UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE – UFCSPA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

Mariane Bagatin Bermudez

Adaptação do Protocolo de Sessão Única para Prevenção de Transtornos Mentais com Terapia Cognitivo-Comportamental para o Português Brasileiro: Ensaio Clínico Aberto

Porto Alegre

2018

Mariane Bagatin Bermudez

Adaptação do Protocolo de Sessão Única para Prevenção de Transtornos Mentais com Terapia Cognitivo-Comportamental para o Português Brasileiro: Ensaio Clínico Aberto

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Fundação Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Orientador: Dra. Carolina Blaya Dreher

Porto Alegre

2018

Catalogação na Publicação

Bermudez, Mariane Bagatin
Adaptação do Protocolo de Sessão Única para Prevenção de Transtornos Mentais com Terapia CognitivoComportamental para o Português Brasileiro: Ensaio Clínico Aberto / Mariane Bagatin Bermudez. -- 2018.
69 p. : 30 cm.

Dissertação (mestrado) -- Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, 2018.

Orientador(a): Profª. Drª. Carolina Blaya Dreher.

1. Depressão. 2. Qualidade de Vida. 3. Prevenção. I. Título.

Sistema de Geração de Ficha Catalográfica da UFCSPA com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Dedico esse trabalho aos meus pais, irmãos e esposo que,
com muito carinho e apoio, não mediram esforços
para que eu chegasse até esta etapa.

Agradecimentos

Aos meus pais Álvaro e Beatriz, e aos meus irmãos Pedro e Rodrigo, por serem meus exemplos e me mostrarem que a educação e o conhecimento são o nosso bem mais precioso. Agradeço por todo o amor, incentivo e dedicação durante a minha vida.

Ao meu esposo Pierre, por ter caminhado ao meu lado durante essa jornada. Obrigada pelo incondicional apoio e por todo o amor dedicado a mim.

Para que algo seja feito é preciso ter a oportunidade para fazê-lo. Portanto, agradeço à minha orientadora Carolina Blaya Dreher, pelo incentivo e confiança. Sempre disposta a contribuir no meu projeto e a transmitir todo o conhecimento.

Ao professor Ygor Ferrão e aos colaboradores Monise Costanzi, Malu Macedo, Alice Xavier e Tiago Tatton pelo importante auxílio e empenho durante todo o processo do mestrado até a finalização deste projeto.

Agradeço a todos que de alguma forma contribuíram para esse trabalho, alunos, técnicos, colegas e professores. Obrigada por me darem a oportunidade de terem vocês no caminho desta jornada.

Sumário

1. Introdução.....10
2. Revisão da Literatura
   2.1 Suicídio.....13
   2.2 Intervenções preventivas.....13
   2.3 *Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment* 17
3. Objetivos.....19
4. Considerações Éticas.....20
5. Referências Bibliográficas da Revisão de Literatura.....21
6. Artigo.....26
7. Tabelas e Figuras.....46
8. Conclusão.....51
9. Anexos
   9.1 Anexo A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido 53
   9.2 Anexo B Inventário de Depressão de Beck.....54
   9.3 Anexo C Dados Sociodemográficos.....56
   9.4 Anexo D Resultado da MINI.....57
   9.5 Anexo E Questionário de Evitação Multidimensional.....58
   9.6 Anexo F Questionário de Satisfação e Qualidade de Vida.....60
   9.7 Anexo G Escala de Auto-Estima de Rosenberg 61
   9.8 Anexo H Escala Geral de Gravidade e Prejuízo de Ansiedade 62
   9.9 Anexo I Escala Multidimensional de Reatividade Interpessoal de Davis..63
   9.10 Anexo J Formulário de dados qualitativos e subjetivos 64
   9.11 Anexo K Aprovação do CEP 65
   9.12 Anexo L Orientações da Revista Brasileira de Psiquiatria 71

Lista de Abreviações

BDI – Inventário de Depressão de Beck

EMRI – Escala Multidimensional de Reatividade Interpessoal de Davis

MEAQ – Questionário de Evitação Multidimensional

MINI - Mini International Neuropsychiatric Interview

OASIS – Escala Geral de Gravidade e Prejuízo de Ansiedade

QLESQ – Questionário de Satisfação e Qualidade de Vida

RSE – Escala de Auto-estima de Rosenberg

TCC – Terapia Cognitivo Comportmanetal

UP - *Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment*

Figuras e Tabelas

Figure 1 Sample Flowchart of students included in the study…….46

Figura 2 The improvement of quality of life and depressive symptoms measured by BDI and QLESQ score.....47

Figura 3 Subjective assessment of how the intervention helped to improve some aspect of life.....47

Tabela 1 Epidemiological and sociodemographical characteristics of the sample…...48

Tabela 2 Psychiatric Diagnoses according to MINI……...48

Tabela 3 Dimensional variables at baseline and after the intervention.....49

Tabela 4 Logist regression model of the variables that presented $p < 0.10$……49

Tabela 5 Subjective changes defined by the students 90 days after the intervention...50

Resumo

Este estudo traduziu, adaptou e aplicou um protocolo de terapia cognitivo-comportamental para prevenção de transtornos mentais (UP) em estudantes de medicina, que são grupo de risco para sintomas depressivos, ansiosos e risco de suicídio. O objetivo foi avaliar a resposta dessa intervenção na nossa população. Os estudantes foram avaliados utilizando-se a entrevista clínica estruturada M.I.N.I. e as escalas MEAQ, QLESQ, RSE, EMRI, OASIS e BDI. Os alunos incluídos participaram da sessão única de TCC em grupo. Foram realizadas reavaliações 7, 30 e 90 dias após a aplicação do protocolo.

Sessenta e quatro estudantes foram avaliados e 62 foram incluídos neste estudo. Os alunos apresentaram melhora significativa na qualidade de vida (QLESQ 0.602 vs 0.675, $p<0.001$), na redução de sintomas depressivos (BDI 11.64 vs 7.82, $p<0.001$) e na redução da prevalência do transtorno de pânico ($p=0.003$), fobia social ($p=0.037$) e bulimia ($p=0.041$). Em uma escala subjetiva para avaliar o quanto essa intervenção ajudou em algum aspecto da vida, sendo 0 “nada” e 5 “completamente”, 79.8% dos alunos quantificaram valor igual ou maior que 3.

Nossos achados sugerem que os alunos se beneficiaram desta intervenção. Os resultados indicam que o UP é uma abordagem válida na prevenção de transtornos mentais nesse grupo de risco. O formato de sessão única, em grupo facilitam a sua disseminação, com menor recurso financeiro.

Abstract

This study translated, adapted and applied a protocol of cognitive-behavioral therapy for prevention of mental disorders (UP) in medical students, who are at risk group for depressive, anxious symptoms and risk of suicide. The objective was to evaluate the response of this intervention in our population. The students were evaluated using the structured clinical interview M.I.N.I. (DSM IV-R) and the MEAQ, QLESQ, RSE, EMRI, OASIS and BDI scales and a subjective questionnaire. The included students participated in the single-session cognitive behavioral therapy in group format. Seven, 30 and 90 days reassessments were performed after application of the protocol.

Sixty-four students were evaluated and 62 were included in this study. The students presented significant improvement in quality of life (QLESQ 0.602 vs 0.675, $p < 0.001$), reduction of depressive symptoms (BDI 11.64 vs 7.82, $p < 0.001$) and reduction in the prevalence of panic disorder ($p = 0.003$) social phobia ($p = 0.037$) and bulimia ($p = 0.041$). On a subjective scale to assess how much this intervention helped in some aspect of life, 0 being "nothing" and 5 "completely", 79.8% of the students quantified a value equal to or greater than 3.

Our findings suggest that students benefited from this intervention. The results indicate that UP is a valid approach in the prevention of mental disorders in this risk group. The single session format in a group facilitates its dissemination, with less financial resources.

1. Introdução

Os transtornos depressivos e ansiosos são os dois transtornos mentais mais comuns. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS),[1] o número total de pessoas com depressão foi estimado em mais de 300 milhões em 2015. A OMS classifica a depressão como o maior contribuidor individual para a incapacidade global e para a perda de saúde não fatal. Na população brasileira, a ansiedade e a depressão são os transtornos mentais mais prevalentes, chegando a 37,7% e 21,4% dos pacientes atendidos pela rede básica de saúde de Porto Alegre, respectivamente.[2] A depressão está associada ao baixo desempenho acadêmico e a baixa realização profissional, deterioração na qualidade de vida, prejuízo econômico, dificuldades laborais, abuso de substâncias psicoativas e tentativas de suicídio.[3]

Os estudantes de medicina são população de risco, visto que as taxas de depressão são 15 a 30% maiores em comparação a seus pares de mesma idade e escolaridade.[4] Um estudo anterior mostrou que 30-60% dos estudantes de medicina relatam sintomas de burnout.[5] Uma alta prevalência de ansiedade e depressão nesse grupo foi claramente estabelecida.[6,7] Um estudo brasileiro relatou que 24,9% dos estudantes apresentavam sintomas depressivos durante a vida acadêmica.[8] De modo geral, aqueles estudantes que precisam se afastar do núcleo familiar e morar em outra cidade para cursar a universidade estão mais expostos a transtornos psiquiátricos.[8] Além disso, muitos acadêmicos relutam em procurar tratamento em saúde mental por temerem o estigma.[9] Dessa forma, estão expostos a menor aproveitamento do aprendizado, baixa auto-estima, insegurança, redução da assertividade, abandono do curso e até mesmo suicídio.[10]

Quando comparados aos estudantes estadunidenses, os estudantes de medicina brasileiros apresentam mais depressão, maiores níveis de estresse, menos

comportamentos de bem-estar, mais exaustão e menor qualidade de vida.[11] Diversos fatores foram atribuídos a essa diferença de prevalência, tais como fatores de personalidade, fatores demográficos bem como fatores sociais.

A avaliação dos fatores culturais na personalidade é um assunto bastante complexo. Embora existam diversos instrumentos que avaliam características de personalidade, o mais utilizado é o Big Five, um instrumento que agrega mais de 17 mil descritores do comportamento humano. De acordo com esse instrumento, as pessoas podem ser diferenciadas com relação a cinco parâmetros: neuroticismo, extroversão, abertura, consciência e agradabilidade. Alguns autores se propuseram a avaliar como são esses parâmetros em diferentes culturas e, curiosamente, o Brasil é o país que se caracterizou por ter níveis mais elevados de neuroticismo.[12] Altos índices de neuroticismo está intimamente associado ao desenvolvimento de depressão e ansiedade. Logo, essas diferenças culturais podem explicar por que os brasileiros declaram maior sofrimento emocional.[13]

Além disso, a imaturidade poderia desempenhar um papel significativo em problemas de saúde mental.[14] Os estudantes brasileiros são admitidos na universidade após o ensino médio com cerca de 18 anos de idade, enquanto os estudantes americanos têm quatro anos de *college* antes da Faculdade de Medicina.

Dentre os fatores socioculturais, existem diferenças entre os estudantes dessas diferentes culturas. Muitos estudantes brasileiros lidam com precários recursos financeiros, ambiente doméstico e físico, e também falta de segurança, atividades de lazer e assistência social e de saúde. Recentemente, as universidades públicas ampliaram a oferta de vagas exclusivas às pessoas de baixa-renda. Dessa forma, espera-se que mais estudantes em vulnerabilidade social ingressem no ensino superior. Como já descrito, essa vulnerabilidade é fator de risco para sintomas

psiquiátricos e, associada a baixa disponibilidade de recursos de saúde de forma pública à população, faz-se ainda mais necessárias as intervenções preventivas em saúde mental nas universidades. Além disso, o Brasil enfrenta uma crise econômica e política, que também pode agravar a saúde mental dos alunos.[11]

2. Revisão da Literatura

2.1 Suicídio

A depressão é também o principal contribuinte para as mortes por suicídio, correspondendo a 800.000 por ano, 1,5% de todas as mortes em todo o mundo, a segunda principal causa de morte entre os 15-29 anos em todo o mundo em 2015.[1] As taxas de suicídio em jovens aumentaram durante as últimas três décadas e há uma preocupação crescente do público com a questão do suicídio juvenil.[15] Evidências atuais sugerem que os fatores de risco mais fortes para o suicídio de jovens são os transtornos mentais.[15] Cerca de 11,1% dos acadêmicos de medicina tiveram ideação suicida no último ano [6]. Quase 8% dos estudantes de medicina preenchiam os critérios para alto/significativo risco de suicídio. Dez dos 13 estudantes com risco de suicídio ainda não estavam recebendo tratamento de saúde mental, indicando que há uma alta proporção de população não tratada, em risco e potencialmente suicida.[16] O dano na saúde mental não é apenas uma questão de assistência médica, mas também persiste e continua sendo um componente substancial da vida de um médico. Os médicos são um grupo de risco conhecido de suicídio. Em um estudo de metanálise, a taxa de suicídio foi superior a 200% entre as mulheres e 40% entre os médicos do sexo masculino em comparação com outras profissões.[17]

2.2 Intervenções preventivas

Apesar da evidência do alcance e gravidade dos problemas de saúde mental em estudantes de medicina, poucos estudos avaliaram iniciativas destinadas a prevenir os efeitos psicológicos e emocionais negativos desses alunos.[18] Os sintomas subsindrômicos de depressão são muito prevalentes e estão associados a taxas elevadas de psicopatologia, aumento da incapacidade psicossocial e risco de

depressão maior, distimia, fobia social e transtorno da ansiedade generalizada.[19] Esses resultados sublinham a importância de uma conceituação dimensional de sintomas psiquiátricos, uma vez que os sintomas subsindrômicos podem servir como um indicador prognóstico precoce de depressão maior e de outros transtornos associados, e pode ajudar a identificar indivíduos que podem se beneficiar de intervenções preventivas.

A prevalência e o impacto dessas condições levam a um interesse crescente em encontrar melhores formas de tratar e prevenir. O National Institute of Mental Health estabeleceu a prevenção de doenças mentais como uma das áreas prioritárias no atual Plano Estratégico de Pesquisa. As ações de prevenção em saúde mental podem prevenir o sofrimento, reduzir a desigualdade, criar adultos saudáveis e produtivos e oferecer retorno social e econômico às nações.[20] Duas metanálises sobre medidas não-farmacológicas para a prevenção de depressão e suicídio em adolescentes, mostrou que a terapia cognitivo comportamental (TCC) foi a técnica mais estudada e a que mostrou ser a mais efetiva.[21,22] Em todo o mundo, vários países já possuem programas estruturados que visam desenvolver estratégias preventivas, baseadas principalmente em um modelo de terapia cognitivo-comportamental.

