

DOUGLAS RAMBO LAUXEN

**INTERVENÇÕES INSTITUCIONAIS PARA PROMOÇÃO
DO BEM ESTAR DOS ESTUDANTES DE MEDICINA**

**Trabalho apresentado à Universidade
Federal de Santa Catarina, como requisito
para a conclusão do Curso de Graduação
em Medicina.**

**Florianópolis
Universidade Federal de Santa Catarina
2020**

DOUGLAS RAMBO LAUXEN

**INTERVENÇÕES INSTITUCIONAIS PARA PROMOÇÃO
DO BEM ESTAR DOS ESTUDANTES DE MEDICINA**

**Trabalho apresentado à Universidade
Federal de Santa Catarina, como requisito
para a conclusão do Curso de Graduação
em Medicina.**

Presidente do Colegiado: Prof. Dr. Aroldo Prohmann de Carvalho

Professor Orientador: Prof^ª. Dra. Suely Grosseman

Florianópolis

Universidade Federal de Santa Catarina

2020

FICHA CATALOGRÁFICA

Lauxen, Douglas Rambo

Intervenções institucionais para promoção do bem-estar dos estudantes de medicina / Douglas Rambo Lauxen - Florianópolis, 2020.
49p.

Orientadora, Suely Grosseman

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Graduação em Medicina.

1. Bem estar. 2. Estudantes de medicina. 3. Intervenções. 4. Educação médica. 5. Promoção da saúde

I. Intervenções institucionais para promoção do bem-estar dos estudantes de medicina.

AGRADECIMENTOS

Meus pais e minhas irmãs me ensinaram que o estudo é a solução e que desistir não é uma opção, mesmo quando as contas não batem e o desespero vem. Roque e Elisabete, Franciele e Daniele, obrigado por sempre me lembrarem de que o nosso laço não quebra e por serem os meus primeiros exemplos de sucesso frente aos perrengues da vida.

Meus tios me acolheram, orientaram e permitiram com que eu tivesse meios de crescer enquanto tentava uma vaga na universidade. Obrigado, Jairo e Isabel, por acolherem mais um filho adolescente, por acreditarem no meu potencial e por me darem mais uma irmã. Ana, obrigado por dividir comigo seu tempo e por caminhar comigo desde então.

A participação na DENEM trouxe-me consciência política e me deu uma terceira família baseada no apoio e no respeito mútuo. Obrigado DENEM e obrigado CEV. Nossa luta e nossa viagem continuam.

Agradeço aos meus amigos e amigas por me mostrarem que a vida pode ter uma bandeira arco-íris tremulando, com lágrimas, risadas, abraços, parcerias e incontáveis “a gente vai conseguir”. Obrigado pelo apoio a distância durante esses últimos meses. Obrigado por estarem na minha vida.

Há dois anos Adriane entrou na minha vida e nossos encontros semanais possibilitaram que eu crescesse como ser humano e mudasse minha percepção, sobretudo, em relação a minha própria existência. Obrigado por ser incrível.

Desde o primeiro contato com Suely, admiro a força, a coragem, a postura, o cuidado, a luz e o respeito que estão presentes em cada ato dessa mulher incrível. Obrigado, professora, por me orientar na construção desse trabalho, desde o impreciso início até os retoques finais disso tudo. Obrigado pela sensibilidade e pelo respeito com que tratou as minhas ideias e a minha saúde. Espero que um dia eu consiga ser ao menos uma fração da profissional e da pessoa que você é. Muito obrigado!

Por fim, agradeço por não ter desistido nas inúmeras vezes que o desespero era real e a insegurança me questionava se eu realmente achava que era bom o suficiente ou capaz de construir tudo isso. Agradeço por ter conseguido segurar a ansiedade, lidar com os sentimentos e fazer esse trabalho em meio a uma pandemia. Agradeço por ter respirado e continuado, começando aos poucos a acreditar em mim assim como todos esses acima acreditaram. Obrigado. Muito obrigado.

RESUMO

Objetivo: Sintetizar a literatura dos últimos dez anos sobre intervenções desenvolvidas por universidades para promoção do bem-estar dos estudantes de medicina.

Método: Foi realizada uma revisão online nas bases *Pubmed*, *Scielo* e *Google acadêmico* de documentos publicados entre 01 de janeiro de 2010 e 30 de abril de 2020, utilizando-se as palavras chave “bem-estar”, “estudantes de medicina” e “intervenção”, e seus equivalentes em inglês e espanhol.

Resultados: Foram incluídos 22 documentos. As intervenções foram divididas em institucionais pontuais e estruturais. No primeiro grupo, duas intervenções chamam atenção: a tutoria/mentoria como forma de estabelecer uma conexão com os estudantes e fornecer um modelo de profissional como guia durante a formação médica; e, o ensino de técnicas de *mindfulness* (atenção plena ao presente) para diminuir o estresse e aumentar a resiliência. No segundo grupo, há os sistemas de apoio psicopedagógico aos estudantes, mudanças na matriz curricular e no sistema de avaliação do estudante (para aprovado-reprovado), programas para promoção integral do bem estar do estudante em currículos longitudinais e comitês de bem-estar compostos por estudantes.

Conclusão: Existe uma tendência a programas institucionais mais abrangentes, considerando a multidimensionalidade do bem-estar. Todavia, ainda são pouco publicadas ou existentes ações voltadas para inclusão, auxílio e permanência dos estudantes. Sugere-se que a promoção do bem-estar deve se tornar uma filosofia tanto para a universidade, quanto para os acadêmicos de medicina.

Palavras-chave: Bem estar; Estudantes de medicina; Intervenções; Educação médica; Promoção da saúde.

ABSTRACT

Objective: To synthesize the last ten years literature on interventions developed by universities to promote medical students' well-being. **Method:** A review of documents published online between January 1 and April 30, 2020 was carried out on Pubmed, Scielo and Google Scholar databases using the keywords "well-being", "medical students" and "intervention", and their equivalents in Portuguese and Spanish.

Results: Twenty two documents were included. The interventions were divided into specific and structural institutional interventions. In the first group, two interventions call attention: mentoring as a way to establish connection with students and providing a professional model as a guide during medical training; and, the teaching of mindfulness techniques to reduce stress and increase resilience. In the second group, there are the students' psychological and pedagogical support,, changes in strategic points such as the curricular matrix and students' assessment format (to pass-fail), programs for integral student well-being promotion in longitudinal curricula and wellness committees composed by students.

Conclusions: There is a trend to more comprehensive institutional interventions, considering wellness multidimensionality. However, actions aimed at inclusion, assistance and permanence of students are still less published or existent. The authors suggest that the promotion of medical students' well-being should become a philosophy to the university and to the students.

