

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DA CLÍNICA

FELLIPE OLIVEIRA MELO

**PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL E QUALIDADE DE
VIDA DO RESIDENTE MÉDICO DE PSIQUIATRIA:
REVISÃO INTEGRATIVA**

SÃO CARLOS - SP
2026

FELLIPE OLIVEIRA MELO

**PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL E QUALIDADE DE VIDA DO RESIDENTE MÉDICO DE
PSIQUIATRIA: REVISÃO INTEGRATIVA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica ao Departamento de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Federal de São Carlos, para obtenção do título de mestre em Gestão da Clínica.

Orientadora: Profa. Dra. Aline Guerra Aquilante

Coorientadora: Profa. Dra. Sheyla Ribeiro Rocha

São Carlos - SP
2026

Melo., Fellipe Oliveira

Promoção da saúde mental e qualidade de vida do
residente médico de psiquiatria: revisão integrativa /
Fellipe Oliveira Melo. -- 2026.
105f.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de São
Carlos, campus São Carlos, São Carlos
Orientador (a): Aline Guerra Aquilante
Banca Examinadora: Everton Soeiro, Larissa Campagna
Martini Barbosa
Bibliografia

1. Saúde mental. 2. Residência médica. 3. Psiquiatria. I.
Melo., Fellipe Oliveira. II. Título.

Ficha catalográfica desenvolvida pela Secretaria Geral de Informática (SIn)

DADOS FORNECIDOS PELO AUTOR

Bibliotecário responsável: Arildo Martins - CRB/8 7180

Folha de Aprovação

Defesa de Dissertação de Mestrado com título PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL E QUALIDADE DE VIDA DO RESIDENTE MÉDICO DE PSIQUIATRIA: REVISÃO INTEGRATIVA do candidato Fellipe Oliveira Melo, realizada em 02/03/2026.

Comissão Julgadora:

Profa. Dra. Aline Guerra Aquilante, (UFSCar – Universidade Federal de São Carlos)

Profa. Dra. Larissa Campagna Martini Barbosa, (UFSCar - Universidade Federal de São Carlos)

Prof. Dr. Everton Soeiro, (HSL – Hospital Sírio Libanês)

RESUMO

Introdução: A residência médica, caracterizada pelo treinamento em serviço, é o padrão-ouro de especialização para graduados em medicina. Contudo, essa modalidade de pós-graduação pode estar relacionada a sentimentos de insegurança, incertezas e frustrações, associados à alta carga de dedicação, crescimento e amadurecimento, um processo que, se não for contrabalanceado de forma empática e supervisionada, pode ser traumático e gerador de transtornos de saúde mental. Somam-se características peculiares da residência de psiquiatria, como o tratamento do sofrimento mental de outro ser humano e seus desafios como exposição à violência, tentativas e atos de suicídio, sofrimento empático e estigmatização. **Objetivo:** Identificar e propor estratégias de promoção de qualidade de vida e saúde mental dos residentes de psiquiatria. **Método:** Revisão integrativa, realizada em bases de dados eletrônicas de publicações científicas – Medline / PubMed, SciELO, SCOPUS, Web of Science, ERIC, Biblioteca Virtual em Saúde/BIREME (BVS) e Cochrane Library – e na literatura cinzenta – Banco de Teses da CAPES, Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD) e Networked Digital Library of Theses and Dissertations (NDLTD), com seleção por meio de *string* de busca, por dois pesquisadores independentes, com divergências decididas por um terceiro. **Resultados:** Dos 710 estudos encontrados, foram selecionados 8 artigos, separados de acordo com o tipo de modalidade empregada na intervenção proposta: virtual (online) e presencial. As intervenções remotas utilizaram terapia cognitiva comportamental para prevenção de suicídio e oferta de intervenções através de aplicativo em momentos estratégicos do dia para melhora do comportamento e saúde mental, ambas tendo como público-alvo residentes do primeiro ano. As intervenções presenciais focaram na implementação de estratégias de serviço de bem-estar ao médico residente, estratégias de mudança organizacional, protocolo de pós-venção ao suicídio, práticas de meditação como *heartfulness* e *mindfulness* e eletroacupuntura. **Conclusão:** Embora os estudos tragam que as intervenções encontradas são de baixo custo e fácil acessibilidade, os trabalhos não mostram dados específicos como valores financeiros e traduzem uma realidade que muitas vezes não é encontrada em países como o Brasil. Conscientizar gestores e sociedade sobre o tema é urgente, no sentido de contribuir com a construção de políticas públicas voltadas para o cuidado nos espaços de formação de profissionais de saúde, o que dialoga com o campo da saúde coletiva.

Palavras-chave: saúde mental; qualidade de vida; residência médica; Psiquiatria.

ABSTRACT

Introduction: Medical residency, characterized by on-the-job training, is the gold standard of specialization for medical graduates. However, this type of postgraduate training can be associated with feelings of insecurity, uncertainty, and frustration, linked to the high level of dedication, growth, and maturation required. If this process is not counterbalanced in an empathetic and supervised manner, it can be traumatic and lead to mental health disorders. Added to this are the peculiar characteristics of psychiatric residency, such as treating the mental suffering of another human being and its challenges, such as exposure to violence, suicide attempts and acts, empathic suffering, and stigmatization. **Objective:** To identify and propose strategies to promote the quality of life and mental health of psychiatric residents. **Method:** Integrative review, conducted in electronic databases of scientific publications—Medline/PubMed, SciELO, SCOPUS, Web of Science, ERIC, Virtual Health Library/BIREME (VHL), and Cochrane Library—and in the gray literature – CAPES Thesis Database, Brazilian Digital Library of Theses and Dissertations (BDTD), and Networked Digital Library of Theses and Dissertations (NDLTD), with selection using search strings by two independent researchers, with disagreements decided by a third party. **Results:** Of the 710 studies found, eight articles were selected, separated according to the type of modality used in the proposed intervention: virtual (online) and in-person. Remote interventions used cognitive behavioral therapy for suicide prevention and offered interventions through an app at strategic times of the day to improve behavior and mental health, both targeting first-year residents. In-person interventions focused on implementing wellness service strategies for resident physicians, organizational change strategies, post-suicide prevention protocols, meditation practices such as heartfulness and mindfulness, and electroacupuncture. **Conclusion:** Although studies show that the interventions found are low-cost and easily accessible, the studies do not show specific data such as financial values and reflect a reality that is often not found in countries such as Brazil. It is urgent to raise awareness among managers and the general public about this issue, in order to contribute to the development of public policies focused on care within the training settings for health professionals, which is closely linked to the field of public health.

Keywords: mental health; quality of life; medical residency; Psychiatry

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Método PICO.....	25
Quadro 2 – String de busca.....	27
Quadro 3 – Processo de Screening de título/resumo.....	29
Quadro 4 – Caracterização dos estudos incluídos nesta revisão.....	32
Quadro 5 – Estratégias de Promoção da Saúde Mental e Qualidade de vida.....	33
Quadro 6– Instrumentos utilizados.....	45

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Natureza da literatura.....	43
--	----

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Diagrama de fluxo de sistematização de busca.....	31
--	----

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	11
1 INTRODUÇÃO	12
2 REFERENCIAIS TEÓRICOS	15
2.1 RESIDÊNCIA MÉDICA NO BRASIL E ÓRGÃOS DE CLASSE.....	15
2.1.1 OS PRM DE PSQUIATRIA.....	17
2.2 QUALIDADE NA PÓS GRADUAÇÃO MÉDICA.....	18
2.3 BEM-ESTAR E SAÚDE MENTAL NA RESIDÊNCIA MÉDICA EM PSQUIATRIA.....	20
3 OBJETIVOS	24
3.1 OBJETIVO GERAL.....	24
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	24
4 METODOLOGIA	25
5 RESULTADOS	30
5.1 ESTRATÉGIAS VIRTUAIS.....	61
5.2 ESTRATÉGIAS PRESENCIAIS.....	63
6 DISCUSSÃO	69
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	77
REFERÊNCIAS	79
ANEXO A – Protocolo da PROSPERO	86
APÊNDICE A - Produto Técnico	91

APRESENTAÇÃO

Meu nome é Felipe Oliveira Melo, nasci e fui criado no interior de São Paulo, em Limeira, cidade a 143 km da capital paulista, onde realizei todo o ensino básico em escolas públicas da cidade, me formando no ensino fundamental na Escola Estadual Gabriel Pozzi.

Após aprovação em processo seletivo próprio, cursei o ensino médio entre 2005-2007 também em instituição pública de ensino, no Colégio Técnico de Limeira da Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP.

Realizei a graduação em Medicina na Universidade Federal de Juiz de Fora - UFJF, campus Juiz de Fora, concluindo no final de 2015 com a centésima turma do curso.

Trabalhei durante quatro anos em atividades de pronto-socorro em hospitais municipais da região, e nesse período fiz a especialização modalidade MBA em Gestão de Saúde pelo Centro Universitário São Camilo.

Em 2021 iniciei a residência médica em Psiquiatria pela Faculdade de Medicina de Marília – FAMEMA, concluindo em 2024. Durante a residência, me dediquei a atividades de produção científica, com desenvolvimento de artigos da área e apresentação de pôsteres em congressos. Desde a conclusão, trabalhei no Sistema Único de Saúde – SUS e também na iniciativa privada em convênios e particular, e atualmente também me dedico como preceptor voluntário na residência médica de psiquiatria da Universidade Federal de São Carlos, instituição na qual também sou discente no mestrado profissional de Gestão da Clínica.

Entendo que a residência médica é uma experiência muito importante e singular na vida e na formação do médico, sendo fundamental para preparar profissionais para atender as demandas contemporâneas do mercado de trabalho. Contudo, também acredito que o aprendizado deve ser prazeroso, enriquecedor e não traumático, motivo pelo qual decidi me dedicar à saúde mental e bem-estar do residente de psiquiatria no presente trabalho.

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, a residência médica foi instituída pelo Decreto nº 80.281, de 5 de setembro de 1977, que regulamentou sua existência e criou a Comissão Nacional de Residência Médica – CNRM, além de outras providências. É destinada a graduados em Medicina em cursos reconhecidos ou revalidados pelo Ministério da Educação (MEC), sendo uma modalidade de pós-graduação lato sensu (especialização) caracterizada por treinamento em serviço em instituições de saúde sob a égide de profissionais de alto gabarito técnico e ético. É tida, portanto, como padrão-ouro na formação de especialistas. (BALDAÇARA *et al.*, 2022; BRASIL, 1977)

Devido às características inerentes a essa modalidade de pós-graduação, as dificuldades enfrentadas durante a residência médica não são poucas: espera-se muito do residente em termos de dedicação, crescimento e amadurecimento; um processo que, se não for adequadamente conduzido de forma empática e supervisionada, pode ser traumático e gerador de patologias de saúde mental. (MARTINS, 2005)

Adicionalmente, a residência médica de psiquiatria possui características diferenciadas que fazem com que essa área seja especialmente singular. Trabalhar com o sofrimento mental de outro ser humano pode ser desafiador e não é infrequente se deparar com adversidades como exposição à violência, tentativas de suicídio, traumas vicários (traumas decorrentes da exposição secundária por testemunhar de forma empática a dor do outro) e estigmatização, sobretudo nesta especialidade. (CARNEIRO MONTEIRO *et al.*, 2021; CHAN; CHEW; SIM, 2019; CHEW; CLELAND; SIM, 2022)

O próprio treinamento médico em psiquiatria pode estar associado com incertezas quanto ao futuro, sentimentos de insegurança e frustração ao lidar com pacientes não cooperativos, por vezes hostis, agressivos ou demandantes. Essa realidade pode gerar um sentimento de impotência profissional devido à sensação de que os esforços não estão resultando em melhora substancial do quadro clínico dos pacientes sob seus cuidados. Soma-se a esse contexto, o estresse da rotina, fadiga, alterações do ciclo sono-vigília, aumento de responsabilidade e uma carga de trabalho exaustiva, que permeiam o cotidiano dos programas de residência de forma geral. (BRENNER *et al.*, 2018; BROWN *et al.*, 2023)

Por outro lado, os trabalhos também demonstram fatores potenciais de proteção como as características da instituição de treinamento dos mais variados programas de residência médica e como se dá a relação entre os residentes, preceptores e a própria instituição onde se realiza o treinamento. (CHAN; CHEW; SIM, 2019; CHEW; CLELAND; SIM, 2022)

No caso do Brasil, o treinamento em serviço das residências, em geral, é realizado no Sistema Único de Saúde (SUS). O SUS representa uma grande conquista do povo brasileiro e para que consiga funcionar em sua plenitude necessita, além de estrutura e financiamento adequados, de uma mão de obra qualificada, atualizada e que esteja consonante às necessidades da sociedade contemporânea. (PAIM *et al.*, 2011)

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) é uma realidade de nosso sistema e possui imensa importância atendendo indivíduos que muitas vezes estão marginalizados pelo próprio estigma da doença mental. Disto, decorre a necessidade do médico psiquiatra estar bem preparado e sensibilizado à necessidade de humanização do cuidado em saúde mental, numa área tão vulnerável que já passou pelo processo traumático da reforma psiquiátrica brasileira, que deixou cicatrizes profundas. (AMARANTE; NUNES, 2018)

Esse trabalho, portanto, se alinha à lei orgânica do SUS e aos anseios da sociedade ao buscar estratégias para promover a qualidade da formação de médicos psiquiatras visando a humanização do cuidado em saúde mental.

Contudo, a Residência Médica em Psiquiatria pode se tornar um verdadeiro trauma se os fatores de proteção não forem valorizados, com desbalanço para fatores negativos como aumento de demanda, pressões psicológicas e ambientais.

Os prejuízos não se resumem à carreira do profissional, atingindo também o cidadão atendido por estes ao não desenvolver os desempenhos acadêmicos esperados e entregando à sociedade uma mão-de-obra desqualificada tanto técnica quanto eticamente.

No entanto, apesar de deterem o conhecimento a respeito das doenças mentais e seus tratamentos, os estudos apontam que os residentes têm dificuldades para buscar ajuda profissional. Preocupações acerca da privacidade, quebra de confidencialidade, falta de horário livre na agenda e medo do impacto negativo em seu futuro profissional são as principais barreiras na busca de tratamento e cuidados individuais. Diante disso, os estudos também evidenciam a importância de esforços

institucionais para a conscientização do residente para a busca de ajuda profissional e a urgência de implementação de programas de bem-estar nos programas de residência médica. (BRENNER *et al.*, 2018; WFME, 2023).

Assim, identificar e entender as estratégias de promoção de saúde mental e bem-estar para o residente de psiquiatria no contexto da residência médica são o foco desse estudo, para que se possa promover a saúde mental e o bem-estar dos residentes de psiquiatria durante sua formação.

2 REFERENCIAIS TEÓRICOS

2.1 RESIDÊNCIA MÉDICA NO BRASIL E ÓRGÃOS DE CLASSE

No Brasil, a Residência Médica (RM) é regulamentada pelo decreto de número nº 80.281, de 5 de setembro de 1977, que criou a Comissão Nacional de Residência Médica – CNRM, além de outras providências. Após 4 anos de sua existência, as atividades do médico residente foram regulamentadas, com o decreto de número 6932, de 7 de julho de 1981. Esse decreto estabeleceu condições como carga horária máxima semanal, folga pós plantão, férias anuais, dentre outras condições e direitos. (BRASIL, 1977, 1981).

A RM é uma modalidade de ensino de pós-graduação *lato sensu* e caracteriza-se pelo ensino em serviço, sob responsabilidade de instituições de saúde (universitárias ou não). Durante a residência, os médicos residentes devem obrigatoriamente estar sob supervisão de profissionais médicos de alta qualificação ética e técnica que atuam como preceptores na área correspondente de atuação. A RM tem como objetivo aperfeiçoar a formação do médico graduado, devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina (CRM), em especialidades médicas e áreas de atuação reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM).

Os Programas de Residência Médica (PRM) têm duração de 1 a 5 anos, variando de acordo com a especialidade ou área escolhida, com carga horária de 60 horas semanais. Para ingressar, é necessário que a(o) profissional passe por um processo seletivo, fazendo jus a uma remuneração mensal custeada pelo Ministério da Saúde (MS) ou pelo Ministério da Educação (MEC) em formato de bolsa.

A gestão dos PRM em nosso país, fica a cargo de instâncias colegiadas nos níveis federal, estadual e local. A CNRM é um órgão colegiado a nível federal, de caráter consultivo e deliberativo vinculado ao Ministério da Educação, que possui as funções de regulamentar, supervisionar, avaliar instituições e programas de residência médica. Também é o órgão que credencia os programas e define critérios e resoluções. É composta por atores do MS, MEC, representantes das entidades médicas e dos residentes. (BRASIL, 2025)

Já a Comissão Estadual de Residência Médica (CEREM) é uma instância estadual que atua como braço da CNRM nos estados, e possui a função de auxiliar este órgão, possibilitando a regulação, supervisão e avaliação dos PRM no âmbito estadual. É responsável por acompanhar processos de

credenciamento/recredenciamento; vistorias; coletar dados; orientar instituições; e sugerir políticas de vagas conforme demandas locais. (BRASIL, 2025)

No âmbito local existe a Comissão de Residência Médica (COREME) da instituição que oferece o programa, cuja função é planejar, coordenar, supervisionar e avaliar os programas de residência dentro da instituição; organizar os processos seletivos; garantir que os programas sigam as resoluções da CNRM; e manter supervisão pedagógica e operacional local. (BRASIL, 2025)

A CNRM é a principal instância de regulamentação da RM, sendo responsável por definir e elaborar normas específicas sobre requisitos necessários para a organização dos PRMs e dentre elas, destacamos as matrizes de competências (MC). As matrizes de competências (MC) são documentos normativos que detalham as habilidades, conhecimentos e atitudes que médicos residentes devem adquirir em cada área de especialização (como Clínica Médica, Medicina de Família e Comunidade, Psiquiatria, etc.), estabelecendo diretrizes para os PRMs no Brasil. O objetivo é padronizar a formação e garantir a qualidade do médico especialista.

As MC das especialidades descrevem as competências essenciais esperadas dos residentes ao final da residência, orientando as instituições formadoras sobre o como estruturar seus PRM, definindo o que deve ser ensinado e avaliado. Essas matrizes também apresentam os objetivos gerais e específicos por ano de residência e devem orientar a elaboração dos objetivos que compõem o Projeto Pedagógico do PRM.

Dessa forma, a residência médica brasileira é a forma de especialização padrão-ouro e que se dá de forma unificada no território nacional, com datas de início e finalização conjuntas. Todos os programas didáticos também devem se basear no perfil de competência definido pelas MC aprovadas pela CNRM-MEC, unificando os objetivos finais da formação na especialidade em todo o território nacional. No entanto, dados de demografia médica nacional mostram um descompasso entre o número de formados na graduação médica e o número de vagas de residência, sobretudo nas regiões norte e nordeste. O maior número de vagas está no estado de São Paulo, concentrando também quase um terço dos residentes. (AMB,2025)

Atualmente, existe um esforço para progredir com a Política Nacional de Residências em Saúde. Em 2024, foi publicado um decreto presidencial alterando a composição da CNRM e declarando a necessidade de criar programas de residência médica de acordo com as necessidades locais de especialistas. (BRASIL, 2024)

2.1.1 Os PRM de Psiquiatria

Os dados de demografia médica nacional mostram que do período de 2018 a 2024 houve uma evolução da oferta de vagas de residência médica no Brasil, embora ainda de maneira desproporcional em relação ao crescimento acelerado de egressos de graduação de medicina. (AMB,2024)

Em 2024, os médicos residentes de psiquiatria representavam 3,7% de todas as especialidades (1.766 de um total de 47.718). Deste número, 36,80% (650 de 1.766) encontravam-se no primeiro ano de residência. (AMB,2024)

Durante o período de 2018 a 2024 houve um crescimento de 28,2% no fornecimento de novas vagas para o primeiro ano de residência médica de psiquiatria, saindo 507 vagas, em 2018, para 650 vagas, em 2024, somadas todas as oportunidades no território nacional. (AMB,2024)

Segundo dados do Departamento de Gestão da Educação na Saúde do Ministério da Saúde, no ano de 2024, o Brasil possuía 101 PRM em psiquiatria com 644 residentes ativos (cursando). O estado de São Paulo tem o maior número com 33 programas, seguido do Paraná com 11, Rio Grande do Sul com 10 e Minas Gerais com 8 programas. Com relação às regiões do Brasil, o Sudeste concentra quase metade dos programas (45 programas) e mais de 59% dos residentes ativos (383), com destaque absoluto para São Paulo (285). Por sua vez, as regiões norte e centro-oeste apresentam baixa oferta relativa, tanto de programas quanto de residentes com 4 programas (11 residentes ativos) e 10 programas (36 residentes ativos), respectivamente. (BRASIL, 2025).

Em 2021, a CNRM aprovou e publicou a MC para os PRM de Psiquiatria brasileiros. Essa matriz foi elaborada com o apoio da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), garantindo os requisitos mínimos de competências e habilidades a serem alcançadas pelos residentes ao final dos três anos. (BRASIL, 2022)

Segundo a MC para os PRM de Psiquiatria, espera-se que o médico residente, ao final de seu treinamento, atue como especialista de forma plena, conseguindo diagnosticar, tratar e prevenir de forma precisa doenças e transtornos mentais em diferentes faixas etárias; possuir domínio de ferramentas clínicas e exames complementares para avaliação diagnóstica e terapêutica; desenvolver relações respeitadas e produtivas com pacientes, familiares e outros profissionais de saúde em contextos socioculturais diversos; compreender as interações entre psicopatologia,

genética, neurobiologia, história médica e fatores psicossociais; indicar, realizar e acompanhar psicoterapias, psicofarmacoterapia e outros tratamentos; aplicar a atividade pericial em psiquiatria; e utilizar ferramentas de prevenção, promoção da saúde e reabilitação em saúde mental, assegurando uma formação abrangente e integrada. (BRASIL, 2022)

A Associação Brasileira de Psiquiatria durante a I Conferência Nacional de Residência Médica da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) em 2021, realizou um manifesto em forma de documento, dando origem à Carta de Porto Alegre. Nesse documento, a ABP trata da defesa da qualidade da formação na Residência Médica em Psiquiatria, destacando pontos como a importância de uma formação baseada em evidências científicas, com carga horária, cenários de prática e conteúdos compatíveis com a complexidade do cuidado em saúde mental. Além disso, alertou para os riscos da flexibilização ou descaracterização da residência médica, que podem comprometer a segurança do paciente, a ética profissional e a qualidade da assistência psiquiátrica no Brasil. (ABP, 2021).

Ao redor do mundo, a formação do psiquiatra também é definida pelos órgãos reguladores. O tempo de treinamento varia de três a seis anos, de acordo com o país, sendo quatro anos nos Estados Unidos da América e variando consideravelmente na Europa. Apesar das diferenças de duração, os desafios globais são bastante semelhantes com relação à escassez de docentes e supervisores qualificados, falta de integração entre ensino, pesquisa e prática clínica, necessidade de atualização curricular para acompanhar avanços da ciência, expectativas e singularidades dessa especialidade. (ZISOOK *et al.*, 2007)

2.2 QUALIDADE NA PÓS-GRADUAÇÃO MÉDICA

A Federação Mundial para Educação Médica (World Federation for Medical Education – WFME), por meio do seu comitê de pós-graduação, publicou em 2023 uma versão revisada do documento “*Global standards for quality improvement of postgraduate medical education: the 2023 revision*”. Este documento estabeleceu critérios para melhoria da qualidade de programas de pós-graduação médica, com o objetivo de proporcionar um referencial global que possa ser adaptado às realidades locais de cada país, respeitando as diferenças dos sistemas de formação médica.

As normas apresentadas pela WFME englobam todos os processos e atividades oferecidos pelos programas para promover a aprendizagem, o bem-estar e o sucesso dos médicos residentes, incluindo a gestão e a melhoria da qualidade dos PRMs. Este documento é dividido em oito áreas principais, a saber: missão e valores; currículo; avaliação; médicos em formação; professores e supervisores clínicos; recursos educacionais e de treinamento; melhoria de qualidade; governança e administração.

A área “Missão e valores” indica a necessidade da definição clara de missão, valores e objetivos do programa de pós-graduação, que deve vir ao encontro das necessidades de saúde da população local, seu sistema de saúde e os interesses nacionais. Demonstra a importância da transparência entre residentes, preceptores, supervisores, instituições e comunidade.

Em “Currículo”, recomenda um design curricular que responda ao perfil de competência esperado, com flexibilidade para adaptação ao contexto local, unindo teoria e prática, com progressão supervisionada de responsabilidade e aprendizado centrado no residente.

No item “Avaliação”, orienta que os métodos avaliativos devem refletir os desempenhos que constam no currículo, utilizando múltiplas ferramentas para isso, com *feedback* contínuo e construtivo, processos transparentes e profissionalismo.

Em “Médicos em formação”, expõe sobre o processo de seleção, apoio e acompanhamento dos residentes. Recomenda-se que o processo seja conduzido de forma ética, justa e segura, com critérios transparentes. Aqui, também dedica uma seção específica à saúde e bem-estar dos residentes, seja ela física ou mental, além do desenvolvimento profissional, pessoal e de liderança, com *feedbacks* bidirecionais entre estudantes e preceptores. Ressalta também a importância de um ambiente de aprendizagem seguro que respeite os limites de carga horária e promova o bem-estar dos aprendizes.

