questão “pensamentos de que seria melhor se você estivesse morto ou de se machucar de alguma forma” na última semana. Após a intervenção, 33 alunos de 58 responderam afirmativamente a esse item.

O programa se tornou um dos principais objetivos da universidade e foi se aprimorando com o passar dos anos. Foi observada uma queda de 10 vezes no número de alunos que apresentava ideação suicida e uma redução de 35% nos alunos que tinham sintomas importantes de depressão.

A autora conclui com seu desejo de que a universidade possa continuar voltada para as questões de saúde mental de seus estudantes e que haja uma conscientização de que o bem-estar deve ser prioridade na vida deles.

Outra universidade que instituiu mudanças curriculares visando ao bem-estar dos alunos foi a University of California, em Los Angeles. Sebastien Uijtdehaage e seus colaboradores avaliaram os resultados de um programa criado para que fossem reportados e resolvidos os casos de tratamento inadequado dos estudantes de medicina por seus superiores.<sup>42</sup>

Os pesquisadores desenvolveram um comitê para fornecer apoio aos alunos vítimas de mau tratamento pelos membros da comunidade acadêmica, visando a erradicar esse comportamento e assim promover benefícios para a saúde mental dos estudantes.

Eles iniciaram a avaliação da prevalência e severidade do tratamento inadequado dos estudantes de medicina em 1996 e dois anos depois escreveram um documento que dava início às medidas de erradicação deste. Também disponibilizaram uma ferramenta para os alunos e comunidade acadêmica pudessem reportar os casos. De 2001 a 2005 foi implementado, também, um programa de educação para estudantes, residentes e comunidade acadêmica.

A partir de 2001, todos os alunos do terceiro ano, que estavam prestes a iniciar o ciclo clínico, recebiam uma aula de uma hora explicando o que era considerado maus tratos e apontando maneiras de lidar com eles. Os médicos que iniciavam seus programas de residência também recebiam uma aula de meia hora sobre comportamento profissional e como posicionar-se contra o tratamento inadequado dos estudantes de medicina.

O quarto período desse programa (2006-2008) incluiu aulas sobre assédio sexual e encontros para discutir e combater os maus tratos. No primeiro período foi aplicada a uma

pesquisa escrita, porém anônima, para identificar a prevalência e os tipos de maus tratos sofridos. Em 2006, os dados foram transferidos para a escala CoursEval3™ e passaram a utilizá-la para classificar quais tipos de tratamentos inadequados os alunos sofriam e com qual frequência. A participação era obrigatória.

Ao longo dos 13 anos da pesquisa, 1.946 alunos completaram os questionários. Foi identificado que, antes da intervenção, 75% dos alunos relatava sofrer maus tratos no ambiente acadêmico e esse número baixou para 57% nos períodos subsequentes.

Dentre os tipos de maus tratos, os abusos verbais e de poder eram os mais prevalentes, mas tiveram queda significativa nos períodos pós-intervenção. Os abusos étnicos também obtiveram queda importante. Apesar do curso obrigatório sobre assédio sexual, a prevalência permaneceu em 13% nos quatro períodos do estudo. Embora vários esforços tenham sido feitos, a incidência de maus tratos físicos, que era de 5%, aumentou 8% no último período.

Na maioria dos cenários, as mulheres são as que mais sofrem de maus tratos no ambiente acadêmico e são as principais vítimas de assédio sexual e abusos físicos.

A intensidade dos maus tratos aos alunos não mudou com o passar dos anos, sendo a maioria (64%) classificada como severa. Apenas no último período os alunos reportaram mais casos de abuso verbal, mas a denúncia de outros tipos de abuso permaneceu estável nos quatro períodos.

Os autores apontam que a maioria dos alunos disse sofrer maus tratos dos residentes. Dentre os médicos residentes, dois terços afirma ter sido humilhado em sua função. Existe, então, o questionamento sobre a presença de um “rito de passagem” na medicina, além do próprio modelo de ensino que apresenta falhas. É indicado que a presença do modelo “olhe na primeira, faça na segunda e ensine na terceira” acaba por estimular comportamentos inadequados nos residentes.