Keywords: Wellness; Medical students; Interventions; Medical education; Health promotion.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AC	<i>Advisory College</i>
ACP	<i>Advisory College Program</i>
AMSA	<i>American Medical Students Association</i>
BUMDC	<i>Bahria Universiti Medical and Dental College</i>
DHEA-5	Desidroepiandrosterona-5
EUA	Estados Unidos da América
GRAPEME	Grupo de Apoio aos Estudantes de Medicina e Enfermagem
HEART	<i>Humanistic Elective in Alternative Medicine, Activism and Reflexive Transformation</i>
LGBT	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais
MBSR	<i>Mindfulness Based Stress Reduction</i>
NAPEM	Núcleo de Apoio Psicopedagógico ao Estudante de Medicina
SASSI	<i>Student Academic Support Services and Inclusion</i>
SMART	<i>Stress Management and Resilience Training</i>
SWC	<i>Student Wellness Committee</i>
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UK	<i>United Kingdom</i>
UPM	<i>Universiti Putra Malasia</i>
USMLE	<i>United States Medical Licensing Examination</i>
VMS	<i>Vanderbilt Medical Student</i>
VSM	<i>Vanderbilt School of Medicine</i>
WC	<i>Wellness Committee</i>

SUMÁRIO

RESUMO	v
ABSTRACT	vi
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS.....	vii
SUMÁRIO.....	viii
1. INTRODUÇÃO.....	1
OBJETIVO.....	2
2. MÉTODO.....	3
3. RESULTADOS.....	3
3.1. Intervenções institucionais pontuais.....	4
3.1.1. Mentoria (<i>mentoring</i>) ou tutoria.....	4
3.1.2. Ensino de técnicas para <i>Mindfulness</i>	7
3.2. Intervenções institucionais estruturais.....	12
4. DISCUSSÃO.....	27
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	33
REFERÊNCIAS.....	34
NORMAS ADOTADAS.....	41

1. INTRODUÇÃO

Os médicos têm menor expectativa de vida (1) e maiores índices de transtornos mentais (em especial transtornos ansiosos e depressão), de abuso de substâncias, de suicídio e de hábitos não considerados saudáveis (má alimentação, baixa quantidade de horas de repouso, sedentarismo) quando comparado com a população em geral na mesma faixa etária. (2–4) Nos EUA, estima-se que cerca de 50% da população médica tenha algum nível de síndrome de *Burnout* (3), definida em 1974 por Freudenberger como um estado de fadiga emocional, de exaustão física e de desesperança com surgimento relacionado ao trabalho. (5)

A formação médica é um dos motivos que contribui para este fenômeno. Para entrar no curso de graduação em medicina, o estudante deve passar por um processo seletivo que, historicamente, tem o maior número de candidatos por vaga no Brasil. Além da alta concorrência, a maioria dos vestibulares ainda privilegia aqueles com maior capacidade de memorização de conteúdos, embora muitas universidades almejem candidatos com um pensar crítico. (6) O que motiva a maioria desses futuros profissionais da saúde, além do vasto de mercado de trabalho e a influencia cultural do papel social do médico, é principalmente o ideal altruísta do “curador”. (7) Para atingir o grau de especialização requerido, normalmente, é preciso frequentar cursos preparatórios, o que requer investimento financeiro e se caracteriza como mais um fator segregante para os estudantes cujas famílias não têm poder aquisitivo suficiente para pagar seu custo (6,8,9). Ao serem aprovados, os estudantes já foram submetidos a uma carga de estresse consideravelmente alta, resultado de uma soma de fatores estruturais e sociais.

Ao ingressar na universidade, um panorama menos romântico e consideravelmente mais estressante é apresentado ao estudante. Apesar de estar em um ambiente de construção de saberes, de valores e de relações sociais, o estudante também se depara com um conjunto de regras, de valores e de padrões de comportamento legitimados historicamente, que podem ser diferentes, e, por vezes, contrários aos compartilhados no ambiente educacional, social, econômico, étnico e cultural do qual ele advém. (10) Durante essa adaptação ao ambiente acadêmico, além dos fatores já citados, os estudantes devem aprender a manejar uma grande carga de estresse físico e psicológico oriundos da elevada carga horária do curso, da densa matriz curricular, do ambiente de competição e da busca do ideal de médico “fantástico”, que gera o sentimento de não poder falhar.

Como consequência, a saúde dos estudantes fica em risco. Em todo o mundo, estima-se que 33,8%, ou seja, um a cada três futuros médicos sofra com transtornos ansiosos (11) e 27% deles tenha diagnóstico de depressão, (12) sendo as mulheres, nesse caso, as mais vulneráveis. (13) Além disso, mesmo havendo poucos registros relacionados ao tema na literatura em âmbito global, (14) nos EUA o suicídio é a segunda causa de morte entre estudantes de medicina (15). Quando comparado ao resto da comunidade universitária, a quantidade e a frequência do uso de tabaco, de álcool e de maconha por estudantes de medicina são maiores, havendo um aumento gradativo do primeiro para o quarto ano. (16)

Outro ponto que preocupa é a negligência dos estudantes em relação ao próprio autocuidado. Segundo o trabalho de Rotenstein e colaboradores, publicado em 2016, dentre os estudantes que tiveram triagem positiva para depressão, apenas 15% buscaram atendimento psiquiátrico. (12) As justificativas para esse comportamento incluem falta de tempo, medo de quebra do sigilo médico-paciente e do estigma de doença mental, dificuldade de acesso e a sensação de “não estar doente o suficiente”. (12,16) Assim, quando somados o estresse desproporcional, as barreiras para buscar ajuda e a falta de ferramentas saudáveis para lidar com o cotidiano da escola médica, temos como resultado estudantes doentes, que falham em cuidar de si enquanto tentam aprender a cuidar dos outros.

Diversas escolas médicas têm se preocupado em transformar esse cenário desfavorável, implementando intervenções e estratégias, ora isoladas ora associadas, para ajudar os estudantes de medicina a lidar da melhor maneira possível com as questões que eles enfrentam no cotidiano, visando preservar ou, até mesmo, promover seu bem-estar.

O “bem-estar” é um constructo multidimensional, caracterizado como um estado contínuo e não finito. Segundo Roscoe (17), embora ele seja classificado em dimensões como Emocional, Espiritual, Físico, Intelectual, Ambiental, Social e Ocupacional, elas se inter-relacionam e são interdependentes, sendo a soma de todas mais importante do que cada uma individualmente. Com base nesse conceito, cada dimensão do bem-estar o influencia de forma integrada e recíproca e seu equilíbrio dinâmico é que resultará em um estado ótimo de saúde e bem estar. (17)

Levando em conta a importância de construir conhecimentos que gerem maior compreensão sobre as possibilidades para promoção do bem-estar no ambiente acadêmico do curso de medicina, o **objetivo deste estudo** foi sintetizar a literatura sobre intervenções desenvolvidas por universidades nos últimos dez anos para promoção do bem-estar dos estudantes de medicina.

2. MÉTODO

Este estudo caracteriza-se como uma revisão da literatura.

Foi realizada entre os meses de janeiro e 30 de abril de 2020, busca de documentos publicados entre janeiro de 2010 e abril de 2020, nas bases de dados “Pubmed”, “Scielo” e “Google acadêmico”, com as seguintes palavras chave: bem-estar: bem-estar, “bem estar”, *bienestar*, *well-being*, “*well being*”, *wellness*, autocuidado, *self-care* e “*self care*”; “estudantes de medicina”, “estudante de medicina”, “*medical students*” e “*estudiantes de medicina*”; e, currículo, *curriculum*, intervenção, *intervention*, *intervención* intervenções, *interventions* e *intervenciones*.

Os critérios de inclusão foram: ter intervenção para promoção do bem-estar; ser realizada para estudantes de medicina; documentos com revisão de literatura, estudos de qualquer delineamento e livros; disponibilidade do texto integral na internet; e, artigo escrito em português, inglês ou espanhol.

Os critérios de exclusão foram: resumos de anais de conferência.