Na área “Professores e preceptores” aborda a importância da formação, apoio e desenvolvimento contínuo dos docentes, preceptores e supervisores, enquanto educadores e mentores, e não apenas clínicos experientes, focando no seu papel no ensino, supervisão e avaliação.

Em “Recursos educacionais e de treinamento” debate sobre a necessidade de uma infraestrutura física, ambiente clínico, gestão de pessoas e recursos materiais adequados que promovam a plena integração com o ambiente assistencial. Neste

item, o documento volta a abordar a questão do bem-estar do residente, enfatizando a importância dos ambientes serem seguros, inclusivos e livres de assédio.

Em “Melhoria da qualidade” recomenda a estruturação de um sistema contínuo de autoavaliação, monitoramento e aprimoramento dos programas, engajando diversos atores na avaliação da qualidade.

Em “Governança e administração” define claramente as estruturas de liderança, gestão, tomadas de decisão e responsabilidade e financiamento dos programas de pós-graduação. Nesse item, ressalta a importância da integração da instituição formadora com órgãos reguladores e autoridades de saúde.

Trata-se, portanto, de um marco global na garantia da qualidade e melhoria contínua dos programas de formação de pós-graduação médica, enfatizando pontos importantes como transparência, necessidade de adaptação às realidades locais e responsabilidades com o bem-estar do educando. Traz uma abordagem baseada em princípios em vez de prescrições rígidas. Além da busca de conformidade a itens essenciais de uma pós-graduação, estimula a reflexão e adaptação regional, podendo ser utilizado para avaliação da qualidade e identificação de necessidades de melhoria dos PRM.(WFME, 2023)

2.3 BEM-ESTAR E SAÚDE MENTAL NA RESIDÊNCIA MÉDICA EM PSIQUIATRIA

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o bem-estar é um estado positivo vivido por indivíduos e sociedade, sendo um recurso para a vida diária. É determinado por condições sociais, econômicas e ambientais, incluindo a qualidade de vida, e tem como capacidade produzir uma vida com significado e propósito. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2025)

Já a saúde mental é entendida como um componente essencial da saúde global e do bem-estar, envolvendo a capacidade de lidar com os desafios cotidianos, desenvolver potencialidades e participar de forma produtiva da sociedade. Seu fortalecimento exige ações integradas de promoção, prevenção, cuidado comunitário e respeito aos direitos humanos. Essa visão ampliada de saúde mental vem em direção ao entendimento da própria OMS de que saúde não é apenas a ausência de doenças, mas sim um estado pleno de bem-estar físico, mental e social de forma integrada e indissociável. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2021)

Tendo esses dois conceitos em mente, um desafio importante dos PRM é desenvolver e implementar mudanças organizacionais e estratégias que promovam o bem-estar e, conseqüentemente, reduzam o esgotamento. (ALKHAMEES *et al.*, 2021; MARI; MEYEN; KIM, 2019) Os supervisores e preceptores dos programas de residência possuem um papel fundamental de reconhecer a possibilidade de sofrimento mental entre seus residentes e desenvolver ações de bem-estar. (BRENNER *et al.*, 2019; KIM *et al.*, 2019)

Como dito anteriormente, durante a residência, o futuro psiquiatra lida diretamente com o sofrimento mental de outro ser humano em contextos de violência, tentativas de suicídio e traumas vicários. Além de frequentemente lidar com pacientes não cooperativos, hostis, agressivos ou demandantes. Soma-se a esse contexto, a rotina extenuante da residência, a privação do sono e as inseguranças de um profissional em formação. Esse contexto, indubitavelmente terá impacto sobre a saúde e o bem-estar do residente. (BRENNER *et al.*, 2018; BROWN *et al.*, 2023; CARNEIRO MONTEIRO *et al.*, 2021; CHAN; CHEW; SIM, 2019; CHEW; CLELAND; SIM, 2022)

Considerando o perfil dos pacientes psiquiátricos, muitos psiquiatras formados e em treinamento vivenciam a perda de seus pacientes para o suicídio, sendo relativamente comum esta experiência ao longo da carreira, e podendo ocorrer múltiplas vezes. Essa relação é considerada um “risco ocupacional” pela literatura, com estatísticas demonstrando que, de cada três residentes de psiquiatria, um já vivenciou esta experiência durante sua formação. (BARMAN; KABLINGER, 2021)

O suicídio de um paciente durante este período de consolidação de conhecimento é um evento potencialmente estressante, com aparecimento de emoções como culpa, raiva, vergonha, estarrecimento, dúvidas quanto à sua capacidade e competência, dentre outros sentimentos. As evidências sugerem que o nível de estresse e despreparo para lidar com essa situação são particularmente maiores nos indivíduos mais novos e com menos experiência profissional. (BARMAN; KABLINGER, 2021)

Outro ponto importante se refere ao sono, sabidamente um fator importante para a qualidade de vida. No entanto, a privação de sono durante a residência médica acaba sendo um fator corriqueiro, fruto da necessidade de cobertura nos hospitais, plantões e ambulatórios. Essa realidade leva a longas jornadas de trabalho e resulta em privação aguda, crônica, e baixa qualidade de sono. Esta privação impacta de

forma negativa várias capacidades como a atenção, cognição, habilidades motoras e até o humor. No contexto profissional, a privação do sono afeta o desempenho clínico e o profissionalismo, comprometendo a segurança do paciente e, em alguns casos, resultando em erros médicos. Na vida pessoal, pode causar problemas de saúde, acidentes de trânsito e aumento do consumo de medicamentos e álcool entre os residentes. (MANSUKHANI *et al.*, 2012)

Esse contexto de trabalho pode levar ao desenvolvimento de patologias como o *burnout*, que afeta diretamente a saúde mental. O *burnout* é entendido como uma síndrome composta pela tríade de exaustão emocional, despersonalização e diminuição do sentimento de realização pessoal. Deve ser prontamente tratado para que não tenha consequências como perturbações no trabalho e na qualidade das relações com pacientes, com vínculos pessoais e de equipe, redução na produtividade, diminuição da satisfação laboral, aumento de ansiedade, depressão, uso e abuso de substâncias psicoativas e até ideação suicida. (CHAN; CHEW; SIM, 2019; MARI; MEYEN; KIM, 2019)

Raramente o *burnout* é um efeito isolado da carga de trabalho, já que quando médicos se sentem satisfeitos e parte de um time que junta esforços para que o cuidado do paciente seja conquistado, ainda que após muito trabalho, esse efeito negativo não é esperado. Contudo, em cenários nos quais não existe uma coesão dos membros da equipe e o sistema de saúde não está preparado para atender de forma digna, maltratando os pacientes e profissionais, existe uma fadiga moral fruto da não correspondência dos valores individuais e da realidade que se impõe. (BRENNER *et al.*, 2019)

O bem-estar físico e mental do médico, sobretudo aqueles que estão se dedicando à especialização, afeta diretamente a qualidade do serviço prestado aos pacientes, já que as evidências científicas sinalizam que residentes que estão enfrentando o *burnout* estão mais propensos a cometer erros médicos e, conseqüentemente, seus pacientes sujeitos a um aumento do risco de mortalidade. (MARI; MEYEN; KIM, 2019)

De forma oposta, práticas que valorizam a saúde individual e o bem-estar do profissional estão associadas ao aumento da satisfação e aderência ao tratamento pelos pacientes. Assim, promover este bem-estar afeta diretamente não apenas aqueles diretamente relacionados, ou seja, os residentes, mas também o público-alvo de suas ações, os pacientes e toda a sociedade. (MARI; MEYEN; KIM, 2019)

A criação de comitês de bem-estar pode possibilitar que os residentes forneçam *feedbacks* de forma segura e respeitosa, possibilitando as mudanças culturais por parte da liderança e melhorando possíveis falhas sistêmicas e de comunicação. (ALKHAMEES *et al.*, 2021; MARI; MEYEN; KIM, 2019)

Promover jornadas de trabalho mais curtas, com limite das horas de trabalho, também funcionam como fator de proteção, com menor exaustão emocional, menor insatisfação com o bem-estar geral, melhora da duração de sono e sonolência, promovendo melhora da qualidade de vida dos residentes, sem comprometer a segurança dos pacientes. Neste sentido, o uso de tecnologias como as de inteligência artificial pode ajudar, aliviando tarefas repetitivas, apoiando a tomada de decisão clínica e promovendo automação de atividades administrativas. (SEPHIEN *et al.*, 2023; CORSELLO *et al.*, 2025)

Embora a legislação brasileira defina a carga horária máxima de 60 horas semanais para os programas de residência médica, na prática essa limitação não é cumprida, e a jornada excessiva compromete a qualidade de vida e a formação dos residentes. (SILVA; OLIVEIRA; SANTOS, 2012)

A promoção do bem-estar dos formandos de psiquiatria requer uma abordagem tripla: cuidados e estratégias individuais; otimização dos sistemas de trabalho para minimizar fatores modificáveis associados ao esgotamento; e mudança cultural para reduzir o estigma em torno do stress e da doença mental e promover um local de trabalho mais saudável. (KIM *et al.*, 2019)

Preocupações acerca da privacidade, quebra de confidencialidade, falta de horário livre na agenda e medo do impacto negativo em seu futuro profissional são barreiras na busca de tratamento e cuidados individuais dos residentes. São necessários esforços para a conscientização da busca de ajuda profissional dentre os próprios detentores de conhecimento. (BRENNER *et al.*, 2018)

A literatura científica também traz fatores de proteção importantes para a saúde e bem-estar do residente durante seu período de formação, separando-os em características individuais como resiliência psicológica, estabilidade financeira e segurança, equilíbrio entre vida pessoal e profissional, saúde e qualidade de vida individual como hobbies e atividade física, daqueles de forma coletiva como suporte social, autonomia e clareza de seu papel, identificação de sentido e sentimento de pertencimento em seu trabalho. (WOOD *et al.*, 2020)

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Identificar estratégias de promoção de qualidade de vida e saúde mental dos residentes de psiquiatria.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1) analisar e avaliar os resultados e evidências gerados pelas estratégias identificadas na revisão integrativa de literatura;

2) elaborar uma produção técnica para os programas de residência com recomendações de boas práticas na formação de nível de residência médica, a partir do padrão global para melhorias proposto pela Federação Mundial para a Educação Médica (World Federation for Medical Education – WFME).

4 METODOLOGIA

A metodologia de investigação utilizada é a de revisão integrativa da literatura, respeitando os princípios da chamada “Prática Baseada em Evidências” (PBE). A escolha foi realizada por possuir como benefício a possibilidade de utilização de estudos com metodologias e níveis de evidência diferentes, já que se trata de um recorte de pesquisa raro nesse público alvo. (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010; WHITTEMORE; KNAFL, 2005)

O protocolo de pesquisa foi incluído na PROSPERO, com a identificação CRD42024618930, previamente ao início das atividades, após cuidadosa revisão das pesquisas já presentes, assegurando sua originalidade (ANEXO A).

A realização da revisão se deu através da estratégia “paciente / população, fenômeno de interesse e contexto” (acrônimo PICo dos termos correspondentes em inglês), na qual “P” são os residentes médicos de psiquiatria, “I” é a promoção de saúde mental e qualidade de vida e “Co” são os programas de residência médica de psiquiatria. Assim, obteve-se a seguinte questão de pesquisa: “Quais são as estratégias para a promoção da saúde mental e qualidade de vida do residente médico de psiquiatria?”. (QUADRO 1)

QUADRO 1 - MÉTODO PICo

		Descritor e alternativos	String de busca parcial
P	Residentes médicos de psiquiatria	1) Medical Staff, Hospital ALTERNATIVOS: Junior Physician 2) Physician 2) Psychiatry ALTERNATIVOS: não há	(“Medical Staff, Hospital” OR “Junior Physician” OR “Physician”) AND (“psychiatry”)

I	Promoção de saúde mental e qualidade de vida	1) Health promotion ALTERNATIVOS: Promotion of Health 2) Mental Health ALTERNATIVOS: Mental Hygiene 3) Quality of Life ALTERNATIVOS Health Related Quality Of Life Life Quality	(“Health promotion” OR “Promotion of Health”) OR (“Mental Health” OR “Mental Hygiene”) OR (“Quality of Life” OR “Health Related Quality Of Life” OR “Life Quality”)
Co	Programas de residência médica de psiquiatria	1) Internship and Residency ALTERNATIVOS: Medical Internship Medical Residency 2) Education, Medical, Graduate	(“Internship and Residency” OR “Medical Internship” OR “Medical Residency” OR “Education, Medical, Graduate”)

A busca foi realizada nas bases de dados eletrônicas de publicações científicas Medline/PubMed, SciELO, SCOPUS, Web of Science, ERIC, Biblioteca Virtual em Saúde/BIREME (BVS) e Cochrane Library, através das palavras-chave, de acordo com os descritores do *Medical Subject Headings (MeSH)*. Para melhorar o alcance de busca foram utilizados os operadores booleanos “and” e “or” e termos similares.

Os descritores foram definidos pelos pesquisadores, com apoio da bibliotecária da Biblioteca Comunitária da Universidade Federal de São Carlos (BCo/UFSCar). Foram realizadas duas reuniões com a bibliotecária responsável pelo atendimento aos discentes, via remota. Na primeira reunião foram identificados os termos principais, alternativos e primeiros esboços do *string* de busca, sendo definidos definitivamente no segundo encontro após verificação em cada base de dados.

Para a literatura cinzenta, foram utilizadas as seguintes bases de dados: Banco de Teses da CAPES, Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD) e *Networked Digital Library of Theses and Dissertations (NDLTD)*. Cada sítio de busca possui suas especificidades, as quais foram respeitadas. Assim, nestes locais utilizou-se a busca através do descritor MESH “Medical residency”. (QUADRO 2)

QUADRO 2 - STRING/FÓRMULA DE BUSCA

Padrão	[("Medical Staff, Hospital" OR "Junior Physician" OR "Physician") AND ("psychiatry")] AND [("Health promotion" OR "Promotion of Health") OR ("Mental Health" OR "Mental Hygiene") OR ("Quality of Life" OR "Health Related Quality Of Life" OR "Life Quality")] AND [("Internship and Residency" OR "Medical Internship" OR "Medical Residency" OR "Education, Medical, Graduate")]
Medline / PUBMED	((("Medical Staff, Hospital" OR "Junior Physician" OR "Physician") AND ("psychiatry"))) AND ((("Health promotion" OR "Promotion of Health") OR ("Mental Health" OR "Mental Hygiene") OR ("Quality of Life" OR "Health Related Quality Of Life" OR "Life Quality"))) AND ((("Internship and Residency" OR "Medical Internship" OR "Medical Residency" OR "Education, Medical, Graduate")))
SciELO	("Medical Staff, Hospital" OR "Junior Physician" OR "Physician") AND "psychiatry" AND ("Health promotion" OR "Promotion of Health" OR "Mental Health" OR "Mental Hygiene" OR "Quality of Life" OR "Health Related Quality Of Life" OR "Life Quality") AND ("Internship and Residency" OR "Medical Internship" OR "Medical Residency" OR "Education, Medical, Graduate")
SCOPUS	((("Medical Staff, Hospital" OR "Junior Physician" OR "Physician") AND ("psychiatry"))) AND ((("Health promotion" OR "Promotion of Health") OR ("Mental Health" OR "Mental Hygiene") OR ("Quality of Life" OR "Health Related Quality Of Life" OR "Life Quality"))) AND ((("Internship and Residency" OR "Medical Internship" OR "Medical Residency" OR "Education, Medical, Graduate")))
Web of Science	((("Medical Staff, Hospital" OR "Junior Physician" OR "Physician") AND ("psychiatry"))) AND ((("Health promotion" OR "Promotion of Health") OR ("Mental Health" OR "Mental Hygiene") OR ("Quality of Life" OR "Health Related Quality Of Life" OR "Life Quality"))) AND ((("Internship and Residency" OR "Medical Internship" OR "Medical Residency" OR "Education, Medical, Graduate")))
ERIC	((("Medical Staff, Hospital" OR "Junior Physician" OR "Physician") AND ("psychiatry"))) AND ((("Health promotion" OR "Promotion of Health") OR ("Mental Health" OR "Mental Hygiene") OR ("Quality of Life" OR "Health Related Quality Of Life" OR "Life Quality"))) AND ((("Internship and Residency" OR "Medical Internship" OR "Medical Residency" OR "Education, Medical, Graduate")))

BIREME / BVS	((“Medical Staff, Hospital” OR “Junior Physician” OR “Physician”) AND (“psychiatry”)) AND ((“Health promotion” OR “Promotion of Health”) OR (“Mental Health” OR “Mental Hygiene”) OR (“Quality of Life” OR “Health Related Quality Of Life” OR “Life Quality”)) AND ((“Internship and Residency” OR “Medical Internship” OR “Medical Residency” OR “Education, Medical, Graduate”))
Cochrane Library	((“Medical Staff, Hospital” OR “Junior Physician” OR “Physician”) AND (“psychiatry”)) AND ((“Health promotion” OR “Promotion of Health”) OR (“Mental Health” OR “Mental Hygiene”) OR (“Quality of Life” OR “Health Related Quality Of Life” OR “Life Quality”)) AND ((“Internship and Residency” OR “Medical Internship” OR “Medical Residency” OR “Education, Medical, Graduate”))
Banco de Teses da CAPES Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD) Networked Digital Library of Theses and Dissertations (NDLTD)	“Medical residency”

Como critérios de inclusão foram aceitos os estudos publicados em revistas especializadas e periódicos indexados nas bases de dados supracitadas, de 2015 a 2024, disponíveis na íntegra (textos completos) nos idiomas inglês, português e espanhol, artigos nos mais diferentes desenhos metodológicos como os qualitativos, quantitativos, quanti-qualitativos, revisão, trabalhos de dissertações e teses.

Foram excluídos artigos de opinião e cujo tema não contemplava a questão de pesquisa.

A seleção foi realizada a partir do software RAYYAN® e respeitou os critérios de inclusão e exclusão, seguido da análise dos títulos e resumos de artigos considerados relevantes à pesquisa, e leitura na íntegra dos selecionados. O processo de seleção foi realizado por 2 pesquisadores, de forma independente, seguindo protocolo de *screening*, com as divergências decididas por um terceiro pesquisador. (QUADRO 3)

QUADRO 3 – PROCESSO DE SCREENING DE TÍTULO/RESUMO

1.O artigo foi publicado nos últimos 10 anos e está nos idiomas inglês, português ou espanhol?	Sim – Prosseguir para 2	Não - excluir	Sem informação – Excluir
2. A metodologia é qualitativa, quantitativa, quali-quantitativa ou de revisão?	Sim – Prosseguir para 3	Não - excluir	Sem informação – Excluir
3.Em sua população estão inclusos médicos residentes de psiquiatria?	Sim – Prosseguir para 4	Não - excluir	Sem informação – Excluir
4.Trata-se de uma intervenção para promoção de saúde mental e/ou de qualidade de vida do residente?	Sim – INCLUIR	Não - excluir	Sem informação – Excluir

Adaptado de MORAN *et al.*, 2014.

A extração dos dados, análise e avaliação foram realizados a partir de uma adaptação para a revisão integrativa do checklist, diagrama e feitura de um quadro baseados na iniciativa PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*). (PRISMA, 2020).

De acordo com os achados disponíveis, os estudos foram agrupados em estratégias presenciais e/ou remotas para posterior comparação entre semelhanças e diferenças, para a obtenção de resultados a serem interpretados criticamente. (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010; WHITTEMORE; KNAFL, 2005)

A avaliação da qualidade dos estudos selecionados foi realizada utilizando a posição na hierarquia de pesquisa de Daly *et al.* para avaliar a pesquisa qualitativa e os níveis de evidências do *National Health and Medical Research Council (NHMRC)* para a pesquisa quantitativa. (DALY *et al.*, 2007; NHMRC, 2009).

5 RESULTADOS

Foram identificados um total de 710 estudos, sendo 106 provenientes de bases de dados de publicações científicas e 604 via outros métodos, como citação de artigos de revisão (n=13) e bases de teses e dissertações (n=591). (FIGURA 1)

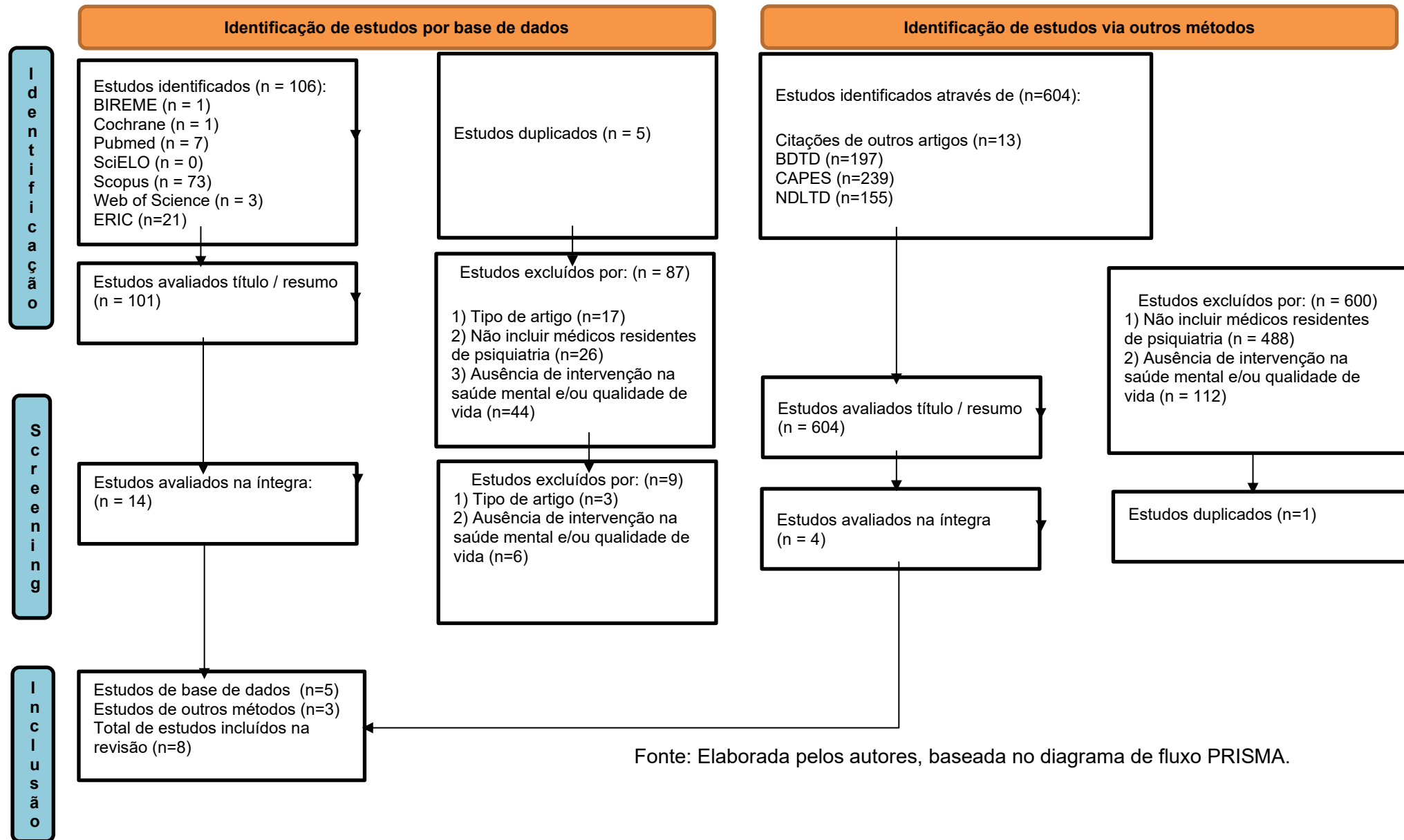
A base com maior número de estudos identificados foi a Scopus (n=73), seguido da ERIC (n=21), Pubmed (n=7) e Web of Science (n=3). As bases BIREME e Cochrane resultaram em um estudo em cada, enquanto na SciELO não foram identificados estudos.

Na literatura cinzenta, o Banco de Teses da CAPES teve o maior número de estudos identificados (n=239), seguido da Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (n=197) e *Networked Digital Library of Theses and Dissertations* (n=155).