Aponta-se que a aula de 30 minutos sobre maus tratos para os residentes deve ser ampliada e mais deve ser feito nos próximos anos para diminuir ainda mais os casos de maus tratos e, assim, melhorar o bem-estar e a qualidade de vida dos estudantes de medicina.

Por fim, na Vanderbilt School of Medicine, nos Estados Unidos, o Comitê de Bem-estar Estudantil se reuniu em 2005 para criar um programa voltado às questões de saúde mental dos estudantes de medicina, buscando identificar fatores estressores no curso e fornecer apoio a eles.

O programa tinha cinco pilares: assistência profissional, cuidados com o corpo, cuidados com a mente, interações sociais e interações com a comunidade. Cada um destes continha uma lista de atividades a serem desenvolvidas. Além disso, foram implementados tópicos no currículo sobre saúde mental, resolução de conflitos, habilidades motivacionais e interação acadêmica.

Foram propostas diversas atividades voltadas ao bem-estar estudantil, desde eventos de recepção aos calouros até fóruns de saúde mental que tiveram grande adesão por parte dos alunos. Todos os alunos do primeiro e do segundo ano se envolveram em pelo menos dois componentes do programa.

Em entrevistas realizadas com os estudantes, alguns referiram que escolheram se matricular na Vanderbilt School devido à sua preocupação com a qualidade de vida. Era realizada regularmente uma coleta de dados e depoimentos sobre o programa e praticamente todos os alunos referiram que o programa trouxe benefícios para suas vidas.

Não foi realizada pesquisa quantitativa para mensurar a eficácia do programa, mas após a implementação deste foi desenhado um mapa comparativo que indica que todas as ações da universidade e membros da comunidade acadêmica foram integrados para dar melhor assistência aos estudantes.

### Quadro 3: Comparação entre os artigos que descreveram mudanças curriculares

Autor	n	População	Intervenção	Escalas	Resultados
Bloodgood <i>et al.</i> 2009	140	Estudantes de medicina dos 1º e 2º anos	Mudança no sistema de avaliação para aprovado/reprova do nos dois primeiros anos	Dupuy Schedule of General Well-Being	Houve redução nos índices de depressão e ansiedade e melhora no nível de bem-estar, autocontrole, vitalidade, saúde geral, bem como satisfação com o curso e com sua própria qualidade de vida (P<0.001).
Moutier <i>et al.</i> 2012	132	Estudantes de medicina de todos os anos	Programa de prevenção do suicídio	Patient Health Questionnaire (PHQ-9) e escalas desenvolvidas pelos	Foram identificados 40 alunos em alto risco para depressão e/ou suicídio e 15

				pesquisadores e pela AFSP	foram encaminhados para tratamento especializado.
Thompson <i>et al.</i> 2010	62	Estudantes de medicina do 3º ano	Programa de prevenção do suicídio	Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) e Primary Care Evaluation of Mental Disorders Patient Health Questionnaire (PRIME-MD)	Houve queda de 10 vezes no número de alunos que apresentava ideação suicida e uma redução de 35% nos alunos que tinham sintomas importantes de depressão.
Uijtdehaag e <i>et al.</i> 2008	1.946	Estudantes de medicina de todos os anos	Programa de combate aos maus tratos a alunos de medicina	Questionários desenvolvidos pelos pesquisadores	Houve redução das queixas de maus tratos de 75% para 57% entre os alunos.
Drolet <i>et al.</i> 2010	-	Estudantes de medicina de todos os anos e comunidade acadêmica	Conjunto de ações para melhoras a qualidade de vida	Não foram utilizadas escalas	Não foi realizada pesquisa quantitativa. Resultados descritos no corpo do texto.