3. RESULTADOS

Foram encontrados 70.984 documentos, sendo 20740 no Pubmed, 44 no Scielo e 50.200 no Google Acadêmico. Foi realizada uma primeira seleção com os 400 primeiros resultados dispostos como “melhor resposta” ou “melhor correspondência”, sendo feita a leitura dos títulos, seguida por leitura dos resumos dos trabalhos incluídos pelos títulos, o que levou à seleção de 223. Após exclusão de artigos duplicados e leitura dos textos integrais, 22 documentos foram incluídos na revisão.

As intervenções institucionais foram subdivididas em pontuais, com foco no estudante, e estruturais, quando composta por múltiplas abordagens pela instituição, assumindo maior responsabilidade pelo bem-estar do estudante de forma mais abrangente.

3.1. Intervenções institucionais pontuais

3.1.1 Mentoria (*mentoring*) ou tutoria

Uma das estratégias de aproximação dos estudantes com a universidade baseia-se em programas de tutoria ou mentoria. Eles utilizam uma pessoa com mais experiência, que serve como figura de referência para o estudante, a qual na maioria das vezes acolhe suas demandas e fornece aconselhamento relacionado à carreira médica ou à vida pessoal, adaptando a abordagem conforme a necessidade do estudante. (18) Nesse sentido, existem modelos tanto individuais quanto coletivos de mentoria cujas apresentações e formas de interação variam conforme o objetivo com o qual a atividade é empregada.

Farrington e colaboradores (19) relatam que, desde 2016, a *Faculty of Biology, Medicine and Health, University of Manchester*, Manchester (Reino Unido), oferece aos alunos do terceiro ano do curso de medicina um programa chamado *Clinical Debrief*. Ele consiste de reuniões semanais com cerca de duas horas de duração – incluindo 15 minutos destinados a *Coffee Break* e interação social - estruturado em dois blocos de 12 semanas ao longo do ano. Com o objetivo de promover a empatia e o desenvolvimento de mecanismos de enfrentamento saudáveis, do autoconhecimento e do bem estar dos estudantes, são realizadas discussões que exploram as experiências dos estudantes nos estágios clínicos, desde dificuldades de aprendizado até impactos do currículo oculto.

Para cada grupo de 5 a 10 estudantes é designado um facilitador - um médico clínico geral não integrante do corpo docente - que é responsável por acolher as demandas e explorar os assuntos utilizando ferramentas como *role play*, por exemplo, de forma a integrar a supervisão psicológica dos estudantes com o desenvolvimento de raciocínio clínico e do preparo para a prática médica. Além disso, caso identifique necessário, o profissional dispõe de liberdade para intervir individualmente e encaminhar o participante a outros serviços de auxílio oferecidos pela universidade.

O programa foi avaliado em três coortes (turmas de 2016/2017, de 2017/2018 e de 2018/2019) e teve um total de 1857 respostas, havendo a possibilidade de o mesmo estudante preencher ao final do primeiro bloco e novamente ao final do segundo. A média da avaliação quantitativa obtida foi 9, considerando 1 como “precisando de muitas melhorias” e 10 como “excelente”. Além disso, a intervenção foi descrita como um espaço que permite a reflexão sobre valores pessoais e profissionais útil para o aprendizado. Frente às boas repercussões, a universidade agora estuda oferecer a iniciativa também no quinto ano do curso, o último da graduação em medicina, com foco direcionado para a transição para o mercado de trabalho e para a residência médica.(19)

A *Bahria University Medical and Dental College* (BUMDC), no Paquistão, com objetivos semelhantes, adota, desde 2009, um sistema de orientação em grupo que inclui também um caráter de monitoramento da saúde do estudante. Na primeira semana de aula, cada mentor é designado a um grupo aleatório de dez alunos e é responsável pela apresentação da estrutura e do funcionamento da universidade, sendo esse momento considerado crucial para o desenvolvimento do vínculo entre eles. Após esse primeiro momento, a interação dar-se-á individualmente entre orientador e aluno, com encontros idealmente semanais durante o ano. Em cada um deles o mentor dispõe de uma ficha de avaliação que coleta informações do estudante acerca de hobbies e problemas educacionais e com o ambiente universitário, além de uma análise quantitativa que designa notas aos itens comunicação, vestimenta, relações interpessoais, postura e mecanismos de enfrentamento, sendo considerados 1 como “ruim” e 4 como “excelente”. Não são relatados detalhes a respeito dos critérios dessa avaliação e se ela pode vir a refletir de alguma forma na vida acadêmica do estudante tendo em vista que é mantido um portfólio de cada estudante. Contudo o mentor, se julgar benéfico para preservação da relação com o orientando, pode conservar a confidencialidade de informações e não relatá-las na ficha. Além disso, ele também dispõe de suporte para encaminhar o estudante a outros serviços de aconselhamento se necessário.

O programa foi parte de uma pesquisa transversal baseada em questionário sobre bem estar emocional envolvendo outra faculdade de medicina da mesma cidade que não tem intervenção semelhante. Foram compostos dois grupos de estudantes, um da universidade BUMDC (Grupo B, n=450) com estudantes que participaram em algum dos cinco anos do projeto, e outro de alunos de outra universidade de medicina local (Grupo A, n=423), e aplicado questionário fechado que avaliou aspectos relacionados ao bem estar dos estudantes. Constatou-se que os estudantes que tiveram acesso à tutoria durante a formação tiveram menores índices de bem estar emocional que o outro grupo. Todavia, 90% dos estudantes do grupo A procuraram auxílio de psicólogos ou psiquiatras e apenas 7% deles sentiam-se capazes de superar crises de ansiedade sem ajuda. No grupo B, os índices respectivos foram de 7% e 0,04%. (20) O estudo não leva em consideração as influências que dois ambientes acadêmicos distintos têm sobre os estudantes e também não faz considerações a respeito de questões culturais e religiosas, e de estigma sobre procurar ajuda médica nessas duas populações.

No Brasil, desde 2001, na Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, UFMG, em conjunto com o Núcleo de Apoio Psicopedagógico ao Estudante de

Medicina (NAPEM), existe o programa de mentoria oferecido como crédito obrigatório do quinto semestre do curso que busca intervir no período de transição entre o ciclo básico e o ciclo clínico. Com frequência semanal e sem avaliação formal a que se atribui nota, os alunos são pareados de forma randomizada com os facilitadores (médicos do corpo docente e/ou psicólogos voluntários, na maioria), os quais têm o papel de acolher os discentes, de prestar assistência individual, de facilitar a já mencionada transição e de abordar temas que normalmente não são discutidos no currículo formal. Todavia, não são fornecidos pela instituição material padronizado ou temas específicos a serem trabalhados, ficando a cargo do tutor a condução da atividade.