Após sistematização da análise em passos, foram selecionados 8 artigos: cinco provenientes de bases de dados, dois de citações e um da literatura cinzenta. Apenas um estudo estava em português (tese de doutorado), os demais em inglês. Apresentaram datas de publicação em revistas internacionais dentro do intervalo de 2015 a 2021. A origem dos estudos foi majoritariamente estadunidense (n=6), seguido de um holandês e um brasileiro. (QUADRO 4)

Os estudos selecionados foram divididos didaticamente de acordo com a modalidade empregada na intervenção proposta: virtual (online) e presencial. A maioria dos estudos (n=6) trouxeram intervenções presenciais. (QUADRO 5)

Figura 1 – Diagrama de fluxo de sistematização de busca



QUADRO 4 – CARACTERIZAÇÃO DOS ESTUDOS INCLUÍDOS NESTA REVISÃO

Ano	Autores	Título	Design e qualidade
2015	Guille C, Zhao Z, Krystal J, Nichols B, Brady K, Sen S.	Web-Based Cognitive Behavioral Therapy Intervention for the Prevention of Suicidal Ideation in Medical Interns: A Randomized Clinical Trial	Ensaio controlado randomizado Nível II
2016	Regazzi, I.; Dantas, E.; Barbosa, G.	Resiliência, qualidade de vida, concentração de marcador bioquímico de estresse em residentes de Medicina submetidos a um programa de eletroacupuntura	Estudo experimental do tipo quanti-qualitativo III-1 - NHMRC III - Daly <i>et al.</i>
2017	Thimmapuram J, Pargament R, Sibliss K, Grim R, Risques R, Toorens E.	Effect of mindfulness meditation on <i>burnout</i> , emotional wellness, and telomere length in health care professionals.	Estudo prospectivo do tipo caso-controle não randomizado. Nível III-2.
2018	Golob, A., Beste, L.A., Stern, M., Johnson, K.	Emotional Distress Among Physician Residents and Fellows: An Observational Study of Trainees Seeking Counseling Visits	Estudo retrospectivo observacional Nível III-3
2018	Verweij H, van Ravesteijn H, van Hooff MLM, Lagro-Janssen ALM, Speckens AEM.	Mindfulness-based stress reduction for residents: a randomized controlled trial.	Ensaio controlado randomizado Nível II
2019	Mari, S., Meyen, R., Kim, B	Resident-led organizational initiatives to reduce <i>burnout</i> and improve wellness	Estudo de intervenção prospectivo Nível III-3
2020	NeCamp T, Sen S, Frank E, Walton MA, Ionides EL, Fang Y, Tewari A, Wu Z.	Assessing Real-Time Moderation for Developing Adaptive Mobile Health Interventions for Medical Interns: Micro-Randomized Trial	Ensaio controlado randomizado Nível II
2021	Agrawal, A., Gitlin, M., Melancon, S.N.T., Booth, B.I., Gandhi, J., DeBonis, K.	Responding to a Tragedy: Evaluation of a Postvention Protocol Among Adult Psychiatry Residents	Estudo transversal Nível IV.

Fonte: Elaborado pelos autores.

QUADRO 5 – ESTRATÉGIAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL E QUALIDADE DE VIDA

Estudo	Participantes e localização geográfica	Intervenção e avaliação	Resultados
ESTRATÉGIAS VIRTUAIS			
<p>Web-Based Cognitive Behavioral Therapy Intervention for the Prevention of Suicidal Ideation in Medical Interns: A Randomized Clinical Trial</p>	<p><u>Participantes:</u> n=199 residentes; n=16 residentes do 1º ano de psiquiatria.</p> <p><u>Localização Geográfica:</u> Yale University e University of North California, EUA.</p>	<p>Um e-mail foi enviado 3 meses antes do início da residência médica convidando os ingressantes dos programas para participar do estudo. 62.2% dos que receberam, concordaram em participar. As informações foram coletadas por um website seguro, sendo os participantes identificados por apenas um código numérico.</p> <p>Inicialmente, 3 meses antes da residência, os participantes responderam uma pesquisa de base com características demográficas (sexo, idade e raça/etnia), especialidade médica, sintomas depressivos atuais medidos por meio do Patient Health Questionnaire–9 - PHQ-9, neuroticismo e ambiente familiar inicial. Dois meses antes do início do primeiro ano de residência, os 199 participantes elegíveis foram alocados aleatoriamente para a Web-Based Cognitive Behavioral Therapy (wCBT) ou para o grupo de controle de atenção (ACG).</p> <p>Os participantes designados para o ACG receberam um e-mail uma vez por semana durante quatro semanas contendo informações sobre doenças mentais, inclusive sintomas de depressão, suicídio e onde obter tratamento local de saúde mental.</p> <p>Os participantes designados para a intervenção foram direcionados por e-mail todas as semanas, durante quatro semanas, para o site da intervenção (http://moodgym.anu.edu.au) para concluir um módulo da wCBT. O anonimato foi garantido. Nos meses 2, 5, 8 e 11 do primeiro ano de residência, o grupo wCBT foi solicitado por e-mail a retornar ao site para revisar um módulo de sua escolha, enquanto o ACG recebeu um e-mail com informações sobre os sintomas de depressão, suicídio e onde obter tratamento de saúde mental local. Avaliações</p>	<p>No decorrer do 1º ano de residência médica, não houve diferenças significativas entre os participantes designados para a wCBT ou para a ACG na busca de tratamento de saúde mental (7% vs. 8%, respectivamente) ou no início de um medicamento psicotrópico (4% vs. 7%, respectivamente).</p> <p>Em pelo menos um momento ao longo do primeiro ano, 12% dos residentes (12 de 100) designados para a wCBT vivenciaram a ideação suicida em comparação com 21,2% dos residentes (21 de 99) designados para o ACG. Após o ajuste para covariáveis que demonstraram aumentar o risco de ideação suicida, os residentes designados para a wCBT tiveram menor probabilidade de endossar a ideação suicida durante o 1º ano de residência (risco relativo, 0,40; IC95%, 0,17-0,91; P = 0,03) em comparação com aqueles designados para a ACG. O programa wCBT foi significativamente associado à redução do desenvolvimento de ideação suicida, já que os residentes deste grupo tiveram 60% menos probabilidade de endossar a ideação suicida durante o primeiro ano de residência em comparação com aqueles do grupo controle. Para cada 11 residentes que participaram da intervenção, espera-se evitar que 1 desenvolva ideação suicida.</p>

		<p>trimestrais subsequentes sobre depressão e ideação suicida foram realizadas pelo menos 6 semanas após qualquer atividade relacionada à wCBT ou ao ACG ou ao e-mail contato. Programa wCBT: desenvolvido pela equipe do National Institute for Mental Health Research da Australian National University, o programa interativo consistia em 4 sessões semanais no site MoodGYM com duração aproximada de 30 minutos cada. Ele tinha como objetivos: facilitar a compreensão da interação entre pensamentos, emoções e comportamentos (módulo 1); ensina técnicas de reestruturação cognitiva que promovem a capacidade de identificar e desafiar pensamentos imprecisos, irrealistas, ou excessivamente negativos (módulos 2 e 3); ensinar estratégias de solução de problemas (módulo 4).</p>	
<p>Assessing Real-Time Moderation for Developing Adaptive Mobile Health Interventions for Medical Interns: Micro-Randomized Trial</p>	<p><u>Participantes:</u> n=1565 residentes do 1º ano, de 42 especialidades.</p> <p><u>Localização Geográfica:</u> 321 locais de residência diferentes, EUA.</p>	<p>Trata-se de uma intervenção adaptativa just-in-time através de uma aplicação mHealth com notificações push-up. Os dados de contagem de passos e tempo de sono dos participantes foram coletados por meio do FitBit fornecido pelos pesquisadores. Além disso, seus escores de humor foram coletados por meio de avaliações ecológicas momentâneas (EMA) pelo aplicativo mHealth escolhido pelos pesquisadores. A intervenção durou 6 meses com 1.565 residentes do 1º ano, escolhidos por possuírem estatísticas de sofrimento e de depressão várias vezes maiores do que as da população em geral. Todas as semanas, estes residentes eram aleatoriamente designados para receber notificações push relacionadas a uma categoria específica (humor, atividade, sono ou ausência de notificações). Diariamente, eram coletados dados diários de valência de humor (polaridade), sono e passos dos internos. Avaliou-se a moderação do efeito causal pelo humor, passos e sono da semana anterior, ou</p>	<p>Descobriu-se que o estado de humor da semana anterior moderou negativamente o efeito das notificações sobre o humor da semana atual, com uma moderação estimada de -0,052 (P = 0,001). Ou seja, as notificações tiveram um impacto maior no humor quando os residentes estudados apresentaram um humor deprimido na semana anterior. Da mesma forma, descobriu-se que a contagem de passos da semana anterior moderou negativamente o efeito das notificações de atividade sobre a contagem de passos da semana atual, com uma moderação estimada de -0,039 (P = 0,01), e que o sono da semana anterior moderou negativamente o efeito das notificações de sono sobre o sono da semana atual, com uma moderação estimada de -0,075 (P < 0,001).</p>

		seja, as mudanças no efeito de notificações contendo mensagens de humor, atividade e sono com base nas pontuações de humor, passos e sono da semana anterior.	
ESTRATÉGIAS PRESENCIAIS			
Resiliência, qualidade de vida, concentração de marcador bioquímico de estresse em residentes de Medicina submetidos a um programa de eletroacupuntura	<p><u>Participantes:</u> n=134 médicos residentes de diversas especialidades clínicas e cirúrgicas.</p> <p><u>Localização Geográfica:</u> Hospital Universitário Gafreé Guinle - UNIRIO, Rio de Janeiro, Brasil.</p>	<p>134 residentes foram convidados por e-mail a participar; 95 responderam o questionário sobre qualidade de vida, e 88 destes responderam também sobre resiliência no começo e no final do estudo. Desses 88 residentes, 20 foram selecionados aleatoriamente para o grupo experimental e 20 para o grupo controle. Foi agendado um dia de sessão por semana, com 30 minutos de intervenção total para a sessão de eletroacupuntura, perfazendo um total de 10 sessões. Durante 10 sessões/atendimentos em ambulatório (segunda-feira a sexta-feira), o grupo experimental (GE) foi submetido ao programa de eletroacupuntura (eletroestimulação percutânea), seguindo o seguinte protocolo: Agulhas de acupuntura foram introduzidas por acupunturistas, colaboradores do estudo, em sítios neuroreativos padronizados e, em seguida, conectadas ao aparelho de eletroestimulação, acionado por 20 minutos, com frequência contínua de 2hz e com intensidade confortável para o paciente.</p> <p>Foram utilizadas agulhas de acupuntura descartáveis de aço inoxidável, de 0,25mm por 40 mm (ArhonDin) que foram ligadas ao aparelho de eletroestimulação Sikuro (que fornece corrente alternada e uma forma de pulso retangular/exponencial assimétrica, com duração de 0,6 milissegundos). O grupo controle participou de uma roda de conversa. No grupo experimental, imediatamente antes e após a primeira, quinta e décima intervenções foram coletadas salivas dos participantes (coleta imediata). Os instrumentos do estudo foram respondidos pelos voluntários do</p>	<p>A variável Resiliência dos Médicos Residentes, avaliados pelo instrumento Quest_Resiliencia, evidenciou que a intervenção promoveu tendência à condição de Equilíbrio de Resiliência diante do Estresse, pelo teste de Qui Quadrado e Mc Nemar, demonstrou diferença significativa na distribuição de frequência na Condição de Excelente Resiliência diante do Estresse nos Modelos de Crenças Determinantes: Análise do Contexto, Autocontrole, Conquistar e Manter Pessoas, Empatia, Leitura Corporal, Otimismo para a Vida e Sentido de Vida após as 10 sessões do protocolo de eletroacupuntura. O MCD Autoconfiança não apresentou variação no pós-teste.</p> <p>A variável Qualidade de Vida dos Médicos Residentes, avaliados pelo instrumento WHOQOL-100, evidenciou pelo teste de Kruskal-Wallis com post hoc de Dunn que houve diferença significativa entre o Grupo Experimental (GE/n=2=) pré e no Grupo Experimental(GE/n=2=) pós; entre o Grupo Experimental(GE/n=2=) e o Grupo Controle (GC/n=20) pós. O Domínio Físico no GE pós com (p valor 0,023), o Domínio Psicológico no GE pré e GE pós com (p valor 0,023), GE pós e GC pós com (p valor 0,038), o Domínio Relações Sociais no GE pré e GE pós com (p valor 0,007) e a Qualidade de Vida Geral no GE pós e GC pós com (p valor 0,049), após as 10 sessões do protocolo de eletroacupuntura. Não houve alteração nos domínios: Ambiente, Espiritual e Independência, após as 10 sessões do protocolo de eletroacupuntura.</p> <p>A variável Estresse dos Médicos Residentes avaliados pelo marcador bioquímico na saliva, a</p>

		<p>estudo pelo grupo experimental antes da intervenção e ao término das 10 sessões de eletroacupuntura. No grupo controle, foram aplicados os dois instrumentos no início do estudo (Quest_Resiliencia e World Health Organization Quality of Life - WHOQOL-100).</p>	<p>Cromogranina A Salivar (Cgha), evidenciou pela Análise de Variância (ANOVA) que a intervenção promoveu alteração significativa ($p < 0,05$) nos níveis salivares de Cromogranina A (marcador bioquímico de estresse salivar). Houve redução significativa em cada momento de coleta como efeito agudo e ao longo das dez sessões com efeito crônico.</p>
<p>Emotional Distress Among Physician Residents and Fellows: An Observational Study of Trainees Seeking Counseling Visits</p>	<p><u>Participantes:</u> N= 332 discentes de programas de residência e de fellowship</p> <p><u>Localização Geográfica:</u> VA Puget Sound Health Care System, University of Washington, Seattle, WA, EUA.</p>	<p>Realizada através do serviço de bem-estar ao médico residente “Graduate Medical Education Wellness Service” - GME: nesta experiência, a universidade oferece serviço gratuito, confidencial com aconselhamento presencial para todos os médicos residentes e seus companheiros, além de grupos de apoio, workshops, informações sobre bem-estar e atividades sociais. Também é oferecido acesso gratuito ao médico psiquiatra e especialistas em aprendizado, com a opção de ser fora do ambiente de treinamento para maior confidencialidade. A sede deste serviço é em um local discreto, longe do local de treinamento, com possibilidade de horário noturno, prontuários privados e agendamentos separados não-sequenciais para residentes de um mesmo programa.</p> <p>Para avaliação da intervenção, foi utilizada a Distress Scale - escala de sofrimento criada internamente, avaliada em cada consulta de aconselhamento, variando de acordo com o grau de sofrimento observado.</p> <p>Além da escala acima, O Serviço de Bem-Estar mantém um banco de dados confidencial de todas as consultas de aconselhamento dos residentes para fins de atendimento clínico de rotina.</p> <p>Os dados autorrelatados coletados por meio do formulário de admissão na primeira consulta para cada residente incluem idade, sexo, ano de pós-graduação, especialidade médica, status de médico estrangeiro formado, fonte de encaminhamento e histórico de diagnóstico prévio de saúde mental, aconselhamento, uso de medicamentos psiquiátricos</p>	<p>Os discentes - residentes e fellow (n = 332; 14,1% da população total) participaram de visitas de aconselhamento em 2017. As mulheres representavam mais da metade (60,7%) dos clientes. Os encaminhamentos foram feitos pelos próprios discentes (79,8%), pela liderança do programa (16,6%) ou por parceiros (1,8%). O nível médio de estresse avaliado pelo conselheiro na entrada foi de 4,1 (variação de 1 a 5). A saúde mental foi a preocupação mais frequente (46,1%), principalmente depressão (19,3%) ou ansiedade (11,5%). Outras queixas principais incluíram relacionamento pessoal (28,6%), carreira (21,7%) e preocupações com a saúde física (2,7%). Os conselheiros encaminharam quase um quarto (22,7%) dos trainees para serviços adicionais, como psiquiatria, provedor de cuidados primários ou mentor de carreira. A maioria dos pós-graduandos (75,3%) retornou para ≥ 1 consultas de acompanhamento.</p>

		<p>e dívidas de educação médica. Os conselheiros determinam e documentam a queixa principal, como um problema de saúde mental ou de relacionamento, e uma queixa secundária, se aplicável, ao final de cada consulta. Preenche-se ainda se foi discutido a respeito de medicação psiquiátrica ou referenciamentos.</p>	
<p>Resident-led organizational initiatives to reduce <i>burnout</i> and improve wellness</p>	<p><u>Participantes:</u> n=39 residentes de psiquiatria</p> <p><u>Localização Geográfica:</u> Harvard South Shore (HSS) Psychiatry Residency Program, Boston, MA, EUA.</p>	<p>Inicialmente foi realizada uma pesquisa para identificar os atuais pontos fortes e fracos do programa de residência na promoção do bem-estar junto aos residentes. Com base nos resultados da pesquisa, juntamente com a liderança do HSS e considerando a viabilidade das sugestões dos residentes, foi decidido quais esforços de melhoria seriam realizados. Foram definidas 4 iniciativas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) melhorar a experiência dos residentes no plantão através de opções saudáveis de comida e melhora do fluxo de trabalho; 2) aumentar atividades sociais fora do ambiente de ensino, alocando recursos para participação de eventos como de esportes e torneios, assim promovendo a prática de atividades físicas; 3) apoiar cuidados preventivos, fornecendo uma lista com profissionais habilitados para cuidados de atenção primária e 4) promover educação em bem-estar, através de iniciativas curriculares como o “dia do bem-estar” e práticas de meditação. <p>Utilizou-se na avaliação o Copenhagen <i>Burnout</i> Inventory (CBI); um teste psicométrico bem validado e disponível em domínio público. O feedback dos residentes foi coletado por meio de questionários impressos distribuídos durante as reuniões de residentes. A participação nos questionários e em todos os outros aspectos do projeto foi inteiramente voluntária. Os questionários não coletaram nenhuma informação de identificação além do ano de pós-graduação e todas as discussões sobre os resultados dos questionários foram realizadas com dados</p>	<p>Embora um total de 39 residentes no programa estivessem presentes, foram incluídos apenas dados de residentes que puderam participar durante todo o período do projeto de um ano. 14 dos 23 residentes (Total de 61%: 4 de 8 da Turma de 2020, 7 de 8 da Turma de 2019 e 3 de 7 da Turma de 2018) responderam às pesquisas no início do projeto e 12 (Total de 52%: 4 de 8 da Turma de 2020, 5 de 8 da Turma de 2019 e 3 de 7 da Turma de 2018) após a intervenção, um ano depois.</p> <p>As diferenças nas pontuações entre as turmas pré-intervenção não foram estatisticamente significativas. No entanto, após a intervenção, houve uma diferença significativa na pontuação do domínio do cliente entre a turma de 2019 e a turma de 2018 ($t = 2,78$, $p = 0,02$). No geral, parece ter havido uma tendência clinicamente significativa (ou seja, diferença de 5 pontos ou mais, com base na sugestão do desenvolvedor da escala) de queda no <i>burnout</i> em todos os três domínios (fadiga pessoal, esgotamento relacionado ao trabalho e relacionamento com cliente/paciente), mas apenas as reduções nas pontuações do CBI no domínio do cliente da turma de 2018 alcançaram significância estatística ($t = 2,98$, $p < 0,05$).</p> <p>A maioria dos residentes (94%) considerou que o Dia do Bem-Estar abordou mais o aspecto da aptidão física, seguido dos aspectos da nutrição e da saúde emocional (89%). A maioria dos residentes (85%) consideraram mais úteis para melhorar o bem-estar as mudanças gerais quanto aos aspectos</p>

		agregados. Após 1 ano da implementação, foi realizada uma reavaliação para comparação utilizando a mesma escala.	nutricionais, seguido pelo condicionamento físico (62%) e pela saúde emocional (54%).
Responding to a Tragedy: Evaluation of a Postvention Protocol Among Adult Psychiatry Residents	<p><u>Participantes:</u> n=57 residentes de psiquiatria</p> <p><u>Localização Geográfica:</u> Los Angeles Medical Center, Los Angeles, CA, EUA.</p>	<p>Implementação de um protocolo de pós-venção ao suicídio, consistindo em respostas iniciais, primárias e secundárias após o suicídio do paciente do residente.</p> <p>A resposta inicial estabeleceu como o residente deveria tomar conhecimento sobre o suicídio do seu paciente (por meio do seu supervisor responsável ou do seu diretor de treinamento).</p> <p>A resposta primária é a reunião entre o supervisor e o residente discutindo a resposta emocional imediata, discussão com a família, discussão com a gerência de risco, preocupações médico-legais, fontes de apoio imediato para o residente e cobertura de deveres de trabalho, se necessário.</p> <p>A resposta secundária corresponde ao diretor de treinamento confirmando que o apoio apropriado foi oferecido ao residente, normalizando a resposta emocional, oferecendo encaminhamento para psicoterapia, oferecendo conexão com um colega/membro do corpo docente com experiência semelhante, oferecendo a criação de um grupo de processo para reflexão, considerando o efeito em outros alunos, acompanhamento em 1-2 semanas.</p> <p>Foram utilizados vários instrumentos na avaliação, a saber:</p> <p>(1) Índice de "apoio relacionado ao protocolo": 6 itens que avaliavam a percepção da utilidade de ferramentas do protocolo, sob a forma de uma escala Linkert de 5 pontos</p> <p>(2) Índice de "outros apoios": 6 itens que avaliavam outras formas de apoio, como provenientes de familiares e colegas de trabalho, sob a forma de uma escala Linkert de 5 pontos</p>	<p>A taxa de resposta do estudo foi de 97% (n = 57/59) e 81% completaram a pesquisa completa (n = 48/59). Vinte por cento dos residentes (n = 10/48) sofreram suicídio de pacientes durante a residência. A adesão ao protocolo de pós-venção variou entre 57 e 100%. Os residentes foram significativamente mais propensos a relatar que a resposta do protocolo foi mais útil (média = 3,32; DP = 0,19) do que outros tipos de apoio (média = 2,42; DP = 0,24); p < 0,01. Em comparação com residentes que não sofreram suicídio de pacientes, as pontuações médias de empoderamento no trabalho, <i>burnout</i>, saúde mental e qualidade de vida não diferiram significativamente dos residentes que participaram do protocolo de pós-venção (p > 0,05).</p> <p>A pontuação média de crescimento pós-traumático entre os residentes que relataram suicídio de pacientes foi de 18 (DP = 7,3), o que é considerado um crescimento "baixo" pela literatura.</p> <p>A pontuação média de TEPT foi de 19,2 (DP = 10,7) entre os residentes que relataram suicídio de pacientes, o que é geralmente considerado "baixo". Aproximadamente, 22% (n = 2) estavam em risco de TEPT e 11% (n = 1) preencheram os critérios para o diagnóstico de TEPT. Residentes em risco de TEPT relataram suicídio de pacientes no último ano.</p> <p>O crescimento pós-traumático foi positivamente correlacionado com a subescala de autodeterminação do empoderamento no trabalho (r = 0,79, p = 0,01), mas não foi associado ao empoderamento no trabalho ou às suas outras subescalas, <i>burnout</i> e medidas gerais de saúde. A pontuação média de TEPT não foi correlacionada com a saúde ocupacional ou medidas gerais de saúde (p > 0,05, resultados não apresentados).</p>

		<p>(3) Escala de empoderamento no trabalho: 12 itens que avaliam competências, significado, autodeterminação e impacto de um indivíduo no trabalho, numa escala Linkert de 5 pontos</p> <p>(4) Inventário de Burnout de Maslach (IBM): uma escala de 22 itens que mede exaustão emocional, despersonalização e realização pessoal no trabalho. Uma pontuação mais alta nas escalas de exaustão emocional e despersonalização e uma pontuação mais baixa na escala de realização pessoal indicam maior burnout ocupacional.</p> <p>(5) SF-12v1: questionário de 12 perguntas usado para avaliar a saúde mental, com pontuação variando de 0 (pior) a 100 (melhor)</p> <p>(6) A qualidade de vida foi medida por um único item que solicitava aos entrevistados que avaliassem sua qualidade de vida geral.</p> <p>(7) Inventário de crescimento pós-traumático: uma escala de 21 itens com 5 subescalas: relacionamento com os outros, novas possibilidades, força pessoal, apreciação da vida e mudança espiritual. As instruções da escala foram modificadas solicitando aos residentes que indicassem a mudança como resultado de "sua experiência profissional com suicídio de pacientes"</p> <p>(8) Escala de impacto de eventos revisada (IES-R): 22 itens que avaliam sintomas de Transtorno de Estresse Pós-Traumático – TEPT, após um evento estressante por três subescalas: pensamentos intrusivos, evitação e hipervigilância. As instruções da escala foram modificadas solicitando aos residentes que relembassem sua angústia durante o mês seguinte ao suicídio de seus pacientes.</p>	
--	--	---	--