## CONCLUSÃO

Os benefícios de implementar atividades e ações para melhorar a qualidade de vida dos estudantes de medicina são visíveis em todos os trabalhos analisados por esta revisão. No entanto, medidas pontuais, sem seguimento, costumam ter menor eficácia e menor adesão entre os alunos.

Programas pensados para serem executados a longo prazo, além de produzirem um impacto positivo já nos primeiros momentos, têm a característica de ajudarem a mudar a mentalidade das diferentes gerações de estudantes que entram na universidade, bem como de toda a comunidade acadêmica. Uma vez que abrangem a todos, deixam de carregar consigo o estigma e ajudam a não perpetuar o preconceito acerca das questões de saúde mental.

Os cursos de medicina deveriam, portanto, pensar em quais mudanças podem ser aplicadas a seus currículos a fim de prevenir o surgimento de doenças psiquiátricas e de ideação suicida entre seus acadêmicos. Mudar o sistema de avaliação e trabalhar na redução do estigma são excelentes vias para melhorar a qualidade de vida e incentivar os alunos a buscarem ajuda quando enfrentam algum problema de ordem emocional.

O trabalho deve ser conjunto e abranger todos os segmentos da universidade a fim de desencadear um processo de mudança na forma como é conduzido o ensino médico e como se dão as relações entre alunos e seus colegas, professores, preceptores, médicos residentes e membros da comunidade.

Transformar o modo como os estudantes de medicina vivenciam o curso pode contribuir para melhorar formação profissional, seu desempenho como médicos e suas relações com os pacientes, além de cuidar de suas mentes, seu emocional e salvar vidas que seriam perdidas se ficarem abandonados em seu sofrimento.

Que este trabalho possa contribuir para alertar sobre a importância de pensar em qualidade de vida e em prevenção de suicídio nas escolas médicas.

### **CONTRIBUIÇÕES INDIVIDUAIS**

José R. F. Saraiva Junior: contribuiu no desenvolvimento do desenho desta revisão e na aquisição dos artigos utilizados, bem como com seu conhecimento acerca do tema.

Graciela Marcon: contribuiu com a elaboração do filtro de busca para a base de dados e com material teórico para embasar esta revisão.

### **CONFLITOS DE INTERESSE**

Este trabalho não possui nenhum conflito de interesse. A autora pretende contribuir com O Núcleo de Qualidade de Vida e o ambulatório de atendimento psiquiátrico aos alunos da Universidade Federal da Fronteira Sul que foi idealizado pelo orientador José R. F. Saraiva Junior. No entanto, nenhuma informação adquirida na elaboração desta revisão foi adulterada com o propósito de indicar ações para esse ambulatório.

### **AGRADECIMENTOS**

Agradeço ao orientador José R. F. Saraiva Junior por toda a dedicação e apoio para que este trabalho pudesse ser realizado e por sempre se preocupar com o bem-estar de seus alunos, trabalhando todos os dias na melhoria da qualidade de vida destes.