Como a avaliação formal da atividade dá-se através de relatório entregue ao tutor no final do período e é nominalmente identificada, ela é considerada passível de parcialidade. Visando levantar dados sobre como o programa é visto pelos estudantes e qual a sua efetividade, uma pesquisa anônima foi conduzida em 2013 com estudantes do sexto período (momento logo após o fim da atividade) e com alunos do sexto ano do curso. Dentre os 129 estudantes da sexta fase que responderam ao questionário, 25% afirmaram que não seriam frequentes na atividade se ela não fosse obrigatória. Em relação aos estudantes do sexto ano (n=164, 51,2%), 34% deles teriam o mesmo comportamento. Todavia, de um modo geral, cerca de metade dos estudantes afirmou que continuaria usufruindo do espaço após o período de intervenção se ela fosse de caráter opcional e tivesse uma frequência quinzenal ou mensal. Por fim, um dos principais obstáculos apontados pelos estudantes foi o despreparo dos tutores, relatando falta de foco (falando sobre vida e conquistas pessoais sem correlação com o assunto em pauta, por exemplo), empatia e até fidedignidade das experiências com o cenário atual da carreira médica. (21)

Considerando a amplitude de abordagens possíveis utilizando esse tipo de intervenção, Frei e colaboradores (18) realizou uma revisão de literatura, na qual apresentou 14 artigos publicados entre 2000 e 2008 que atendiam aos critérios de inclusão. Todos os trabalhos incluídos foram publicados nos Estados Unidos da América, sendo que os objetivos principais dos programas variaram indo desde prover aconselhamento de carreira (n=5), dar suporte a trajetória acadêmica (n=3), desenvolver o profissionalismo e apoiar o crescimento pessoal (n=4), fomentar o interesse em pesquisa (n=1), até estimular o estudante a escolher possíveis especializações para as quais se projeta falta de profissionais no futuro (n=1).

Quanto à estrutura, seis universidades ofereciam tutoria individual entre estudante e algum membro do corpo docente, duas organizavam-se na forma de um mentor para pequenos grupos de alunos e outras seis universidades adotavam modelos mistos. Em relação à

efetividade, ela refere que os programas melhor avaliados tinham três características principais: atentar para os anseios do estudante no momento da escolha do tutor, ou seja, caso o mentorando queira seguir carreira acadêmica, o ideal seria designá-lo a um par que seja pesquisador; o comprometimento do tutor, sendo necessário que esse seja tanto um modelo pessoal quanto um modelo profissional; e atentar para o momento de introdução do programa ao longo do curso. Sobre esse último ponto, ela argumenta que caso a intervenção inicie muito cedo, pode levar a uma especialização precoce do estudante, e caso aconteça muito tarde, pode não ser efetiva.

3.1.2. Ensino de técnicas para *Mindfulness* (atenção plena ao momento presente)

Uma estratégia que aparece com frequência é o ensino de técnica para *Mindfulness*, ou atenção plena, um estado de consciência em que a atenção está focada em experiências mentais onde todos os processos de julgamento e de elaboração estão suspensos. (22) A prática de técnicas para desenvolver *Mindfulness* geram efeitos na promoção da saúde mental, no crescimento pessoal, na diminuição dos efeitos do estresse e no desenvolvimento de resiliência. (23)

Uma das estratégias que busca operacionalizar esse constructo chama-se *Mindfulness Based Cognitive Therapy*, um programa que une a atenção plena e os conceitos de terapia cognitivo-comportamental. (22) A *Universiti Putra Malaysia* (UPM), na Malásia, oferece um curso em que adapta essa prática na Faculdade de Medicina desde 2010. (24) Com o objetivo principal de promover a saúde mental e o bem estar dos estudantes de medicina, ele tem quatro semanas com sessões de duas horas semanais em grupos de 15 a 20 pessoas. Sabe-se que os efeitos positivos vêm com a prática e dedicação, porém é difícil para muitos estudantes adotar o *Mindfulness* como hábito, considerando a carga horária extensa da faculdade. Assim, a UPM propõe uma técnica que utiliza o acrônimo “S.T.O.P.” que, se praticada com frequência, auxilia a aliviar o estresse e induzir o relaxamento apesar da rotina maçante do curso, sendo inicialmente proposta pelo menos três vezes ao dia, com duração mínima de um minuto. Phang e colaboradores (24) afirmam que a prática nesse formato teria resultado superior a quando se emprega o tempo padrão recomendado (entre 30 a 60 minutos), mas não é feita diariamente.

Acerca do acrônimo “S.T.O.P.”, a letra inicial refere-se a “*Stop*” (pare, em inglês). Nesse momento, o indivíduo deve parar tanto a mente quanto o corpo e permitir que a atenção volte-se para o momento presente. O próximo passo “T” (*Take a deep breath*) requer que se respire fundo pelo menos três vezes e permita que o foco da pessoa dirija-se ao movimento da

respiração, o que induz ao relaxamento gradual do corpo, trazendo benefícios cognitivos relacionados à memória e ao aperfeiçoamento da aprendizagem. Em seguida, no “O” (*Observe*), deve-se atentar aos sentidos e, por meio deles, à interação com o ambiente circundante, incluindo sons, imagens e sensações, explorando a resposta do corpo frente a eles por uma óptica livre de julgamentos. Por fim, no “P” (*Proceed*), deve-se prosseguir com um sorriso, o que aperfeiçoa o relaxamento do corpo e da mente, facilita pensamentos positivos e tem o potencial benéfico perante os relacionamentos interpessoais.

Essa técnica é apresentada na terceira parte do curso, após a introdução de conceitos e ferramentas que dão embasamento teórico e prático para seu uso. Além disso, embora o acrônimo tenha sido desenvolvido principalmente para momentos breves, a autora refere que as etapas podem ter duração ampliada, a depender da experiência, da disponibilidade de tempo e da necessidade do estudante. Sobre os resultados, o programa ainda não tem análises quantitativas de seus desfechos, mas, os depoimentos dos estudantes, analisados por métodos qualitativos, evidenciam que eles estão incorporando as técnicas no cotidiano, com percepção positiva quanto a seus efeitos. (24)

A segunda estratégia utilizada para instrumentalizar o *mindfulness* chama-se *Mindfulness-Based Stress Reduction* (MBSR), um curso criado por John Kabat-Zinn, em 1990, e oferecido pelo *Center Mind-Body Medicine*, desde 1991, para controle e alívio de dor crônica. (25) O programa original tem duração de oito semanas e é ofertado um vez por semana em encontros com duração de duas horas, incluindo técnicas de meditação em grupo, yoga e varreduras autodirecionadas objetivando desenvolver a atenção plena. Além disso, ao final do curso é feito um dia de retiro silencioso.

Este curso tem sido adaptado a diversos contextos e situações. Visando promover o autocuidado e o autoconhecimento entre os estudantes explorando a conexão entre corpo e mente, desde 2002, a *Georgetown University School of Medicine*, em Washington (Estados Unidos), oferece a alunos do primeiro ano do curso um eletivo de 11 semanas em *Mind-Body Medicine Skills*. Em reuniões semanais com duas horas de duração são discutidas diversas ferramentas capazes de reduzir o estresse e estimular uma relação íntima entre o corpo e a mente. À exceção da reunião inicial para introduzir o tema e apresentação dos participantes, todas as outras são iniciadas por um momento de meditação guiada e relaxamento, seguido de apresentação teórica de uma técnica, como por exemplo, treinamento autogênico, “Tai Chi”, “Gi Gong”, visualização e escrita reflexiva, e são finalizadas com um momento de prática. Os estudantes são incentivados a continuar a prática em casa, durante o intervalo até a próxima

sessão, quando então o assunto é retomado e revisado, seguido da introdução de uma nova técnica. (26)