		Em adição, foram solicitados feedbacks aos residentes sobre o protocolo.	
Mindfulness-based stress reduction for residents: a randomized controlled trial.	<p><u>Participantes:</u> Residentes de todas as disciplinas - clínicas, cirúrgicas e de cuidados primários poderiam participar. n=148 residentes no total; n=10 residentes de psiquiatria.</p> <p><u>Localização Geográfica:</u> Radboud University Medical Center, Nijmegen, Holanda.</p>	<p>Todos os residentes foram informados sobre o estudo nas primeiras semanas no curso introdutório da residência e posteriormente através de newsletters. Os participantes preencheram uma avaliação on-line da linha de base e foram randomizados para o grupo de MBSR ou para o grupo de controle.</p> <p>O grupo de MBSR realizou o treinamento pelo período estipulado de 3 meses, enquanto o grupo de controle continuou com sua residência padrão e não recebeu nenhuma intervenção.</p> <p>Aproximadamente 3 meses depois, após a última sessão de MBSR ou no final do período de controle, os participantes receberam o questionário pós-intervenção.</p> <p>O treinamento utilizou as diretrizes do programa original de MBSR, que consiste em oito sessões semanais de 2,5 horas à noite e um dia de silêncio de 6 horas durante o fim de semana.</p> <p>Os participantes praticaram exercícios formais de atenção plena, incluindo a varredura corporal, ioga e meditação sentada e andando. Eles receberam psicoeducação sobre estresse e foram instruídos a praticar diariamente em casa por 45 minutos.</p> <p>O tamanho dos grupos variava de 8 a 16 participantes.</p> <p>O desfecho primário foi a exaustão emocional, avaliada com a versão holandesa validada do Maslach <i>Burnout</i> Inventory-Human Service Survey, desenvolvido para medir o <i>burnout</i> em profissionais de serviços humanos. O desfecho secundário utilizou o Penn State Worry Questionnaire validado para medir a preocupação. Esse questionário consiste em 16 itens ($\alpha = 0,93$), que são pontuados em uma escala de cinco pontos.</p>	<p>Não foi encontrada diferença significativa na medida primária de exaustão emocional entre os dois grupos. No entanto, nas medidas secundárias, o grupo de MBSR relatou melhorias significativamente maiores do que o grupo de controle em realização pessoal ($p = 0,028$, $d = 0,24$), preocupação ($p = 0,036$, $d = 0,23$), habilidades de atenção plena ($p = 0,010$, $d = 0,33$), autocompaixão ($p = 0,010$, $d = 0,35$) e tomada de perspectiva (empatia) ($p = 0,025$, $d = 0,33$). Não foram encontrados efeitos para as outras medidas (despersonalização, interferência trabalho-casa, saúde mental positiva, os outros componentes da empatia ou erros médicos).</p>

		<p>Foi avaliada a interferência negativa trabalho-casa e a interferência negativa casa-trabalho com o questionário validado Survey Work-home Interaction NijmeGen. A interferência negativa trabalho-casa (8 itens, $\alpha = 0,84$) e a interferência negativa casa-trabalho (4 itens $\alpha = 0,74$) usam uma escala de quatro pontos.</p> <p>Foram medidas as habilidades de atenção plena com o Five-Facet Mindfulness Questionnaire Short Form validado, que consiste em 24 itens ($\alpha = 0,87$) pontuados em uma escala de cinco pontos.</p> <p>Utilizou-se a escala validada Self-Compassion Scale Short Form para medir a autocompaixão ($\alpha = 0,88$). Essa escala consiste em seis itens com palavras positivas e seis negativas, que são pontuados em uma escala de cinco pontos, com o primeiro representando a autocompaixão ($\alpha = 0,82$) e o último representando a autocrítica ($\alpha = 0,85$).</p> <p>Foi avaliada a saúde mental positiva com o Mental Health Continuum-Short Form validado. A escala consiste em 14 itens ($\alpha = 0,87$), que são pontuados em uma escala de seis pontos.</p> <p>Também foi utilizada a escala Jefferson Scale of Physician Empathy validada para medir a empatia na relação médico-paciente. Ela usa uma escala de sete pontos e mede três componentes da empatia: tomada de perspectiva (10 itens, $\alpha = 0,79$), cuidado compassivo (8 itens, $\alpha = 0,58$) e colocar-se no lugar do paciente (2 itens, $\alpha = 0,73$).</p> <p>Utilizaram perguntas desenvolvidas por Prins et al. sobre erros médicos (6 itens, $\alpha = 0,69$), que são pontuadas em uma escala de cinco pontos. Todos os questionários foram selecionados com base em estudos anteriores em populações semelhantes.</p>	
Effect of heartfulness meditation on <i>burnout</i> , emotional wellness, and	<u>Participantes:</u> N total: 27 dos 155 residentes da instituição (17,4%), 8 médicos do corpo docente e 12 enfermeiros.	O interesse em participar foi avaliado por meio de e-mails enviados pelo pesquisador principal. A participação foi voluntária, após consentimento informado.	Na semana 12, o grupo de meditação teve uma redução estatisticamente significativa nos escores médios de "exaustão emocional" e "despersonalização" (26,7-17,9, $p < 0,001$ e 11-7,3,

<p>telomere length in health care professionals.</p>	<p>N grupo intervenção: 18 residentes, 5 médicos do corpo docente e 12 enfermeiros.</p> <p><u>Localização</u> <u>Geográfica:</u> Wellspan York Hospital, York, PA, EUA.</p>	<p>A intervenção foi realizada durante um período de 12 semanas em médicos e enfermeiros com participação em meditação heartfulness (grupo intervenção) ou nenhuma intervenção específica (grupo controle).</p> <p>Os participantes preencheram os formulários da Maslach <i>Burnout</i> Inventory - MBI e Emotional Wellness Assessment - EWA na linha de base e na semana 12 do estudo. Amostras salivares para análise dos telômeros foram coletadas dos participantes na linha de base e na semana 12.</p> <p>A prática da meditação da Heartfulness pede aos participantes que se sentem confortavelmente e concentrem suavemente a atenção, com os olhos fechados, na fonte de luz dentro do coração. Em vez de tentar visualizar isso, os participantes foram solicitados a simplesmente se sintonizarem em seus corações e estarem abertos a qualquer experiência que possam ter.. Isso foi recomendado pela manhã por 20 minutos e à noite por cinco minutos antes de dormir. Foi solicitado aos participantes que usassem a mesma técnica pelo menos uma vez por semana na meditação em grupo conduzida por um instrutor de Heartfulness por 30 minutos. Foi recomendado 15 minutos a noite de prática. Uma folha de informações sobre a prática foi distribuída para cada participante. A presença foi registrada nas sessões de meditação em grupo e enviado um e-mail de lembrete toda semana para todos os participantes do grupo de meditação.</p>	<p>$p < 0,001$, respectivamente). Um aumento estatisticamente significativo na pontuação de "realização pessoal" de 37,1 para 39,0 ($p = 0,018$) também foi observado, sem alterações significativas em nenhuma dessas dimensões no grupo de controle.</p> <p>Na 12ª semana, houve uma mudança estatisticamente significativa em 9 dos 11 atributos da seção A (empatia e tolerância sem significância estatística) e em 10 dos 11 atributos da seção B (tristeza ultrapassou limite de significância estatística) da EWA no grupo de meditação. No grupo de controle, não foram observadas alterações estatisticamente significativas em nenhum dos atributos da EWA.</p> <p>A análise dos telômeros foi realizada de acordo com a idade. Não houve nenhuma mudança estatisticamente significativa no comprimento dos telômeros em nenhum dos grupos do estudo ($P = > 0,05$). No entanto, no subconjunto de indivíduos com idade entre 24 e 33 anos, houve um aumento estatisticamente significativo no comprimento dos telômeros nos meditadores ($P = 0,036$, $n = 17$). Esse resultado não foi observado nos controles de com a mesma idade ($P = 0,539$, $n = 9$).</p>
--	--	---	---

Fonte: Elaborado pelos autores.

As intervenções remotas utilizaram ferramentas conectadas à web, como celulares e computadores. O foco foi em terapia cognitiva comportamental para prevenção de suicídio e fornecimento de intervenções via aplicativo em momentos estratégicos do dia para melhora do comportamento e da saúde mental. As duas intervenções tiveram como público-alvo residentes do primeiro ano.

As intervenções presenciais focaram na implementação de serviços de bem-estar ao médico residente, estratégias de mudança organizacional, protocolo de pós-venção ao suicídio, práticas de meditação como *heartfulness* e *mindfulness* e eletroacupuntura.

Os estudos foram avaliados pela escala *National Health and Medical Research Council (NHMRC)*, por tratar-se da ferramenta adotada para pesquisas cuja metodologia é quantitativa. O artigo com melhor avaliação enquadrou-se no nível II e o mais baixo com nível IV. (TABELA 1)

TABELA 1 – NATUREZA DA LITERATURA

Componente	Número de estudos
Intervenção	
Presencial	6
Virtual	2
País de origem	
Estados Unidos da América	6
Holanda	1
Brasil	1
Avaliação da qualidade	
Quantitativo – NHMRC	
Nível II	3
Nível III-1	1*
Nível III-2	1
Nível III-3	2
Nível IV	1
Qualitativo – Daly et.al	
Nível III	1*

Amostragem	
Múltiplas residências, incluindo psiquiatria	6
Apenas residência de psiquiatria	2

Fonte: Elaborada pelos autores.

*estudo quanti-qualitativo

Ao todo, os estudos utilizaram 17 escalas para avaliar as intervenções propostas na qualidade de vida e saúde mental. Destas, 15 escalas já eram consagradas e validadas, e duas foram criadas para uso pelos próprios pesquisadores. Apenas as duas escalas criadas não haviam correspondência validada para uso no Brasil. (QUADRO 6)

QUADRO 6 – INSTRUMENTOS UTILIZADOS

INSTRUMENTO	DESCRIÇÃO	ESTUDOS DA REVISÃO QUE UTILIZARAM	POSSUI VALIDAÇÃO PARA USO NO BRASIL?	ESTUDO ORIGINAL DO INSTRUMENTO
<p>Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9)</p>	<p>O PHQ-9 é uma das versões do PHQ, é autoadministrável, sendo uma ferramenta clínica de triagem, diagnóstico e monitoramento de depressão, incluindo sua gravidade.</p> <p>Possui 9 itens que são os critérios do DSM-V para depressão nas 2 últimas semanas da avaliação, podendo pontuar, para cada item, de "0" (nunca) a "3" (quase todos os dias). A pontuação total varia de 0 a 27, sendo que uma pontuação mais alta indica uma maior gravidade dos sintomas depressivos.</p> <p><u>Itens:</u></p> <p>Item 1 - Pouco interesse ou prazer em fazer coisas</p> <p>Item 2 - Sentir-se triste, deprimido ou sem esperança</p> <p>Item 3 - Dificuldade para dormir ou permanecer dormindo, ou dormir demais</p> <p>Item 4 - Sentir-se cansado ou com pouca energia</p> <p>Item 5 - Falta de apetite ou comer demais</p> <p>Item 6 - Sentir-se mal consigo mesmo — ou que você é um fracasso ou que decepcionou a si mesmo ou à sua família</p> <p>Item 7 - Dificuldade para se concentrar em coisas, como ler o jornal ou assistir televisão</p> <p>Item 8 - Movimentar-se ou falar tão lentamente que outras pessoas poderiam notar. Ou o oposto — estar tão inquieto ou agitado que você tem se movimentado muito mais do que o normal</p> <p>Item 9 - Pensamentos de que seria melhor estar morto ou de se machucar de alguma forma</p>	<p>Guille C, Zhao Z, Krystal J, Nichols B, Brady K, Sen S. Web-Based Cognitive Behavioral Therapy Intervention for the Prevention of Suicidal Ideation in Medical Interns: A Randomized Clinical Trial. JAMA Psychiatry. 2015 Dec;72(12):1192-8.</p>	<p>Sim.</p> <p>Santos IS, Tavares BF, Munhoz TN, Almeida LSP de, Silva NTB da, Tams BD, et al. Sensibilidade e especificidade do Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) entre adultos da população geral. Cad Saúde Pública [Internet]. 2013Aug;29(8):1533–43.</p>	<p>Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. J Gen Intern Med. 2001 Sep;16(9):606-13.</p>

	<p><u>Pontuação:</u></p> <p>0 = Nunca</p> <p>1 = Vários dias</p> <p>2 = Mais da metade dos dias</p> <p>3 = Quase todos os dias</p> <p><u>Interpretação das pontuações:</u></p> <p>0-4: Depressão mínima</p> <p>5-9: Depressão leve</p> <p>10-14: Depressão moderada</p> <p>15-19: Depressão moderadamente grave</p> <p>20-27: Depressão grave</p>			
Distress Scale	<p>Escala de sofrimento desenvolvida pelos autores (Golob <i>et al.</i>) para ser utilizada em seu estudo.</p> <p>Trata-se de uma escala de sofrimento criada internamente, foi avaliada em cada consulta de aconselhamento, sendo um método determinado pelos conselheiros, utilizando uma métrica internamente consistente, embora não validada na época. A escala varia de 1 a 5:</p> <p>1 — nenhum comportamento de sofrimento observado, incluindo afeto deprimido / ansioso / raivoso, choro ou fala, processos de pensamento ou movimentos anormais;</p> <p>2 — comportamentos de sofrimento mínimos observados;</p> <p>3 — comportamentos de sofrimento moderados observados;</p> <p>4 — comportamentos de sofrimento acentuados observados sem evidência de comprometimento funcional;</p>	<p>Golob A, Beste LA, Stern M, Johnson K. Emotional Distress Among Physician Residents and Fellows: An Observational Study of Trainees Seeking Counseling Visits. Acad Psychiatry. 2018 Feb;42(1):25-30.</p>	Não.	<p>Golob A, Beste LA, Stern M, Johnson K. Emotional Distress Among Physician Residents and Fellows: An Observational Study of Trainees Seeking Counseling Visits. Acad Psychiatry. 2018 Feb;42(1):25-30.</p>

	<p>5 – comportamentos de sofrimento acentuados observados com evidência de comprometimento funcional.</p> <p>O Serviço de Bem-Estar também mantém um banco de dados confidencial de todas as consultas de aconselhamento dos residentes para fins de atendimento clínico de rotina.</p> <p>Os dados autorrelatados coletados por meio do formulário de admissão na primeira consulta para cada residente incluem idade, sexo, ano de pós-graduação, especialidade médica, status de médico estrangeiro formado, fonte de encaminhamento e histórico de diagnóstico prévio de saúde mental, aconselhamento, uso de medicamentos psiquiátricos e dívidas de educação médica. Os conselheiros determinam e documentam a queixa principal, como um problema de saúde mental ou de relacionamento, e uma queixa secundária, se aplicável, ao final de cada consulta. Preenchem ainda se foi discutido a respeito de medicação psiquiátrica ou encaminhamentos.</p>			
Copenhagen <i>Burnout</i> Inventory (CBI)	<p>Trata-se de um questionário de autoavaliação amplamente reconhecido e frequentemente utilizado, concebido para medir o esgotamento. É multidimensional, sendo um questionário de 19 itens que avalia o esgotamento em três dimensões distintas, mas frequentemente correlacionadas:</p> <p>Esgotamento pessoal (6 itens): mede a fadiga e exaustão física e psicológica geral que um indivíduo experimenta, independentemente da sua origem. Faz perguntas sobre a sensação de cansaço, exaustão física, exaustão emocional, desgaste e suscetibilidade a doenças. Essa dimensão é considerada a parte genérica do CBI e oferece uma medida geral da exaustão geral de um indivíduo.</p> <p>Esgotamento relacionado ao trabalho (7 itens): avalia os sentimentos de exaustão diretamente atribuídos ao trabalho. As perguntas estão relacionadas à sensação de desgaste no final do dia de trabalho, exaustão ao pensar</p>	Mari S, Meyen R, Kim B. Resident-led organizational initiatives to reduce <i>burnout</i> and improve wellness. BMC Med Educ. 2019 Nov 27;19(1):437.	Sim. Campos JADB, Maroco J. Adaptação transcultural Portugal-Brasil do Inventário de <i>Burnout</i> de Maslach para estudantes. Rev Saúde Pública [Internet]. 2012Oct;46(5):816–24.	Kristensen, T. S., Borritz, M., Villadsen, E., & Christensen, K. B. (2005). The Copenhagen <i>Burnout</i> Inventory: A new tool for the assessment of <i>burnout</i> . <i>Work and Stress</i> , 19(3), 192-207.

	<p>em mais um dia de trabalho e se o trabalho é emocionalmente exaustivo ou frustrante.</p> <p>Esgotamento relacionado ao cliente (6 itens): específica para indivíduos que trabalham diretamente com clientes (o que pode incluir pacientes, alunos, clientes, detentos, etc.). Ela mede a fadiga e a frustração experimentadas como consequência das relações interpessoais e interações com esses clientes. As perguntas abordam a dificuldade ou o desgaste de trabalhar com clientes, o sentimento de frustração com as interações com os clientes e a sensação de que se dá mais do que se recebe.</p> <p><u>Pontuação:</u></p> <p>Escala de respostas: Cada item é normalmente classificado em uma escala Likert de 5 pontos. Embora a redação exata possa variar ligeiramente entre as traduções, as opções comuns são:</p> <p>“Sempre” (ou “Em grau muito alto”)</p> <p>“Frequentemente” (ou “Em grau alto”)</p> <p>“Às vezes” (ou “Um pouco”)</p> <p>“Raramente” (ou “Em grau baixo”)</p> <p>“Nunca/Quase nunca” (ou “Em grau muito baixo”)</p> <p>Pontuação dos itens: As respostas são normalmente pontuadas de 0 a 100, onde pontuações mais altas indicam maior esgotamento.</p> <p>Sempre/Em grau muito alto = 100 pontos</p> <p>Frequentemente/Em grau alto = 75 pontos</p> <p>Às vezes/Um pouco = 50 pontos</p> <p>Raramente/Em grau baixo = 25 pontos</p>			
--	---	--	--	--

	<p>Nunca/Quase nunca/Em grau muito baixo = 0 pontos</p> <p>Observação: pode haver um ou dois itens com pontuação reversa, como “Você tem energia suficiente para a família e os amigos durante o tempo de lazer?”, em que “Sempre” indicaria menos esgotamento.</p> <p>Pontuação das subescalas: as pontuações para cada subescala (Pessoal, Relacionada ao Trabalho, Relacionada ao Cliente) são calculadas como a média dos respectivos itens dentro desta subescala.</p> <p>Pontuação total: Uma pontuação geral de esgotamento pode ser calculada pela média das pontuações das três subescalas (ou subescalas relevantes, se “Esgotamento relacionado ao cliente” não for aplicável). A pontuação total também varia de 0 a 100.</p> <p><u>Interpretação da pontuação:</u></p> <p>0-49: Nenhum/Baixo esgotamento</p> <p>50-74: Esgotamento moderado</p> <p>75-99: Esgotamento alto</p> <p>100: Esgotamento grave</p>			
<p>Escala de empoderamento no trabalho</p>	<p>É um instrumento psicométrico utilizado para medir o grau de empoderamento psicológico que um indivíduo percebe no seu ambiente de trabalho, o quanto os trabalhadores se sentem capacitados, autônomos e com senso de controle sobre suas tarefas e ambiente.</p> <p>Escala de 12 itens, medindo 3 itens em cada uma das 4 dimensões, a saber: significado (o quanto o trabalho é percebido como valioso e alinhado com os próprios valores), competência (percepção de capacidade, confiança e eficácia pessoal no trabalho), autodeterminação (grau de autonomia e liberdade para executar tarefas e tomar decisões) e o impacto de um</p>	<p>Agrawal A, Gitlin M, Melancon SNT, Booth BI, Ghandhi J, DeBonis K. Responding to a Tragedy: Evaluation of a Postvention Protocol Among Adult Psychiatry Residents. Acad Psychiatry. 2021 Jun;45(3):262-271.</p>	<p>Sim.</p> <p>Schumaker Alexandre MLN, NMC. Translation and cultural adaptation of the Psychological Empowerment Instrument for the Brazilian context. Rev Min Enferm. 2017;21:e-1020.</p>	<p>Spreitzer GM. Psychological empowerment in the workplace: Dimensions, measurement, and validation. Acad Manag J. 1995;38(5):1442-65.</p>

	<p>indivíduo em seu trabalho (percepção de que as próprias ações fazem diferença e impactam a organização).</p> <p><u>Pontuação:</u></p> <p>Utiliza a escala Likert, sendo a mais comum a de 5 pontos.</p> <p>1 Discordo totalmente 2 Discordo 3 Nem discordo, nem concordo 4 Concordo 5 Concordo totalmente</p> <p>Ao final, deve-se somar os pontos dos itens correspondentes a cada dimensão e calcular a média dos itens de cada dimensão ou da escala em geral.</p> <p><u>Interpretação da pontuação:</u></p> <p>Escores mais altos - próximos de 5 ou 7 a depender da escala Likert utilizada - indicam que o trabalhador percebe alto empoderamento naquela dimensão — ou no geral —, ou seja, sente-se mais autônomo, competente, com senso de propósito e capaz de impactar o ambiente de trabalho. Escores mais baixos demonstram percepção de baixo empoderamento, podendo indicar problemas na gestão, baixa autonomia, desalinhamento de valores, insegurança ou falta de influência no trabalho.</p>			
<p>Inventário de <i>Burnout</i> de Maslach para profissionais de saúde - Human Services Survey (MBI-HSS)</p>	<p>O MBI-HSS é composto por 22 itens, organizados em 3 dimensões fundamentais do <i>burnout</i>: 9 itens para Exaustão Emocional (EE) – que é a sensação de estar emocionalmente esgotado e sobrecarregado pelo trabalho; 5 itens para Despersonalização (DP) – que são atitudes cínicas, distantes e impessoais em relação aos pacientes, clientes ou usuários; 8 itens para Realização Profissional Reduzida (RP) - Sentimento de ineficácia, incompetência e falta de realização pessoal no trabalho.</p>	<p>Agrawal A, Gitlin M, Melancon SNT, Booth BI, Ghandhi J, DeBonis K. Responding to a Tragedy: Evaluation of a Postvention Protocol Among Adult Psychiatry Residents. <i>Acad Psychiatry</i>. 2021 Jun;45(3):262-271.</p>	<p>Sim.</p> <p>Carlotto MS, Câmara SG. Validação fatorial da versão brasileira do Maslach <i>Burnout</i> Inventory – Human Services Survey (MBI-HSS). <i>Estud Psicol</i></p>	<p>Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced <i>burnout</i>. <i>J Occup Behav</i>. 1981;2(2):99–113.</p>

	<p><u>Pontuação:</u></p> <p>Baseia-se na frequência, utilizando a escala Likert de 7 pontos (0 a 6):</p> <p>0 - Nunca 1 - Algumas vezes ao ano 2 - Uma vez por mês 3 - Poucas vezes por mês 4 - Uma vez por semana 5 - Poucas vezes por semana 6 - Todos os dias</p> <p>Ao final, deve se somar os pontos de cada dimensão separadamente – não é utilizado um escore total, ou seja, cada dimensão é analisada separadamente.</p> <p><u>Interpretação da pontuação:</u></p> <p>As dimensões: Exaustão Emocional (EE) e Despersonalização (DP), caso resultem em um escore alto, interpreta-se como alto burnout.</p> <p>A dimensão: Realização Profissional (RP), caso resulte em um escore baixo, interpreta-se como alto burnout.</p> <p>Os valores podem variar segundo estudos específicos e normas culturais.</p>	<p>Verweij H, van Ravesteijn H, van Hooff MLM, Lagro-Janssen ALM, Speckens AEM. Mindfulness-Based Stress Reduction for Residents: A Randomized Controlled Trial. J Gen Intern Med. 2018 Apr;33(4):429-436.</p> <p>Thimmapuram J, Pargament R, Sibliss K, Grim R, Risques R, Toorens E. Effect of mindfulness meditation on burnout, emotional wellness, and telomere length in health care professionals. J Community Hosp Intern Med Perspect. 2017 Mar 31;7(1): 21-27.</p>	<p>(Campinas). 2004;21(3):209-17.</p>	
<p>SF-12v1, ou Short-Form 12 Health Survey Versão 1</p>	<p>É um instrumento de autorrelato, desenvolvido como uma versão resumida do SF-36, para ser rápido, prático e confiável, para avaliar a qualidade de vida percebida, especialmente o impacto da saúde física e mental na vida das pessoas.</p> <p>O questionário possui 2 componentes principais – componente físico e mental, explorados através de oito</p>	<p>Agrawal A, Gitlin M, Melancon SNT, Booth BI, Ghandhi J, DeBonis K. Responding to a Tragedy: Evaluation of a Postvention Protocol Among Adult Psychiatry Residents. Acad</p>	<p>Sim.</p> <p>Silveira MF, Almeida JC, Freire RS. Propriedades psicométricas do instrumento de avaliação da qualidade de vida: 12-item health survey (SF-</p>	<p>Ware J, Kosinski M, Keller SD. A 12-Item Short-Form Health Survey: Construction of Scales and Preliminary Tests of Reliability and Validity. Med Care. 1996;34(3):220-33.</p>

	<p>domínios de saúde, a saber: saúde geral, funcionamento físico, papel físico, dor corporal, saúde mental, energia/vitalidade, funcionamento social e papel emocional, através de 12 questões.</p> <p>Pontuação:</p> <p>Varia conforme o item (alguns de 2 pontos, outros de 3, 5 ou 6 pontos). Dessa forma, deve-se calcular a pontuação após as respostas serem transformadas em escores padronizados, de acordo com pesos específicos derivados de modelos estatísticos (cada item contribui com um peso específico para o Componente Físico e/ou para o Componente Mental).</p> <p><u>Interpretação da pontuação:</u></p> <p>No SF-12v1, as pontuações variam de 0 a 100, sendo que quanto maior a pontuação, melhor a percepção da qualidade de vida física (PCS) e mental (MCS). A pontuação média é 50, e pontuações acima de 50 indicam melhor percepção da saúde física ou mental do que a média populacional.</p>	Psychiatry. 2021 Jun;45(3):262-271.	12). Cienc Saude Colet. 2013;18(7):1923-31.	
Inventário de Crescimento Pós-Traumático - Posttraumatic Growth Inventory – PTGI	<p>Trata-se de um instrumento desenvolvido para avaliar as mudanças positivas percebidas pelas pessoas após vivenciarem eventos altamente estressantes ou traumáticos.</p> <p>Possui 21 itens divididos em 5 dimensões, a saber: relacionamento com os outros (valorização maior das relações, mais empatia, amor e proximidade com os outros), novas possibilidades (percepção de surgimento de novas oportunidades, mudanças de caminho na vida), força pessoal (sensação de ser mais forte, resiliente e capaz de enfrentar adversidades.), apreciação da vida (valorização das coisas simples da vida, maior gratidão e consciência da finitude) e mudança espiritual (transformações na espiritualidade, fé, religiosidade ou sentido existencial mais profundo).</p>	Agrawal A, Gitlin M, Melancon SNT, Booth BI, Ghandhi J, DeBonis K. Responding to a Tragedy: Evaluation of a Postvention Protocol Among Adult Psychiatry Residents. Acad Psychiatry. 2021 Jun;45(3):262-271.	Sim. Teixeira RJ, Silva SS, Pereira MG, Maia Á. Adaptação e validação do Posttraumatic Growth Inventory (PTGI) para a população portuguesa e brasileira. Psicol Reflex Crit. 2012;25(2):293-302.	Tedeschi RG, Calhoun LG. The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the positive legacy of trauma. J Trauma Stress. 1996;9(3):455–71.