A TCC ajuda as pessoas a aprender a identificar, explorar e modificar a relação entre pensamento disfuncional, comportamento e humor deprimido.[23] A natureza educacional dessas abordagens presta-se prontamente à intervenções preventivas.[24] O componente cognitivo das intervenções centrou-se na identificação de pensamentos sobre o eu, circunstâncias da vida atual e antecipações sobre o futuro, bem como ações que impactam no humor do indivíduo e ensinam a pessoa a modificá-lo para obter maior manejo dos sintomas.

A maioria das intervenções preventivas foi dirigida à população de crianças e adolescentes. Isso pode ocorrer porque, como programas de prevenção primária, o foco da intervenção está direcionado para um período de vida anterior ao pico de incidência dos transtornos. Não há estudos realizados em países em desenvolvimento, apesar do fato de que intervenções universais poderiam fornecer acesso a ajuda e assistência médica onde há um baixo alcance e disponibilidade de serviços especializados de tratamento. O programa Handy Tricks da Dominique inclui biblioterapia, uso de livros ou histórias para proporcionar oportunidades de insights sobre problemas pessoais e emocionais.[25] Dois estudos utilizaram o programa FRIENDS.[26,27] O nome é um acrônimo que ajuda as crianças a lembrar as estratégias ensinadas que podem ser usadas para gerenciar efetivamente sua ansiedade: F = sentir-se preocupado? R = relaxe e sinta-se bem; I = pensamentos internos; E = explorar planos; N = bom trabalho, recompense-se; D = não esqueça de praticar; S = fique calmo. É um programa australiano que foi endossado pela Organização Mundial da Saúde como um programa baseado em evidências, eficaz para a ansiedade infantil. O programa MEMT CBT usa telefones celulares para fornecer a intervenção.[28] O programa .b “Dot be”é uma intervenção baseada em Mindfulness, que, segundo o autor, aborda os fatores de risco ao estimular a capacidade de perceber e permitir fortes emoções desagradáveis, afastar-se dos pensamentos e reconhecê-los como eventos mentais transitórios e cultivar uma postura amistosa, compassiva e não-julgadora em relação a si mesmo.[29] O programa iCBT é um curso de treinamento CBT baseado na web, o que é particularmente benéfico devido ao seu alto anonimato e alta acessibilidade.[30] O Aussie Optimism: Positive Thinking Skills Program (AOP: PTS) usa as estratégias de intervenção da TCC para direcionar fatores de risco e proteção sociais, emocionais e cognitivos para ansiedade e depressão.[31] O treinamento a

facilidade de lidar com aspectos sociais na vida cotidiana - O LISA enfoca os aspectos cognitivos e sociais, incluindo o treinamento de assertividade e o treinamento de competência social.[24]

Vários autores consideraram as escolas como o cenário ideal para programas de intervenção porque oferecem serviços para a maioria delas, aumentando assim o alcance do programa. Além disso, como as crianças costumam frequentar uma escola por vários anos, facilita a implementação em situações do mundo real combinadas com oportunidades de acompanhamento.[25] A maoria dos estudos foram realizados com programas de duração de 8 a 12, sendo sessões semanais com duração de 30 a 90 minutos.

Com estudantes de medicina, foi realizado um programa para prevenção de ideação suicida com terapia cognitivo comportamental via virtual: o programa consistiu em 4 sessões semanais na web com duração de aproximadamente 30 minutos cada, com tópicos de interação entre pensamentos, emoções e comportamentos, técnicas de reestruturação cognitiva e estratégias de resolução de problemas. Este estudo demonstra que um protocolo breve, facilmente acessível, está associado com redução do risco de suicídio [32].

Os protocolos de prevenção variam quanto ao número de sessões bom como a sua forma de abordagem, podendo ser presencial ou via virtual. No entanto, uma metanálise constatou que a prevenção de doenças psiquiátricas não está relacionada com a duração dos protocolos, visto que intervenções mais curtas obtiverem o mesmo tamanho de efeito que aos protocolos mais extensos [33]. Também estão sendo estudados protocolos de terapia cognitivos comportamental com uma única sessão em transtornos psiquiátricos, com evidência na melhora de sintomas psiquiátricos [34,35]. Esses achados sugerem que intervenções breves podem também ser efetivas, mas

com maior facilidade de disseminação e menor recurso financeiro. Além disso, o formato de uma única sessão pode beneficiar e promover a adesão dos estudantes de medicina, visto que dispõem de baixa disponibilidade de tempo.

2.3 *Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment* (UP)

O *Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment* (UP) é uma intervenção cognitivo-comportamental que foi projetada diretamente para abordar o neuroticismo, temperamento central vulnerável para transtornos ansiosos e depressivos [36]. Definido como a tendência de experimentar emoções frequentes e intensas em resposta ao estresse, acompanhada percepções de habilidades de enfrentamento inadequadas, o neuroticismo mostrou-se um preditor de ansiedade e transtornos depressivos unipolares, bem como outras condições caracterizadas por exagero das emoções negativas (por exemplo, transtorno do estresse pós-traumático, transtornos do uso de substâncias, transtornos alimentares). O UP aborda o neuroticismo através de módulos de tratamento destinados a substituir as reações maladaptativas e evitativas que ocorrem em emoções intensas por estratégias de enfrentamento adaptativas e de gerenciamento adequado das emoções.

O UP mostrou eficácia no tratamento da ansiedade [37], incluindo um recente ensaio clínico randomizado e controlado com 223 indivíduos, no qual o UP mostrou ser tão efetivo quanto as abordagens especificas para transtornos de ansiedade [38]. Há também evidências iniciais para apoiar a eficácia do UP no tratamento da depressão unipolar e bipolar [37,39], do transtorno do estresse pós-traumático [40], do transtorno de personalidade borderline [41], do auto-ferimento não suicida [42], do uso de álcool [43] e dos transtornos alimentares (Thompson-Brenner, in press.).

A estratégia transdiagnóstica possui algumas vantagens, por exemplo, reduz o número de programas que devem ser elaborados, avaliados e implementados. Assim, esta abordagem pode ser mais rentável e eficiente do que oferecer e treinar aplicadores para múltiplas intervenções de diagnósticos específicos. Além disso, ao abordar os mecanismos subjacentes das disfunções em vez de sintomas específicos, as intervenções transdiagnósticas têm o potencial de levar a efeitos mais duradouros.

O protocolo UP foi adaptado[45] como uma estratégia preventiva, mostrando ser eficaz em melhorar qualidade de vida. Esse protocolo focou em quatro aspectos principais: 1) natureza funcional das emoções, 2) estratégias de *mindfulness*, 3) flexibilidade cognitiva e 4) evitação emocional e comportamento alternativo**.** Ele foi desenvolvido em forma de workshop, com o intuito de ser replicado em diversos centros universitários para ser acessível ao maior numero de pessoas. O estudo original mostrou pequenos efeitos no neuroticismo, qualidade de vida e evitação experiencial. No entanto, os participantes relataram melhorias significativamente maiores na qualidade de vida do que a avaliação inicial.[45] Embora tenha sido eficaz na população norte-americana, não há dados sobre a replicação desses achados em outras culturas.

Embora a TCC tenha sido eficaz na prevenção de transtornos mentais entre os estudantes, nenhum estudo foi realizado em países em desenvolvimento, como o Brasil. Além disso, a maioria dos estudos preventivos é realizada em crianças e adolescentes. Portanto, esse estudo teve como objetivo adaptar um protocolo transdiagnóstico de única sessão para promover a qualidade de vida e prevenir os sintomas mentais em uma população de risco.

3. Objetivos

3.1 Gerais

- Traduzir e adaptar o Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment para o português brasileiro.
- Testar a eficácia do UP em nossa cultura na melhora dos sintomas psiquiátricos e aumento de qualidade de vida.

3.2 Específicos

- Avaliar a melhora dos sintomas depressivos através da redução do score da BDI.
- Avaliar a melhora dos sintomas ansiosos através da OASIS.
- Avaliar aumento na qualidade de vida através de QLESQ.
- Avaliar melhora em outras esferas como auto-estima, empatia e evitação multiexperencial, através da RSE, EMRI e MEAQ.
- Avaliar possíveis mudanças que contribuíram para os achados.

4. Considerações Éticas

Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido antes de ingressarem no estudo. Este estudo é consistente com as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (Resolução 466/12), seguindo os princípios éticos da Declaração de Helsinque. A Comissão de Ética e Pesquisa da UFCSPA e do HCPA (CEP) aprovaram o estudo sob número de protocolo: 2.324.309. Este estudo foi registrado no banco de dados brasileiro de pesquisa (CAAE: 7365.8817.3.1001.5327) e no banco de dados internacional Clinical Trials (NCT03518411).

5. Referências Bibliográficas da Revisão da Literatura

1. World Health Organization. Depression and other common mental disorders: global health estimates. *World Heal Organ*. 2017:1-24.
2. Gonçalves DA, Dowrick C, Tófoli LF. Brazilian multicentre study of common mental disorders in primary care : rates and related social and demographic factors Estudo multicêntrico brasileiro sobre transtornos mentais comuns na atenção primária : prevalência e fatores sociodemográficos relaci. 2014;30(3):623-632.
3. Bennett C; Jones RB;, D S. Prevention strategies for adolescent depression. *Adv Psychiatr Treat*. 2014;20(2):116-124.
4. Goebert D, Thompson D, Takeshita J, et al. Depressive Symptoms in Medical Students and Residents: A Multischool Study. *Acad Med*. 2009;84(2):236-241.
5. Dyrbye LN, West CP, Satele D, et al. Burnout among U.S. medical students, residents, and early career physicians relative to the general U.S. population. *Acad Med*. 2014;89(3):443-451.
6. Rotenstein LS, Ramos MA, Torre M, et al. Prevalence of Depression, Depressive Symptoms, and Suicidal Ideation Among Medical Students: A Systematic Review and Meta-Analysis. *JAMA*. 2016;316(21):2214-2236.
7. Brenneisen Mayer F, Souza Santos I, Silveira PSP, et al. Factors associated to depression and anxiety in medical students: a multicenter study. *BMC Med Educ*. 2016;16(1):282.
8. Rafael B, Dias T. Prevalência de Sintomas de Ansiedade e Depressão em Estudantes de Medicina. *Rev Bras Educ Med*. 2015;39(1):135-142.
9. Verna Yiu. Supporting the well-being of medical students. *CMAJ*. 2005;172.
10. Amélia M, Quaglia C. Assertive behavior and its relation to anxiety , locus of control and self esteem in undergraduate students. *Estudos Psicol*. 2005;22(2):111-122.
11. Lucchetti G, Damiano RF, DiLalla LF, et al. Cross-cultural Differences in Mental Health, Quality of Life, Empathy, and Burnout between US and Brazilian Medical Students. *Acad Psychiatry*. 2018;42(1):62-67.

12. McCrae RR, Terracciano A. Personality profiles of cultures: aggregate personality traits. *J Pers Soc Psychol*. 2005;89(3):407-425.

13. Kamizaki R, Sousa FA, Sant'ana RP, da Silva JA. [Evaluation of the severity of clinical illness: a psychophysical approach]. *Rev Lat Am Enfermagem*. 1999;7(2):55-62.

14. Hays RB, Lawson M, Gray C. Problems presented by medical students seeking support: a possible intervention framework. *Med Teach*. 2011;33(2):161-164..

15. Beautrais AL. Risk Factors for Suicide and Attempted Suicide among Young People. *Aust New Zeal J Psychiatry*. 2000;34(3):420-436.

16. Downs N, Feng W, Kirby B, et al. Listening to depression and suicide risk in medical students: the Healer Education Assessment and Referral (HEAR) Program. *Acad Psychiatry*. 2014;38(5):547-553.

17. Schernhammer ES, Colditz GA. Suicide rates among physicians: a quantitative and gender assessment (meta-analysis). *Am J Psychiatry*. 2004;161(12):2295-2302.

18. Slavin SJ, Schindler DL, Chibnall JT. Medical student mental health 3.0: improving student wellness through curricular changes. *Acad Med*. 2014;89(4):573-577.

19. Pietrzak RH, Kinley J, Afifi TO, Enns MW, Fawcett J, Sareen J. Subsyndromal depression in the United States: prevalence, course, and risk for incident psychiatric outcomes. *Psychol Med*. 2013;43(7):1401-1414.

20. Langford R, Bonell CP, Jones HE, et al. The WHO Health Promoting School framework for improving the health and well-being of students and their academic achievement. *Cochrane database Syst Rev*. 2014;(4).

21. Ougrin D, Tranah T, Stahl D, Moran P, Asarnow JR. Therapeutic interventions for suicide attempts and self-harm in adolescents: systematic review and meta-analysis. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2015;54(2):97-107.e2.

22. Hetrick SE, Cox GR, Merry SN. Where to go from here? An exploratory meta-analysis of the most promising approaches to depression prevention programs for children and adolescents. *Int J Environ Res Public Health*. 2015;12(5):4758-

4795.

23. Hetrick SE, Cox GR, Witt KG, Bir JJ, Merry SN. Cognitive behavioural therapy (CBT), third-wave CBT and interpersonal therapy (IPT) based interventions for preventing depression in children and adolescents. *Cochrane database Syst Rev*. 2016;(8).

24. Possel P, Baldus C, Horn AB, Groen G, Hautzinger M. Influence of general self-efficacy on the effects of a school-based universal primary prevention program of depressive symptoms in adolescents: a randomized and controlled follow-up study. *J Child Psychol Psychiatry*. 2005;46(9):982-994.

25. Bouchard S, Gervais J, Gagnier N, Loranger C. Evaluation of a primary prevention program for anxiety disorders using story books with children aged 9-12 years. *J Prim Prev*. 2013;34(5):345-358.

26. Essau CA, Conradt J, Sasagawa S, Ollendick TH. Prevention of anxiety symptoms in children: results from a universal school-based trial. *Behav Ther*. 2012;43(2):450-464.

27. Stallard P, Skryabina E, Taylor G, et al. Classroom-based cognitive behaviour therapy (FRIENDS): a cluster randomised controlled trial to Prevent Anxiety in Children through Education in Schools (PACES). *The lancet Psychiatry*. 2014;1(3):185-192.

28. Whittaker R, Stasiak K, McDowell H, et al. MEMO: an mHealth intervention to prevent the onset of depression in adolescents: a double-blind, randomised, placebo-controlled trial. *J Child Psychol Psychiatry*. 2017;58(9):1014-1022.

29. Johnson C, Burke C, Brinkman S, Wade T. Effectiveness of a school-based mindfulness program for transdiagnostic prevention in young adolescents. *Behav Res Ther*. 2016;81:1-11.