Tendo consciência dos efeitos positivos das práticas na saúde mental dos estudantes, Amri e colaboradores (26) conduziram um estudo para mensurar os níveis dos marcadores de estresse fisiológicos e imunológicos de estudantes participantes e não participantes dessa intervenção. Foram coletadas amostras de saliva de estudantes (n=40) antes (T1) e após a realização do curso (T2, n=22), em dois turnos (matutino e vespertino), os quais compuseram o grupo de intervenção (GI). O mesmo procedimento foi feito em 20 estudantes voluntários que não participaram do curso e que compuseram o grupo controle (GC). Foi verificada manutenção dos níveis de cortisol salivar, DHEA-S e testosterona em T1 e T2 no grupo de intervenção, porém, os níveis destas substâncias no T2 do GI eram significativamente menores do que os do GC. Essa diferença, na visão dos autores, permite afirmar que existem benefícios atribuídos à participação no curso mesmo sem diminuição significativa dos marcadores de estresse por considerar que a segunda coleta aconteceu em período de provas e de final de semestre, relatado como momento de grande estresse na vida acadêmica e evidenciado pelos resultados do GC. (26)

A *University of Louisville School of Medicine* conta, desde 2015, com um curso com abordagens voltadas a *Mindfulness*, visando à promoção do bem estar dos estudantes e o aprimoramento das suas habilidades clínicas. Baseada no curso *Compassion Cultivation Training*, criado pelo *Stanford Center for Compassion and Altruism Research and Education*, a iniciativa opcional tem oito semanas de duração, com duas horas semanais de atividades, as quais incluem meditação guiada, exercícios de escuta e de comunicação, e também exercícios práticos relacionados à compaixão, todas dirigidas por um profissional, responsável por correlacionar as práticas às experiências de estágios trazidos pelos estudantes. No primeiro ano, a atividade foi oferecida a alunos do segundo ano da faculdade, enquanto que nos seguintes puderam participar discentes tanto do segundo quanto do quarto ano.

Weingartner e colaboradores (27) realizaram uma pesquisa com os 45 participantes das edições realizadas entre 2015 e 2017, para avaliar o impacto do eletivo nas habilidades de *Mindfulness*, manejo de estresse e compaixão. Apenas 27 estudantes responderam completamente os questionários. Mesmo com baixo potencial de generalização, devido ao tamanho da amostra e ao caráter optativo de resposta dos itens, foi possível inferir que 74% (20/27) dos estudantes mantiveram uma prática dita diária ou “frequente” das atividades posterior à intervenção, principalmente meditação (76%, 26/34), compaixão (27%, 10/34) e *Mindfulness* (18%, 6/34). (27)

Para além do ensino de ferramentas ou exercícios, a *Boston University School of Medicine* passou a incluir em seu programa de intervenção aulas sobre as bases científicas das práticas utilizadas. Desde 2012, existe o “*Embodied health*”, um curso de caráter eletivo para estudantes do primeiro e segundo ano com duração de 11 semanas. Com frequência de encontros semanais, ele conta com um limite de 27 estudantes por semestre e é conduzido por um instrutor formalmente habilitado. Cada encontro inicia com uma hora de introdução, acolhimento prática de técnicas de respiração, relaxamento, yoga, meditação e *Mindfulness*, com aumento gradativo da complexidade com o avançar do curso. A seguir, é feita uma explanação de 30 minutos com foco em pesquisas científicas relacionadas à *Mind-Body Medicine*, indo desde as respostas fisiológicas à respiração lenta até abordagens mais complexas em neurociência. (28) Para avaliar a eficácia da intervenção, a última turma do curso participou de uma pesquisa de abordagem mista. Todos os 27 estudantes responderam à pesquisa na semana anterior ao curso e 24 também o fizeram após, além de enviar um relatório descritivo de ao menos uma página sobre a experiência. Foi constatada significância estatística na manutenção da autorregulação e da autocompaixão. Qualitativamente, os principais temas referidos foram a reconexão corpo-mente, a criação uma comunidade amistosa em um ambiente competitivo, o aumento de saúde física e mental atribuídos a prática de *Mindfulness* e a confiança em utilizar e recomendar o uso dessas técnicas aos pacientes, fato intimamente relacionado, segundo eles, à abordagem científica atrelada às práticas.

A *Mayo Clinic School of Medicine*, em 2014, introduziu na matriz curricular, como matéria obrigatória do primeiro ano da graduação em medicina, o treinamento denominado *Stress Management and Resilience Training* (SMART), baseado em MBSR. (29) São realizadas aulas e discussões para ensinar os princípios de *Mindfulness* para diminuir o estresse e suas reverberações, e também desenvolver sentimentos relacionados a gratidão, a compaixão, a perdão e a significados. O programa é dividido em oito encontros, os quais, na primeira edição, somavam 12 horas, tendo sido reduzidas para 10 horas no total em seu segundo ano, após o *feedback* de facilitadores e de estudantes participantes no piloto. Em grupos pequenos, as sessões semanais eram conduzidas por profissionais que passavam previamente por treinamento específico na modalidade e, além da atuação com o grupo, encontravam-se pelo menos duas vezes ao ano com os estudantes assistindo a quaisquer demandas que estes trouxessem.

Dyrbye e colaboradores (29) conduziram duas coortes com as turmas de 2014 e 2015 para avaliar o impacto da intervenção entre os estudantes, comparando respostas coletadas

antes da graduação (logo, previamente à participação na atividade) e após o final do curso. Sobre o estudo, 81,5% (44/54) dos participantes da primeira turma e 43,1% (22/51) do segundo grupo preencheram adequadamente os dois questionários. Qualitativamente, as opiniões foram por caminhos distintos. Enquanto alguns afirmaram que o curso cumpre seu papel e contribuiu para a melhora do bem-estar pessoal e para o desenvolvimento de habilidades práticas, outros o consideraram contraproducente, sugerindo inclusive que fosse oferecido apenas em caráter eletivo. As respostas quantitativas, porém, mostraram significância estatística quanto aos valores que evidenciaram redução da “qualidade de vida” e da “felicidade” dos estudantes, mesmo que isso não significasse impacto na resiliência. Os autores, por sua vez, atribuí esse resultado à amostra reduzida e ao fato de comparar os estudantes em contextos com fatores estressores diferentes (o antes e o depois de iniciar a graduação).

Agregando a *Mindfulness* a outras estratégias, a *American Medical Student Association* (AMSA) criou, em 2002, o hoje conhecido como *Humanistic Elective in Alternative Medicine, Activism and Reflective Transformation* (HEART), um curso eletivo de imersão com quatro semanas de duração que aborda temas com pouca ênfase no currículo médico, como profissionalismo, comunicação, humanismo e trabalho em equipe. Podem concorrer as 20 vagas anuais estudantes de qualquer universidade do país que estejam no quarto ano de graduação, os quais são responsáveis por arcar com custos de deslocamento e também com a taxa de matrícula no valor de mil dólares. (30) Durante o curso, eles convivem em clima de comunidade, incluindo aulas teóricas e experimentais ministradas por médicos especialistas em medicina centrada na pessoa, ou em medicina espiritual ou em medicina alternativa e complementar; tarefas comunitárias (cozinhar as refeições, limpar e organizar o ambiente); e atividades voltadas ao desenvolvimento do autocuidado e da reflexão sobre temas como ativismo e justiça social, com o emprego de meditação e de yoga como meios de por em prática a atenção plena.

Para averiguar se a eletiva alcançou seus objetivos em longo prazo, principalmente no que tange ao desenvolvimento de habilidades de comunicação e autocuidado, Dosset e colaboradores (30) conduziram uma pesquisa transversal retrospectiva com os médicos que participaram do curso entre 2002 a 2009 enquanto estudantes. Dentre os 168 elegíveis para o estudo, 73% submeteram suas respostas, havendo o estímulo de um sorteio de uma quantia dinheiro entre os que o fizessem. A maioria deles afirmou que o programa apoiou o desenvolvimento do profissionalismo, da empatia e das habilidades de autocuidado, citando temas que envolvem crescimento pessoal e sua intersecção com a prática médica.