## REFERÊNCIAS

1. Radcliffe C, Lester H. Perceived stress during undergraduate medical training: a qualitative study. *Med Educ.* 2003; 37(1): 32 – 8.
2. Morrison J, Moffat K. More on medical student stress. *Med Educ.* 2001; 35: 617 – 8.
3. Moffat KJ, McConnachie A, Ross S, Morrison JM. First year medical student stress and coping in a problem-based learning medical curriculum. *Med Educ.* 2004; 38: 482 – 91.
4. Vitaliano PP, Russo J, Carr JE, Heerwagen JH. Medical school pressures and their relationship to anxiety. *J Nerv Ment Dis.* 1984; 172(12): 730 – 6.
5. Willcock SM, Daly MG, Tennant CC, Allard BJ. Burnout and psychiatric morbidity in new medical graduates. *Med J Aust.* 2004; 181(7): 357 – 60.
6. Guimarães KBS. Estresse e a formação médica: implicações na saúde mental dos estudantes [Dissertação]. São Paulo: Universidade Estadual Paulista Julio de Mesquita Filho – UNESP; 2005.
7. Dahlin M, Joneborg N, Runeson B. Stress and depression among medical students: a cross-sectional study. *Med Educ.* 2005; 39(6): 594 – 604.
8. Dyrbye LN, Thomas MR, Shanafelt TD. Systematic review of depression, anxiety, and other indicators of psychological distress among U.S and Canadian medical students. *Acad Med.* 2006; 81(4): 354 – 73.
9. Schwenk TL, Davis L, Wimsatt LA. in *Medical Students.* 2010;304(11):1181–90.
10. Cheng DR, Poon F, Nguyen TT, Woodman RJ, Parker JD. Stigma and perception of psychological distress and depression in Australian- trained medical students: results from an inter-state medical school survey. *Psychiatry Res.* 2013;209:684–690.
11. Hope V, Henderson M. Medical student depression, anxiety and distress outside North America: a systematic review. *Med Educ.* 2014;48(10):963–79.
12. Schwenk T, Davis L, Wimsatt L. Depression, stigma, and suicidal ideation in medical students. *JAMA* 2010;304:1181-90.

13. Rosiek A, Rosiek-Kryszewska A, Leksowski Ł, Leksowski K. Chronic stress and suicidal thinking among medical students. *Int J Environ Res Public Health*. 2016;13(2).
14. de Alencar Correia Maia D. Síndrome de burnout: uma revisão bibliográfica sobre o burnout em médicos e estudantes de medicina. 2014:1–6.
15. Teleki JW. Mindfulness-based stress reduction: A meta-analysis of psychological outcomes [THESIS]. [US]: ProQuest Information & Learning; 2010.
16. Galante J, Iribarren SJ, Pearce PF. Effects of mindfulness-based cognitive therapy on mental disorders: A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Journal of Research in Nursing*. 2013. p. 133–55
17. Erogul M, Singer G, Mcintyre T, Stefanov DG, Singer G, Mcintyre T, et al. Abridged Mindfulness Intervention to Support Wellness in First-Year Medical Students Abridged Mindfulness Intervention to Support Wellness in First-Year Medical Students. *Teach Learn Med*. 2014: 37–41.
18. Engelen BGM Van, Weel C Van. Effects of Mindfulness-Based Stress Reduction. *Res Rep*. XX(X):1–10.
19. Kuhlmann SM, Huss M, Bürger A, Hammerle F. Coping with stress in medical students: results of a randomized controlled trial using a mindfulness-based stress prevention training ( MediMind ) in Germany. *BMC Med Educ [Internet]*. 2016;1–11
20. Moir F, Henning M, Hassed C, Moyes SA, Elley CR, et al. A Peer-Support and Mindfulness Program to Improve the Mental Health of Medical Students A Peer-Support and Mindfulness Program to Improve the Mental Health of. *Teach Learn Med*. 2016;1334(May).
21. Kar C, Firdaus P, Normala M. Effects of a brief mindfulness-based intervention program for stress management among medical students: the Mindful-Gym randomized controlled study. *Adv Heal Sci Educ [Internet]*. 2015;1115–34.
22. Haripriya D, Swapna S. Psychological well-being in medical students during exam stress — Influence of short-term practice of Mind Sound Technology. 2010;64(11):501–8.
23. Simard E, Henry M. Impact of a short yoga intervention on medical students' health: A pilot study. 2009;950–2.
24. Kushner RF, Kessler S, McGaghie WC. Using behavior change plans to improve medical student self-care. *Acad Med [Internet]*. 2011;86(7):901–6.
25. Aboalshamat K, Hou X, Strodl E. The impact of a self-development coaching programme on medical and dental students' psychological health and academic performance: a randomised controlled trial. *BMC Med Educ [Internet]*. 2015;1–13.