30. Imamura K, Kawakami N, Furukawa TA, et al. Does Internet-based cognitive behavioral therapy (iCBT) prevent major depressive episode for workers? A 12-month follow-up of a randomized controlled trial. *Psychol Med*. 2015;45(9):1907-1917.

31. Rooney R, Hassan S, Kane R, Roberts CM, Nesa M. Reducing depression in 9-10 year old children in low SES schools: a longitudinal universal randomized

controlled trial. *Behav Res Ther*. 2013;51(12):845-854.

32. 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;72(12):1192-1198.

33. Fisak BJJ, Richard D, Mann A. The prevention of child and adolescent anxiety: a meta-analytic review. *Prev Sci*. 2011;12(3):255-268.

34. Martin A, Rauh E, Fichter M, Rief W. A one-session treatment for patients suffering from medically unexplained symptoms in primary care: a randomized clinical trial. *Psychosomatics*. 2007;48(4):294-303.

35. Kunik ME, Braun U, Stanley MA, et al. One session cognitive behavioural therapy for elderly patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Psychol Med*. 2001;31(4):717-723.

36. Barlow DH, Sauer-zavala S, Carl JR, Bullis JR, Ellard KK. The Nature , Diagnosis , and Treatment of Neuroticism : Back to the Future. *Clin Psychol Sci*. 2014;2(3):344 –365.

37. Farchione TJ, Fairholme CP, Ellard KK, et al. Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: a randomized controlled trial. *Behav Ther*. 2012;43(3):666-678.

38. Barlow DH, Farchione TJ, Bullis JR, et al. The Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders Compared With Diagnosis-Specific Protocols for Anxiety Disorders: A Randomized Clinical Trial. *JAMA psychiatry*. 2017;74(9):875-884.

39. Boswell JF, Anderson LM, Barlow DH. An idiographic analysis of change processes in the unified transdiagnostic treatment of depression. *J Consult Clin Psychol*. 2014;82(6):1060-1071.

40. Gallagher M. Unified Protocol for Posttraumatic Stress Disorder. *Oxford Univ Press*.

41. Sauer-Zavala S, Bentley KH, Wilner JG. Transdiagnostic Treatment of Borderline Personality Disorder and Comorbid Disorders: A Clinical Replication Series. *J Pers Disord*. 2016;30(1):35-51.

42. Bentley KH, Nock MK, Sauer-Zavala S, Gorman BS, Barlow DH. A functional analysis of two transdiagnostic, emotion-focused interventions on nonsuicidal self-injury. *J Consult Clin Psychol*. 2017;85(6):632-646.

43. Ciraulo DA, Barlow DH, Gulliver SB, et al. The effects of venlafaxine and cognitive behavioral therapy alone and combined in the treatment of co-morbid alcohol use-anxiety disorders. *Behav Res Ther*. 2013;51(11):729-735.

44. Thompson-Brenner. Evidence-based implementations practices applied to the intensive treatment of eating disorders: a research summary and examples from one case. *Clin Psychol Sci Pract*.

45. Bentley K. Development of a Single-Session, Transdiagnostic Preventive Intervention for Young Adults at Risk for Emotional Disorders. *Behav Modif*. 2017.

6. Artigo

Quality of Life and Depressive Symptoms in Medical Students after a CBT Single-Session

Mariane Bagatin Bermudez[a], Monise Costanzi[a], Malu Joyce de A. Macedo[a], Tiago Tatton[b], Alice Menezes Xavier[a], Ygor Arzeno Ferrão[a], Kate H. Bentley[c], Gisele Gus Manfro[b], Carolina Blaya Dreher[a,b]

[a] Federal University of Health Sciences of Porto Alegre, RS, Brazil.

[b] Federal University of Rio Grande do Sul, RS, Brazil.

[c] Massachusetts General Hospital / Harvard Medical School, Boston, MA, USA

Abstract

Introduction: Anxiety and depression disorders and symptoms are prevalent among medical students. Brazilian medical students presented with higher levels of depression and lower quality of life when compared to US students, and there is no preventive intervention for this risk group in Brazil. The Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders (UP) (Barlow et al., 2011, 2017) is a cognitive-behavioral treatment protocol designed to address neuroticism, which was recently adapted into a single-session, preventive intervention. The main aim of this study was to test the impact of the Brazilian Portuguese translated and adapted version of this single-session preventive protocol on the reduction of psychiatric symptoms and improvement in quality of life in medical students in Brazil.

Methods: This was an open-trial study design. The intervention protocol was translated and adapted to Brazilian Portuguese. The study included medical students over 18 years of age. Students with psychotic symptoms, severe depressive episodes, and acute psychiatric risk were excluded. The students underwent a psychiatric clinical interview (the MINI) and were evaluated at baseline and at 7 and 30 days after the single-session UP using the scales of

experimental avoidance, quality of life, self-esteem, empathy, and anxiety symptoms. Ninety days after, beyond these scales, a new psychiatric evaluation was performed with a scale of depression symptoms and also the MINI instrument.

Results: Sixty-two students participated in the study. According to the second psychiatric evaluation, 3 months after the UP intervention, students no longer met diagnostic criteria for social anxiety disorder (p=0.013) and panic disorder (p=0.001). Significant improvements in depressive symptoms (BDI, p<0.001) and quality of life (Q-LES-Q, p<0.001) were also observed.

Conclusion: The UP is a valid intervention to prevent mental disorders in medical students. The single-session group formatmay reduce financial costs and facilitate the application.

Key-words: Prevention, cognitive-behavioral therapy, unified protocol, medical students, quality of life

Introduction

Medical school requires a long and arduous journey. It has been shown that psychological distress in medical students is greater than in their age-matched peers (1,2). A previous study showed that 30–60% of medical students reported burnout symptoms (3). The high prevalence of anxiety and depression disorders in this group has been clearly established (4,5), and a study carried out at the University of California found that 24% of the medical students had depressive symptoms (6).

The psychological distress experienced by medical students may be due to several potentially harmful effects of medical education, such as low levels of empathy, diminished academic performance (7), less professionalism (8,9), suboptimal patient care practices (2)(10), and substance abuse (11). Several factors have been identified as possible causes of these findings, for example the need to cope with patient suffering and death, lack of time, competitiveness, stringent academic demands, and frequent examinations, all of which can decrease quality of life among medical students (12–16). Additionally, psychological distress may play a part in psychopathology that could contribute to suicidal behavior. Suicide rates in young people have increased over the past three decades (17). Current research

evidence suggests that the strongest risk factors for youth suicide are mental disorders and a history of psychopathology (17). Downs et al. (2014) found that almost 8% of medical students met the criteria for high/significant suicide risk (18). Moreover, 10 out of 13 of them were not receiving mental health treatment, indicating that there is a high proportion of untreated, at-risk, and potentially suicidal individuals in this population (18).

One Brazilian research study reported that 24.9% of individuals experienced depressive symptoms during their time as a medical student (19). When compared to US students, Brazilian medical students presented with higher levels of depression, stress, and exhaustion, as well as less engagement in wellness behaviors and a lower quality of life (20). Cultural features may explain in part the difference between US and Brazilian medical students; Latinos often declare greater emotional distress (21). Furthermore, immaturity could play a significant role in mental health problems (22), since Brazilian students are admitted to university after high school, whereas US students typically have 4 years of college before medical school. Moreover, Brazilian students have some social issues that might impair their quality of life, such as social vulnerabilities and violent environments at school and home associated with a lack of safety and security, leisure activities, and health and social care. Beyond that, Brazil is currently facing an economic and political crisis, which might also contribute to decreased hope for the future and a worsening of students' mental health (20).

The damage to mental health is not only an issue for individuals while they are medical students, but it can persist and remain a substantial component of a physician's life. Physicians are a known risk group for suicide. In a recent meta-analysis, the suicide rate was more than 200% among female and 40% among malemedical doctors when compared to other professions (23). Thus, there is a need to develop mental health prevention strategies in academic medical life.

Preventive actions in mental health have the potential toprevent suffering, reduce inequality, create healthy and productive adults, and offer social and economic returns to nations (24). Although there are different approaches, cognitive-behavioral therapy (CBT) is

the most studied and effective approach to preventing mental health problems (25–27). A meta-analysis found that prevention of psychiatric illness was not linked to duration of the protocols, since shorter interventions had the same effect size as longer protocols (28). These findings suggest that brief interventions may also be effective, with the additional advantages of easier application and fewer financial resources.

The Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders (UP) (29) is a cognitive-behavioral interventionthat was designed to address neuroticism, which has been considered a predictor of psychiatric conditions (30–33). Neuroticism is defined as a dimension of temperament marked by elevated stress reactivity resulting in the frequent experience of intense emotions (34). The UP is formulated in eight treatment modules; the five “core” UP modules are designed to replace maladaptive and avoidant reactions through adaptive coping strategies. The UP has shown efficacy in treating anxiety (35,36), unipolar and bipolar depression (35,37), post-traumatic stress disorder (38), borderline personality disorder (39), nonsuicidal self-injury (40), alcohol abuse (41), and eating disorders (42). Recently, the UP treatment developers adapted the original treatment protocol into a single-session, transdiagnostic intervention aimed at preventing emotional disorder onset in at-risk college students (43). The rationale for this brief, transdiagnostic preventive intervention was to deliver strategies that are relevant across the full range of emotional experiences, thus being broadly applicable. Its single-session format also has the potential to facilitate cost-effectiveness and time-efficiency.In an initial pilot study, the modified preventive intervention showed small effects on neuroticism, quality of life, and experiential avoidance in young adults at risk for emotional disorders (38). However, this data has not yet been replicated, and no studies with this CBT protocol have been performed in lower-income countries, such as Brazil. Therefore, this study aimed to adapt the intervention tested by Bentley and colleagues(43) and examine its efficacy for promoting quality of life and preventinganxiety and depressive symptoms in a particularly at-risk group in Brazil, namely medical students.

Methods

Study design and participants

This was an open trial study. The medical students were recruited from the south of Brazil by poster, Facebook, and institutional e-mail. All medical students in the two universities were invited to participate in the study. In order to take part, students had to be: 1) over 18 years of age, and 2) willing to participate in the intervention. Students with psychotic symptoms, severe depressive episode, and acute psychiatric risk were excluded.

All participants were assessed within an individual psychiatric structured interview followed by the Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI).(44) The MINIis a short diagnostic interview for DSM-IV and ICD-10 psychiatric disorders, performed by trained psychiatrists or psychiatry residents. Students who were diagnosed with any psychiatric disorder at the time of the interview were informed about their diagnosis and treatment options. Students who presented with psychotic symptoms, manic episode, or severe depressive episode were referred for treatment and if they presented an acute psychiatric risk they were referred to the psychiatric emergencyunit.

The application of the single-session preventive intervention was conducted in each university classroom. After the one-session therapy, the students received e-mail support materials weekly for 1 month in the form of worksheets that they could print outin order to remind them of the key workshop “take-away messages” and practical exercises corresponding to each module. Students could start either psychotherapy or medication; they were questioned about these interventions in the follow-up interviews and these factors were controlled in the statistical analysis.

Procedure and measures

The single-session 2-hour UP preventive intervention described previously was delivered in an in-person format (43). This intervention focused on: 1) functional nature of emotions; 2) mindful emotion awareness strategies; 3) cognitive flexibility; and 4) emotional avoidance and alternative (43). It was designed as a single 2-hour workshop, with the intention

of ultimately being accessible to the greatest number of students within university centers. After the single-session intervention, four support materials in the form of worksheets that students could print outwere sent by e-mail to the participants once a week for 1 month reminding them of the “take-away messages” and the practical exercises corresponding to each module.The intervention was applied by two researchers: one psychiatristtrained in CBT and one psychologist specialized in mindfulness.

The protocol was translated into Brazilian Portuguese by two independent researchers, and the discrepancies that arose were further discussed and resolved by the other researchers. The final decision was made after consideration of three key aspects: maintaining adherence to the original protocol, ensuring participant understanding, and prioritizing culturalrelevance. The adaptation of the protocol also consisted of evaluation and adequacy of video material, as each key conceptin the original intervention(43) is illustrated with a brief video clip. The suitability of the videos for each concept was discussed within the research group. Research assistants who were also medical students and psychiatric medical professors evaluated the adequacy of the video for our target population. This first version was implemented in a test population, which consisted of 10 volunteer medical students who consented to participate.

After inclusion in the study, the baseline assessment was assessed through self-applied questionnaires. 1) The Multidimensional Experiential Avoidance Questionnaire (MEAQ) (45), used to evaluated the tendency to avoid uncomfortable thoughts or feelings, which has 62 items, with higher scores indicating more severe symptoms. This rating scale was translated into Portuguese (46). 2) The Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire (Q-LES-Q – Short Form)(47) in order to assess the degree of satisfaction and pleasure experienced by the individual in various areas of daily functioning. The Q-LES-Q-SF has 16 items and has been translated and validated (Cronbach’s alpha = 0.78) into Portuguese (48). 3) The Rosenberg Self-Esteem Scale (RSE)(49) to evaluate self-esteem. The RSE consists of 10 items and has been validated for Brazilian Portuguese (50), with reproducibility of p-value = 0.05. 4) Interpersonal Reactivity Index (IRI)(51) to measure affective, cognitive,

and behavioral empathy. This scale consists of 21 items and has been validated (Cronbach's alpha = 0.75) for Brazilian Portuguese (52). 5) The Overall Anxiety Severity and Impairment Scale (OASIS)(53) to assess anxiety measurement, with frequency, intensity, and behavioral and functional aspects. This instrument consist of five items, and has also been validated for Brazilian Portuguese (54). 6) The Beck Depression Inventory (BDI)(55) to evaluate depressive symptoms. It is a 21-question inventory and has been validated (Cronbach's alpha = 0.81) for the Brazilian population (56). This baseline assessment was carried out up to 7 days before the intervention.

The students were evaluated online at 7 and 30 days after the application of the protocol with the MEAQ, Q-LES-Q, RSE, IRI, and OASIS scales. Ninety days after, in addition to these scales, a new psychiatric evaluation was performed with the BDI and MINI instruments. The students were also asked about subjective factors that had improved during this period with an unstructured questionnaire (physical activity practice, sleep quality, greater use of leisure time, appetite/eating, family relationships, mindfulness practice, greater acceptance of emotions, study routine, participation in parties and events, academic presentation, social life, less procrastination, better cognitive flexibility, less drug use).

The main outcome was the improvement of psychiatric symptoms through a significant reduction in the scores of the OASIS and BDI, a significant improvement in the quality of life (Q-LES-Q), and reduction in the frequency of psychiatric diagnoses (MINI). Secondary outcomes were changes in the scores of RSE, IRI, and MEAQ.