Dobkin e Hutchinson (31) publicaram em 2013 uma revisão bibliográfica para identificar as características e os efeitos do ensino de *Mindfulness* nas escolas médicas. Por meio de pesquisa utilizando a plataforma Google Acadêmico, foram identificadas 14 faculdades que abordavam o assunto na forma de oficinas, palestras ou cursos, os quais tendem a ter uma duração entre 8 a 10 semanas, podendo inclusive estar incorporados no currículo formal. A análise das intervenções mostrou que embora a forma, a duração e o modo de condução das atividades possam variar, os resultados imediatos após a conclusão delas demonstram redução do estresse percebido, da ansiedade e de sintomas depressivos, ao mesmo tempo em que evidenciam aumento na empatia, em *mindfulness* e na autocompaixão. Não foi possível afirmar, todavia, o impacto dos programas em longo prazo. (31) Foi apontado também que as ferramentas mais efetivas nessas intervenções envolvem dinâmicas em grupo, pelo compartilhamento de experiências com pessoas em situação semelhante; uma abordagem didática e com bom embasamento científico sobre como a mente funciona, quais os impactos fisiológicos do estresse e a importância do autocuidado; estímulo da prática da meditação; e atividades práticas, como *role-play*, retiros e dinâmicas de conexão corpo-mente. Todavia, os bons resultados eram dependentes do envolvimento pleno dos estudantes nas atividades. Nesse sentido, os autores refletem sobre a obrigatoriedade da participação nas atividades e afirmam que os relatos positivos obtidos após essas intervenções vieram de estudantes que escolheram participar ativamente delas, não sendo possível garantir a eficiência das atividades se feitas de modo mandatório, uma vez que dependeria, dentre outros fatores, do formato e do momento do curso em que fossem implementadas, e teria obstáculos, como a carga horária já extensa do curso de medicina. (31)

3.2. Intervenções institucionais estruturais

Existe outro padrão de intervenções, incluindo diferentes abordagens de forma integrada, para proporcionar meios de enfrentar os estressores e estimular o desenvolvimento pessoal e profissional e com mudanças estruturais para superar aspectos identificados como problemáticos.

Um exemplo é a *University of Hawaii John A. Burns School of Medicine*, Hawaii, (EUA). Após os resultados alarmantes de uma pesquisa abordando depressão, ansiedade e ideação suicida com alunos do terceiro ano do curso de medicina, Thompson, Goebert e Takeshita (32) relatam que a coordenação buscou desenvolver intervenções voltadas para combater as principais barreiras para o bem estar dos estudantes. Como referência, eles utilizaram o trabalho de Givens e Tjia (33) apontam a falta de tempo dos estudantes, o medo

da quebra da confidencialidade, o estigma relacionado a transtornos mentais, o custo das consultas, o medo do registro nos arquivos acadêmicos e o receio de sofrer intervenções não requeridas como sendo os principais obstáculos para o bem estar dos estudantes.

O primeiro eixo abordado foi a educação dos professores. Instituiu-se uma apresentação no início do ano letivo que buscou munir o corpo docente de ferramentas para identificação de comportamentos e sintomas sugestivos de transtornos mentais, fornecendo dicas e também treinamento individual caso necessários. Nessa atividade, é frisando que o professor deve reconhecer os sintomas e “dar permissão” ao estudante sentir-se deprimido, uma vez que a repressão e a minimização dessas demandas levam muitas vezes ao seu agravamento silencioso. Além disso, eles podem encaminhar os estudantes aos serviços de aconselhamento se for consoante à vontade do aluno.

Para complementar essa demanda, o segundo eixo trabalhado pela universidade foi a reformulação do serviço de suporte ao estudante, disponibilizando psicólogos e psiquiatras do corpo docente para fazer atendimentos em até 12 sessões para estudantes de forma gratuita e confidencial. Além disso, a coordenação do curso montou uma lista de profissionais não vinculados à universidade que atendem os estudantes cobrando até \$25 dólares por sessão.

O terceiro eixo focou na educação dos estudantes. Foi confeccionado um manual, distribuído a todos os alunos, organizado em 24 tópicos explorando estressores comuns na educação médica com temas como o estresse nas relações; como manter uma vida fora da universidade; como reconhecer e lidar com sintomas de depressão, ansiedade e estresse; como manter a saúde física; e como lidar com questões financeiras durante o curso. Além disso, foram incluídas na matriz curricular duas reuniões, uma no início do primeiro ano e outra no início do terceiro ano da graduação, momentos esses apontados como picos de estresse para os acadêmicos. Nessas atividades, durante uma hora, são abordados os riscos relacionados aos transtornos mentais, como e porquê buscar ajuda, e é apresentado o programa “*Healer’s art*”, onde grupos de discussão estimulam o crescimento pessoal, o desenvolvimento de valores e o manejo de sentimentos frente a situações críticas da graduação, como a morte e o luto. Os autores relata boa adesão dos estudantes às atividades, havendo inclusive redução dos índices de sintomas depressivos em coorte conduzida antes e após a intervenção com a turma de 2004, além de diminuição drástica de ideação suicida entre os estudantes, a qual passou de 33% antes para 3% após as intervenções. Com o tempo, houve alterações menores, como a adição no manual de conteúdos sobre relacionamentos e sobre estudantes gays e lésbicas na faculdade de medicina. Posteriormente, em 2007, foi introduzida uma série de palestras sobre bem-estar mental ao longo do terceiro ano, sem maiores detalhes quanto ao conteúdo pela

autora. Por fim, Thompson, Goebert e Takeshita referem que houve uma mudança na faculdade como um todo, a qual passou a considerar a saúde pessoal e o bem-estar dos estudantes como um dos objetivos principais da formação médica. (32)

Outra maneira de estruturar os programas inicia-se com a formação de grupos de trabalho e inclui ferramentas tanto presenciais quanto online. Na *San Diego School of Medicine University of California*, California (EUA), motivada pelo suicídio de um médico do corpo docente, foi formado um Comitê de médicos para mensurar e abordar questões relacionadas à saúde mental tanto dos professores, quanto dos estudantes. A partir dos resultados, foi organizado o então o programa *Suicide Prevention and Depression Awareness Program*.(34) Ele consiste de uma ferramenta *online* voltada para triagem, avaliação e encaminhamento de indivíduos em situação de potencial risco e de uma intervenção educacional.