	<p><u>Pontuação:</u></p> <p>A escala de resposta utilizada foi a do tipo Likert de 6 pontos (0 a 5):</p> <p>0 - Não experimentei essa mudança 1 - Mínima mudança 2 - Pequena mudança 3 - Moderada mudança 4 - Grande mudança 5 - Máxima mudança</p> <p>Soma-se as pontuações das dimensões específicas e também no total.</p> <p><u>Interpretação da pontuação:</u></p> <p>Um escore mais alto representa maior percepção de crescimento pós-traumático, contudo, não existem pontos de corte rígidos, podendo ser comparados dentro de estudos, populações ou antes/após de intervenções.</p>			
<p>Escala de impacto de eventos revisada - Impact of Event Scale – Revised - IES-R</p>	<p>Trata-se de um instrumento utilizado para avaliar o nível de estresse pós-traumático que uma pessoa está vivenciando em relação a um evento específico.</p> <p>Composta por 22 itens que avaliam os sintomas de transtorno do estresse pós traumático - TEPT após um evento estressante por três dimensões: 8 itens de formas intrusivas (pensamentos recorrentes, imagens, pesadelos, flashbacks), 8 itens de evitamento (esforços para evitar pensamentos, sentimentos ou situações) e 6 itens de hiperativação (hipervigilância, irritabilidade, dificuldade de concentração, sustos fáceis).</p> <p><u>Pontuação:</u></p> <p>Utiliza-se da escala Likert de 5 pontos (0 a 4).</p>	<p>Agrawal A, Gitlin M, Melancon SNT, Booth BI, Ghandhi J, DeBonis K. Responding to a Tragedy: Evaluation of a Postvention Protocol Among Adult Psychiatry Residents. Acad Psychiatry. 2021 Jun;45(3):262-271.</p>	<p>Sim.</p> <p>Grassi-Oliveira CM, Furuya VNFN, Schelbauer MC, Santos SEM, Lima ME. Impact of Event Scale – Revised: tradução e adaptação para o português brasileiro. Rev Psiquiatr Rio Gd Sul. 2006;28(1):63-8.</p>	<p>Weiss DS, Marmar CR. The Impact of Event Scale – Revised. In: Wilson JP, Keane TM, editors. Assessing psychological trauma and PTSD. New York: Guilford Press; 1997. p. 399–411.</p>

	<p>0 - Nada 1 - Um pouco 2 - Moderadamente 3 - Bastante 4 - Extremamente</p> <p>Soma-se as pontuações de cada dimensão e no total.</p> <p><u>Interpretação da pontuação:</u> em sua soma total:</p> <p>0–23 Normal (baixo impacto)</p> <p>24–32 Impacto leve a moderado (atenção)</p> <p>33–36 Limítrofe para possível TEPT</p> <p>≥ 37 Alto risco de TEPT clinicamente relevante</p>			
<p>Avaliação do Bem-Estar Emocional - Emotional Wellness Assessment - EWA</p>	<p>Trata-se de uma escala desenvolvida pelos próprios pesquisadores do estudo em questão.</p> <p>A escala possui 11 itens em cada uma das 2 seções. A seção A contém perguntas referentes a atributos positivos (tranquilidade, clareza de metas, concentração, empatia, harmonia, honestidade consigo mesmo, alegria, pensamento positivo, autoconfiança, sono e tolerância), enquanto a seção B contém perguntas referentes a atributos negativos (vícios, raiva, ansiedade, apatia, cinismo, medo, impulsividade, irritabilidade, inveja, estresse, tristeza).</p> <p><u>Pontuação:</u></p> <p>Escala de 1 a 10, sendo que 1 representa o nível mais baixo e 10 o mais alto.</p> <p><u>Interpretação da pontuação:</u></p> <p>Apenas comparativo entre antes e depois da intervenção.</p>	<p>Thimmapuram J, Pargament R, Sibliss K, Grim R, Risques R, Toorens E. Effect of mindfulness meditation on <i>burnout</i>, emotional wellness, and telomere length in health care professionals. J Community Hosp Intern Med Perspect. 2017 Mar 31;7(1):21-27.</p>	Não	<p>Thimmapuram J, Pargament R, Sibliss K, Grim R, Risques R, Toorens E. Effect of mindfulness meditation on <i>burnout</i>, emotional wellness, and telomere length in health care professionals. J Community Hosp Intern Med Perspect. 2017 Mar 31;7(1):21-27.</p>

<p>Penn State Worry Questionnaire</p>	<p>É um questionário de 16 itens usado para avaliar a gravidade da preocupação em adultos. É uma escala de autorrelato que mede o traço de preocupação, um componente central do Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG).</p> <p><u>Pontuação:</u></p> <p>A pontuação é calculada somando as respostas a cada item, que são classificadas em uma escala do tipo Likert de 5 ou 6 pontos (mais comum), dependendo da versão.</p> <p>1 - Discordo totalmente 2 - Discordo fortemente 3 - Discordo 4 - Concordo 5 - Concordo fortemente 6 - Concordo totalmente</p> <p><u>Interpretação da pontuação:</u></p> <p>A faixa de pontuação vai de 16 a 96, e as pontuações podem ser interpretadas em categorias de preocupação: baixa (16-39), moderada (40-59) e alta (60-96).</p>	<p>Verweij H, van Ravesteijn H, van Hooff MLM, Lagro-Janssen ALM, Speckens AEM. Mindfulness-Based Stress Reduction for Residents: A Randomized Controlled Trial. J Gen Intern Med. 2018 Apr;33(4):429-436.</p>	<p>Sim.</p> <p>Mendes AM, Souza ICW, Crippa JAS. Questionário de Preocupação Penn State (PSWQ) – estudo de adaptação e validação para a população brasileira. Rev Bras Ter Cognitivas. 2001;1(1):45–54.</p>	<p>Meyer TJ, Miller ML, Metzger RL, Borkovec TD. Development and validation of the Penn State Worry Questionnaire. Behav Res Ther. 1990;28(6):487–95.</p>
<p>Survey Work-home Interaction NijmeGen - SWING</p>	<p>Trata-se de um questionário de autorrelato desenvolvido para medir a interação entre o trabalho e a vida pessoal/familiar. Ele considera tanto a direção da influência (do trabalho para casa ou de casa para o trabalho – dupla direção) quanto a qualidade dessa influência (se é positiva ou negativa).</p> <p>Possui 22 itens, sendo capaz de medir 4 tipos de interação, a saber: negativa do trabalho à casa, positiva do trabalho à casa, negativa da casa ao trabalho e positiva da casa ao trabalho.</p> <p><u>Pontuação:</u></p>	<p>Verweij H, van Ravesteijn H, van Hooff MLM, Lagro-Janssen ALM, Speckens AEM. Mindfulness-Based Stress Reduction for Residents: A Randomized Controlled Trial. J Gen Intern Med. 2018 Apr;33(4):429-436.</p>	<p>Sim.</p> <p>Oliveira ALB, Pereira AMT. Adaptação e validação da versão brasileira do questionário Work-Home Interaction Nijmegen (SWING). Psicol Reflex Crit. 2009;22(3):474–83.</p>	<p>Geurts SAE, Taris TW, Kompier MAJ, Dikkers JSE, van Hooff MLM, Kinnunen UM. Work-home interaction from a work psychological perspective: Development and validation of the SWING questionnaire. Work Stress. 2005;19(4):319–39.</p>

	<p>Escala do tipo Likert de 7 pontos (0 a 6)</p> <p>0 - Nunca 1 - Quase nunca 2 - Raramente 3 - Às vezes 4 - Frequentemente 5 - Muito frequentemente 6 - Sempre</p> <p><u>Interpretação da pontuação:</u></p> <p>Calcula-se a média dos itens de cada subescala. Quanto maior o escore, maior é a frequência daquela interação (seja ela positiva ou negativa).</p>			
<p>Five-Facet Mindfulness Questionnaire Short Form</p>	<p>É uma versão abreviada do Questionário das Cinco Facetas de Mindfulness (FFMQ), que mede a tendência disposicional para a prática de mindfulness.</p> <p>Ele é composto por 15 itens que avaliam cinco facetas: observar, descrever, agir com consciência, não julgar a experiência interna e não reagir à experiência interna. O estudo original possuía 39 itens.</p> <p><u>Pontuação:</u></p> <p>Utiliza escala Likert de 5 pontos (1 a 5)</p> <p>1 - Nunca ou muito raramente verdadeiro 2 - Raramente verdadeiro 3 - Às vezes verdadeiro, às vezes não verdadeiro 4 - Frequentemente verdadeiro 5 - Muito frequentemente ou sempre verdadeiro</p> <p>Alguns itens são formulados de forma negativa e precisam ter sua pontuação invertida antes de serem somados.</p> <p><u>Interpretação da pontuação:</u></p>	<p>Verweij H, van Ravesteijn H, van Hooff MLM, Lagro-Janssen ALM, Speckens AEM. Mindfulness-Based Stress Reduction for Residents: A Randomized Controlled Trial. J Gen Intern Med. 2018 Apr;33(4):429-436.</p>	<p>Sim. Barros VV, Kozasa EH, Souza ICW, Ronzani TM. Adaptação brasileira do Five Facet Mindfulness Questionnaire. Psicol Reflex Crit. 2014;27(1):87-95.</p>	<p>Baer RA, Carmody J, Hunsinger M. Examining the factor structure of the 39-item and 15-item versions of the Five Facet Mindfulness Questionnaire before and after mindfulness-based cognitive therapy for people with recurrent depression. Psychol Assess. 2012;24(3):791-8.</p>

	Não há um ponto de corte clínico estabelecido; porém, uma pontuação média mais alta indica um nível maior de atenção plena nessa faceta específica.			
Self-Compassion Scale Short Form – SCS-SF	<p>É uma ferramenta de autoavaliação que mede a capacidade de uma pessoa para lidar com o sofrimento pessoal de forma compassiva, ou seja, com bondade, conexão e atenção, através de 6 componentes distintos: autoamabilidade, autoavaliação crítica, humanidade compartilhada, isolamento, atenção plena e superidentificação. É uma versão abreviada da Escala de Autocompaixão original, com apenas 12 itens em vez de 26.</p> <p><u>Pontuação:</u></p> <p>É pontuada em uma escala Likert de 5 pontos (1 a 5).</p> <p>1 - Quase nunca 2 - Raramente 3 - Às vezes 4 - Frequentemente 5 - Quase sempre</p> <p>Os itens que representam os pólos "negativos" (Autoavaliação Crítica, Isolamento e Superidentificação) são pontuados de forma invertida antes do cálculo do escore total.</p> <p><u>Interpretação da pontuação:</u></p> <p>Uma pontuação de 1,0 a 2,49 geralmente indica baixa autocompaixão, 2,5 a 3,5 indica autocompaixão moderada e 3,51 a 5,0 indica alta autocompaixão.</p>	Verweij H, van Ravesteijn H, van Hooff MLM, Lagro-Janssen ALM, Speckens AEM. Mindfulness-Based Stress Reduction for Residents: A Randomized Controlled Trial. J Gen Intern Med. 2018 Apr;33(4):429-436.	Sim. Siqueira L, Ferreira MC. Adaptação e validação da Self-Compassion Scale para o contexto brasileiro. Psicol Teor Pesqui. 2017;33:e33321.	Raes F, Pommier E, Neff KD, Van Gucht D. Construction and factorial validation of a short form of the Self-Compassion Scale. Clin Psychol Psychother. 2011;18(3):250–5.
Mental Health Continuum-Short Form – MHC-SF	<p>Trata-se de um questionário de 14 itens de autorrelato que mede três domínios básicos de bem-estar subjetivo: emocional (3 itens), psicológico (6 itens) e social (5 itens).</p> <p><u>Pontuação:</u></p>	Verweij H, van Ravesteijn H, van Hooff MLM, Lagro-Janssen ALM, Speckens AEM. Mindfulness-Based Stress Reduction for Residents: A Randomized Controlled Trial. J Gen	Sim. Lamers SMA, Glas CAW, Westerhof GJ, Bohlmeijer ET. Feasibility, reliability, and validity of the Mental Health Continuum-Short	Keyes CLM. The subjective well-being of America's youth: Toward a comprehensive assessment. Adolesc

	<p>Escala do tipo likert de 6 pontos (0-5), de acordo com o que experimentou no último mês.</p> <p>0 - Nunca 1 - Uma ou duas vezes 2 - Cerca de uma vez por semana 3 - Cerca de 2 ou 3 vezes por semana 4 - Quase todos os dias 5 - Todos os dias</p> <p>Para cada subescala e para o escore total do MHC-SF, os pontos dos itens correspondentes são somados.</p> <p><u>Interpretação da pontuação:</u></p> <p>A pontuação total varia de 0 a 70, sendo que pontuações mais altas indicam maior bem-estar.</p>	<p>Intern Med. 2018 Apr;33(4):429-436.</p>	<p>Form in Brazil. Psicol Reflex Crit. 2014;27(3):591-601.</p>	<p>Fam Health. 2005;4(1):3-11.</p>
<p>Jefferson Scale of Physician Empathy</p>	<p>É um questionário de autoavaliação, com 20 itens, utilizado para medir a empatia em profissionais de saúde, especialmente em contextos médicos e de cuidados com pacientes. Foi desenvolvida para avaliar a forma como os médicos se sentem em relação aos pacientes, a sua capacidade de se colocar no lugar do outro e de compreender as suas experiências.</p> <p>Possui 3 dimensões: perspectiva empática, cuidado compassivo e capacidade de se colocar no lugar do paciente.</p> <p><u>Pontuação:</u></p> <p>Utiliza-se uma escala Likert de 7 pontos, variando de: 1 = Discordo totalmente → 7 = Concordo totalmente</p> <p>Alguns itens são formulados de maneira negativa e devem ser recodificados na pontuação (inversão).</p> <p><u>Interpretação da pontuação:</u></p>	<p>Verweij H, van Ravesteijn H, van Hooff MLM, Lagro-Janssen ALM, Speckens AEM. Mindfulness-Based Stress Reduction for Residents: A Randomized Controlled Trial. J Gen Intern Med. 2018 Apr;33(4):429-436.</p>	<p>Sim. Costa P, Magalhães E, Costa MJ. Empathy: Adaptation and validation of the Jefferson Scale of Physician Empathy in final-year medical students. Psychol Health Med. 2017;22(9):1128-43.</p>	<p>Hojat M, Mangione S, Nasca TJ, Cohen MJM, Gonnella JS, Erdmann JB, et al. The Jefferson Scale of Physician Empathy: Development and preliminary psychometric data. Educ Psychol Meas. 2001;61(2):349-65.</p>

	Uma pontuação total mais alta indica maior empatia, com um intervalo possível de 20 a 140. Não há pontos de corte específicos.			
World Health Organization Quality of Life - WHOQOL-100	<p>É um instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde - OMS). Possui 100 questões. É um questionário utilizado para avaliar a percepção de qualidade de vida de indivíduos, em diferentes contextos culturais, desenvolvido pelo Grupo WHOQOL da OMS. Ele foi criado com base em uma definição ampla de qualidade de vida, que considera aspectos físicos, psicológicos, sociais e ambientais da vida de um indivíduo, com tempo de referência das duas últimas semanas.</p> <p>Possui 6 domínios principais, 24 facetas e 2 perguntas de saúde geral. 1) Domínio físico (facetas: dor e desconforto; energia e fadiga; sono e descanso), 2) Domínio psicológico (facetas: sentimentos positivos; pensamento, aprendizado, memória e concentração; autoestima; imagem corporal e aparência; sentimentos negativos), 3) Domínio nível de independência (facetas: mobilidade; atividades do dia a dia; dependência de tratamento e medicação; capacidade para o trabalho), 4) Domínio relações sociais (facetas: relações pessoais; apoio social; vida sexual), 5) Domínio meio ambiente (facetas: segurança física e proteção; ambiente do lar; recursos financeiros; acesso e qualidade dos serviços de saúde; transporte; lazer; meio ambiente físico como clima, ruído, poluição; oportunidades de adquirir novas informações e habilidades), 6) Domínio espiritualidade com faceta única envolvendo: espiritualidade, religião e crenças pessoais. Há ainda 2 perguntas de saúde global sobre qualidade de vida em geral e satisfação com a saúde, ajudando a fornecer uma visão panorâmica da percepção da qualidade de vida dos participantes.</p> <p><u>Pontuação:</u></p>	Regazzi ICR. Resiliência, qualidade de vida, concentração de marcador bioquímico de estresse em residentes de medicina submetidos a um programa de eletroacupuntura [tese]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro; 2016. Orientador: Dantas EHM; Coordenador: Barbosa GS.	Fleck MPA, Leal OF, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, Pinzon V. Whoqol-100: características psicométricas da versão brasileira. Rev Bras Psiquiatr. 2000;22(3):178-83.	WHOQOL Group. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. Soc Sci Med. 1995;41(10):1403-9.

	<p>Cada item é respondido em uma escala Likert de 5 pontos, dependendo da pesquisa, podendo pontuar frequência: "Nunca" (1) a "Sempre" (5); intensidade: "Nada" (1) a "Extremamente" (5); satisfação: "Muito insatisfeito" (1) a "Muito satisfeito" (5).</p> <p><u>Interpretação da pontuação:</u></p> <p>Quanto maior o escore, melhor a percepção de qualidade de vida naquela área. Não existem pontos de corte específicos, mas pode-se interpretar em faixas: 0–20 Muito ruim; 21–40 Ruim; 41–60 Regular; 61–80 Boa; 81–100 Muito boa.</p>			
QUEST_Resiliência	<p>É um questionário desenvolvido no Brasil para avaliar a resiliência psicológica — que é a capacidade da pessoa de lidar com dificuldades, estresse e adversidades, mantendo ou recuperando seu equilíbrio emocional e funcional.</p> <p>O instrumento é dividido em 2 partes</p> <p>A primeira parte traz o levantamento sociodemográfico, mapeamento do perfil e histórico do participante (ex: nome, religião, profissão, escolaridade, etc.).</p> <p>A segunda parte traz 72 crenças retiradas da literatura, que devem ser respondidas de acordo com a escala Likert com 4 modalidades de intensidade: raras vezes – 1, poucas vezes – 2, muitas vezes – 3, quase sempre – 4.</p> <p>As 72 crenças que constam na escala agrupam-se em cada um dos oito modelos de crenças determinantes: autocontrole, leitura corporal, análise de contexto, otimismo com a vida, autoconfiança, conquistar e manter pessoas, empatia, sentido da vida.</p> <p>A escala é disponibilizada apenas online, após solicitação e autorização da Sociedade Brasileira de Resiliência – SOBRARE.</p>	<p>Regazzi ICR. Resiliência, qualidade de vida, concentração de marcador bioquímico de estresse em residentes de medicina submetidos a um programa de eletroacupuntura [tese]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro; 2016. Orientador: Dantas EHM; Coorientador: Barbosa GS.</p>	<p>Barbosa GS, Barbosa PA. Brazilian Adult scale of Resilience: QUEST_Resiliência; São Paulo:SOBRARE; 2014.</p>	<p>Questionário nacional. Barbosa GS, Barbosa PA. Brazilian Adult scale of Resilience: QUEST_Resiliência; São Paulo:SOBRARE; 2014.</p>

Fonte: Elaborado pelos autores.

5.1 ESTRATÉGIAS VIRTUAIS

Entende-se por estratégias virtuais aquelas que fazem uso de tecnologias digitais para alcançar seus objetivos, com necessidade de conexão online e dispositivos como computadores e/ou celulares. Nessa revisão foram identificados dois estudos (GUILLE, *et al.*, 2015; NECAMP, *et al.*, 2020) que utilizaram estas estratégias.

O estudo de Guille *et al.* (2015) procurou avaliar a eficácia de um programa de terapia cognitivo-comportamental baseado na *web* (*wCBT*) oferecido antes e durante o primeiro ano de residência, na prevenção de ideação suicida em médicos residentes. De forma análoga, o estudo de Necamp *et al.* (2020) também se utilizou de tecnologia, procurando investigar quando fornecer intervenções digitais via celular (denominados *mHealth*) a indivíduos em ambientes de trabalho estressantes, como o primeiro ano da residência médica, para melhorar seu comportamento e saúde mental, visando três categorias de comportamento: humor, atividade física e sono, com base em pontuações anteriores de humor, contagem de passos e horas de sono.

Como similaridades, esses estudos tiveram como população médicos residentes do primeiro ano de múltiplas especialidades, participando do primeiro estudo (Guille *et al.*, 2015) 199 residentes no total, sendo 16 especificamente da psiquiatria, e no segundo estudo (Necamp *et al.*, 2020) 1565 residentes do primeiro ano, de 42 especialidades diferentes, não sendo informado o número exato dos residentes de psiquiatria.

Ambos os estudos utilizaram como design metodológico o ensaio clínico randomizado, apresentando nível II de qualidade segundo a classificação do *National Health and Medical Research Council (NHMRC)* para a pesquisa quantitativa.

A estratégia de Guille *et al.* (2015) avaliou os sintomas depressivos por meio do instrumento *Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9)*. A intervenção foi realizada com apoio do programa *wCBT, MoodGYM*, que foi desenvolvido pela equipe do *National Institute for Mental Health Research da Australian National University*. O grupo controle apenas recebia informações via e-mail sobre saúde mental.

Já a intervenção proposta por Necamp *et al.* (2020) utilizou a intervenção adaptativa *just-in-time*, pelo aplicativo *mHealth* com notificações *push-up*. Além disso, foram avaliados os escores de humor por meio de avaliações ecológicas momentâneas (EMA) pelo aplicativo *mHealth*, e a contagem de passos e tempo de

sono dos participantes foram coletados por meio do aplicativo *FitBit*. Todos os três dados coletados estavam disponíveis no painel do aplicativo, com a randomização dos participantes para um de quatro tratamentos possíveis: uma semana de notificações de humor, notificações de atividade, notificações de sono ou nenhuma notificação. O “controle”, em termos de comparação, é o resultado das semanas sem notificação.

Ambos os estudos mostraram resultados promissores.

Guille et al. (2015) encontrou que os residentes designados para a *wCBT* tiveram menor probabilidade de endossar a ideação suicida durante o primeiro ano de residência (risco relativo, 0,40; IC95%, 0,17-0,91; $P = 0,03$) em comparação com aqueles designados para a ACG, ou seja, a estratégica foi significativamente associada à redução do desenvolvimento de ideação suicida com 60% menos probabilidade de endossar a ideação suicida durante o ano em comparação com aqueles designados para o grupo controle.

Necamp et al. (2020) identificou que o estado de humor da semana anterior moderou negativamente o efeito das notificações sobre o humor da semana atual, com uma moderação estimada de -0,052 ($P = 0,001$). Ou seja, as notificações tiveram um impacto maior no humor quando os residentes estudados apresentaram um humor deprimido na semana anterior. Da mesma forma, descobriu-se que a contagem de passos da semana anterior moderou negativamente o efeito das notificações de atividade sobre a contagem de passos da semana atual, com uma moderação estimada de -0,039 ($P = 0,01$). O sono da semana anterior moderou negativamente o efeito das notificações de sono sobre o sono da semana atual, com uma moderação estimada de -0,075 ($P < 0,001$). Estima-se que o efeito do tratamento foi positivo quando o moderador foi baixo e negativo quando o moderador foi alto.

No estudo de *Guille et al.* (2015), fatores limitantes recaem sobre a avaliação da ideação suicida por meio de um inventário de autorrelato em vez de uma entrevista diagnóstica como entrevistas clínicas estruturadas; a avaliação da ideação suicida e não do suicídio ou comportamento suicida propriamente ditos, com implicações na inferência para impacto sobre o suicídio de médicos; o número pequeno de residentes da amostra que endossaram a ideação suicida; e ainda há uma fragilidade em generalizar um resultado encontrado em uma instituição acadêmica para hospitais comunitários. No estudo de *Necamp et al.* (2020), as fragilidades recaem sobre o desfecho primário do estudo (valência de humor) ser autorrelatado; ausência de dados

quando da não resposta do usuário; possibilidade de viés de amostragem devido os residentes se autoselecionaram para participar do estudo.