Statistical analysis and ethical considerations

Statistical analysis was performed using the SPSS program version 20.0. The data were analyzed for normal distribution using the Kolmogorov–Smirnov test. Missing data were controlled by Little's MCAR test. This tests the null hypothesis that the missing data is *missing completely at random* (MCAR). If the p-value is less than 0.05, the usual interpretation is that the missing data is not MCAR. Our results of Little's MCAR were $X^2 = 10.381$, Sig. = 0.663.

Student t-tests were applied to variables with normal distribution and the Wilcoxon U test was used for variables lacking normal distribution. We used Pearson's and Fisher's chi-square and Yates tests to compare categorical variables. ANOVA, Mauchly test, Greenhouse-Geisser test, and post-hoc Bonferroni were used to compare linear variables with normal distribution. Linear correlations without normal distribution were performed using the Spearman'scorrelation coefficient. We used logistic regression forward conditional method to calculate the associations between the variables. The level of significance was established at $p<0.05$.

All participants signed an informed consent form to participate in the research. This study is consistent with the Guidelines and Norms for Research Involving Human Beings (Resolution 466/12), following the ethical principles of the Declaration of Helsinki. The UFCSPA and HCPA Ethics and Research Commission (CEP) approved the study under protocol number: 2.324.309. This study was registered in the Brazilian database of research (CAAE: 7365.8817.3.1001.5327) and in the Clinical Trials database (NCT03518411).

Results

As depicted in the flowchart (Figure 1), 76 students contacted the researchers showing interest in participating in the study and 64 agreed to attend the initial evaluation (psychiatric interview plus scales). Two students were excluded: one because of acute psychiatric risk and one because of unavailability to attend the session. Altogether, 62 students participated in the single-session CBT intervention, divided into 8 groups of a maximum of 10 people. After the intervention, two students were excluded because they were not available to participate in the reassessment at follow-up. Table 1 depicts the epidemiological and sociodemographic characteristics of the sample.

The frequency of psychiatric diagnoses before and after the intervention is described in Table 2. We observed clinical improvements in the diagnoses of social anxiety disorder ($p=0.013$) and panic disorder ($p=0.001$) at 90 days after the UP when compared with baseline. In order to measure the potential impact of psychotherapy or use of psychiatric medication on

improvement of these diagnoses, the Fisher's test was performed, which did not show statistical significance.

On the self-report scales, we observed statistically significant improvement in depressive symptoms (BDI 11.64 vs. 7.82, p<0.001) and in quality of life (Q-LES-Q 0.602 vs. 0.675, p<0.001). These outcomes are described in Table 3 and illustrated in Figure 2. In order to analyze factors that may have influenced these findings, we stratified our sample into those who had improved and those who had not improved at least 10% on BDI and Q-LES-Q final scores in comparison with baseline scores on these scales. We carried out a bivariate comparison of gender, university, ethnicity, sexual orientation, marital status, living situation, religion/spirituality, semester, family history of psychiatric illness, psychotherapy, psychopharmacology, adherence to practical activities, questionnaire with subjective factors that were improved during this period, MINI psychiatric diagnoses, BDI, Q-LES-Q, IRI, RSE, and OASIS scores. Those variables which presented significant association (p<0.10) were included in the logistic regression model (Table 4). Sexual orientation (heterosexual and homosexual), baseline BDI and OASIS scores, and diagnosis of bulimiawere included as dependent variables for the quality of life outcome (improvement on Q-LES-Q scores). The dependent variables included in the logistic regression model for reduction of depressive symptoms (reduction on BDI scores) were living alone, livingwith relatives, and Q-LES-Q score. The students who benefited most in the reduction of BDI score were those who lived alone or with family members. Regarding quality of life, the Q-LES-Q improvement was moderately influenced by reduction of anxiety severity (OASIS, p=0.034) and depression symptoms (BDI, p=0.005). In relation to BDI outcome, students who were living alone (p=0.007) or with relatives (p=0.015) showed higher reduction of depressive symptoms than those who lived with friends. Furthermore, the reduction in BDI score was significantly related to the Q-LES-Q improvement rate (p=0.001).

It is important to report that the onset of pharmacological or psychotherapeutic treatment, as well as compliance with the practical activities sent by e-mail, had no significant influence on these outcomes.

In the subjective assessment of how the intervention helped to improve some aspect of life (scale from 1 to 5: 1 = not at all, and 5 = completely), 79.8% of the students quantified 3 or more points on this scale. The subjective changes defined by the students are described in Table 5.

Discussion

This study translated and adapted the modified preventive intervention based on the Unified Protocol (36,43) to be used with Brazilian medical students. The interventionwas rated as highly acceptable and most subjects reported that this intervention was beneficial. There was a statistically significant improvement in BDI and Q-LES-Q scales scores and in the prevalence of panic disorder and social anxiety disorder.

It is noteworthy that most people who participated in this research had depressive and anxious symptoms (despite not selecting for elevated levels of anxiety or depression), and, surprisingly, approximately 78% of the sample presented with some psychiatric disorder. This high prevalence of psychiatric symptoms and disorders may be explained by the fact that the Brazilian population is exposed to adversities such as low income, lack of public safety, high trauma exposure, unemployment, and social inequality. Another point to be considered is the difficult access to public specialized health services, such as psychiatry or psychotherapy care, so treatment-seeking students may have been especially interested in the study.

Curiously, the curriculum of medical disciplines encompasses medical psychology and psychiatry, so our sample is characterized by subjects who have received a minimum psychoeducation on mental health conditions. However, despite behavioral sciences being taught for a considerable time in the medical curriculum, it seems that it does not meet the personal needs of students. More than 70% of our subjects implied that after the UP prevention they could deal more appropriately with their emotions.

Our intervention was focused on preventing mental disorder through the reduction of subsyndromal symptoms. We found that the students experienced improvement in depressive symptoms (measured by the BDI). We also analyzed factors that might explain

this finding, considering that it was a short intervention. The reduction of BDI score was greater in the students who lived alone or with family members. Perhaps those who were living with their colleagues had already benefited through the socialization process that a group intervention might bring. A previous prevention program that was effective in reducing depressive symptoms in adolescents had specifically emphasized the importance of the social network (57). In this program, participants remained at a low level of depressive symptoms, having strong social networks. Possibly, participating in a group with colleagues and sharing aspects of their mental health had a positive impact particularly for those who did not have a strong social network. However, we could not analyze the group effect in our study because it was an open trial.

Another important finding is the improvement that we found in quality of life. The Q-LES-Q score improved and the variation observed in the Q-LES-Q improvement rate is associated with the change in BDI and OASIS. This finding is in accordance with the literature (58–62), which shows that quality of life and depressive symptoms are highly correlated. However, we did not find a statistically significant reduction in anxiety symptoms after the UP prevention. Probably this could be explained because the baseline OASIS score was below the cutoff point for anxiety prior to application of the protocol, which may have made it difficult to observe changes inthis outcome.

A reduction in the frequency of psychiatric diagnoses after the intervention was observed, mainly for panic disorder and social anxiety disorder. These outcomes probably occurred because most participants had symptoms of mild severity (OASIS < 8, mild anxiety). Presumably, a brief education style workshop in the UP format was effective not only in preventing but also in treating these disorders. It is possible that participants recovered because the natural history of these disorders has a wax and wane pattern. Also, timing of the delivery of the intervention and the follow-up assessments during the academic year could have impacted our findings. To minimize this limitation of the study, the single-session intervention was delivered weekly over a period of 2 months with students from different classes.

There was no significant change in the RSE scores.This may have occurred because self-esteem is a long-term aspect and interferes with personality characteristics (63). Additionally, there was no improvement in empathy (IRI). Although the protocol was not focused on empathic issues, this variable was incorporated into the study to assess whether reducing psychiatric symptoms would promote empathy. Meanwhile, MEAQ improved significantly 7 and 30 days after the intervention. Despite this, the improvement was not maintained at 90 days after UP. Perhaps, more frequent or intensive interventions might be warranted to observe significant findings.

The fact that 80% of the students stated that they had benefited from the intervention reinforces the importance of making preventive interventions for psychiatric disorders systematically available in the academic enviroment for medical students.

Our results should be interpreted in light of some limitations. Our sample was collected by sampling convenience method, which may have generated a selection bias, students with low psychiatric symptoms, with low life impact, might not feel motivated to participate in the intervention. Equally, students with mental illness associated with social impairment, may not have wanted to participate in the study. Besides that, it was an open study with no control group and no comparisons with subjects undergoing individual therapy or on a waiting list. Furthermore, because of the scarcity of psychoeducation about emotions and feelings in the Brazilian culture, there may have been a benefit for students participating in this activity just through meeting and conversation. For better evaluation of the effect of the technique and protocol, randomized and controlled clinical trials are required.

Despite the majority of the disease burden associated with mental illness being attributed to disability rather than mortality, these disorders have a large economic impact, including lost productivity, carer/family costs, and expenditure in government sectors (64). Preventing mental disorders among young people is one of the soundest investments a society could make and the benefits include higher productivity, lower treatment costs, less suffering

and premature mortality, more cohesive families, and better adjusted and more successful people (65).

This study concludes that the UP was an acceptable and feasible intervention to prevent mental disorders in a risk group. The group format of onesession, transdiagnostic, of 2 hours' duration reduces financial costs and facilitates its dissemination. Further studies are required for measures to prevent mental disorders, including randomized controlled trials.

References

1. Dahlin M, Joneborg N, Runeson B. Stress and depression among medical students: a cross-sectional study. Med Educ. 2005 Jun;39(6):594–604.
2. Dyrbye LN, Thomas MR, Shanafelt TD. Systematic review of depression, anxiety, and other indicators of psychological distress among U.S. and Canadian medical students. Acad Med. 2006 Apr;81(4):354–73.
3. Dyrbye LN, West CP, Satele D, Boone S, Tan L, Sloan J, et al. Burnout among U.S. medical students, residents, and early career physicians relative to the general U.S. population. Acad Med. 2014 Mar;89(3):443–51.
4. Rotenstein LS, Ramos MA, Torre M, Segal JB, Peluso MJ, Guille C, et al. Prevalence of Depression, Depressive Symptoms, and Suicidal Ideation Among Medical Students: A Systematic Review and Meta-Analysis. JAMA. 2016 Dec;316(21):2214–36.
5. Brenneisen Mayer F, Souza Santos I, Silveira PSP, Itaqui Lopes MH, de Souza ARND, Campos EP, et al. Factors associated to depression and anxiety in medical students: a multicenter study. BMC Med Educ [Internet]. 2016;16(1):282.
6. Givens JL, Tjia J. Depressed medical students' use of mental health services and barriers to use. Acad Med. 2002 Sep;77(9):918–21.
7. Clark DC, Zeldow PB. Vicissitudes of depressed mood during four years of medical school. JAMA. 1988 Nov;260(17):2521–8.
8. Dyrbye LN, Massie FSJ, Eacker A, Harper W, Power D, Durning SJ, et al. Relationship

between burnout and professional conduct and attitudes among US medical students. JAMA. 2010 Sep;304(11):1173–80.

9. Dyrbye LN, West CP, Satele D, Boone S, Sloan J, Shanafelt TD. A national study of medical students' attitudes toward self-prescribing and responsibility to report impaired colleagues. Acad Med. 2015 Apr;90(4):485–93.
10. Dyrbye LN, Thomas MR, Shanafelt TD. Medical student distress: causes, consequences, and proposed solutions. Mayo Clin Proc. 2005 Dec;80(12):1613–22.
11. Jackson ER, Shanafelt TD, Hasan O, Satele D V, Dyrbye LN. Burnout and Alcohol Abuse/Dependence Among U.S. Medical Students. Acad Med. 2016 Sep;91(9):1251–6.
12. Tempski P, Santos IS, Mayer FB, Enns SC, Perotta B, Paro HBMS, et al. Relationship among Medical Student Resilience, Educational Environment and Quality of Life. PLoS One. 2015;10(6):e0131535.
13. MacLeod RD, Parkin C, Pullon S, Robertson G. Early clinical exposure to people who are dying: learning to care at the end of life. Med Educ. 2003 Jan;37(1):51–8.
14. Tempski P, Bellodi PL, Paro HBMS, Enns SC, Martins MA, Schraiber LB. What do medical students think about their quality of life? A qualitative study. BMC Med Educ. 2012 Nov;12:106.
15. Wear D. "Face-to-face with It": medical students' narratives about their end-of-life education. Acad Med. 2002 Apr;77(4):271–7.
16. M. WT. Stress, coping and health: enhancing well-being during medical school. Med Educ [Internet]. 28(1):8–17.
17. Beautrais AL. Risk Factors for Suicide and Attempted Suicide among Young People. Aust New Zeal J Psychiatry [Internet]. 2000 Jun 1;34(3):420–36.
18. Downs N, Feng W, Kirby B, McGuire T, Moutier C, Norcross W, et al. Listening to depression and suicide risk in medical students: the Healer Education Assessment and Referral (HEAR) Program. Acad Psychiatry. 2014 Oct;38(5):547–53.

19. Rafael B, Dias T. Prevalência de Sintomas de Ansiedade e Depressão em Estudantes de Medicina. Rev Bras Educ Med. 2015;39(1):135–42.

20. Lucchetti G, Damiano RF, DiLalla LF, Lucchetti ALG, Moutinho ILD, da Silva Ezequiel O, et al. Cross-cultural Differences in Mental Health, Quality of Life, Empathy, and Burnout between US and Brazilian Medical Students. Acad Psychiatry. 2018 Feb;42(1):62–7.

21. Kamizaki R, Sousa FA, Sant'ana RP, da Silva JA. [Evaluation of the severity of clinical illness: a psychophysical approach]. Rev Lat Am Enfermagem. 1999 Apr;7(2):55–62.

22. Hays RB, Lawson M, Gray C. Problems presented by medical students seeking support: a possible intervention framework. Med Teach. 2011;33(2):161–4.

23. Schernhammer ES, Colditz GA. Suicide rates among physicians: a quantitative and gender assessment (meta-analysis). Am J Psychiatry. 2004 Dec;161(12):2295–302.

24. Langford R, Bonell CP, Jones HE, Pouliou T, Murphy SM, Waters E, et al. The WHO Health Promoting School framework for improving the health and well-being of students and their academic achievement. Cochrane database Syst Rev. 2014 Apr;(4):CD008958.

25. Dvořáková K, Kishida M, Li J, Elavsky S, Broderick PC, Agrusti MR, et al. Promoting healthy transition to college through mindfulness training with first-year college students: Pilot randomized controlled trial. J Am Coll Heal. 2017;65(4):259–67.