O serviço de triagem *online* foi criado com base no mesmo sistema desenvolvido pela *American Foundation of Suicide Prevention*. Após o preenchimento do questionário de forma anônima, as respostas dos participantes são encaminhadas para um assistente social contratado para coordenar o programa. Ele então analisa as respostas e a classificação indicada pelo sistema (alto, moderado ou baixo risco). Conforme o resultado, ele encaminha um e-mail através da própria plataforma se identificando e fornecendo informações de acordo com a o nível de risco indicado contendo o endereço do escritório, números úteis para ajuda e disponibiliza agendamento de um horário online ou presencial para discussão. Caso o estudante opte pelo encontro *online*, lhe é enviado um e-mail com o link de uma plataforma, no qual entrará e poderá participar de forma anônima da reunião individual. .(34)

Em relação à atividade educacional, foi montada uma intervenção modelo que consiste de uma apresentação de 30 minutos em *Power Point*, seguida de um vídeo de 15 minutos desenvolvido especificamente para educar estudantes e médicos sobre o comportamento e os riscos da depressão e de suicídio na profissão e encerra com um tempo de até 15 minutos reservado para discussão sobre os tópicos abordados. Ela inclui também, ao final da atividade, informações sobre as barreiras ao cuidado à saúde e apresenta a ferramenta online, informando que serão enviados e-mails oferecendo participação nos semanas seguintes à intervenção. .(34) Moutier e colaboradores (34) relatam que, entre maio de 2009 e agosto de 2010, foram convidadas 2860 pessoas para participar da pesquisa, entre médicos, residentes, estudantes de medicina e de outros cursos da saúde. Destas, 374 (13%) preencheram o questionário até o final, sendo que 67% deles foram classificados como de médio risco, enquanto 27% deles estavam no grupo com alto risco. Dentre os indivíduos do grupo com

maior risco, 39% utilizaram a ferramenta de diálogo online e 11% progrediram para o encontro presencial, todos concordando com o encaminhamento para outros serviços de referência. Quanto à atividade educacional oferecida pelo comitê, ela foi realizada 29 vezes no período, sofrendo adaptações conforme o público-alvo, cobrindo 83% dos departamentos do curso de medicina da universidade.

Um dos eixos institucionais de suporte e atenção à saúde mental dos estudantes centra-se na figura de núcleos ou centros de apoio psicopedagógico. Eles são organizados de forma a amenizar a transição para a graduação, fornecer orientação psicopedagógica e endereçar principalmente os transtornos relacionados à saúde mental dos estudantes. Em 1995 no Brasil, existiam cerca de 22 desses núcleos em cursos de medicina, sendo que 3 deles estavam desativados. Porém, com o tempo e aperfeiçoamento eles tornaram-se peças cruciais para promoção do bem estar dos estudantes. (35)

No Brasil, há diversas escolas, nas quais há núcleos psicopedagógicos. Tamashiro e colaboradores (36) relatam a experiência do Grupo de Apoio aos Estudantes de Medicina e Enfermagem (GRAPEME) da Universidade Federal de Campinas, São Paulo. A iniciativa teve início em 1996 como forma de fornecer atendimento em saúde mental a estudantes de medicina e enfermagem da universidade e hoje conta com um médico psiquiatra, um psicólogo, um pedagogo, um supervisor para casos clínicos e um coordenador responsável pelo elo com a coordenação do curso, sendo que os três primeiros não são integrantes do corpo docente do curso. (36) Ao longo do tempo, a dinâmica do grupo alterou-se. Desde 1996, era oferecida a oportunidade de o estudante ingressante realizar uma entrevista e triagem no serviço, servindo também como forma de apresentação das atividades realizadas, porém a adesão diminuiu com o tempo e foi descontinuada em 2008. Tentando prover maior confidencialidade a que era atendido neste serviço, em 2005, as marcações de atendimentos passaram a ser *online* e sua estrutura física mudou para outra área da universidade com entrada privativa. A partir de então, houve aumento no número de novos atendimentos, passando de 43 em 2009 para 62 novos atendimentos psiquiátricos em 2015. Em levantamentos realizados internamente, estima-se que os principais diagnósticos foram de transtornos depressivos (105; 32%), transtornos ansiosos (87; 27%) e transtornos mistos ansioso-depressivos (45; 14%). Em 2018, constatou-se um crescimento da demanda por atendimentos psicológicos nesse serviço, com 174 novos pacientes registrados. Em análise, foi possível identificar os estressores-chave de cada momento e elaborar intervenções estratégicas em grupo para adereçar essas populações, como grupos de conversa e palestras

nos momentos da transição para o início da universidade, no início dos atendimentos clínicos no quinto ano e no final do curso. (36)

Os programas de atenção à saúde e ao bem estar dos estudantes também apresentam diferentes configurações com objetivos específicos e abordagens distintas. Kulman-Lipse e colaboradores (37), por exemplo, relatam que, em 2016, com o propósito de prover aos estudantes ferramentas para melhorar a resiliência e diminuir o estigma pela busca de ajuda relacionada a saúde mental, a *University of Toronto*, no Canadá, incluiu de forma adjunta à sua matriz curricular o *Resilience Curriculum*. Utilizando abordagens baseadas em evidências científicas, o programa foi desenhado para abordar os principais obstáculos para o desenvolvimento da resiliência. Os temas indicados após consulta aos estudantes foram distribuídos em módulos do primeiro ao quarto ano de forma progressiva e didática. A estrutura de ensino foi criada incluindo módulos online, *small working groups* de participação obrigatória e medicina narrativa – ferramenta chamada “*Monologues in Medicine*”, composta por vídeos contendo relatos de médicos, residentes, professores e outros estudantes nos quais eles compartilhavam suas experiências relacionadas a saúde mental, bem estar e resiliência. Como facilitadores das atividades participavam médicos, alunos de anos mais adiantados do curso e residentes. Os autores ressaltam ainda que não houve financiamento inicial e não havia método avaliativo no curso, embora a frequência e a participação fossem consideradas obrigatórias.

Também foi realizada uma parceria com o Centro de Saúde e Bem-Estar da universidade (*Centre of Health and Wellness*), o qual passou a ofertar atendimentos em atenção primária e saúde mental aos estudantes com fácil acesso no próprio Campus. Em 2017, devido a essa parceria, o programa recebeu uma premiação relacionada à inovação na promoção de saúde mental dos estudantes. Com isso, pode atualizar a plataforma e os módulos *online* para otimizar o uso das ferramentas. (37),

Uma primeira avaliação dos autores, por pesquisa de satisfação e grupos focais, analisou a percepção dos estudantes sobre o *Resilience Curriculum*. Foi constatado que, em geral, eles estavam satisfeitos com o programa e que havia uma noção social subjetiva de redução no estigma relacionado à saúde mental e à busca de ajuda quando necessário, baseada na frequência das conversas, de relatos e da exploração do tema em mais espaços. Quanto a itens específicos, houve discordâncias. Os participantes dos dois anos iniciais (n=188) avaliaram positivamente os conteúdos dos workshops, porém, 81 estudantes do primeiro ano negaram valorizar a chamada reformulação cognitiva, explorada por meio da prática de *Mindfulness*; 134 estudantes reconheceram o valor dessa ferramenta e apenas 27 estudantes

do segundo ano estavam em concordância. A explicação dos autores para esses achados foi encontrada nos grupos focais, em que os participantes referiram considerar simplista a abordagem da reformulação cognitiva e expressaram alguma saturação da prática de *Mindfulness*, sugerindo, portanto, que adaptações ainda são necessárias no programa. Por fim, os autores reconheceram que uma avaliação completa do componente estrutural e dos impactos da intervenção na resiliência e qualidade de vida dos estudantes baseada nas suas percepções ainda não era possível e sugeriram o desenvolvimento pesquisas futuras com abordagens mais amplas. (37)