26. Ritter J, Katalinic A, Voltmer E. Predictors of Participation of Sophomore Medical Students in a Health-Promoting Intervention : An Observational Study. 2016;1–12.
27. Fernandez A, Tan K, Knaak S, Chew BH. Effects of Brief Psychoeducational Program on Stigma in Malaysian Pre-clinical Medical Students: A Randomized Controlled Trial. *Acad Psychiatry* [Internet]. 2016;905–11.
28. Puthran R, Zhang MWB, Tam WW, Ho RC. medical education in review Prevalence of depression amongst medical students : a. 2016;456–68.
29. Dyrbye LN, Eacker A, Durning SJ, Brazeau C, Moutier C, Massie FS, Satele D, Sloan JA, Shanafelt TD. 2015. The impact of stigma and personal experiences on the help-seeking behaviors of medical students with burnout. *Acad Med.* 90:961–969.
30. Corrigan PW, Morris SB, Michaels PJ, Rafacz JD, Rusch N. Challenging the public stigma of mental illness: a meta-analysis of outcome studies. *Psychiatr Serv.* 2012;63(10):963–73.
31. Yamaguchi S, Wu SI, Biswas M, Yate M, Aoki Y, Barley EA, et al. Effects of short-term interventions to reduce mental health-related stigma in university or college students: a systematic review. *J Nerv Ment Dis.* 2013;201(6):490–503.
32. Mino Y, Yasuda N, Tsuda T, Shimodera S. Effects of a one-hour educational program on medical students' attitudes to mental illness. *Psychiatry Clin Neurosci.* 2001;55(5):501–7.
33. Üçok A, Soyguer H, Atakli C, Kuşçu K, Sartorius N, Duman ZC, et al. The impact of anti-stigma education on the attitudes of general practitioners regarding schizophrenia. *Psychiatry Clin Neurosci.* 2006;60(4):439–43.
34. Altindag A, Yanik M, Uçok A, Alptekin K, Ozkan M. Effects of an anti-stigma program on medical students' attitudes towards people with schizophrenia. *Psychiatry Clin Neurosci.* 2006;60(3):283–8.
35. Slavin SJ, Schindler DL, Chibnall JT. Medical Student Mental Health 3.0: Improving Student Wellness Through Curricular Changes. *Acad Med.* 2014;89(4):573–7.
36. Reed DA, Shanafelt TD, Satele DW, et al. Relationship of pass/fail grading and curriculum structure with well-being among preclinical medical students: A multi-institutional study. *Acad Med.* 2011;86: 1367–1373.
37. Moore-West M, Harrington DL, Mennin SP, Kaufman A. Distress and attitudes toward the learning environment: Effects of a curriculum innovation. *Res Med Educ.* 1986;25:293–300.
38. Camp DL, Hollingsworth MA, Zaccaro DJ, Cariaga-Lo LD, Richards BF. Does a problem-based learning curriculum affect depression in medical students? *Acad Med.* 1994;69(10 suppl):S25–S27.

39. Bloodgood RA, Short JG, Jackson JM, Martindale JR. A change to pass/fail grading in the first two years at one medical school results in improved psychological well-being. *Acad Med.* 2009;84(5):655–62.

40. Moutier C, Norcross W, Jong P, Norman M, Kirby B, McGuire T, et al. The suicide prevention and depression awareness program at the university of California, San Diego school of medicine. *Acad Med.* 2012;87(3):320–6.

41. Thompson D, Goebert D, Takeshita J. A program for reducing depressive symptoms and suicidal ideation in medical students. *Acad Med.* 2010;85(10):1.

42. Drolet BC, Rodgers S. A comprehensive medical student wellness program-design and implementation at vanderbilt school of medicine. *Acad Med.* 2010;85(1):103–10.

#### **4. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A realização deste trabalho trouxe a sensação de que há um longo caminho a ser percorrido pelos cursos de medicina até que o ambiente de formação não seja prejudicial à saúde mental dos alunos. O preconceito acerca do tema é um dos principais entraves a serem superados e, provavelmente, apenas ações a longo prazo surtirão o efeito desejado.