26. Pistorello J, Fruzzetti AE, Maclane C, Gallop R, Iverson KM. Dialectical behavior therapy (DBT) applied to college students: a randomized clinical trial. J Consult Clin Psychol. 2012 Dec;80(6):982–94.

27. Vazquez FL, Torres A, Blanco V, Diaz O, Otero P, Hermida E. Comparison of relaxation training with a cognitive-behavioural intervention for indicated prevention of depression in university students: a randomized controlled trial. J Psychiatr Res. 2012 Nov;46(11):1456–63.

28. Fisak BJJ, Richard D, Mann A. The prevention of child and adolescent anxiety: a meta-analytic review. Prev Sci. 2011 Sep;12(3):255–68.

29. Wilamowska ZA, Thompson-Hollands J, Fairholme CP, Ellard KK, Farchione TJ, Barlow DH. Conceptual background, development, and preliminary data from the unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders. Depress Anxiety. 2010 Oct;27(10):882–90.

30. de Moor MHM, van den Berg SM, Verweij KJH, Krueger RF, Luciano M, Arias Vasquez A, et al. Meta-analysis of Genome-wide Association Studies for Neuroticism, and the Polygenic Association With Major Depressive Disorder. JAMA psychiatry. 2015 Jul;72(7):642–50.

31. Everaerd D, Klumpers F, van Wingen G, Tendolkar I, Fernandez G. Association between neuroticism and amygdala responsivity emerges under stressful conditions. Neuroimage. 2015 May;112:218–24.

32. Ormel J, Jeronimus BF, Kotov R, Riese H, Bos EH, Hankin B, et al. Neuroticism and common mental disorders: meaning and utility of a complex relationship. Clin Psychol Rev. 2013 Jul;33(5):686–97.

33. Spinhoven P, Penelo E, de Rooij M, Penninx BW, Ormel J. Reciprocal effects of stable and temporary components of neuroticism and affective disorders: results of a longitudinal cohort study. Psychol Med. 2014 Jan;44(2):337–48.

34. Barlow DH, Ellard KK, Sauer-Zavala S, Bullis JR, Carl JR. The Origins of Neuroticism. Perspect Psychol Sci. 2014 Sep;9(5):481–96.

35. Farchione TJ, Fairholme CP, Ellard KK, Boisseau CL, Thompson-Hollands J, Carl JR, et al. Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: a randomized controlled trial. Behav Ther. 2012 Sep;43(3):666–78.

36. Barlow DH, Farchione TJ, Bullis JR, Gallagher MW, Murray-Latin H, Sauer-Zavala S, et al. The Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders Compared With Diagnosis-Specific Protocols for Anxiety Disorders: A Randomized Clinical Trial. JAMA psychiatry. 2017 Sep;74(9):875–84.

37. Boswell JF, Anderson LM, Barlow DH. An idiographic analysis of change processes in the unified transdiagnostic treatment of depression. J Consult Clin Psychol. 2014

Dec;82(6):1060–71.

38. Gallagher M. Unified Protocol for Posttraumatic Stress Disorder. Oxford Univ Press.
39. Sauer-Zavala S, Bentley KH, Wilner JG. Transdiagnostic Treatment of Borderline Personality Disorder and Comorbid Disorders: A Clinical Replication Series. J Pers Disord. 2016 Feb;30(1):35–51.
40. Bentley KH, Nock MK, Sauer-Zavala S, Gorman BS, Barlow DH. A functional analysis of two transdiagnostic, emotion-focused interventions on nonsuicidal self-injury. J Consult Clin Psychol. 2017 Jun;85(6):632–46.
41. Ciraulo DA, Barlow DH, Gulliver SB, Farchione T, Morissette SB, Kamholz BW, et al. The effects of venlafaxine and cognitive behavioral therapy alone and combined in the treatment of co-morbid alcohol use-anxiety disorders. Behav Res Ther. 2013 Nov;51(11):729–35.
42. Thompson-Brenner H, Boswell JF, Espel-Huynh H, Brooks G, Lowe MR. Implementation of transdiagnostic treatment for emotional disorders in residential eating disorder programs: A preliminary pre-post evaluation. Psychother Res. 2018 Mar;1–17.
43. Bentley K. Development of a Single-Session, Transdiagnostic Preventive Intervention for Young Adults at Risk for Emotional Disorders. Behav Modif. 2017;
44. Amorim P. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais . Vol. 22, Revista Brasileira de Psiquiatria . scielo ; 2000. p. 106–15.
45. Gamez W, Chmielewski M, Kotov R, Ruggero C, Watson D. Development of a measure of experiential avoidance: the Multidimensional Experiential Avoidance Questionnaire. Psychol Assess. 2011 Sep;23(3):692–713.
46. Costa, F. M. A.; Cappi, C. Hoexter MQ. Questionário de Evitação Multidimensional (MEAQ). 2017.
47. Endicott J, Nee J, Harrison W, Blumenthal R. Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire: a new measure. Psychopharmacol Bull. 1993;29(2):321–6.
48. Zubaran C, Foresti K, Thorell MR, Franceschini PR, Homero W. Portuguese version of

the Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire: a validation study. Rev Panam Salud Publica. 2009 May;25(5):443–8.

49. Rosenberg M. Conceiving the self. 1979. New York: Basic Books.

50. DiniI GM, FerreiraII MRQLM. Translation into Portuguese, Cultural Adaptation and Validation of the Rosenberg Self-esteem Scale. Rev Bras Cir Plást. 2004;19(1):42–52.

51. Davis MH. Measuring individual differences in empathy: Evidence for a multidimensional approach. Vol. 44, Journal of Personality and Social Psychology. US: American Psychological Association; 1983. p. 113–26.

52. Koller SH. Adaptação e Validação Interna de Duas Escalas de Empatia para Uso no Brasil. Estud Psicol. 2001;18(51):43–53.

53. Norman SB, Cissell SH, Means-Christensen AJ, Stein MB. Development and validation of an Overall Anxiety Severity And Impairment Scale (OASIS). Depress Anxiety. 2006;23(4):245–9.

54. DeSousa DA. Multimodal Approach to the Promotion of Evidence-Based Practice in the Assessment of Anxiety Disorders. 2016.

55. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbauch J. An inventory for measuring depression. Arch Gen Psychiatry. 1961 Jun;4:561–71.

56. Gorenstein C, Andrade L. Validation of a Portuguese version of the Beck Depression Inventory and the State-Trait Anxiety Inventory in Brazilian subjects. Brazilian J Med Biol Res = Rev Bras Pesqui medicas e Biol. 1996 Apr;29(4):453–7.

57. Possel P, Baldus C, Horn AB, Groen G, Hautzinger M. Influence of general self-efficacy on the effects of a school-based universal primary prevention program of depressive symptoms in adolescents: a randomized and controlled follow-up study. J Child Psychol Psychiatry. 2005 Sep;46(9):982–94.

58. Agrawal N, Bird JS, von Oertzen TJ, Cock H, Mitchell AJ, Mula M. Depression correlates with quality of life in people with epilepsy independent of the measures used. Epilepsy Behav. 2016 Sep;62:246–50.

59. Kanner AM, Barry JJ, Gilliam F, Hermann B, Meador KJ. Anxiety disorders,

subsyndromic depressive episodes, and major depressive episodes: do they differ on their impact on the quality of life of patients with epilepsy? Epilepsia. 2010 Jul;51(7):1152–8.

60. Lin C-H, Yen Y-C, Chen M-C, Chen C-C. Depression and pain impair daily functioning and quality of life in patients with major depressive disorder. J Affect Disord. 2014 Sep;166:173–8.

61. Raab PA, Mackintosh M-A, Gros DF, Morland LA. Impact of comorbid depression on quality of life in male combat Veterans with posttraumatic stress disorder. J Rehabil Res Dev. 2015;52(5):563–76.

62. Sainsbury K, Mullan B, Sharpe L. Reduced quality of life in coeliac disease is more strongly associated with depression than gastrointestinal symptoms. J Psychosom Res. 2013 Aug;75(2):135–41.

63. Skorek M, Song A V, Dunham Y. Self-Esteem as a Mediator between Personality Traits and Body Esteem: Path Analyses across Gender and Race/Ethnicity. PLoS One [Internet]. 2014 Nov 6;9(11):e112086.

64. Mihalopoulos C, Vos T, Pirkis J, Carter R. The economic analysis of prevention in mental health programs. Annu Rev Clin Psychol. 2011;7:169–201.

65. Dernovsek MZ, Sprah L. A preliminary report on the implementation of the European Service and Mapping Schedule (ESMS) in Slovenia to map preventive and promotion activities in mental health. Psychiatr Danub. 2008 Jun;20(2):141–7.

7. Tabelas e Figuras

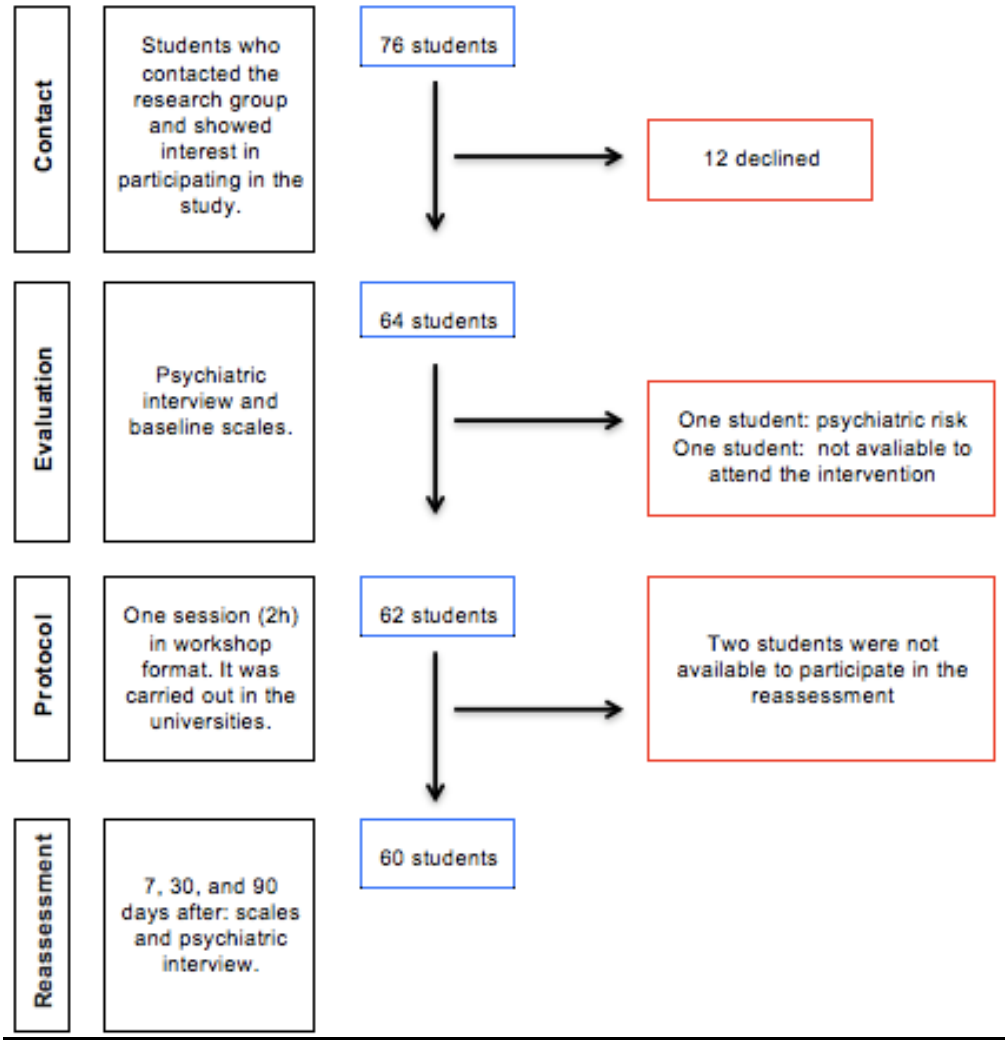

Figure 1. Sample Flowchart of students included in the study.

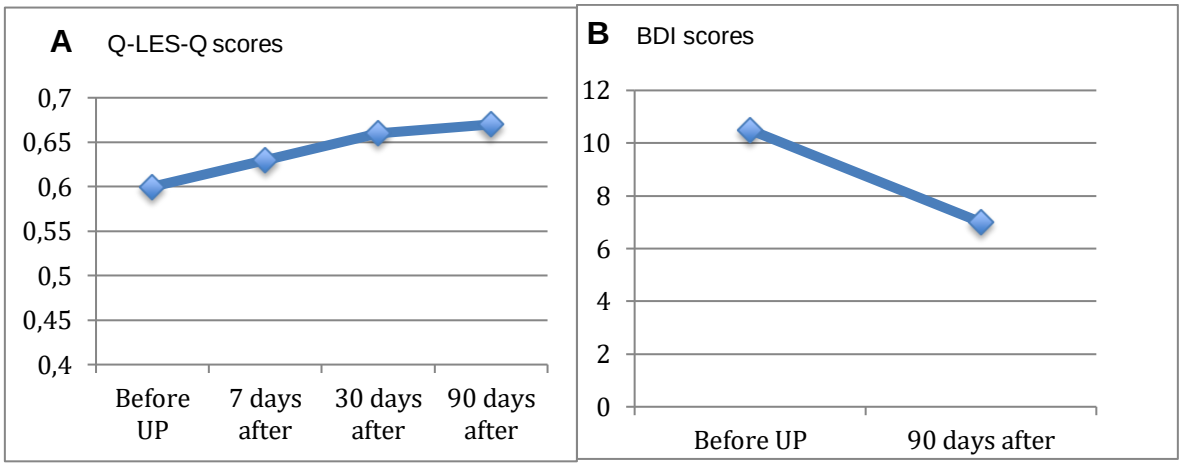

Figure 2. A: The improvement of quality of life measured by Q-LES-Q score. B: The reduction of depressive symptoms measured by BDI score. Q-LES-Q: Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire; BDI: Beck Depression Inventory; UP: The Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders.

Table 1. Epidemiological and sociodemographical characteristics of the sample.

	n = 62 (%)
Gender	
- Male	25 (40.3)
- Female	37 (59.7)
Mean age	23.43
Universities	
- 1	47 (75.8)
- 2	15 (24.2)
Ethnicity	
- Caucasian	49 (79.0)
- Asian	03 (04.8)
- African	10 (16.1)
Sexual orientation	
- Heterosexual	51 (82.3)
- Homosexual	05 (08.1)
- Bisexual	06 (09.7)
Marital status	
- Single	34 (54.8)
- Marriage	01 (01.6)
- Dating	27 (43.5)
Resides	
- Alone	13 (21.0)
- With family	23 (37.1)
- With friends	26 (41.9)
Religion / Spirituality	36 (58.1)
Stage of the medical course	
- First or second year	16 (25.8)
- Third or fourth year	31 (50.0)
- Internship	15 (24.1)
Family history of psychiatric illness	29 (46.8)

Table 2. Psychiatric diagnoses according to Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI).