5.2 ESTRATÉGIAS PRESENCIAIS

As estratégias presenciais são aquelas realizadas diretamente, no mundo físico, com necessidade de eventos presenciais e/ou atendimentos em locais físicos. Nessa revisão foram identificados seis estudos (AGRAWAL, *et al.*, 2021; GOLOB, *et al.*, 2018; MARI, *et al.*, 2019; REGAZZI, 2016; THIMMAPURAM, *et al.*, 2017; VERWEIJ, *et al.*, 2018) que utilizaram estas estratégias. Três estudos focaram em mudanças culturais e implementação de mudanças e/ou melhorias dos próprios programas de residência: Golob *et al.* (2018), com um estudo observacional retrospectivo, qualidade nível III-3 – NHMRC; Mari *et al.* (2019) com um estudo de intervenção prospectivo, qualidade nível III-3 – NHMRC e Agrawal *et al.* (2021) com um estudo transversal, qualidade nível IV – NHMRC.

Golob *et al.* (2018) traz a estratégia de um serviço de bem-estar ao residente denominado “*Graduate Medical Education Wellness Center*” (GME) com uma amostra de 332 residentes e *fellows* de múltiplos programas, no qual a universidade ofereceu serviço gratuito e confidencial de aconselhamento presencial para todos os médicos residentes e seus companheiros, além de grupos de apoio, workshops, informações sobre bem-estar e atividades sociais.

Para avaliar esta estratégia, o estudo utilizou uma escala criada pelo serviço para avaliar o sofrimento: *Distress Scale*. Essa escala era aplicada em cada consulta de aconselhamento, com uma métrica que varia de 1 a 5 a depender do grau de sofrimento constatado.

O nível médio de estresse avaliado pelo conselheiro na entrada foi de 4,1 (variação de 1 a 5), sendo a saúde mental a preocupação mais frequente (46,1%), principalmente depressão (19,3%) ou ansiedade (11,5%). Outras queixas principais incluíram relacionamento pessoal (28,6%), carreira (21,7%) e preocupações com a saúde física (2,7%). Os conselheiros encaminharam quase um quarto (22,7%) dos *trainees* para serviços adicionais, como psiquiatria, cuidados primários ou mentoria de carreira. A maioria dos residentes e *fellows* (75,3%) retornou para ≥ 1 consultas de acompanhamento, o que demonstra a aceitação da estratégia e sua importância. Como limitações, o instrumento utilizado partiu de determinações subjetivas dos

conselheiros, e não de diagnósticos médicos ou psiquiátricos formais, limitando-se à pontuação de sofrimento. Também não houve grupo controle.

Neste mesmo esforço de avaliar o esgotamento entre os residentes, identificar áreas para crescimento relacionado ao bem-estar e implementar estratégias de mudança organizacional para reduzir o esgotamento e aumentar o bem-estar, Mari *et al.* (2019) realizou estudo com 39 residentes de psiquiatria, sendo um dos dois únicos trabalhos encontrados que utilizaram apenas residentes dessa especialidade. Os autores utilizaram o *Copenhagen Burnout Inventory (CBI)* e o *feedback* dos residentes por meio de questionários impressos distribuídos durante as reuniões de residentes. Após um ano da implementação, foi realizada uma reavaliação para comparação utilizando a mesma escala.

Houve uma tendência clinicamente significativa através da diferença de cinco pontos ou mais, com base na sugestão do desenvolvedor da escala, de queda no *burnout* em todos os três domínios (pessoal, esgotamento relacionado ao trabalho e relacionamento com cliente/paciente) mas apenas as reduções nas pontuações do CBI no domínio do relacionamento com participantes da turma de 2018 alcançaram significância estatística ($t = 2,98$, $p < 0,05$). Este estudo também não teve grupo controle, com fragilidades para fatores confundidores que têm um impacto significativo no *burnout*, como traços de personalidade, conflitos em casa e dificuldades de relacionamento. O tamanho da amostra foi pequeno e restrito a residentes de psiquiatria de uma instituição, sendo limitantes para generalizações.

Nesta mesma direção de mudanças institucionais, Agrawal *et al.* (2021) procurou avaliar formalmente um protocolo de posvenção de suicídio em um programa de residência com 57 residentes de psiquiatria. Posvenção do suicídio é o conjunto de ações realizadas após uma morte por suicídio com o objetivo de cuidar das pessoas afetadas, reduzir o impacto do evento e prevenir novos adoecimentos psíquicos e outros suicídios. Para avaliar esta intervenção, os residentes foram questionados se os apoios que utilizavam, que seguiam ou não o protocolo de posvenção, foram úteis, em uma escala Likert de 5 pontos. O índice de "apoio relacionado ao protocolo" incluiu seis itens relacionados ao apoio que os residentes recebiam de supervisores e da gestão de riscos. Também foram utilizados a escala de empoderamento no trabalho, o Inventário de *Burnout* de Maslach para profissionais de saúde, avaliação da saúde mental pelo SF-12v1, Inventário de Crescimento Pós-Traumático, escala de impacto de eventos revisada (IES-R).

Os residentes foram significativamente mais propensos a relatar que a resposta do protocolo foi mais útil (média = 3,32; DP = 0,19) do que outros tipos de apoio (média = 2,42; DP = 0,24); $p < 0,01$. A pontuação média de crescimento pós-traumático entre os residentes que relataram suicídio de pacientes foi de 18 (DP = 7,3), o que é considerado um crescimento “baixo” pela literatura. A pontuação média de Transtorno de Estresse Pós-Traumático – TEPT foi de 19,2 (DP = 10,7) entre os residentes que relataram suicídio de pacientes, o que é geralmente considerado “baixo”. O crescimento pós-traumático foi positivamente correlacionado com a subescala de autodeterminação do empoderamento no trabalho ($r = 0,79$, $p = 0,01$), mas não foi associado ao empoderamento no trabalho ou às suas outras subescalas, *burnout* e medidas gerais de saúde.

Como fatores limitantes desse estudo, medidas de autorrelato e o delineamento transversal impedem que inferências causais sejam extraídas das associações relatadas. A pequena amostra do estudo limitou a generalização dos achados e impediu a criação de um grupo controle apropriado. Apesar dessas limitações, o protocolo de posvenção, neste estudo, foi útil para os residentes e potencialmente eficaz na mitigação das consequências psicológicas e profissionais do suicídio de pacientes.

Foram encontrados dois estudos com estratégias de meditação: Verweij *et al.* (2018) em seu ensaio controlado e randomizado, qualidade nível II – NHMRC e Thimmapuram *et al.* (2017) com seu estudo prospectivo do tipo caso-controle não randomizado, qualidade nível III-2 – NHMRC.

Verweij *et al.* (2018) determinou a efetividade da prática de *Midfulness-based stress reduction - (MBSR)* (redução do estresse através do Mindfulness), para reduzir o burnout em residentes. O estudo foi realizado com 148 médicos residentes, sendo 10 da especialidade de psiquiatria, utilizando as diretrizes do programa original de *MBSR*. Houve um grupo controle para comparação que não recebeu a intervenção.

Foram utilizados os instrumentos *Maslach Burnout Inventory-Human Service*, para medir a exaustão emocional; *Penn State Worry Questionnaire*, para aferir a preocupação; *Survey Work-home Interaction NijmeGen*, para avaliar a interferência negativa trabalho-casa e a interferência negativa casa-trabalho; *Five-Facet Mindfulness Questionnaire Short Form* para avaliar as habilidades de atenção plena; *Self-Compassion Scale Short Form* para medir a autocompaixão; *Mental Health*

Continuum-Short Form para avaliar a saúde mental; e *Jefferson Scale of Physician Empathy* para medir a empatia na relação médico-paciente.

Não foi encontrada diferença significativa na medida primária de exaustão emocional entre os dois grupos. No entanto, nas medidas secundárias, o grupo de *MBSR* relatou melhorias significativamente maiores do que o grupo de controle em termos de realização pessoal ($p = 0,028$, $d = 0,24$), preocupação ($p = 0,036$, $d = 0,23$), habilidades de atenção plena ($p = 0,010$, $d = 0,33$), autocompaixão ($p = 0,010$, $d = 0,35$) e tomada de perspectiva (empatia) ($p = 0,025$, $d = 0,33$). Não foram encontrados efeitos para as outras medidas (despersonalização, interferência trabalho-casa, saúde mental positiva, os outros componentes da empatia ou erros médicos). A análise exploratória de moderação mostrou que o resultado da intervenção foi moderado pela gravidade da exaustão emocional na linha de base: aqueles com maior exaustão emocional pareceram se beneficiar mais. Assim, os resultados não corroboraram a eficácia da *MBSR* para reduzir a exaustão emocional dos residentes. No entanto, os residentes com altos níveis de exaustão emocional pareceram se beneficiar da *MBSR*, sobretudo nas medidas secundárias.

Como limitações deste estudo, a autoseleção dos pacientes e a amostra ser de um único hospital em um país europeu (Holanda), dificultam a generalização dos resultados que focaram no pós-intervenção imediato.

Thimmapuram *et al.* (2017) também avaliaram a prática de meditação, especificamente, os efeitos de um programa de "*Meditação Heartfulness*" de 12 semanas sobre *burnout*, bem-estar emocional e comprimento dos telômeros em residentes, com grupo controle composto por membros do corpo docente e enfermeiros. Foram utilizados os formulários da *Maslach Burnout Inventory (MBI)*, *Wellness Assessment (EWA)* e amostras salivares para análise dos telômeros.

O grupo de meditação teve uma redução estatisticamente significativa nos escores médios de "exaustão emocional" e "despersonalização" (26,7-17,9, $p < 0,001$ e 11-7,3, $p < 0,001$, respectivamente), um aumento estatisticamente significativo na pontuação de "realização pessoal" de 37,1 para 39,0 ($p = 0,018$), não havendo alterações significativas no grupo controle. Em comparação com o grupo de meditação, o grupo controle apresentou pontuações ligeiramente mais favoráveis em todas as três categorias do *MBI*, mas essas diferenças não foram estatisticamente significativas. Houve uma mudança estatisticamente significativa em 9 dos 11 atributos da seção A (empatia e tolerância sem significância estatística) e em 10 dos

11 atributos da seção B (tristeza ultrapassou limite de significância estatística) da *EWA* no grupo de meditação, não havendo alterações significativas no grupo controle. A análise dos telômeros foi realizada de acordo com a idade. Não houve nenhuma mudança estatisticamente significativa no comprimento dos telômeros em nenhum dos grupos do estudo ($P = > 0,05$). No entanto, no subconjunto de indivíduos com idade entre 24 e 33 anos, houve um aumento estatisticamente significativo no comprimento dos telômeros nos meditadores ($P = 0,036$, $n = 17$). Esse resultado não foi observado nos indivíduos do grupo controle com a mesma idade ($P = 0,539$, $n = 9$).

Dessa forma, na 12^a semana, ou seja, no final da intervenção, os que meditaram tiveram uma melhora estatisticamente significativa em todas as medidas de *burnout* e em quase todos os atributos da avaliação emocional do bem-estar. O comprimento relativo dos telômeros aumentou com significância estatística no subgrupo mais jovem de meditadores. Os participantes do grupo controle não apresentaram alterações estatisticamente significativas nas pontuações de *burnout* ou bem-estar emocional.

As principais limitações do estudo foram a falta de randomização, com os participantes se inscrevendo no grupo de interesse e a ausência de atividade alternativa oferecida ao grupo controle; única instituição participante e pequeno número de participantes na amostra.

O único estudo nacional encontrado foi a tese de doutorado de Regazzi (2016), em que a pesquisadora mapeou as formas de enfrentamentos do estresse e as condições de resiliência, qualidade de vida e estresse em residentes de medicina submetidos à eletroacupuntura. A amostra foi composta por 134 médicos residentes de diversas especialidades clínicas e cirúrgicas do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UNIRIO). Este estudo também é único nesta seleção por se tratar de uma intervenção física, ainda que minimamente invasiva, propriamente dita. (REGAZZI, 2016)

Seu desenho metodológico é de um estudo experimental do tipo quantitativo, cuja qualidade é III-1 segundo a classificação NHMRC (quantitativa) e III segundo a classificação Daly *et al.* (qualitativa). Este estudo contou com grupo controle. Foram utilizados os instrumentos: *World Health Organization Quality of Life* - WHOQOL100, Quest_resiliência e Avaliação dos níveis salivares da Cromogranina A (CghA).

No grupo experimental, imediatamente antes e após a primeira, quinta e décima intervenções foram coletadas salivas dos participantes (coleta imediata). Os instrumentos do estudo foram respondidos pelos participantes no grupo experimental antes da intervenção e ao término das 10 sessões de eletroacupuntura. No grupo controle que participou apenas de uma roda de conversa, foram aplicados os dois instrumentos no início do estudo

A intervenção promoveu tendência à condição de Equilíbrio de Resiliência diante do Estresse e demonstrou diferença significativa, após as 10 sessões do protocolo de eletroacupuntura utilizando a escala Quest_resiliência. A variável Qualidade de Vida dos Médicos Residentes evidenciou diferença significativa entre a avaliação pré e pós-exposição no Grupo Experimental e entre o Grupo Experimental pós-intervenção e os dados primários do Grupo Controle. A dosagem de Cromogranina A Salivar (Cgha - marcador bioquímico de estresse) apresentou variação significativa no grupo que participou da intervenção ($p < 0,05$).

Como limitação do estudo, os autores destacaram a necessidade de maior número de sessões de acupuntura. Entretanto, é inegável que houve benefícios da estratégia para os participantes.

6 DISCUSSÃO

A presente revisão integrativa identificou estratégias inéditas no público alvo que promoveram a saúde mental e qualidade de vida durante a residência médica no contexto da especialidade de psiquiatria.

As estratégias encontradas se dividiram entre presenciais (AGRAWAL, *et al.*, 2021; GOLOB, *et al.*, 2018; MARI, *et al.*, 2019; REGAZZI, 2016; THIMMAPURAM, *et al.*, 2017; VERWEIJ, *et al.*, 2018) e virtuais (NECAMP, *et al.*, 2020; GUILLE, *et al.*, 2015)

Quase a totalidade dos estudos foram internacionais, sendo a grande maioria dos Estados Unidos da América (6 estudos - AGRAWAL, *et al.*, 2021; GOLOB, *et al.*, 2018; GUILLE, *et al.*, 2015; MARI, *et al.*, 2019; NECAMP, *et al.*, 2020; THIMMAPURAM, *et al.*, 2017), um estudo holandês (VERWEIJ, *et al.*, 2018) e apenas um brasileiro (REGAZZI, 2016), o que mostra como esse tema ainda é pouco estudado em nosso país e precisa ser mais investigado na nossa realidade.

O estudo conduzido por Regazzi, ao avaliar resiliência, qualidade de vida e a concentração de marcadores bioquímicos de estresse em residentes de Medicina submetidos a um programa de eletroacupuntura, destaca-se por ser uma pesquisa conduzida no contexto brasileiro, contribuindo de forma relevante para a produção de evidências nacionais sobre a saúde mental e o bem-estar de médicos residentes em formação e contribui com o debate sobre estratégias viáveis no âmbito do Sistema Único de Saúde, por ter sido realizada em um hospital público.

Com relação à população dos estudos, apenas dois incluíram apenas residentes de psiquiatria (AGRAWAL, *et al.*, 2021; MARI, *et al.*, 2019). Os demais (GOLOB, *et al.*, 2018; GUILLE, *et al.*, 2015; NECAMP, *et al.*, 2020; REGAZZI, *et al.*, 2016; THIMMAPURAM, *et al.*, 2017; VERWEIJ, *et al.*, 2018) tiveram como participantes residentes de psiquiatria e outras especialidades, incluindo especialidades clínicas e cirúrgicas. Em dois estudos, a população alvo foram os residentes do primeiro ano (NECAMP, *et al.*, 2020; GUILLE, *et al.*, 2015). Esse foco foi justificado pelos autores por ser esta uma fase de transição entre a vida de recém-graduado para a de especialização, apontada como uma fase de especial vulnerabilidade para a saúde mental, com aumento significativo de estresse, burnout, sintomas depressivos e ideação suicida. Essa fase da formação médica se correlaciona com alta intensidade e variabilidade diária de estressores, mudanças

rápidas de rotina, privação de sono e oscilações emocionais frequentes. (NECAMP, *et al.*, 2020; GUILLE, *et al.*, 2015)

Esta realidade de maior vulnerabilidade ao adoecimento mental de residentes do primeiro ano é semelhante aos relatos existentes na literatura brasileira, conforme estudo de Carneiro Monteiro *et al.* (2021), que demonstrou maiores taxas de *burnout* entre residentes do primeiro ano, quando comparados aos demais. Dessa forma, acredita-se que a implementação de estratégias de promoção de saúde mental e bem-estar para residentes de psiquiatria brasileiros deve ser ofertada desde o ingresso do programa de residência.

Com relação ao formato da intervenção, dois estudos (NECAMP, *et al.*, 2020; GUILLE, *et al.*, 2015) utilizaram o formato virtual.

Com relação à participação nas intervenções propostas, as estratégias presenciais tiveram taxas de participação que variaram conforme o estudo: 97% dos residentes respondendo a pesquisa (AGRAWAL, *et al.*, 2021), 75,3% dos residentes e fellows voltando para outra consulta (GOLOB, *et al.*, 2018), 61% de respostas das pesquisas (MARI, *et al.*, 2019), 70,9% (REGAZZI, *et al.*, 2016), 17,4% (THIMMAPURAM, *et al.*, 2017) e 12,3% do total de elegíveis (VERWEIJ, *et al.*, 2018). Para os estudos que utilizaram o formato online, a taxa de participação variou de de 40,78% (NeCamp, *et al.* 2020) a 62,2% residentes (Guille *et al.*, 2015). Dessa forma, de modo, as atividades presenciais tiveram taxas de participação maiores que as atividades virtuais. No entanto, uma das atividades virtuais (NeCamp, *et al.* (2020) alcançou um número elevado de participantes (2134 residentes de um total de 5233 convidados) mostrando as possibilidades de alcance desse formato.

Com relação à efetividade das intervenções realizadas dois estudos utilizaram técnicas de meditação, a saber: mindfulness (VERWEIJ *et al.*, 2018) e heartfulness (THIMMAPURAM, *et al.*, 2017)

Verweij *et al.* (2018) procurou determinar a efetividade da redução do estresse em residentes através da prática de *mindfulness*. Os resultados demonstraram que a efetividade foi moderada pela gravidade da exaustão emocional na linha de base, ou seja, aqueles residentes que apresentavam maior prejuízo foram os mais beneficiados, além de melhorias na realização pessoal, preocupações, habilidades de atenção plena, autocompaixão e tomada de perspectiva. Por sua vez, Thimmapuram *et al.* (2017) trouxe importantes resultados a partir de um programa de meditação *heartfulness*, com melhora significativa do *burnout*, em atributos da avaliação de bem-

estar e um aumento no comprimento de telômeros em um subgrupo mais jovem da amostra.

Nesta mesma direção, Eskander *et al.* (2021) conduziram uma revisão sistemática buscando identificar os fatores que influenciavam a efetividade de intervenções de bem-estar para os residentes. Os autores destacam que intervenções de bem-estar tendem a ser mais efetivas quando integradas à estrutura dos programas de residência, em vez de ações isoladas, transformando a cultura organizacional e seu contexto educacional. Afirmam que abordagens prescritivas de cunho obrigatório podem reduzir o engajamento dos residentes, devendo incentivar medidas que reforcem a autonomia e as singularidades dos residentes. (ESKANDER *et al.*, 2021)

A Federação Mundial para a Educação Médica (*World Federation for Medical Education – WFME*), por meio do seu comitê de pós-graduação médica, estabeleceu um referencial a ser utilizado como padrão global para melhorias na qualidade da educação médica, atualmente em sua versão revisada e publicada em 2023. A WFME ressalta a necessidade de que esse documento seja tratado como um guia a ser adaptado às realidades locais culturais, financeiras e populacionais. (WFME, 2023)

Os estudos encontrados dialogam com este documento, focando principalmente na área “médicos em formação”. que aborda questões importantes como a saúde mental dos residentes. Itens específicos relacionados à saúde e bem-estar do médico residente também são citados em outras áreas como em “professores e supervisores clínicos”, demonstrando a necessidade do aprendizado de qualidade estar alinhado a uma formação humana, digna e que respeite os direitos humanos. (WFME, 2023)

A WFME enfatiza a responsabilização por parte dos PRM de prover aos médicos residentes serviços de apoio que sejam acessíveis e confidenciais e que contemplem a saúde física e psicológica, destacando-se aqui o *burnout*. O planejamento deve considerar quais são os suportes de emergência disponíveis no caso de traumas ou crises pessoais, e estabelecer um processo para identificar indivíduos em necessidade de aconselhamento e apoio. Recomenda-se que o desenvolvimento de serviços de apoio deve ser feito em consulta com representantes de médicos residentes que vivenciam os desafios dessa fase. (WFME, 2023)

Ainda segundo a WFME, deve-se também assegurar o bem-estar no local de trabalho, incluindo disponibilidade de comida, bebidas e local de descanso apropriado;

estabelecer a segurança do médico residente no âmbito administrativo e no ambiente de ensino, e como os riscos são tratados, mitigados e monitorados; e ainda evitar que haja tratamentos abusivos de supervisores, de colegas de residência, de administradores, de pacientes e suas famílias e no caso dos mesmos, estabelecer processos para a resolução dos conflitos e suporte jurídico. Além dessas estratégias para coibir tratamentos abusivos, deve promover a resolução de conflitos e apoiar a performance profissional, o desenvolvimento de carreiras, a gestão de recursos financeiros e a disponibilização de suporte jurídico. (WFME, 2023)

O guia também se preocupa com os recursos humanos, frisando que deve existir um adequado número de preceptores e profissionais de outras profissões, pessoal técnico e administrativo, que sejam bem treinados e dedicados. Os preceptores devem ter uma qualificação adequada, serem alocados por grau e experiência, e distribuídas as responsabilidades de ensinar, supervisionar o cuidado aos pacientes, cuidar diretamente do serviço e promover a pesquisa. (WFME, 2023)

Os profissionais do serviço de saúde devem ser envolvidos e esclarecidos sobre sua responsabilidade em ensinar e supervisionar os médicos residentes, além do estabelecimento de código claro de conduta, de regras e do comportamento apropriado esperado. Para assegurar isso, estimula-se que os médicos residentes possam se envolver no desenvolvimento desse código de conduta e na revisão contínua dos mesmos, associado ao monitoramento e educação continuada para os supervisores. (WFME, 2023)

Nessa mesma direção, nos Estados Unidos (EUA), o Conselho de Acreditação para o Ensino Médico de Pós-Graduação (*Accreditation Council for Graduate Medical Education – ACGME*), num esforço para mitigar os níveis alarmantes de problemas de saúde mental em médicos, revisou os requisitos comuns para a residência e *fellowships* de psiquiatria para incluir a subcompetência relacionada ao bem-estar. Essa subcompetência foca tanto na autoconsciência quanto na ajuda mútua e na identificação da mesma entre pares. (HOUSTON *et al.*, 2022).

O ACGME definiu que os programas de residência médica devem ter um ambiente clínico em que os residentes possam aprender as áreas de competência esperadas por meio de uma prática autônoma, supervisionada, segura e com cuidados de alta qualidade aos pacientes. Para tanto, é fundamental que a cultura institucional dos cenários de prática esteja voltada ao ensino e que as percepções dos residentes sejam valorizadas. Esses pré-requisitos foram unificados em um

documento denominado “*Guide to the Common Program Requirements (Residency)*”, com última atualização em 2024. (ACGME, 2024)

Dessa forma, o apoio ao bem-estar do residente é sinalizado como uma responsabilidade fundamental dos programas. Isso inclui formar o corpo docente para reconhecer sinais de sofrimento do residente, fornecer acesso a ferramentas adequadas para autoavaliação e fornecer acesso a avaliação, aconselhamento e tratamento de saúde mental confidenciais e a preços acessíveis. (ACGME, 2024)

Ou seja, além de indicar a necessidade, ainda se preocupa com a acessibilidade e implantação real do que é esperado. Isso pode ser constatado por alguns programas que relatam experiências positivas com programas de assistência a residentes, incluindo acesso a serviços de aconselhamento. (ACGME, 2024; MARI; MEYEN; KIM, 2019)

Enquanto no cenário internacional o debate a respeito da qualidade de vida e promoção da saúde mental do residente já se encontra previsto nos regimentos das entidades responsáveis pela regulamentação dos PRM, no Brasil as iniciativas ainda são incipientes.

Apesar da residência médica ter sido regulamentada no ano de 1977 e as atividades dos médicos residentes em 1981, ainda não existe uma legislação específica sobre as obrigações dos PRM com programas de saúde e bem estar dos residentes. O aumento nos casos de adoecimento mental e suicídio entre médicos residentes tem aquecido esse debate no país. (DELLA SANTA; CANTILINO, 2016) O último avanço veio como decreto de número 12.681 de 2025 que regulamenta o direito à moradia institucional ou auxílio-moradia para aquelas instituições que não dispõem de locais próprios. (BRASIL, 1977, 1981, 2025) No entanto, ainda não temos nenhuma legislação que torne obrigatória a oferta de programas de bem-estar durante as residências em saúde no Brasil.