Apesar das limitações na realização desta pesquisa, é possível afirmar que ainda muito pouco está sendo feito para promover qualidade de vida nas universidades. Os dados apontam que o sofrimento psíquico dos estudantes de medicina é real, então as ações para reverter esta situação também devem ser.

Espera-se que, futuramente, outros pesquisadores possam dedicar-se à busca e descrição de estratégias para a promoção de saúde mental nos cursos de medicina, e que estas estejam presentes em todas as universidades como parte integrante de seus currículos, tal como historicamente é a anatomia humana.

Mais importante do que um cérebro capaz de desenvolver os mais apurados raciocínios clínicos e comandar as mais precisas técnicas manuais é uma mente em paz e saudável, que rege a prática profissional baseada na empatia e no respeito a si e aos outros.

## 5. REFERÊNCIAS

- 1- OMS. Organização mundial da saúde, 2017. Disponível em: < <http://www.who.int/en/>>. Acesso em: outubro de 2017.
- 2- AHMED, I.; BANU, H.; AL-FAGEER, R.; AL-SUWAIDI, R. Cognitive emotions: depression and anxiety in medical students and staff. **Journal of critical care**, v. 24, n. 3, p. e1-7, 2009. W.W. Norton & Company Inc., New York.
- 3- BALDASSIN, S.; MARTINS, L. C.; GUERRA DE ANDRADE, A. Traços de ansiedade entre estudantes de medicina. **Arq Med ABC**, v. 31, n. 1, p. 27–31, 2006.
- 4- BALDASSIN, S.; ALVES, T. C. DE T. F.; ANDRADE, A. G. DE; NOGUEIRA MARTINS, L. A. The characteristics of depressive symptoms in medical students during medical education and training: a cross-sectional study. **BMC Medical Education**, v. 8, n. 1, p. 60, 2008.
- 5- CARSON, A. J. *et al.* Mental Health in Medical Students a Case Control Study Using the 60 Item General Health Questionnaire. **Scottish medical journal**, v. 45, n. 4, p. 115-116, 2000.
- 6- ELLER, Triin *et al.* Symptoms of anxiety and depression in Estonian medical students with sleep problems. **Depression and anxiety**, v. 23, n. 4, p. 250-256, 2006.
- 7- KULSOOM, B.; AFSAR, N. A. Stress, anxiety, and depression among medical students in a multiethnic setting. **Neuropsychiatr Dis Treat**, v. 11, p. 1713–1722, 2015.
- 8- PUTHRAN, Rohan *et al.* Prevalence of depression amongst medical students: a meta-analysis. **Medical education**, v. 50, n. 4, p. 456-468, 2016.
- 9- RAFAEL, B.; DIAS, T. em Estudantes de Medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica** , v. 39, n. 1, p. 135–142.
- 10- SANTA, N. DELLA; CANTILINO, A. Suicídio entre Médicos e Estudantes de Medicina: Revisão de Literatura. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 40, n. 4, p. 772–780, 2016.
- 11- DYRBYE, L.; SHANAFELT, T. A narrative review on burnout experienced by medical students and residents. **Medical Education**, v. 50, n. 1, p. 132–149, 2016.
- 12 DYRBYE, L. N.; WEST, C. P.; SATELE, D.; *et al.* Burnout Among U.S. Medical Students, Residents, and Early Career Physicians Relative to the General U.S. Population. **Academic Medicine**, v. 89, n. 3, p. 443–451, 2014.