Diagnoses	Before UP n=60 (%)	90 days after UP n=60 (%)	McNemar p-value	PT	PP
Major Depressive Episode	12 (20.9)	6 (10.0)	0.146	1.000	0.500
Distimia	3 (5.0)	0 (0)	0.250	1.000	1.000
Drug dependence or abuse					
- Alcohol	4 (6.4)	3 (4.9)	0.100	0.250	1.000
- Cannabis	5 (8.0)	2 (3.3)	0.375	1.000	1.000
- LSD	1 (1.6)	2 (3.3)	1.000	1.000	1.000
- Ecstasy	3 (5.0)	0 (0)	0.250	1.000	1.000
- Hallucinogens	2 (3.3)	2 (3.3)	1.000	1.000	1.000
Panic Disorder	11 (18.0)	0 (0)	0.001*	0.250	0.500
Agoraphobia	9 (15.0)	4 (6.7)	0.227	1.000	1.000
Social Anxiety Disorder	17 (28.3)	6 (10.0)	0.013*	0.500	1.000
Obssessive Compulsive Disorder	5 (8.0)	6 (9.9)	1.000	1.000	1.000
Post-traumatic Stress Disorder	1 (1.6)	1 (1.6)	1.000	1.000	1.000
Generalized Anxiety Disorder	28 (45.0)	20 (33.2)	0.092	0.125	1.000
Bulimia	4 (6.7)	0 (0)	0.125	1.000	1.000

UP: The Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders; PT: psychotherapy;PP: psychopharmacotherapy. *:Value with statistical significance.

Table 3. Dimensional variables at baseline and after the intervention.

	Before UP		7 days after UP		30 days after UP		90 days after UP			
	Mean/ Median	SD/ Min-Max	Mean/ Median	SD/ Min-Max	Mean/ Median	SD/ Min-Max	Mean/ Median	SD/ Min-Max	F	p-value
MEAQ[a]	187.80	34.44	173.17	32.60	165.95	39.45	196.10	25.52	50.14	0.028
Q-LES-Q[a]	0.602	0.150	0.630	0.163	0.659	0.160	0.675	0.154	8.61	<0.001*
RSE[a]	29.53	5.54	28.72	5.46	30.33	7.29	30.09	5,00	1.83	0.170
OASIS[a]	6.82	3.76	5.33	3.36	5.45	3.95	5.48	3.86	5.02	0.123
IRI[a]	72.08	7.57	72.20	7.60	72.19	7.19	71.92	7.38	0.026	0.97
BDI[b]	10.5	0-31					7.0	0-26		<0.001*

UP: The Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders; SD: standard deviation; Min-Max: minimum and maximum values. [a]: ANOVA, Mauchly's test, and post-hoc Bonferroni. [b]: Wilcoxon U Test. MEAQ: Multidimensional Avoidance Questionnaire; Q-LES-Q: Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire; RSE: Rosenberg Self-Esteem Scale; OASIS: Overall Anxiety Severity and Impairment Scale;IRI:Interpersonal Reactivity Index;BDI: Beck Depression Inventory.*:Value with statistical significance.

Table 4. Logistic regression model for the Q-LES-Q and BDI outcomes.

Q-LES-Q			95% CI to OR	
	p-value	OR	Min	Max
- BDI	0.005	0.069	0.011	0.438
- OASIS	0.034	0.187	0.040	0.879
- Bulimia	0.999	0.000	0.000	

BDI			95% CI to OR	
	p-value	OR	Min	Max
- Live alone	0.032	7.566	1.190	48.17
- Live with relatives	0.040	4.866	1.071	22.102
- Q-LES-Q	<0.001	0.076	0.019	0.310

Q-LES-Q: Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire; BDI: Beck Depression Inventory;OR: odds ratio; Min: minimum values;Max: maximum values.

Table 5. Subjective changes defined by the students 90 days after the intervention.

	n = 60 (%)
Greater acceptance of emotions	44 (73.3)
Better cognitive flexibility	35 (58.3)
Better mindfulness practice	26 (43.3)
Greater family relationship	18 (30.0)
Greater use of leisure time	16 (26.6)
Improvement of social life	16 (26.6)
Less procrastination	16 (26.6)
Improvement of physical activity practice	15 (25.0)
Better sleep quality	12 (20.0)
Improvement of study routine	11 (18.3)
Academic presentation	11 (18.3)
Improvement of appetite/eating	7 (11.6)
Participation in parties and events	6 (10.0)
Less drug use	6 (10.0)

8. Conclusão

Essa dissertação de mestrado concluiu que o Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment (UP) traduzido e adaptado para o português brasileiro constitui uma intervenção efetiva para prevenção de transtornos mentais. Nenhum sujeito que recebeu a intervenção desenvolveu diagnóstico psiquiátrico no seguimento, e, além disso, houve importante melhora nos sintomas depressivos e na qualidade de vida dos sujeitos tratados. A intervenção foi elaborada com foco preventivo, embora tenha sido observada função terapêutica associada a alguns transtornos psiquiátricos diagnosticados. O protocolo foi bem aceito pelos alunos e com alto índice de reconhecimento dos benefícios.

A melhora na qualidade de vida parece estar associada à melhora da depressão. Tentamos identificar as variáveis que possam ter contribuído para esse desfecho, no entanto não foi possível identificar. Nossa intervenção era composta por uma avaliação psiquiátrica completa, bem como uma intervenção de terapia cognitivo comportamental previamente efetiva. Embora os sujeitos tenham melhorado também em relação aos sintomas de ansiedade e aos comportamentos de evitação, essa mudança não se manteve sustentada por um longo período.

A prevalência de diagnóstico psiquiátrico entre os alunos, foi de 72%. Devido à forma de amostragem ter sido por conveniência, provavelmente o maior interesse no estudo ocorreu entre aqueles que tinham queixas ou sintomas psiquiátricos. Com a seleção de mais indivíduos sintomáticos, a prevenção tornou-se mais seletiva, o que pode justificar o aumento do efeito dos resultados do estudo. A pouca disponibilidade de tratamento especializado ou psicoterápico de forma pública para a população pode ter sido um fator motivador para a participação na pesquisa. Dessa forma, é

necessário que ensaios clínicos randomizados controlados sejam realizados para diferenciar se o efeito ocorreu pela técnica psicoterápica ou se a disponibilização de atenção em uma população carente desses recursos já foi suficiente.

Esse trabalho salienta a importância de das ações de prevenção em saúde mental. A intervenção, por ter sido realizada em grupo e no formato de sessão única, é uma maneira de tratar mais pessoas com menor utilização de recursos com terapeutas, além de melhorar o interesse e adesão por parte dos alunos. O enfoque transdiagnóstico permite a abordagem de mecanismos subjacentes aos transtornos específicos, tornando-se mais rentável. Esse estudo possui algumas limitações, como o tamanho de amostra, possível viés de seleção e o formato de ensaio clínico aberto, sem grupo controle ou cegamento.

Nossos resultados reforçam a importância dessas intervenções nos estudantes medicina, que é considerado um grupo de risco para transtornos psiquiátricos. Pelo fato do risco de suicídio persistir mesmo após a vida acadêmica, as ações precoces já no ambiente acadêmico tornam-se necessárias. As demandas dos alunos perante às questões de saúde mental não estão sendo supridas pelos ensinamentos fornecidos pelas disciplinas. Dessa forma, como perspectiva futura, sugere-se que a aplicação de intervenções preventivas ocorra de forma sistemática para todos os alunos.

9. Anexos

Termo de consentimento livre e esclarecido

Nº do projeto GPPG ou CAAE_____

Título do Projeto: Adaptação do Protocolo de Intervenção Única para Prevenção de Transtornos Mentais com Terapia Cognitivo-Comportamental para o Português Brasileiro: Ensaio Clínico Aberto

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa cujo objetivo é avaliar se é possível prevenir transtornos mentais através de terapia cognitivo-comportamental com um protocolo de intervenção única. Esta pesquisa está sendo realizada pelo setor de Psiquiatria do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). Caso você esteja usando algum medicamento ou algum outro método de psicoterapia você não deverá interromper.

Se você aceitar participar da pesquisa, os procedimentos envolvidos em sua participação são os seguintes: inicialmente será feita uma entrevista psiquiátrica e questionários autoaplicáveis. Depois, será realizada uma sessão única de terapia cognitivo-comportamental em grupo com duração de 2 horas. Você também receberá alguns materiais de apoio pela internet para praticar as habilidades aprendidas. Após a terapia, serão realizadas outras três aplicações dos questionários. Ao término do estudo, será realizada uma nova avaliação psiquiátrica.

Os possíveis riscos ou desconfortos decorrentes da participação na pesquisa é um aumento dos sintomas de ansiedade durante a sessão de terapia e no preenchimento dos questionários.

Os possíveis benefícios decorrentes da participação na pesquisa são: redução dos sintomas depressivos e ansiosos, aumento na qualidade de vida e, além disso, você estará contribuindo para a compreensão do fenômeno estudado e para a produção de conhecimento científico.

Sua participação na pesquisa é totalmente voluntária, ou seja, não é obrigatória. Caso você decida não participar, ou ainda, desistir de participar e retirar seu consentimento, não haverá nenhum prejuízo a avaliação curricular que você recebe ou possa vir a receber na instituição.

Não está previsto nenhum tipo de pagamento pela sua participação na pesquisa e você não terá nenhum custo com respeito aos procedimentos envolvidos, porém, poderá ser ressarcido por despesas decorrentes de sua participação, como despesas com transporte, cujos custos serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa.

Caso ocorra alguma intercorrência ou dano, resultante de sua participação na pesquisa, você receberá todo o atendimento necessário, sem nenhum custo pessoal.

Os dados coletados durante a pesquisa serão sempre tratados confidencialmente. Os resultados serão apresentados de forma conjunta, sem a identificação dos participantes, ou seja, o seu nome não aparecerá na publicação dos resultados.

Caso você tenha dúvidas, poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável Prof. Carolina Blaya Dreher, pelo telefone 32893350, com a pesquisadora Mariane Bagatin Bermudez pelo telefone 999554322 ou com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), pelo telefone (51) 33597640, ou no 2º andar do HCPA, sala 2227, de segunda à sexta, das 8h às 17h.

Esse Termo é assinado em duas vias, sendo uma para o participante e outra para os pesquisadores.

_____
Nome do participante da pesquisa

_____
Assinatura

_____
Nome do pesquisador que aplicou o Termo

_____
Assinatura

Local e Data: _____

Anexo B - Inventário de Depressão de Beck (BDI)

INSTRUÇÕES: Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Depois de ler cuidadosamente cada grupo, faça um círculo em torno do número (0, 1, 2 ou 3) próximo à afirmação, em cada grupo, que descreve melhor a maneira que você tem se sentido na **ÚLTIMA SEMANA, INCLUINDO HOJE!** Se várias afirmações num grupo parecerem se aplicar bem, faça um círculo em cada uma. **Tome o cuidado de ler todas as afirmações, em cada grupo, antes de fazer a sua escolha.**

0 Não me sinto triste
1 Me sinto triste
2 Estou sempre triste e não consigo sair disto
3 Estou tão triste e infeliz que não consigo suportar

0 Não estou especialmente desanimado(a) quanto ao futuro
1 Eu me sinto desanimado(a) quanto ao futuro
2 Acho que nada tenho a esperar
3 Acho o futuro sem esperança e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar

0 Não me sinto um fracasso
1 Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum
2 Quando olho pra trás, na minha vida, tudo que posso ver é um monte de fracassos
3 Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso

0 Tenho tanto prazer em tudo como antes
1 Não sinto mais prazer nas coisas como antes
2 Não encontro um prazer real em mais nada
3 Estou insatisfeito(a) ou aborrecido(a) com tudo

0 Não me sinto especialmente culpado(a)
1 Eu me sinto culpado(a) grande parte do tempo
2 Eu me sinto culpado(a) na maior parte do tempo
3 Eu me sinto culpado(a) todo o tempo

0 Não acho que esteja sendo punido(a)
1 Acho que posso ser punido(a)
2 Creio que vou ser punido(a)
3 Acho que estou sendo punido(a)

0 Não me sinto decepcionado comigo mesmo(a)
1 Estou decepcionado(a) comigo mesmo(a)
2 estou enojado(a) de mim
3 Eu me odeio

0 Não me sinto de qualquer modo pior que os outros
1 Sou crítico em relação a mim por minhas fraquezas ou erros
2 Eu me culpo sempre por minhas falhas
3 Eu me culpo por tudo de mal que acontece

0 Não tenho quaisquer idéias de me matar
1 Tenho idéias de me matar, mas não as executaria
2 Gostaria de me matar
3 Eu me mataria se tivesse a oportunidade

0 Não choro mais que o habitual
1 Choro mais agora do que costumava
2 Agora, choro o tempo todo
3 Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo, mesmo que o queira

0 Não sou mais irritado(a) do que sempre estou
1 Fico aborrecido(a) ou irritado(a) mais facilmente do que costumava
2 Agora, eu me sinto irritado(a) o tempo todo
3 Não me irrito mais com coisas que costumavam me irritar

0 Não perdi o interesse pelas outras pessoas
1 Estou menos interessado pelas outras pessoas do que costumava estar

2 Perdi a maior parte do meu interesse pelas outras pessoas
3 Perdi todo o interesse pelas outras pessoas

0 Tomo decisões tão bem quanto antes
1 Adio as tomadas de decisões mais do que costumava
2 Tenho mais dificuldade de tomar decisões do que antes
3 Absolutamente não consigo mais tomar decisões

0 Não acho que de qualquer modo pareço pior do que antes
1 Estou preocupado(a) em estar parecendo velho(a) ou sem atrativo
2 Acho que há mudanças permanentes na minha aparência, que me fazem parecer sem atrativo
3 Acredito que pareço feio(a)

0 Posso trabalhar tão bem quanto antes
1 É preciso algum esforço extra para fazer alguma coisa
2 Tenho que me esforçar muito para fazer alguma coisa
3 Não consigo mais fazer qualquer trabalho

0 Consigo dormir tão bem como o habitual
1 Não durmo tão bem como costumava
2 Acordo 1 a 2 horas mais cedo do que habitualmente e acho difícil voltar a dormir
3 Acordo várias horas mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir

0 Não fico mais cansado(a) do que o habitual
1 Fico cansado(a) mais facilmente do que costumava
2 Fico cansado(a) em fazer qualquer coisa
3 Estou cansado(a) demais para fazer qualquer coisa

0 Meu apetite não está pior do que o habitual
1 Meu apetite não é tão bom como costumava ser
2 Meu apetite é muito pior agora
3 Absolutamente não tenho mais apetite

0 Não tenho perdido muito peso se é que perdi algum recentemente
1 Perdi mais do que 2 quilos e meio
2 Perdi mais do que 5 quilos
3 Perdi mais do que 7 quilos
Estou tentando perder peso de propósito, comendo menos: ( )Sim ( )Não

0 Não estou mais preocupado(a) com a minha saúde do que o habitual
1 Estou preocupado(a) com problemas físicos,tais como dores,indisposição do estômago ou constipação
2 Estou muito preocupado(a) com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa
3 Estou tão preocupado(a) com meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa

0 Não notei qualquer mudança recente no meu interesse por sexo
1 Estou menos interessado em sexo do que costumava
2 Estou muito menos interessado por sexo agora
3 Perdi completamente o interesse por sexo

Anexo C - Dados sociodemográficos

1	Idade (anos)	
2	Etnia (1) branco (2) amarelo (3) pardo (4) negro (5) indígena	
3	Gênero (1) masculino (2) feminino	
4	Orientação sexual (1) heterossexual (2) homossexual (3) bissexual	
5	Estado civil (1) solteiro (2) casado / união estável (3) namorando (4) divorciado / separado (5) viúvo	
6	Município de origem:	
7	Mudou-se de cidade para cursar a faculdade? (1) sim (2) não	
8	Reside: (1) sozinho (2) familiares (3) colegas	
9	Quantos pessoas residem na casa?	
10	Religião/espiritualidade? (1) sim (2) não	
11	Semestre da faculdade:	
12	Número de repetições escolares:	
13	Rendimento / Média das notas:	
14	Portador de deficiência física? (1) não (2) sim Se sim, especifique:	
15	Portador de doença psiquiátrica? (1) não (2) sim Se sim, especifique:	
16	Familiar de primeiro grau com doença psiquiátrica? (1) não (2) sim	
17	Uso de substância psicoativa? (1) não (2) sim Se sim, especifique:	
18	Uso contínuo de alguma medicação? (1) não (2) sim Se sim, especifique:	
18	Em psicoterapia? (1) não (2) sim	

Anexo D - Resultado MINI

	Circule a letra correspondente quando há transtorno relacionado
A	EDM – atual (2 últimas semanas)
A’	EDM – passado
B	Distimia – atual (2 últimos anos)
C	Risco de Suicídio – atual (último mês)
D	Episódio (Hipo)maníaco – vida inteira + atual (último mês)
E	Transtorno do Pânico – vida inteira +atual (último mês)
F	Agorafobia (atual)
G	Fobia Social
H	Transtorno Obsessivo Compulsivo – atual (último mês)
I	Transtorno de Estresse Pós-Traumático – atual (último mês)
J	Síndrome Psicótica – vida inteira + atual
M	Anorexia Nervosa – atual (últimos três meses)
N	Bulimia Nervosa (últimos três meses)
O	Transtorno de Ansiedade Generalizada – atual (últimos 6 meses)
P	Dependência Química/Abuso de SPA

Anexo E - Questionário de Evitação Multidimensional (MEAQ)

1- Discordo fortemente
2- Discordo moderadamente
3- Discordo levemente
4- Concordo levemente
5- Concordo moderadamente
6- Concordo fortemente

1. Eu não faço alguma coisa se eu acho que ela vai me fazer sentir desconfortável	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
2. Se eu pudesse magicamente remover todas as minhas memórias dolorosas, eu o faria	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
3. Quando algo perturbador surge, eu tento fortemente parar de pensar nisso	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
4. Às vezes tenho dificuldade de identificar como me sinto	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
5. Eu tenho tendência a adiar as coisas desagradáveis que precisam ser feitas	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
6. As pessoas devem enfrentar seus medos	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
7. Felicidade significa não sentir qualquer dor ou decepção	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
8. Eu evito atividades, mesmo que haja apenas uma pequena possibilidade de me machucar	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
9. Quando os pensamentos negativos surgem, eu tento preencher minha cabeça com outra coisa	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
10. Às vezes, as pessoas me dizem que eu estou em negação	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
11. Às vezes eu procrastino (adio) para evitar enfrentar desafios	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
12. Mesmo quando eu me sinto desconfortável, eu não desisto de trabalhar pelas coisas que eu valorizo	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
13. Quando estou sofrendo, posso fazer qualquer coisa para me sentir melhor	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
14. Eu raramente faço alguma coisa se houver uma chance de que ela vai me perturbar	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
15. Normalmente, eu tento me distrair quando sinto algo doloroso	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
16. Eu sou capaz de "desligar" as minhas emoções quando eu não quero sentir	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
17. Quando eu tenho algo importante para fazer eu me pego fazendo um monte de outras coisas ao invés de fazer o que tenho	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
18. Estou disposto entrar em contato com dor e desconforto para conseguir o que eu quero	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
19. Felicidade envolve livrar-se de pensamentos negativos	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
20. Eu me esforço muito para evitar situações que possam me trazer pensamentos e sentimentos desagradáveis	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
21. Eu não percebo que estou ansioso até que outras pessoas me digam	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
22. Quando as lembranças perturbadoras surgem, eu tento me concentrar em outras coisas	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
23. Estou em contato com minhas emoções	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
24. Estou disposto a sofrer por as coisas que importam para mim	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
25. Um dos meus grandes objetivos é estar livre de emoções dolorosas	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
26. Eu prefiro ficar com o que eu me sinto confortável, ao invés de tentar novas atividades	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
27. Eu me esforço muito para manter longe sentimentos perturbadores	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
28. As pessoas dizem que eu não reconheço meus problemas	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
29. O medo ou a ansiedade não me impedem de fazer algo	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**

importante						
30. Eu tento lidar com os problemas imediatamente	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
31. Eu faria qualquer coisa para me sentir menos estressado	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
32. Se eu tiver alguma dúvida sobre fazer algo, eu simplesmente não vou fazer	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
33. Quando as lembranças desagradáveis surgem, eu tento colocá-las para fora da minha mente	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
34. Nos dias de hoje as pessoas não deveriam ter de sofrer	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
35. Os outros me dizem que eu suprimo meus sentimentos	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
36. Eu tento me desligar de tarefas desagradáveis pelo maior tempo possível	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
37. Mesmo quando eu estou sofrendo, eu ainda faço que precisa ser feito	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
38. Minha vida seria ótima se eu nunca me sentisse ansioso	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
39. Se eu estou começando a me sentir encurralado, deixo a situação imediatamente	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
40. Quando um pensamento negativo surge, eu imediatamente tento pensar em outra coisa	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
41. É difícil para mim saber o que estou sentindo	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
42. Eu não faço algo até que isso seja estritamente necessário	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
43. Eu não deixo que a dor e o desconforto me impeçam de conseguir o que eu quero	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
44. Eu desistiria de muitas coisas para não me sentir mal	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
45. Eu saio do meu caminho para evitar situações desconfortáveis	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
46. Eu posso anestesiar meus sentimentos quando eles são muito intensos	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
47. Por que fazer hoje o que você pode deixar para amanhã	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
48. Estou disposto a entrar em contato com a tristeza para conseguir o que eu quero	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
49. Algumas pessoas me disseram que eu "escondo a cabeça na areia"	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
50. Dor sempre conduz ao sofrimento	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
51. Se eu estou em uma situação levemente desconfortável, eu tento deixá-la imediatamente	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
52. Leva algum tempo para perceber quando estou me sentindo mal	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
53. Eu continuo trabalhando em direção a meus objetivos, mesmo se eu tiver dúvidas	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
54. Eu gostaria de poder livrar-me de todas as minhas emoções negativas	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
55. Eu evito situações que tenham a possibilidade de que eu vá me sentir nervoso	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
56. Eu me sinto desconectado de minhas emoções	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
57. Eu não deixo que pensamentos sombrios me impeçam de fazer o que eu quero	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
58. A chave para uma boa vida está em nunca sentir qualquer dor	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
59. Eu sou rápido para sair de qualquer situação que me faça sentir desconfortável	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
60. As pessoas me dizem que eu não tenho consciência de meus problemas	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
61. Eu espero viver sem qualquer tristeza e decepção	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
62. Quando estou trabalhando em algo importante, eu não vou desistir, mesmo se as coisas ficarem difíceis	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**

Anexo F - Questionário de satisfação e qualidade de vida (QLESQ)

Levando tudo em consideração, o quanto você esteve satisfeito/a, durante os últimos 7 dias, com...

	Muito insatis-feito/a	**Insatis-feito/a**	**Nem satis-feito/a, nem insatis-feito/a**	**Satis-feito/a**	**Muito satis-feito/a**
... sua saúde física?	1	2	3	4	5
... seu humor?	1	2	3	4	5
... seu trabalho?	1	2	3	4	5
... suas atividades domésticas?	1	2	3	4	5
... seus relacionamentos sociais?	1	2	3	4	5
... seus relacionamentos familiares?	1	2	3	4	5
... suas atividades de lazer?	1	2	3	4	5
... sua capacidade de realizar tudo que tem que ser feito no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
... seu desejo, interesse e/ou desempenho sexual?*	1	2	3	4	5
... sua situação econômica?	1	2	3	4	5
... sua condição de habitação/moradia?*	1	2	3	4	5
... sua capacidade de andar sem se sentir tonto/a, cambaleante ou cair?*	1	2	3	4	5
... sua vista, isto é, sua capacidade de enxergar suficientemente bem para realizar trabalhos ou passatempos?*	1	2	3	4	5
... sua sensação de bem-estar geral?	1	2	3	4	5
... sua medicação? (Se você não está tomando nenhuma medicação, faça um “X” no espaço em branco aqui ao lado ____ e deixe as opções de resposta em branco.)	1	2	3	4	5
De um modo geral, como você avaliaria sua satisfação e seu prazer de viver durante os últimos 7 dias?	1	2	3	4	5

Anexo G - Escala de Autoestima de Rosenberg (RSE)

Leia cada frase com atenção e faça um círculo em torno da opção mais adequada

1. Eu sinto que sou uma pessoa de valor, no mínimo, tanto quanto as outras pessoas.
   (1) Discordo Totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo Totalmente

2. Eu acho que eu tenho várias boas qualidades.
   (1) Discordo Totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo Totalmente

3. Levando tudo em conta, eu penso que eu sou um fracasso.
   (1) Discordo Totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo Totalmente

4. Eu acho que sou capaz de fazer as coisas tão bem quanto a maioria das pessoas.
   (1) Discordo Totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo Totalmente

5. Eu acho que não tenho muito do que me orgulhar.
   (1) Discordo Totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo Totalmente

6. Eu Tenho uma atitude positiva com relação a mim mesmo.
   (1) Discordo Totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo Totalmente

7. No conjunto, eu estou satisfeito comigo.
   (1) Discordo Totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo Totalmente

8. Eu gostaria de poder ter mais respeito por mim mesmo.
   (1) Discordo Totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo Totalmente

9. Às vezes, eu me sinto inútil.
   (1) Discordo Totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo Totalmente

10. Às vezes eu acho que não presto para nada.
    (1) Discordo Totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo Totalmente

Anexo H - Escala Geral de Prejuízo e Gravidade de Ansiedade (OASIS)

1) Na semana que passou, o quão frequente você se sentiu ansioso?

( ) 0	( ) 1	( ) 2	( ) 3	( ) 4
Não me senti ansioso	**Ansiedade infrequente** Me senti ansioso raras vezes.	**Ansiedade ocasional** Me senti ansioso, mas na maioria do tempo não estava ansioso. Foi difícil relaxar.	**Ansiedade frequente** Me senti ansioso na maior parte do tempo. Foi muito difícil de relaxar.	**Ansiedade constante** Me senti ansioso todo o tempo e não fui capaz de relaxar de fato.

2) Na semana que passou, quando você se sentiu ansioso, quão intensa ou grave foi a sua ansiedade?

( ) 0	( ) 1	( ) 2	( ) 3	( ) 4
Pouco ou nada. A ansiedade estava ausente ou quase imperceptível.	**Leve** A ansiedade estava em um nível baixo. Foi possível relaxar quanto eu tentei. Os sintomas físicos foram apenas um pouco desconfortáveis.	**Moderada** A ansiedade me causou desconforto algumas vezes. Foi difícil relaxar ou me concentrar, mas eu consegui quando eu tentei. Os sintomas físicos estavam desconfortáveis.	**Grave** A ansiedade foi intensa na maioria do tempo. Foi muito difícil relaxar ou focar em qualquer coisa. Os sintomas físicos estavam muito desconfortáveis.	**Extremamente Grave** A ansiedade foi insuportável. Foi completamente impossível relaxar. Os sintomas físicos estavam intoleráveis.

3) Na semana que passou, o quanto frequentemente você evitou situações, lugares, objetos ou atividades por causa da ansiedade ou medo?

( ) 0	( ) 1	( ) 2	( ) 3	( ) 4
Nada Eu não evitei lugares, situações, atividade ou outras coisas por causa do medo.	**Infrequente** Eu evitei algumas coisas uma vez ou outra, mas eu geralmente enfrentei a situação. Minha rotina não foi afetada.	**Ocasional** Eu tive medo de algumas situações, lugares ou objetos, mas isso ainda foi administrável. Minha rotina mudou minimamente. Eu sempre ou quase sempre evitei as coisas que me causavam medo quando eu estava sozinho, mas lidava com elas se alguém estivesse comigo.	**Frequente** Eu tive medo considerável e tentei a todo custo evitar as coisas que me assustavam. Fiz mudanças importantes na minha rotina para evitar objetos, situações, atividades ou lugares.	**Todo o tempo** Evitar objetos, situações, atividades ou lugares tomou conta da minha vida. Minha rotina foi extensivamente afetada e não faço mais coisas que geralmente gostava de fazer

4) Na semana que passou, o quanto a sua ansiedade interferiu com a sua capacidade de fazer as coisas que você precisava fazer no trabalho (na escola) ou em casa?