A matriz de competências para os PRM em psiquiatria publicada na resolução da CNRM nº18, do ano de 2021, se limita a trazer os aspectos técnicos, marcos e habilidades esperadas para cada ano de treinamento especializado, com uma breve menção no parágrafo de objetivos específicos em sua letra “g” sobre: “*implementar a resiliência pessoal e lidar com adversidades*”. No entanto, não discorre a respeito de como tal habilidade será conquistada, tampouco sobre as responsabilidades dos programas e instituições que se propõem à formação. (BRASIL, 2021)

A Carta de Porto Alegre, documento elaborado a partir da 1ª Conferência Nacional de Residência Médica da Associação Brasileira de Psiquiatria, realizada em outubro de 2021, trouxe deliberações a partir da proposta de discutir a qualidade do ensino, critérios, avaliações e perspectivas futuras. (ABP, 2021) Em seu item 16 traz a preocupação com a saúde mental durante a residência médica, enfatizando a importância na formação do residente, na saúde pública e na segurança do paciente. Indica temas fundamentais a serem abordados durante a formação, a saber: importância da empatia, busca de estabilidade emocional e responsabilidade pelo autocuidado, e ainda a necessidade de preparar o egresso para desenvolver capacidade de reflexão e identificar estratégias saudáveis de enfrentamento na escuta em equipe. (ABP, 2021)

Ainda que tenha sido um avanço ao trazer a importância da comunicação e da empatia, a Carta de Porto Alegre novamente não define qual a responsabilidade e compromisso dos PRM e instituições na promoção da saúde mental e bem-estar do residente. Embora aponte a necessidade de “identificar estratégias de enfrentamento”, não desenvolve quais seriam as formas para serem alcançadas e os responsáveis por tais ações..

Nesta direção, Carneiro Monteiro *et al.* (2021) em estudo transversal com 87 residentes de psiquiatria de um programa do sul do Brasil, que utilizou o *Maslach Burnout Inventory (MBI)* e o *Work Environment Evaluation Instrument (WEEI)*, demonstrou que dos 55 residentes que aceitaram participar, 83.3% possuíam critérios para a síndrome de *Burnout*. Mais importante ainda, as interações com a preceptoria, com a instituição e entre os residentes estavam todas relacionadas com as dimensões de exaustão emocional e despersonalização. Portanto, os autores concluem que intervenções destinadas a melhorar a qualidade das relações dentro das instituições podem reduzir os índices de esgotamento e problemas de saúde mental em médicos e outros profissionais de saúde.

Em revisão sistemática e metanálise de 2020, Zhou *et al.* procuraram identificar quais eram os fatores associados ao estresse e *burnout* em médicos residentes, a partir de 48 estudos, numa amostra total de 36.266 indivíduos. As exigências de trabalho do médico residente foram associadas a um aumento de quase 3 vezes na chance de desenvolver estresse/*burnout* (OR, 2,84; IC 95%, 2,26-3,59), seguida por preocupações com o atendimento ao paciente (OR, 2,35; IC 95%, 1,58-3,50), ambiente de trabalho inadequado (OR, 2,06; IC 95%, 1,57-2,70) e equilíbrio

inadequado entre vida profissional e pessoal (OR, 1,93; IC 95%, 1,53-2,44). Dessa forma, foi identificada uma maior associação entre fatores no local de trabalho e estresse/*burnout* em comparação com fatores não modificáveis e não relacionados ao trabalho, destacando a necessidade da melhora do ambiente de trabalho na prevenção desses acometimentos. (ZHOU *et al.*, 2020)

Os resultados de Zhou *et al.* (2020) indicam que o *burnout* em médicos residentes está fortemente associado a fatores do ambiente de trabalho. Na residência médica, esse ambiente também é o principal espaço de ensino e aprendizagem. Assim, condições inadequadas de trabalho afetam não apenas a saúde mental dos residentes, mas também a qualidade do processo formativo e do aprendizado clínico.

Nordquist *et al.* (2019) defendem que é fundamental o aprendizado em um ambiente clínico adequado, onde o trabalho assistencial e o contexto educacional estão integrados e funcionam de forma equilibrada. Trata-se de um ambiente educacional seguro no qual o residente possui segurança psicológica, sente-se respeitado e ouvido, conseguindo aprender, errar, perguntar e receber *feedbacks* construtivos e regulares, sem humilhações, punições e retaliações e com o foco em promover a aprendizagem significativa, seu bem-estar e desenvolvimento profissional. Por sua vez, Gruppen *et al.* (2019) propõem uma estrutura conceitual bidimensional para o ambiente educacional: a psicossocial e a material. Na dimensão psicossocial se encontram os componentes pessoal (como formação de identidade, resiliência, bem-estar, crescimento pessoal), social (como construção de relacionamento com outros indivíduos, interações com os pacientes) e organizacional (como definição de regras do serviço, cultura organizacional, recursos curriculares e estruturais). Na dimensão material se encontram os componentes dos espaços físico e virtual (como adequação do espaço físico para aprendizado de atividades práticas e o ambiente virtual para aprendizado online).

Henry *et al.* indicam que quando o ambiente de aprendizado está funcionando bem, ele fornece apoio tanto para a aprendizagem dos residentes como para melhorar o cuidado ao paciente. Assim, defende que a aquisição de conhecimento vem através da formação de sentido das experiências vivenciadas. No entanto, os autores apontam a existência de barreiras a esse processo, sendo as mais importantes as dificuldades no estabelecimento de relações efetivas entre residentes e preceptores e falhas no *feedback* decorrente dessas interações. Condições de trabalho e institucionais inadequadas associadas à falta de suporte ao residente e

tempo insuficiente para aprendizado também são fatores que prejudicam o processo de ensino-aprendizagem. (HENRY; WEST, 2019)

Tanto o guia europeu (*WFME*), quanto as recomendações americanas (*ACGME*) defendem que cada indivíduo deve saber de forma clara suas responsabilidades e como sua função é essencial para o crescimento do programa de ensino e a formação de profissionais de saúde qualificados para a sociedade, chamando programas e instituições à sua responsabilidade de não apenas ensinar, mas de cuidar do residente, incluindo a qualidade do ambiente clínico de aprendizado.

Todos os estudos encontrados nesta pesquisa mostraram benefícios na produção de saúde mental, não sendo encontradas diferenças entre os formatos presencial e virtual, podendo ambas serem opções viáveis. Com relação à viabilidade e sustentabilidade das intervenções, os artigos se limitam a relatar que as estratégias são disponíveis, acessíveis e de baixo custo por serem online ou por não envolverem tecnologia de alta complexidade. Contudo, essas afirmativas ficam prejudicadas por não trazerem dados específicos como tabelas com os custos, número e descrição da necessidade de recursos humanos e detalhamento dos materiais utilizados para as intervenções. Dessa forma, inferências com relação à viabilidade de implementação e adaptações para outros países como o Brasil ficam prejudicadas pela falta de dados. Assim, estudos que avaliem estratégias para a promoção da saúde mental de residentes de psiquiatria podem contribuir com evidências para o cenário nacional e apoiar os PRM brasileiros.

Apesar dos resultados encontrados, os estudos apresentaram fragilidades metodológicas que devem ser consideradas, sendo as principais a amostra reduzida de participantes, pequeno número de instituições avaliadas, avaliação de sinais e sintomas por autorrelato, possibilidade de viés de amostragem pelo fato dos residentes se autoseleccionarem para participar do estudo e carência de resultados de longo prazo. O grau de qualidade ficou entre o nível II e IV da escala NHMRC para estudos quantitativos e nível III da escala Daly *et al.* para estudos qualitativos, não sendo encontrados estudos de nível I. Essas limitações acabam por reduzir as generalizações e inferências de seus resultados.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A necessidade da formação de profissionais médicos especialistas preparados para lidar com as demandas da sociedade brasileira já é reconhecida de longa data, inclusive sendo descrita na Lei Orgânica da Saúde de número 8080 do ano 1990, quando do estabelecimento do SUS, sobre o papel deste sistema na formação de recursos humanos.

Entretanto, a atenção com a qualidade da formação desse profissional por muito tempo se limitou às questões puramente de habilidades técnicas, deixando os componentes de humanização e de sensibilidade aos cuidados de bem-estar dos educandos nessa fase de aprendizado em segundo plano. (LEUNG *et al.*, 2024)

Embora todos os programas de residência médica possuam seus desafios e possam potencialmente se beneficiar das estratégias, sabe-se das singularidades do PRM em psiquiatria, no qual os residentes se deparam com temas sensíveis como suicídio, pacientes difíceis, traumas vicários, contato com situações de agressividade. A literatura científica vem trazendo dados alarmantes com relação ao sofrimento mental dos residentes de psiquiatria, sendo necessárias ações imediatas para mitigação de possíveis consequências. (CARNEIRO MONTEIRO *et al.*, 2020)

Neste estudo, foram encontradas estratégias de promoção de saúde mental e bem-estar ao residente de psiquiatria nos âmbitos presencial e remoto, de forma individual, coletiva e institucional. As intervenções remotas se concentraram em ferramentas cujo acesso à rede de internet se faz necessário, através de celulares e computadores, realizando terapia cognitiva comportamental para prevenção de suicídio e intervenções através de aplicativo de *smartphone* em momentos estratégicos do dia para melhoria da saúde mental e comportamento. Já as intervenções presenciais cuja presença do residente no local da intervenção é imprescindível, focaram em estratégias de serviço de bem-estar ao médico residente, estratégias de mudança organizacional, protocolo de pósvenção ao suicídio, práticas de meditação como *heartfulness* e *mindfulness* e eletroacupuntura.

Embora os estudos tragam que as intervenções encontradas são de baixo custo e fácil acessibilidade, os trabalhos não mostram dados específicos como valores financeiros e traduzem uma realidade que muitas vezes não é encontrada em países como o Brasil. Além disso, as estratégias que focam apenas em mudanças de

comportamento ou intervenções individuais podem causar uma pressão adicional ao residente, descaracterizando e minimizando a responsabilidade dos programas.

Estudar a respeito do sofrimento mental e da qualidade de vida do médico residente de psiquiatria em nosso país é urgente, visto se tratar de recorte raro na literatura científica nacional, com poucas pesquisas, quando compara-se com outros países.

A partir dos resultados dos estudos analisados na presente revisão integrativa e das recomendações de órgãos reguladores de outros países, acreditamos que fornecer apoio psicológico e pedagógico aos residentes de psiquiatria de forma institucional trará benefícios para os residentes e a população, alcançando um caráter ético e humanístico.

É necessária conscientização entre os gestores de políticas públicas, supervisores e instituições formadoras de residência médica para que possamos mudar esse panorama. Assim, este trabalho pode contribuir com a formulação de políticas públicas que pautam o cuidado nos espaços de formação de profissionais de saúde, estando em consonância com o escopo da Saúde Coletiva de formar profissionais capazes, ativos, mentalmente sadios e que possam atender às expectativas da sociedade.

REFERÊNCIAS

ACCREDITATION COUNCIL FOR GRADUATE MEDICAL EDUCATION (ACGME). *Guide to the Common Program Requirements (Residency)*. Version 4.1; updated March 2024. Chicago: ACGME, 2024. Disponível em: <https://www.acgme.org/globalassets/pdfs/cpr/cprguide.pdf>. Acesso em: 19 abr. 2024.

ALKHAMEES, Abdulmajeed A. *et al.* Burnout and depression among psychiatry residents during COVID-19 pandemic. *Human resources for health*, v. 19, n. 1, p. 46, 2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33823857/>. Acesso em: 16 abr. 2024.

AMARANTE, P.; NUNES, M. A reforma psiquiátrica no SUS e a constituição da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, n. 6, p. 1933-1944, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/Y6fLjJd5Jy7EDJqTjNPr5kW/>. Acesso em: 16 nov. 2025.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA (ABP). *Carta de Porto Alegre*. In: I Conferência Nacional de Residência Médica da Associação Brasileira de Psiquiatria; XXXVIII Congresso Brasileiro de Psiquiatria; 2021; Porto Alegre, RS, Brasil. Rio de Janeiro: ABP, 2021. Disponível em: https://www.abp.org.br/_files/ugd/e0f082_9b60edaafe3a4710973e45d6b7d61709.pdf. Acesso em: 19 abr. 2024.

AGRAWAL, A.; GITLIN, M.; MELANCON, S. N. T.; BOOTH, B. I.; GHANDHI, J.; DEBONIS, K. Responding to a tragedy: evaluation of a postvention protocol among adult psychiatry residents. *Academic Psychiatry*, v. 45, p. 493-498, 2021. DOI: 10.1007/s40596-021-01449-w. Acesso em: 19 abr. 2024.

ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA (AMB); FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO (FMUSP). *Panorama da residência médica: oferta, evolução e distribuição de vagas (2018-2024)*. São Paulo: AMB, 2024. Disponível em: https://amb.org.br/wp-content/uploads/2025/02/RM_DemografiaMedica.pdf. Acesso em: 12 out. 2025.

BALDAÇARA, L. R. *et al.* Matriz de competências em psiquiatria. *Debates em Psiquiatria*, v. 12, p. 1-24, 2022. Disponível em: <https://revistardp.org.br/revista/article/view/350?articlesBySameAuthorPage=1>. Acesso em: 16 abr. 2024.

BARMAN, R.; KABLINGER, A. Prevalence of trauma-and stress-related symptoms in psychiatrists and trainees following patient suicide in the United States. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, v. 56, p. 1283-1288, 2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33415406/>. Acesso em: 17 abr. 2024.

BRASIL. Decreto nº 11.999, de 17 de abril de 2024. Dispõe sobre a Comissão Nacional de Residência Médica e sobre o exercício das funções de regulação, supervisão e avaliação dos programas de residência médica e das instituições que os ofertem. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 18 abr. 2024. Disponível em:

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2024/decreto/D11999.htm. Acesso em: 8 fev. 2026.

BRASIL. Decreto nº 12.681, de 20 de outubro de 2025. Regulamenta o art. 4º, §5º, inciso III, da Lei nº 6.932, de 7 de julho de 1981, que dispõe sobre a moradia para médicos residentes. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 21 out. 2025. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/2025/decreto-12681-20-outubro-2025-798161-publicacaooriginal-176774-pe.html>. Acesso em: 16 nov. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Departamento de Regulação Assistencial e Controle. *Curso I: Regulação de Sistemas de Saúde do SUS – módulo 1: Política Nacional de Regulação do SUS* [recurso eletrônico]. 1. ed. revisada. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. 30 p.: il. Modo de acesso: World Wide Web: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/modulo1_politica_nacional_regulacao_sus.pdf. Acesso em: 8 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Educação. Matrizes de Competências. 2022. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/publicacoes-para-professores/30000-uncategorised/71531-matrizes-de-competencias-aprovadas-pela-cnrm>. Acesso em: 17 abr. 2024.

BRASIL. Ministério da Educação. Residência Médica. Disponível em: <https://www.gov.br/mec/pt-br/residencia-medica>. Acesso em: 12 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Superior. *Resolução CNRM n. 18, de 6 de julho de 2021. Aprova a matriz de competências dos programas de Residência Médica em Psiquiatria no Brasil*. Diário Oficial da União, Brasília, 7 jul. 2021, Seção 1, p. 456. Disponível em: <https://www.gov.br/mec/pt-br/residencia-medica/crm/2021/resolucao-cnrm-no-18-de-6-de-julho-de-2021-resolucao-cnrm-no-18-de-6-de-julho-de-2021-dou-imprensa-nacional.pdf>. Acesso em: 19 abr. 2024.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto n.80.281, de 5 de setembro de 1977. Regulamenta a Residência Médica, cria a Comissão Nacional de Residência Médica e dá outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1970-1979/d80281.htm. Acesso em: 21 abr. 2024.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei n.6.932, de 7 de julho de 1981. Dispõe sobre as atividades do médico residente e dá outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l6932.htm. Acesso em: 22 abr. 2024.

BRASIL. *Saúde Mental em Dados: edição nº 13, fevereiro de 2025*. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Especializada à Saúde – SAES, 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-mental/saude-mental-em-dados/saude-mental-em-dados-edicao-no-13-fevereiro-de-2025>. Acesso em: 08 fev. 2026.

BRENNER, Adam M. *et al.* An update on trainee wellness: some progress and a long way to go. *Academic Psychiatry*, v. 43, p. 357-360, 2019. Disponível em:

<https://link.springer.com/article/10.1007/s40596-019-01082-2>. Acesso em: 22 abr. 2024.

BRENNER, A. M. *et al.* Training as a psychiatrist when having a psychiatric illness. *Academic Psychiatry*, v. 42, p. 592-597, 2018. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s40596-018-0963-x>. Acesso em: 21 abr. 2024.

BROWN, K. H. *et al.* *Burnout* Among Psychiatry Residents and One Program's Approach to Creating a Culture of Wellness. *The Permanente Journal*, v. 27, n. 2, p. 137, 2023. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37211881/>. Acesso em: 21 abr. 2024.

CARNEIRO MONTEIRO, G. M. *et al.* Psychiatric symptoms, *burnout* and associated factors in psychiatry residents. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, v. 43, p. 207-216, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/trends/a/95r4hW8qDQbKP9NvnmBzYtF/>. Acesso em: 22 abr. 2024.

CARNEIRO MONTEIRO, G. M.; PASSOS, I. C.; BAEZA, F. L. C.; HAUCK, S. *Burnout* in psychiatry residents: the role of relations with peers, preceptors, and the institution. *Brazilian Journal of Psychiatry*, Rio de Janeiro, v. 42, n. 2, p. 226–227, mar.–abr. 2020. DOI: 10.1590/1516-4446-2019-0797 Acesso em: 19 abr. 2024.

CHAN, M. K.; CHEW, Q. H.; SIM, K.. *Burnout* and associated factors in psychiatry residents: a systematic review. *International journal of medical education*, v. 10, p. 149, 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31381505/>. Acesso em: 21 abr. 2024.

CHEW, Q. H.; CLELAND, J.; SIM, K. *Burnout* and relationship with the learning environment among psychiatry residents: a longitudinal study. *BMJ open*, v. 12, n. 9, p. e060148, 2022. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36123086/>. Acesso em: 21 abr. 2024.

CORSELLO, A.; PEGORARO, F.; SPATUZZO, M.; SANTANGELO, A. Will artificial intelligence improve residents' quality of life without compromising healthcare quality? A pediatric point-of-view. *Italian Journal of Pediatrics*, v. 51, art. 280, 01 out. 2025. DOI: 10.1186/s13052-025-02073-w. Acesso em: 16 nov. 2025.

DALY, J.; WILLIS, K.; SMALL, R.; GREEN, J.; WELCH, N.; KEALY, M.; HUGHES, E. A hierarchy of evidence for assessing qualitative health research. *Journal of Clinical Epidemiology*, v. 60, n. 1, p. 43-49, jan. 2007. DOI: 10.1016/j.jclinepi.2006.03.014. Acesso em: 21 abr. 2024.

DELLA SANTA, N.; CANTILINO, A. Suicídio entre médicos e estudantes de medicina: revisão de literatura. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 40, n. 4, p. 772–780, 2016. DOI: 10.1590/1981-52712015v40n4e00262015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/6pV5WNgJDKfsTGp9RZ5Cnf/?lang=pt>. Acesso em: 10 fev. 2026.

ESKANDER, J.; RAJAGURU, Praveen P.; GREENBERG, Paul B. Evaluating Wellness Interventions for Resident Physicians: A Systematic Review. *Journal of Graduate Medical Education*, v. 13, n. 1, p. 58–69, fev. 2021. DOI: 10.4300/JGME-D-20-00359.1. Acesso em: 16 nov. 2025.

GOLOB, A.; BESTE, L. A.; STERN, M.; JOHNSON, K. Emotional distress among physician residents and fellows: an observational study of trainees seeking counseling visits. *Academic Psychiatry*, v. 42, p. 109-115, 2018. DOI: 10.1007/s40596-017-0838-5. Acesso em: 19 abr. 2024.

GRUPPEN, L. D.; IRBY, D. M.; DURNING, S. J.; MAGGIO, L. A. Conceptualizing learning environments in the health professions. *Academic Medicine*, v. 94, n. 7, p. 969–974, jul. 2019. DOI: 10.1097/ACM.0000000000002702. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30870148/>. Acesso em: 19 abr. 2024.

GUILLE, C. *et al.* Web-based cognitive behavioral therapy intervention for the prevention of suicidal ideation in medical interns: a randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, v. 72, n. 12, p. 1192-1198, dez. 2015.

HENRY, D.; WEST, D. C. The Clinical Learning Environment and Workplace-Based Assessment: Frameworks, Strategies, and Implementation. *Pediatric Clinics of North America*, v. 66, n. 4, p. 839–854, ago. 2019. DOI: 10.1016/j.pcl.2019.03.010 Acesso em: 19 abr. 2024.

HOUSTON, L. J. *et al.* Challenges of assessing resident competency in well-being: development of the Psychiatry Milestones 2.0 well-being subcompetency. *Academic Medicine*, v. 97, n. 3, p. 351-356, mar. 2022. DOI: 10.1097/ACM.0000000000004220. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000004220>. Acesso em: 19 abr. 2024.

KIM, H. *et al.* Psychiatry trainee welfare—from words to action. *Australasian Psychiatry*, v. 27, n. 3, p. 212-214, 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30293442/>. Acesso em: 18 abr. 2024.

LEFEBVRE, Dennis C. Resident physician wellness: a new hope. *Academic Medicine*, v. 87, n. 5, p. 598–602, 2012. DOI: 10.1097/ACM.0b013e31824d47ff. Acesso em: 16 nov. 2025.

LEUNG, J.; TAO, B.; BINDA, D. D.; BAKER, M. B.; JHAVERI, A.; NORRIS, M. C. *Residency Wellness: A Historical Narrative Review*. *Journal of Surgical Education*, v. 81, n. 12, p. 103294, dez. 2024. DOI: 10.1016/j.jsurg.2024.09.013. Acesso em: 8 fev. 2026.

MANSUKHANI, Meghna P.; KOLLA, Bhanu Prakash; SURANI, Salim; VARON, Joseph; RAMAR, Kannan. Sleep deprivation in resident physicians, work hour limitations, and related outcomes: a systematic review of the literature. *Postgraduate Medicine*, v. 124, n. 4, p. 241-249, jul. 2012. DOI: 10.3810/pgm.2012.07.2583. Acesso em: 16 nov. 2025.

MARI, S.; MEYEN, R.; KIM, B. Resident-led organizational initiatives to reduce *burnout* and improve wellness. *Academic Psychiatry*, v. 43, p. 386-389, 2019. DOI: 10.1007/s40596-019-01047-9. Acesso em: 19 abr. 2024.

MARTINS, L. A. N. Residência médica: estresse e crescimento. Casa do Psicólogo, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbp/a/N3qH4kzSmnJ3zRGLQH3m4tH/>. Acesso em: 19 abr. 2024.

MORAN, A. M.; COYLE, J.; POPE, R.; BOXALL, D.; NANCARROW, S. A.; YOUNG, J. Supervision, support and mentoring interventions for health practitioners in rural and remote contexts: an integrative review and thematic synthesis of the literature to identify mechanisms for successful outcomes. *Human Resources for Health*, v. 12, art. 10, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1186/1478-4491-12-10>. Acesso em: 19 abr. 2024.

NATIONAL HEALTH AND MEDICAL RESEARCH COUNCIL. NHMRC additional levels of evidence and grades for recommendations for developers of guidelines. Canberra; 2009.

NECAMP, T.; SEN, S.; FRANK, E.; WALTON, M. A.; IONIDES, E. L.; FANG, Y.; TEWARI, A.; WU, Z. Assessing real-time moderation for developing adaptive mobile health interventions for medical interns: micro-randomized trial. *Journal of Medical Internet Research*, v. 22, n. 3, art. e15033, 2020. DOI: 10.2196/15033. Acesso em: 10 ago. 2025.

NORDQUIST, J.; HALL, J.; CAVERZAGIE, K.; SNELL, L.; CHAN, M.; THOMA, B.; RAZACK, S.; PHILIBERT, I. The clinical learning environment. *Medical Teacher*, v. 41, n. 4, p. 366–372, abr. 2019. DOI: 10.1080/0142159X.2019.1566601. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30880530/>. Acesso em: 10 ago. 2025.

PAGE, MJ; McKenzie, JE; Bossuyt, PM; Boutron, I; Hoffmann, TC; Mulrow, CD; *et al.* (2021) The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *PLoS Med* 18(3): e1003583. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003583> Acesso em: 10 ago. 2025.

PAIM, JS; TRAVASSOS, CMR; ALMEIDA, CM; BAHIA, L; MACINKO, J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *The Lancet*, v. 377, n. 9779, p. 1778-1797, 2011. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(11\)60054-8](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(11)60054-8). Acesso em: 16 nov. 2025.

PRISMA 2020 Checklist. Disponível em: https://static1.squarespace.com/static/65b880e13b6ca75573dfe217/t/67ad313f1c80aa5235fce0d0/1739403584136/PRISMA_2020_checklist.pdf. Acesso em: 10 ago. 2025.

PROSPERO. International prospective register of systematic reviews. Disponível em: <https://www.crd.york.ac.uk/prospero/> Acesso em: 10 ago. 2025.