- 13- BOTEGA, N. J. Comportamento suicida: epidemiologia. **Psicologia USP**, v. 25, n. 3, p.231–236, 2014.
- 14- LI, Z. Z.; LI, Y. M.; LEI, X. Y.; *et al.* Prevalence of suicidal ideation in Chinese college students: A meta-analysis. **PLoS ONE**, v. 9, n. 10, 2014.
- 15- OSAMA, Muhammad *et al.* Suicidal ideation among medical students of Pakistan: a cross-sectional study. **Journal of forensic and legal medicine**, v. 27, p. 65-68, 2014.
- 16- SOBOWALE, Kunmi *et al.* Depression and suicidal ideation in medical students in China: a call for wellness curricula. **International journal of medical education**, v. 5, p. 31, 2014.
- 17- BRENNEISEN MAYER, F.; SOUZA SANTOS, I.; SILVEIRA, P. S. P.; *et al.* Factors associated to depression and anxiety in medical students: a multicenter study. **BMC Medical Education**, v. 16, n. 1, p. 282, 2016. BMC Medical Education.
- 18- MOFFAT, Katrina J. *et al.* First year medical student stress and coping in a problem-based learning medical curriculum. **Medical education**, v. 38, n. 5, p. 482-491, 2004.
- 19- TOCKUS, Deborah; GONÇALVES, Priscila Samaha. Detecção do uso de drogas de abuso por estudantes de medicina de uma universidade privada. **J Bras Psiquiatr**, v. 57, n. 3, p. 185-7, 2008
- 20- PADUANI, Gabriela Ferreira *et al.* Consumo de álcool e fumo entre os estudantes da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia. **Revista brasileira de educação médica**, v. 32, n. 1, p. 66-75, 2008.
- 21- OLIVEIRA, Lucio Garcia de *et al.* Drug consumption among medical students in São Paulo, Brazil: influences of gender and academic year. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 31, n. 3, p. 227-239, 2009.
- 22- DERESSA, Wakgari; AZAZH, Aklilu. Substance use and its predictors among undergraduate medical students of Addis Ababa University in Ethiopia. **BMC public health**, v. 11, n. 1, p. 660, 2011.
- 23- DA SILVEIRA, Dartiu Xavier *et al.* Evolutional pattern of drug use by medical students. **Addictive behaviors**, v. 33, n. 3, p. 490-495, 2008.

## 6. ANEXOS

**6.1. Aceite de orientação e co-orientação**

**6.2. Termo de Ciência do Volume Final**

UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL  
CAMPUS PASSO FUNDO/RS  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA  
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO – TCC

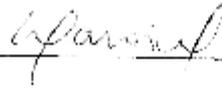
FORMULÁRIO DE ACEITE DE ORIENTAÇÃO E COORIENTAÇÃO

Eu, professor(a) José Ribamar Fernandes Saravia Junior, aceito orientar o TCC do(a) Acadêmico(a) Bruna Vidal Figueiredo, cujo tema provisório é **Promoção de Saúde Mental em Estudantes de Medicina: Uma Revisão Sistemática**.

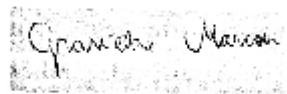
Eu, Grasiela Mareon, aceito coorientar o TCC do(a) Acadêmico(a) Bruna Vidal Figueiredo, cujo tema provisório é **Promoção de Saúde Mental em Estudantes de Medicina: Uma Revisão Sistemática**.

Por ser verdade, firmo o presente documento.

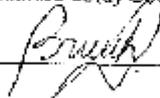
Passo Fundo, 7 de novembro de 2018.



Assinatura do(a) Orientador(a)



Assinatura do(a) Coorientador(a)



Assinatura do(a) Acadêmico(a)

Ministério da Educação  
Universidade Federal da Fronteira Sul  
Campus Passo Fundo, RS  
Curso de Graduação em Medicina



**TERMO DE CIÊNCIA DO VOLUME FINAL DO TCC**

Eu, professor José Ribamar Fernandes Saraiva Junior declaro ter conferido as correções realizadas no artigo científico, conforme sugestão da Comissão Examinadora. Declaro também que estou ciente do conteúdo que compõe o volume final do TCC do Acadêmico

Bruna Sidal Figueiredo

Por ser verdade, firmo o presente documento.

Passo Fundo, 03 de dezembro de 2018.

J. Ribamar  
Assinatura do(a) Orientador(a)