( ) 0	( ) 1	( ) 2	( ) 3	( ) 4
Nada Sem interferência no trabalho/casa/escola pela ansiedade.	**Leve** Minha ansiedade me causou alguma interferência no trabalho/casa/escola. As coisas ficaram mais difíceis de serem feitas, mas tudo que precisava ser feito ainda está sendo feito.	**Moderada** Minha ansiedade definitivamente interfere nas minhas tarefas. A maioria das coisas ainda estão sendo feitas, mas poucas estão sendo feitas tão bem quanto eu fazia no passado.	**Grave** Minha ansiedade realmente mudou a minha capacidade de fazer as coisas. Algumas tarefas ainda estão sendo feitas, mas muitas coisas não estão. Minha performance definitivamente foi alterada.	**Extremamente Grave** Minha ansiedade se tornou incapacitante. Sou incapaz de completar tarefas, tive que abandonar a escola/o trabalho (ou fui demitido)/ou fui incapaz de completar as tarefas em casa e enfrentei consequências como cobradores, despejo, etc.

5) Na semana que passou, o quanto a sua ansiedade interferiu com a sua vida social ou com os relacionamentos?

( ) 0	( ) 1	( ) 2	( ) 3	( ) 4
Nada Minha ansiedade não afetou os meus relacionamentos.	**Leve** Minha ansiedade interferiu um pouco nos meus relacionamentos. Alguns dos meus amigos e outros relacionamentos foram afetados, mas, em geral, minha vida social ainda está OK.	**Moderada** Eu tive alguma interferência na minha vida social, mas eu ainda tenho alguns relacionamentos próximos. Eu não passo tanto tempo com os outros como no passado, mas eu ainda saio algumas vezes.	**Grave** Minhas amizades e relacionamentos foram muito afetados por causa da minha ansiedade. Eu não gosto mais de atividades sociais. Eu saio muito pouco.	**Extremamente Grave** Minha ansiedade completamente acabou com as minhas atividades sociais. Todos os meus relacionamentos foram afetados ou acabaram. Minha família está extremamente cansada.

Anexo I - Escala Multidimensional de Reatividade Interpessoal de Davis (EMRI)

As seguintes afirmações questionam seus sentimentos e pensamentos em uma variedade de situações. Para cada item, indique quanto seu pensamento ou sentimento é descrito pela afirmação escolhendo sua posição na escala abaixo ("não me descreve bem"/"descreve-me muito bem"). Quando você tiver decidido sua resposta, circule o número apropriado ao lado da afirmação, Leia cada item com muito cuidado antes de responder. Responda o mais honestamente possível.

	Não me descreve bem					Descreve-me muito bem
1. Eu frequentemente tenho sentimentos de ternura e preocupação por pessoas menos afortunadas do que eu.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
2. Às vezes, eu tenho dificuldade de ver as coisas do ponto de vista dos outros.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
3. Às vezes, eu não lamento muito por outras pessoas que estão tendo problemas.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
4. Em situações de emergência, eu me sinto ansioso e desconfortável.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
5. Eu tendo considerer os argumentos de todas as pessoas em uma discussão antes de tomar uma decisão.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
6. Quando eu vejo alguém sendo logrado, sinto vontade de protegê-lo.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
7. Às vezes, eu me sinto desconfortável quando estou no meio de uma situação muito emotiva.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
8. Às vezes, eu tento entender melhor meus amigos, imaginando como as coisas são vistas da perspectiva deles.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
9. Quando eu vejo alguém se ferir, eu tendo a permanecer calmo.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
10. As desgraças e os problemas dos outros em geral não me perturbam muito	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
11. Se eu tenho certeza de que eu estou correto sobre alguma coisa, eu não desperdiço muito tempo ouvindo os argumentos das outras pessoas.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
12. Estar em uma situação emocional tensa assusta-me.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
13. Quando eu vejo alguém sendo injustiçado, eu às vezes não sinto muita pena dele.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
14. Geralmente eu sou muito efetivo para lidar com emergências.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
15. Freqüentemente eu fico emocionado com coisas que eu vejo acontecer.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
16. Eu acredito que existem dois lados para cada questão e tendo olhar para ambas.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
17. Eu descreveria a mim mesmo como uma pessoa de coração mole.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
18. Eu tendo a perder o controle durante emergências.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
19. Quando eu estou incomodado com alguém, geralmente eu tento me colocar em seu lugar por um momento.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
20. Quando eu vejo alguém que tem grande necessidade de ajuda em uma emergencia, eu fico desesperado.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
21. Antes de criticar alguém, eu tento imaginar como eu me sentiria, se eu estivesse em seu lugar.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**

Anexo J – Formulário de dados qualitativos e subjetivos

1. Em psicoterapia? ( ) Sim ( ) Não

2. Em uso de alguma medicação psiquiátrica?

( ) Sim – Nome: Dose: Tempo de uso:

( ) Não

3. Você praticou alguns dos exercícios enviados por e-mail?

( ) Não, apenas assisti o workshop.

( ) Sim – Quantos? ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4

4. Ter participado do UP te trouxe algum benefício? Caso afirmativo, descreva com mais detalhes possíveis. Caso negativo, por que não ajudou? (Use o verso da folha, caso necessário)

_____
_____
_____
_____
_____

5. A sua participação no UP, acarretou em mudança ou melhora em algum desses aspectos?

( ) Prática de atividade física
( ) Maior aproveitamento do tempo de lazer
( ) Melhora na qualidade do sono
( ) Apetite / Alimentação
( ) Convívio / Visita a familiares
( ) Iniciou ou aprimorou a prática de meditação / mindfulness / exercícios de relaxamento
( ) Maior aceitação das emoções
( ) Rotina de estudo
( ) Participação a festas / eventos
( ) Apresentação de trabalhos
( ) Convívio social / amizades
( ) Menos episódios de procrastinação
( ) Maior flexibilidade cognitiva / Reavaliação dos pensamentos automáticos
( ) Redução do uso de álcool ou outras drogas
( ) Outro: _____
( ) Nenhum

6. O quanto ter participado dessa intervenção lhe ajudou em algum aspecto de sua vida?

( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5
Nada Completamente

Anexo K – Aprovação do CEP

UFRGS - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE DA UNIVERSIDADE FEDERAL

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Adaptação do Protocolo de Intervenção Única para Prevenção de Transtornos Mentais com Terapia Cognitivo-Comportamental para o Português Brasileiro

Pesquisador: Carolina Blaya Dreher

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 73658817.3.0000.5327

Instituição Proponente: Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Patrocinador Principal: Hospital de Clínicas de Porto Alegre

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.324.309

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de Mestrado.

Não existe uma intervenção que promova a prevenção de transtornos mentais no Brasil. Portanto, este é o primeiro estudo brasileiro que visa a adaptação de um modelo com técnicas de terapia cognitivo comportamental para prevenir transtornos ansiosos e depressivos em população sob-risco. Seu formato de uma única sessão permite que mais pessoas tenham acesso a esse protocolo com custo financeiro.

A aplicação da sessão de terapia cognitivo-comportamental será realizada em sala de aula das universidades. O protocolo UP é estruturado para uma única sessão em formato de "workshop" com duração de 2 horas. É apresentado em PowerPoint, material didático verbal, clipes multimídias, exercícios práticos e discussões sobre os seguintes módulos de tratamento: 1) natureza funcional das emoções, 2) estratégias de mindfulness, 3) flexibilidade cognitiva e 4) evitação emocional e comportamento alternativo. Após a aplicação do protocolo, as escalas acima descritas serão novamente aplicadas nos tempos de 7, 30 e 90 dias após o término da terapia.

Critério de Inclusão:

Serão incluídos no estudo estudantes que apresentem os seguintes critérios: 1) ter mais de 18

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2227 F
Bairro: Santa Cecília **CEP:** 90.035-903
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3359-7640 **Fax:** (51)3359-7640 **E-mail:** cephcpa@hcpa.edu.br

anos de idade; 2) concordar com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; 3) ter disponibilidade para participar da intervenção.

Critério de Exclusão:
Serão excluídos os alunos que apresentarem sintomas psicóticos, risco psiquiátrico agudo ou estiverem matriculados em alguma disciplina em que a orientadora deste estudo seja a docente (de acordo com o art. 105 do Código de Ética Médica).

Objetivo da Pesquisa:
Objetivos Gerais:
Traduzir, adaptar e aplicar o protocolo UP em estudantes de Medicina.

Objetivos Específicos:
- Avaliar a eficácia da versão brasileira desse protocolo nos estudantes de Medicina.
- Analisar a adesão do protocolo pelos estudantes.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:
Riscos:
Os efeitos colaterais que podem ocorrer é um aumento dos sintomas durante a sessão de terapia e no preenchimento dos questionários.

Benefícios:
Prevenção de sintomas de ansiedade e depressão.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:
METODOLOGIA
Após a aquisição do protocolo original, será realizada a tradução para o português brasileiro. A tradução será realizada por dois pesquisadores independentes, as divergências que surgirem serão discutidas, em grupo, entre os demais pesquisadores. A decisão será feita considerando principalmente dois aspectos: a tradução mais fiel ao protocolo e que seja de fácil compreensão. A adaptação constará da avaliação e adequação de material de vídeos. Como cada fase do protocolo é ilustrada com um vídeo que exemplifica a técnica aplicada, a adequação dos vídeos para a nossa amostra será feita pelo grupo de pesquisa. Nessa avaliação, contaremos com a participação de bolsistas de iniciação científica e da equipe de pós-graduação para avaliar o quão adequado é o

vídeo para a nossa população. Essa primeira versão, será aplicada em uma população-teste. A população-teste será constituída por 10 alunos de medicina voluntários e que concordaram com o TCLE.

- Delineamento da amostra

Os estudantes de Medicina serão recrutados de duas Universidades Federais de Porto Alegre através da divulgação da pesquisa através de folhetos informativos e e-mail. Serão incluídos no estudo estudantes que apresentem os seguintes critérios: 1) ter mais de 18 anos de idade; 2) concordar com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo A); 3) ter disponibilidade para participar da intervenção. Serão excluídos os alunos que apresentarem sintomas psicóticos, episódio depressivo grave, risco psiquiátrico agudo ou estiverem matriculados em alguma disciplina em que a orientadora deste estudo seja a docente (de acordo com o art. 105 do Código de Ética Médica). Para análise desses critérios, médicos psiquiatras e residentes de psiquiatria realizarão uma avaliação psiquiátrica individual com os participantes em consultório no HCPA. Os alunos que forem diagnosticados com algum transtorno psiquiátrico no momento da entrevista serão informados acerca do seu diagnóstico e de suas opções de tratamento. Os alunos poderão poderão participar do estudo independentemente de realizarem algum tratamento psiquiátrico concomitante. Os alunos que apresentarem sintomas psicóticos, episódio maníaco ou episódio depressivo grave (avaliado pelo Inventário de Depressão de Beck, anexo B) serão encaminhados para tratamento e, caso possuam riscos psiquiátricos agudos serão encaminhados para a Emergência Psiquiátrica. A aplicação da sessão de terapia cognitivo-comportamental será realizada em sala de aula da UFCSPA e no HCPA. Os estudantes que estiverem em uso de psicofármacos e/ou em tratamento psicoterápico seguirão no estudo e esses fatores serão mensurados e controlados posteriormente na análise estatística.

Considerando um tamanho de efeito do estudo original de 0.39, um poder de 80% e o erro alfa de 5%, serão necessários 62 sujeitos. Será acrescentado 20% para contabilizar possíveis perdas, totalizando 75 sujeitos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta TCLE.

Recomendações:

Em relação ao material de divulgação, sugere o seguinte texto para utilização no HCPA:

UFRGS - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE DA UNIVERSIDADE FEDERAL

Projeto de pesquisa de Mestrado seleciona acadêmicos de Medicina para participar como voluntários (participantes) de pesquisa cujo objetivo é avaliar se é possível prevenir transtornos mentais através de terapia cognitivo-comportamental com um protocolo de intervenção única.

Interessados devem preencher os critérios abaixo:
- Ter mais de 18 anos de idade
- Ter disponibilidade para participar da intervenção

Para maiores informações entrar em contato com:
Dra Mariane Bagatin

Fone: (51) 999554322
Observação: ligações ou mensagens de texto
Email: bagatinmariane@gmail.com

Pesquisadora Responsável: Carolina Blaya Dreher - Serviço de Psiquiatria

Local de realização: Centro de Pesquisa Clínica (CPC)
Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:
As pendências emitidas para o projeto no parecer foram adequadamente respondidas pelos pesquisadores, conforme carta de respostas, nova versão de projeto e de TCLE adicionadas em 23/09/2017. Não apresenta novas pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:
Lembramos que a presente aprovação (versão do projeto de 23/09/2017, TCLE de 23/09/2017 e demais documentos submetidos até a presente data, que atendem às solicitações do CEP) refere-se apenas aos aspectos éticos e metodológicos do projeto. Para que possa ser realizado o mesmo deverá estar cadastrado no sistema WebGPPG em razão das questões logísticas e financeiras.
O projeto somente poderá ser iniciado após aprovação final da Comissão Científica, através do Sistema WebGPPG.
Qualquer alteração nestes documentos deverá ser encaminhada para avaliação do CEP. Informamos que obrigatoriamente a versão do TCLE a ser utilizada deverá corresponder na íntegra

UFRGS - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE DA UNIVERSIDADE FEDERAL

à versão vigente aprovada. A comunicação de eventos adversos classificados como sérios e inesperados, ocorridos com pacientes incluídos no centro HCPA, assim como os desvios de protocolo quando envolver diretamente estes pacientes, deverá ser realizada através do Sistema GEO (Gestão Estratégica Operacional) disponível na intranet do HCPA.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_923728.pdf	23/09/2017 12:05:16		Aceito
Outros	Legendas.docx	23/09/2017 12:03:55	Carolina Blaya Dreher	Aceito
Outros	Divulgacao.png	23/09/2017 11:52:57	Carolina Blaya Dreher	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	23/09/2017 11:51:46	Carolina Blaya Dreher	Aceito
Outros	Pendencias.docx	23/09/2017 11:49:59	Carolina Blaya Dreher	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoUP.docx	23/09/2017 11:46:38	Carolina Blaya Dreher	Aceito
Outros	Formulario.pdf	16/08/2017 07:52:55	Carolina Blaya Dreher	Aceito
Outros	TERMO.docx	28/07/2017 21:54:53	Carolina Blaya Dreher	Aceito
Folha de Rosto	FOLHAROSTO.pdf	21/05/2017 17:46:04	Carolina Blaya Dreher	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2227 F
Bairro: Santa Cecília **CEP:** 90.035-903
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3359-7640 **Fax:** (51)3359-7640 **E-mail:** cephcpa@hcpa.edu.br

PORTO ALEGRE, 10 de Outubro de 2017

Assinado por:
Marcia Mocellin Raymundo
(Coordenador)

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2227 F
Bairro: Santa Cecília **CEP:** 90.035-903
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3359-7640 **Fax:** (51)3359-7640 **E-mail:** cephcpa@hcpa.edu.br