RAYYAN. Intelligent systematic review. Disponível em: <https://rayyan.ai> Acesso em: 10 ago. 2025.

RATAN SK, Anand T, Ratan J. Formulation of Research Question - Stepwise Approach. *J Indian Assoc Pediatr Surg.* 2019 Jan-Mar;24(1):15-20. doi: 10.4103/jiaps.JIAPS_76_18. PMID: 30686882; PMCID: PMC6322175. Acesso em: 10 ago. 2025.

REGAZZI, I. C. R. Resiliência, qualidade de vida, concentração de marcador bioquímico de estresse em residentes de medicina submetidos a um programa de eletroacupuntura. 2016. 151 f. Tese (Doutorado em Enfermagem e Biociências) – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2016.

SEPHIEN, A.; RELJIC, T.; JORDAN, J.; PRIDA, X.; KUMAR, A. Resident duty hours and resident and patient outcomes: systematic review and meta-analysis. *Medical Education*, v. 57, n. 3, p. 221-232, mar. 2023. DOI: 10.1111/medu.14943. Acesso em: 16 nov. 2025.

SILVA, Ana Paula da; OLIVEIRA, Maria de Fátima de; SANTOS, Luiz Carlos. Processo de trabalho na residência médica: a subordinação do ensino-aprendizagem à exploração da força de trabalho dos residentes. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 317-336, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/mbGF5Qq7jmTSzTkWdgmsk9c/>. Acesso em: 25 jan. 2026.

SOUZA, M. T. de; SILVA, M. D. da; CARVALHO, R. de. Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein (São Paulo)*, v. 8, p. 102-106, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/eins/a/ZQTBkVJZqcWrTT34cXLjtBx/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 22 abr. 2024.

THIMMAPURAM, J.; PARGAMENT, R.; SIBLISS, K.; GRIM, R.; RISQUES, R.; TOORENS, E. Effect of mindfulness meditation on *burnout*, emotional wellness, and telomere length in health care professionals. *Journal of Community Hospital Internal Medicine Perspectives*, v. 7, n. 1, p. 21–27, 2017. DOI: 10.1080/20009666.2016.1270806. Acesso em: 10 ago. 2025.

VERWEIJ, H.; VAN RAVESTEIJN, H.; VAN HOOFF, M. L. M.; LAGRO-JANSSEN, A. L. M.; SPECKENS, A. E. M. Mindfulness-based stress reduction for residents: a randomized controlled trial. *Journal of General Internal Medicine*, v. 33, n. 4, p. 429-436, 2018. DOI: 10.1007/s11606-017-4249-x. Acesso em: 10 ago. 2025.

WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. The integrative review: updated methodology. *Journal of advanced nursing*, v. 52, n. 5, p. 546-553, 2005. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16268861/>. Acesso em: 22 abr. 2024.

WOOD, Elena A.; EGAN, Sarah C.; ANGE, Brittany; GARDUNO, Humberto; WILLIAMS, David R.; WYATT, Tasha R. Association of Self-Reported *Burnout* and Protective Factors in Single Institution Resident Physicians. *Journal of Graduate Medical Education*, v. 12, n. 3, p. 284-290, 2020. DOI: 10.4300/JGME-D-19-00645.1.

WORLD FEDERATION FOR MEDICAL EDUCATION (WFME). Global standards for quality improvement of postgraduate medical education: the 2023 revision. WFME,

2023. Disponível em: <https://www.webfepafem-pafams.org/wp-content/uploads/2023/01/WFME-Standards-for-PGME-2023.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2025

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Comprehensive mental health action plan 2013–2030. Geneva: World Health Organization, 2021. ISBN 9789240031029. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240031029>. Acesso em: 16 nov. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Implementing the global framework on well-being at country level: policy pathways. Geneva: WHO, 2025. ISBN 978-92-4-011277-3. Disponível em: <https://iris.who.int/handle/10665/382031>. Acesso em: 16 nov. 2025.

ZHOU, A. Y.; PANAGIOTI, M.; ESMAIL, A.; AGIUS, R.; VAN TONGEREN, M.; BOWER, P. Factors associated with *burnout* and stress in trainee physicians: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Network Open*, v. 3, n. 8, art. e2013761, ago. 2020. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2020.13761. Acesso em: 10 ago. 2025.

ZISOOK, S.; BALON, R.; BJÖRKSTEN, K. S.; EVERALL, I.; DUNN, L.; GANADJIAN, K.; JIN, H.; PARIKH, S.; SCIOLLA, A.; SIDHARTHA, T.; YOO, T. Psychiatry residency training around the world. *Academic Psychiatry*, v. 31, n. 4, p. 309–325, jul./ago. 2007. DOI: <https://doi.org/10.1176/appi.ap.31.4.309>. Acesso em: 12 out. 2025.

Mental health promotion and quality of life of psychiatry residents - an integrative review

Fellipe Oliveira Melo, Isabela Nunes Mataragia, Sheyla Ribeiro Rocha

To enable PROSPERO to focus on COVID-19 submissions, this registration record has undergone basic automated checks for eligibility and is published exactly as submitted. PROSPERO has never provided peer review, and usual checking by the PROSPERO team does not endorse content. Therefore, automatically published records should be treated as any other PROSPERO registration. Further detail is provided [here](#).

Citation ¹ change

Fellipe Oliveira Melo, Isabela Nunes Mataragia, Sheyla Ribeiro Rocha. Mental health promotion and quality of life of psychiatry residents - an integrative review. PROSPERO 2024 CRD42024618930. Available from

<https://www.crd.york.ac.uk/PROSPERO/view/CRD42024618930>.

REVIEW TITLE AND BASIC DETAILS

Review title

Mental health promotion and quality of life of psychiatry residents - an integrative review

Original language title

Promoção da saúde mental e qualidade de vida do residente médico de psiquiatria - revisão integrativa

Review objectives

How can mental health and quality of life in psychiatry residents be promoted?

Keywords

Medical residency, Mental Health, Psychiatry, Quality of life

SEARCHING AND SCREENING

Searches ¹ change

Published articles will be searched via the following databases: MEDLINE / PubMed, SciELO, Scopus, Web of Science, ERIC, BIREME (BVS) and Cochrane Library, according to the PICO method and search string. For gray literature, the following tools were used: CAPES Thesis Database, Brazilian Digital Library of Theses and Dissertations (BDTD), and Networked Digital

Library of Theses and Dissertations (NDLTD). Due to limitations in the search capabilities of these databases, only the Mesh search term "Medical residency" was used. Search dates: Dec-12th-2024 to Jul-15th-2025 Literature in English, Portuguese and Spanish with full text available published in the last 10 years will be eligible for inclusion. Unpublished work, more than 10 years ago published and different languages than specified above will be excluded.

Study design 1 change

Both randomized and nonrandomized study types will be included.

Included

This review will consider all qualitative, quantitative, mixed methods, reviews. Studies from gray literature, such as dissertations and theses, were also accepted. Given different approaches and the nature of the research question, according to the integrative methodology proposition, a wide range of studies from all over the world is expected.

Link to search strategy 1 change

A full search strategy has been uploaded to PROSPERO. The PDF may be accessed through this link

<https://www.crd.york.ac.uk/PROSPEROFILES/239895e902ec69f5446216fc787357a3.pdf>.

ELIGIBILITY CRITERIA

Condition or domain being studied 1 change

Postgraduate training is a stage of medical education that provides junior doctors with hands-on experience in a supervised learning environment. It is characterized by increased trainee responsibility and autonomy in delivering health care. This critical learning moment may also be accompanied by additional stressors, such as exhausting workload, changes in the sleep-wake cycle, exposure to violence, suicide attempts, stigmatizing psychiatric pathologies and difficulties with hierarchy and relationships between professionals. It is therefore essential to take care of residents' mental health and quality of life in order to train healthy and ethical professionals who are prepared to meet society's demands.

Population 1 change

Included

Medical residents in psychiatry, without prejudice to location or year of training

Intervention(s) or exposure(s) 1 change

Included

Not applicable.

Comparator(s) or control(s) 1 change

Included

Not applicable.

Context 1 change

Psychiatry residency programs. Phenomenon of interest: Promotion of mental health and quality of life during residency training.

OUTCOMES TO BE ANALYSED

Main outcomes

Not applicable.

Measures of effect

Not applicable.

Additional outcomes

Not applicable.

DATA COLLECTION PROCESS

Data extraction (selection and coding) ^{1 change}

STUDY SELECTION: The databases will be searched by the two researchers blindly. Using the inclusion and exclusion criteria, the two reviewers will independently screen titles and abstracts for potentially relevant studies. The selected potentially relevant studies will be further assessed by obtaining their full texts. Discrepancies between the two reviewers' disagreements will be resolved by a third reviewer. DATA MANAGEMENT: RAYYAN® App will be used to import, organize studies and extract data to help selecting them based on screening titles/abstracts, creating forms and assessing the risk of bias. DATA EXTRACTION: Data on the characteristics of included studies will be extracted using a PRISMA checklist, diagram and table of contents.

Risk of bias (quality) assessment

The process will be carried out by two researchers blindly, with the differences decided by a third party, using tools such as RAYYAN® and PRISMA to mitigate the possibility of quality biases.

PLANNED DATA SYNTHESIS

Strategy for data synthesis

An integrative approach will synthesize the expected variety of the retrieved findings, using a subsequent creation of a table inspired by PRISMA.

Analysis of subgroups or subsets

None planned.

REVIEW AFFILIATION, FUNDING AND PEER REVIEW

Review team members

- Mr Fellipe Oliveira Melo, UFSCAR
- Ms Isabela Nunes Mataragia, UFSCAR
- Dr Sheyla Ribeiro Rocha, UFSCAR

Review affiliation

UFSCAR

No funding granted.

Named contact

Fellipe Oliveira Melo. DMED - Rod. Washington Luís, s/n - Monjolinho, São Carlos - SP, 13565-905

fellipemelo@estudante.ufscar.br

TIMELINE OF THE REVIEW

Review timeline 1 change

Start date: 11 December 2024. End date: 29 September 2025.

Date of first submission to PROSPERO 1 change

26 November 2024

Date of registration in PROSPERO 1 change

06 December 2024

CURRENT REVIEW STAGE

Publication of review results 1 change

Results of the review will be published in English and Portuguese-Brazil.

Stage of the review at this submission 1 change

Review stage	Started	Completed
Pilot work	✓	✓
Formal searching/study identification	✓	✓
Screening search results against inclusion criteria	✓	✓
Data extraction or receipt of IPD	✓	
Risk of bias/quality assessment	✓	
Data synthesis	✓	

Review status

The review is currently planned or ongoing.

ADDITIONAL INFORMATION

PROSPERO version history 1 change

- [Version 2.0, published 27 Jul 2025](#)
- [Version 1.1, published 06 Dec 2024](#)
- [Version 1.0, published 06 Dec 2024](#)

Review conflict of interest 1 change

Declared individual interests are recorded under team member details.. No additional interests

Country 1 change

Brazil

Medical Subject Headings 1 change

Health Promotion; Humans; Mental Health; Psychiatry; Quality of Life

Revision note 1 change

The ERIC database was included, and dissertation and thesis databases such as CAPES, BDTD, and NDLTD were also accepted, as this was a rare research sample.

Disclaimer 1 change

The content of this record displays the information provided by the review team. PROSPERO does not peer review registration records or endorse their content.

PROSPERO accepts and posts the information provided in good faith; responsibility for record content rests with the review team. The guarantor for this record has affirmed that the information provided is truthful and that they understand that deliberate provision of inaccurate information may be construed as scientific misconduct.

PROSPERO does not accept any liability for the content provided in this record or for its use. Readers use the information provided in this record at their own risk.

Any enquiries about the record should be referred to the named review contact

APÊNDICE A – PRODUTO TÉCNICO
ISBN 978-65-02-01373-1

GUIA DE BOAS PRÁTICAS PARA PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MÉDICA



Fellipe Oliveira Melo
Isabela Nunes Mataragia
Prof^a. Dr^a. Aline Guerra Aquilante
Prof^a. Dr^a. Sheyla Ribeiro Rocha

2026

SUMÁRIO

[Apresentação](#)

[Missão e valores](#)

[Currículo](#)

[Avaliação](#)

[Médicos em formação](#)

[Professores e supervisores clínicos \(preceptores\)](#)

[Recursos educacionais e de treinamento](#)

[Melhoria da qualidade](#)

[Governança e administração](#)

[Sugestões de leitura](#)

[Referências Bibliográficas](#)

Apresentação

No Brasil, a residência médica foi instituída pelo Decreto nº 80.281, de 5 de setembro de 1977, que regulamentou sua existência e criou a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), além de outras providências. É destinada a graduados em Medicina em cursos reconhecidos ou revalidados pelo Ministério da Educação (MEC), sendo uma modalidade de pós-graduação lato sensu (especialização) caracterizada por treinamento em serviço em instituições de saúde, em regime de dedicação exclusiva, sob a égide de profissionais de alto gabarito técnico e ético. É tida, portanto, como padrão-ouro na formação de especialistas. (BRASIL, 1977)

Os desafios vivenciados durante a residência médica não são poucos: espera-se muito do residente em termos de dedicação, crescimento e amadurecimento. Um processo que, se não for contrabalanceado de forma empática e supervisionada, pode ser traumático e gerador de patologias de saúde mental. (MARTINS, 2005)

Por isso, instituições internacionais como o Conselho dos Estados Unidos da América de Acreditação para o Ensino Médico de Pós-Graduação (*Accreditation Council for Graduate Medical Education – ACGME*), em seu território, e internacionalmente a Federação Mundial para a Educação Médica (*World Federation for Medical Education – WFME*), têm se preocupado em trazer o componente humanístico, de bem-estar físico e mental como itens imprescindíveis na formação de pós-graduação médica. (ACGME, 2024; WFME, 2023)

Este guia de boas práticas visa compilar as últimas recomendações da *WFME* (2023) que, por meio do seu comitê de pós-graduação médica, estabeleceu o padrão mundial para melhorias na qualidade da educação médica. O objetivo é poder proporcionar um referencial global que possa ser adaptado às realidades locais de cada país, respeitando as diferenças dos sistemas de formação médica.

O documento “*Global standards for quality improvement of postgraduate medical education: the 2023 revision*” traz uma abordagem baseada em princípios que vão além da busca de conformidade a itens essenciais de uma pós-graduação médica, pois também estimula a reflexão e adaptação regional.

Este documento é dividido em oito áreas principais aplicáveis aos programas de formação médica de nível de pós-graduação, a saber: missão e valores; currículo; avaliação;

médicos em formação; professores e supervisores clínicos; recursos educacionais e de treinamento; melhoria de qualidade; governança e administração.

Missão e valores

- **Objetivos:**
 - Deve-se assegurar que o programa de residência médica, por meio do seu regimento interno, tenha uma identidade clara, alinhada às necessidades de saúde da população local, seu sistema de saúde e os interesses nacionais;
 - Respeito à ética, transparência, equidade e compromisso social.

- **Elementos principais:**
 - Declaração explícita da missão, visão e valores do programa;
 - Compromisso com a melhoria da qualidade do cuidado em saúde;
 - Compromisso com o desenvolvimento profissional contínuo dos médicos;
 - Envolvimento de todas as partes interessadas da sociedade;
 - Alinhamento e adaptação às políticas nacionais de educação em saúde.

- **Boas práticas:**
 - Revisar periodicamente a missão e garantir que todas as ações do programa reflitam seus valores de forma transparente.

Currículo

- **Objetivos:**
 - Respeitar e seguir de forma transparente as orientações do Ministério da Educação explicitadas na Matriz de Competências da especialidade para os programas de residência médica. Definição do que o residente deve aprender e como se dará o processo;
 - Desenvolver as áreas de competência clínica, ética, comunicacional e profissional necessárias à prática médica autônoma.

- **Elementos principais:**
 - Estrutura curricular baseada em competências;
 - Integração entre teoria e prática;
 - Exposição progressiva à complexidade clínica;
 - Abordar temas como segurança do paciente, saúde mental, ética, liderança, comunicação e trabalho em equipe;
 - Utilizar métodos modernos como os de aprendizagem ativa, simulação, feedback estruturado e prática supervisionada.

- **Boas práticas:**
 - Cobrar dos órgãos competentes a atualização contínua do currículo conforme evidências científicas e adaptações à realidade local.

Avaliação

- **Objetivos:**
 - Medir o progresso, desenvolvimento e competência dos residentes;
 - Garantir que o processo seja justo, transparente e que esteja alinhado ao desenvolvimento do residente.

- **Elementos principais:**
 - Definição da concepção de avaliação do programa, de preferência fundamentada na avaliação critério-referenciada e em uma perspectiva dialógica;
 - Avaliações formativas e somativas;
 - Feedback contínuo, estruturado e em tempo oportuno (logo após a avaliação);
 - Verificação contínua de competências;
 - Uso inovador de múltiplos métodos como OSCE, Portfólio, feedback 360°, avaliações teóricas e práticas;
 - Importância de enfatizar a clareza dos critérios de avaliação, aprovação e progressão;
 - Supervisão de avaliadores, fomentando autocontrole para evitar assédios e vieses.

- **Boas práticas:**
 - Desenvolver e apoiar sistemas de acompanhamento longitudinal do desempenho do residente.

Médicos em formação

- **Objetivos:**
 - Residente como foco e centro de todo o processo – é um aprendiz e profissional em formação!
 - Promover bem-estar, aprendizado e desenvolvimento profissional equilibrado.

- **Elementos principais:**
 - Processo seletivo de ingresso justo e transparente;
 - Condições adequadas de trabalho como carga horária, higiene, descanso e segurança;
 - Apoio à saúde física, mental e bem-estar dos residentes;
 - Fornecer mentoria, apoio psicológico e pedagógico, acesso às referências de saúde física e mental;
 - Incentivar autonomia progressiva;
 - Aprendizagem autorregulada;
 - Promover a participação de residentes nas decisões do programa.

- **Boas práticas:**
 - Promover a participação de residentes nas decisões do programa;
 - Incentivar cultura organizacional de respeito à diversidade, empatia, aprendizado leve e sem punições.
 - Instituir estratégias de acolhimento no ingresso e ao longo de sua formação.
 - Implementar serviços de ouvidoria.

 - Reservar espaços e momentos regulares com equipe para a realização de *debriefing e feedbacks*.

Professores e supervisores clínicos (preceptores)

- **Objetivos:**
 - Valorização institucional dos profissionais responsáveis pela formação e supervisão dos residentes;
 - Preparar e apoiar professores e preceptores.
 - Cobrar de órgãos, nacionais como o Ministério da Educação, a valorização dos profissionais responsáveis pela formação e supervisão dos residentes.

- **Elementos principais:**
 - Seleção baseada em experiência clínica e competência educacional;
 - Programa de Desenvolvimento Docente ofertado de maneira contínua, com foco em planejamento pedagógico, metodologias de ensino-aprendizagem e sistemática de avaliação;
 - Avaliação e acompanhamento dos docentes e preceptores;
 - Reconhecer o desempenho do corpo docente (professores e preceptores);
 - Incentivar relações colaborativas e éticas entre docentes, preceptores, discentes e corpo institucional.

- **Boas práticas:**
 - Promover formas de reconhecimento do desempenho;
 - Implementar programas de desenvolvimento docente.
 - Promover eventos de trocas de experiências exitosas.

Recursos educacionais e de treinamento

- Objetivos:
 - Garantir infraestrutura e recursos educacionais para formação médica de qualidade;
 - Sem recursos adequados, o aprendizado é comprometido!

- Elementos principais:
 - Acesso aos cenários de prática diversificados da Rede de Atenção à Saúde (atenção primária, secundária, terciária, etc.);
 - Acesso a recursos tecnológicos de *software*, *hardware*;
 - Acesso a bibliotecas e sistemas de informação;
 - Condições de segurança nos cenários de prática;
 - Suporte administrativo e logístico;
 - Incentivo à pesquisa, inovação e extensão.

- Boas práticas:
 - Avaliar periodicamente a adequação dos locais de prática e acesso às tecnologias;
 - Consultar estudantes, docentes, preceptores e comunidade a respeito das adequações.

Melhoria da qualidade

- **Objetivos:**
 - Promover a autoavaliação contínua do programa de residência;
 - Estabelecer cultura de autoavaliação, formas de monitoramento e melhorias contínuas.
 - Contribuir com as auditorias e visitas de membros externos e de órgãos responsáveis como do CNRM/CEREM

- **Elementos principais:**
 - Sistemas regulares de avaliação do programa;
 - Implementar indicadores de desempenho do programa como número de abandonos, aprovações, satisfações, reprovações, etc.;
 - Utilizar tais indicadores para implementar as melhorias.

- **Boas práticas:**
 - Relatórios anuais de qualidade;
 - Planos de ação revisados periodicamente;
 - Participação ativa dos docentes e residentes nas revisões.

Governança e administração

- **Objetivos:**
 - Envolver lideranças e gestores na cultura de educação em saúde;
 - Assegurar que se tenha transparência na estrutura organizacional.
 - Cobrar de órgãos nacionais a promoção da qualidade da residência médica e da formação de recursos humanos em saúde.

- **Elementos principais:**
 - Definição clara de papéis e responsabilidades;
 - Preocupação contínua em conformidade com normas nacionais;
 - Integração com órgãos fiscalizadores;
 - Assegurar sustentabilidade administrativa e financeira;
 - Implementar políticas de ética, transparência, segurança;
 - Respeitar diversidade e equidade.

- **Boas práticas:**
 - Planejamento estratégico;
 - Prestação de contas transparente, pública e periódica.

Sugestões de leitura

MEC - Ministério da Educação	Ministério da Educação
CNRM - Comissão Nacional de Residência Médica	Comissão Nacional de Residência Médica — Ministério da Educação
AMB – Associação Médica Brasileira	AMB – Associação Médica Brasileira
CFM – Conselho Federal de Medicina	Portal Médico Conselho Federal de Medicina.
CREMESP - Conselho Regional de Medicina de São Paulo	CREMESP - Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo
WFME – World Federation for Medical Education	World Federation for Medical Education Enhancing Quality Worldwide

Referências Bibliográficas

1. ACCREDITATION COUNCIL FOR GRADUATE MEDICAL EDUCATION (ACGME). Guide to the Common Program Requirements (Residency). Version 4.1; updated March 2024. Chicago: ACGME, 2024. Disponível em: <https://www.acgme.org/globalassets/pdfs/cpr/cprguide.pdf>. Acesso em: 19 abr. 2024.
2. BRASIL. Comissão Nacional de Residência Médica. Resolução CNRM nº 1, de 3 de janeiro de 2018. Dispõe sobre a matriz curricular dos Programas de Residência Médica no Brasil. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 5 jan. 2018. Seção 1, p. 18. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-cnrm-n-1-de-3-de-janeiro-de-2018-452539416>. Acesso em: 12 out. 2025.
3. BRASIL. Comissão Nacional de Residência Médica. Resolução CNRM nº 2, de 17 de maio de 2006. Dispõe sobre a organização, funcionamento e avaliação dos Programas de Residência Médica e dá outras providências. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 19 maio 2006.
4. BRASIL. Comissão Nacional de Residência Médica. Resolução CNRM nº 3, de 16 de setembro de 2011. Dispõe sobre o processo de seleção pública dos candidatos aos Programas de Residência Médica. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 16 set. 2011. Seção 1, p. 1. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-cnrm-n-3-de-16-de-setembro-de-2011-452539416>. Acesso em: 12 out. 2025.
5. BRASIL. Comissão Nacional de Residência Médica. Resolução CNRM nº 35, de 9 de janeiro de 2018. Altera a Resolução CNRM nº 2, de 27 de agosto de 2015. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 10 jan. 2018. Seção 1, p. 28. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-cnrm-n-35-de-9-de-janeiro-de-2018-452539416>. Acesso em: 12 out. 2025.
6. BRASIL. Ministério da Educação; Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 1000, de 21 de dezembro de 2022. Estabelece critérios para a organização e funcionamento dos Programas de Residência Médica. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 22 dez. 2022. Seção 1, p. 1. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-interministerial-n-1000-de-21-de-dezembro-de-2022-452539416>. Acesso em: 12 out. 2025.
7. BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto n.80.281, de 5 de setembro de 1977. Regulamenta a Residência Médica, cria a Comissão Nacional de Residência Médica e dá outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1970-1979/d80281.htm. Acesso em: 21 abr. 2024.
8. BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei n.6.932, de 7 de julho de 1981. Dispõe sobre as atividades do médico residente e dá

- outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l6932.htm. Acesso em: 22 abr. 2024.
9. BRASIL. Sistema da Comissão Nacional de Residência Médica (SisCNRM). Disponível em: <https://siscnrm.mec.gov.br/>. Acesso em: 12/10/2025.
 10. MARTINS, L. A. N. Residência médica: estresse e crescimento. Casa do Psicólogo, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbp/a/N3qH4kzSmnJ3zRGLQH3m4tH/>. Acesso em: 19 abr. 2024.
 11. WORLD FEDERATION FOR MEDICAL EDUCATION (WFME). Global standards for quality improvement of postgraduate medical education: the 2023 revision. WFME, 2023. Disponível em: <https://www.webfepafem-pafams.org/wp-content/uploads/2023/01/WFME-Standards-for-PGME-2023.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2025