Na *Northwestern University's Feinberg School of Medicine*, em Chicago (EUA), o programa é constituído por um currículo longitudinal de quarto anos, de caráter opcional. (38) Por meio de encontros em grupo, com frequência mensal e duração de cerca de uma hora, eles buscam abordar e debater temas como desafios da escola médica, psicologia positiva, resiliência e autoconhecimento, e tem entre seus objetivos, o estímulo para os estudantes desenvolverem um senso de ajuda coletiva, diminuïrem o estigma relacionado a saúde mental e procurarem ajuda quando necessário. Esse currículo tem dois pontos fundamentais. O primeiro é uma plataforma em forma de *blog* utilizado como ambiente primário para as discussões. São disponibilizados textos base uma semana antes de cada reunião e, após a leitura, os estudantes utilizam seu acesso pessoal ao sistema para fazer breves comentários no *blog* sobre o assunto, além de serem incentivados a contribuir em produções dos colegas, as quais ficam disponíveis na página do grupo, servindo como exercício de escrita reflexiva e construção de laços com os colegas. (38) Outro ponto primordial é a figura do mentor. No início da faculdade, cada turma é dividida em quatro grandes “colégios”, com cerca de quarenta estudantes em cada. Em seguida, 1 mentor é designado para cada grupo e seguirá acompanhando-os até o final do quarto ano. Para facilitar o trabalho e as trocas entre os participantes, os “colégios” são subdivididos em grupos menores de oito pessoas cada, sendo esses os que realizam os encontros mensais sob supervisão do mentor fixo. Além de fomentar o debate e facilitar o aprendizado, o representante da universidade acompanha de perto os estudantes, monitorando quaisquer dificuldades que eles venham a apresentar. (38)

Embora 139 dos participantes (82%) terem relatado maior consciência sobre suas limitações e maior conforto em pedir ajuda caso necessário, considerando haver ainda desconforto entre alguns estudantes sobre discutir questões de cunho pessoal com estranhos, os organizadores adiaram o início das reuniões com em pequenos grupos por alguns meses. No período vago, foram incluídas grandes sessões sobre redução de estresse e ferramentas para manejo de tempo. Além disso, foram introduzidos cursos formais sobre prevenção de

suicídio e oficinas sobre como aceitar críticas, e foi reduzido o conteúdo de leituras para discussão, visando disponibilizar mais tempo para o exercício da escrita reflexiva. (38)

Ainda que as intervenções ocorram em sua maioria com início em um momento específico e em forma de bloco, elas também podem ser feitas de forma gradual e atualizadas conforme a necessidade.

Slavin, Schindler e Chibnall (39) relatam a experiência da *Saint Louis University School of Medicine, Saint Louis* (EUA), decorrentes de pesquisa realizada com estudantes ao final do primeiro ano do curso em 2008, na qual foi constatada que 57% apresentavam índices altos ou moderados de sintomas ansiosos e 27% com níveis também altos ou moderados de sintomas depressivos. Os principais estressores nos dois primeiros anos do curso eram o nível de detalhamento e volume de conteúdo e o ambiente de competição por notas. Assim, foram desenvolvidas intervenções multifocais voltadas a esses pontos-chave, assumindo que os gatilhos dos sintomas são multifatoriais e variam entre os estudantes e considerando a chance de abranger um maior número deles. No biênio 2009-2010, foram estruturadas mudanças para as turmas com início em 2013. Foi trocado o sistema de notas vigente (com honras, perto de honras, aprovado, reprovado) para apenas aprovado ou reprovado, para diminuir a competição e permitir que os estudantes identificassem as áreas mais importantes em que queriam aprofundar-se e filtrassem os detalhes menos relevantes em longo prazo. Foi também diminuída em 10% a carga horária das aulas presenciais e revisado o conteúdo programático em uma iniciativa conjunta entre a coordenação e os professores, de forma a diminuir a quantidade de detalhes ensinados. Assim, diminuiu a sobrecarga dos estudantes e foi disponibilizado maior tempo livre para participação em atividades extracurriculares como comunidades de ensino e eletivos longitudinais. (39) Os eletivos foram reestruturados em sessões quinzenais de meio período, com o turno oposto livre, permitindo mais liberdade para desenvolver os interesses individuais, cultivar relações de mentoria com professores e se dedicar à pesquisa. Na mesma linha, foram criadas seis comunidades de ensino (serviço e advocacia, pesquisa, saúde global, bem-estar e educação médica) onde professores e estudantes debatem temas periodicamente e intensificam os conhecimentos específicos nessas áreas de interesse comum. (39)

A segunda alteração ocorreu no biênio 2010-2011, para entrar em vigor a partir de 2014, com adição de um curso de resiliência e *mindfulness* de caráter obrigatório, incluído no módulo *Applied Clinical Skills 1*, com foco direcionado ao manejo do tempo, ao cultivo de Mindfulness e a redução do estresse. Também foram realizados diversos eventos integrativos ao longo do ano para estimular a criação de vínculos entre os estudantes. (39)

A mudança mais recente ocorreu em 2011-2012, para entrar em vigor a partir da turma de 2015, a partir do relato dos estudantes sobre seu estresse causado pelo conteúdo e a avaliação do módulo de anatomia. As avaliações foram revisadas, visando a sua uniformização na mesma direção do resto do curso e o módulo passou a iniciar mais tardiamente no curso, alinhando-se com o módulo de biologia celular e metabolismo. (39)

Foram aplicados questionários para as primeiras turmas a receberem as intervenções (2012/2013, 2013/2014), visando avaliar o impacto das mudanças. Em comparação com os parâmetros pré-intervenção, foi constatada, ainda que pequena, uma diminuição progressiva dos parâmetros relacionados a estresse e saúde mental. Além disso, houve aumento na média da turma no *Step 1* da USLME (de 224 em 2011/2012 para 230 em 2014), considerando que a média nacional foi entre 221 e 227. Isso demonstra que, mesmo havendo uma alteração curricular que reduziu a carga horária e que reorganizou método e sistema avaliativo, os resultados nos exames não foram prejudicados. Por fim, os autores afirmam que as intervenções foram baratas e fáceis de implantar, tiveram pouca redução da carga horária total e foram todas baseadas em evidências científicas. Porém, pondera que deve ser mantido monitoramento contínuo dos estudantes, uma vez que, como relatado, os fatores gatilho de sintomas estressores são dinâmicos e tendem a mudar. (39)

A integração das distintas intervenções em currículos longitudinais une os benefícios individuais de cada uma com a possibilidade de maior impacto nas populações alvo quando propostas de forma organizada e didática. Esse formato vai ao encontro da exploração das diversas dimensões do bem estar dentro da dinâmica do autocuidado dos estudantes, os quais aparecem como atores fundamentais tanto em relação à organização e estruturação, quanto em relação ao aproveitamento dessas práticas.

Com base em estratégias bem-sucedidas, por iniciativa envolvendo os estudantes de medicina do Comitê de Bem Estar Estudantil (*Student Wellness Committee – SWC*) e o Diretor de Assuntos Estudantis da *Vanderbilt School of Medicine (VSM)*, Nashville (EUA), foi desenvolvido e instituído a partir de 2007 o *VMS Wellness Program*. Com uma estrutura tripartite e também longitudinal, suas atividades visam intervir nos principais estressores reportados pelos alunos e assim maximizar o potencial e promover o bem estar dos estudantes de medicina da faculdade.(40)

Geralmente, o primeiro contato com o programa, com o qual os ingressos no curso têm contato é o *Advisory College Program (ACP)*, cujo princípio é fornecer mentoria e aconselhamento visando crescimento pessoal e desenvolvimento de resiliência no decorrer do curso. A instituição desse eixo criou quatro *Advisory Colleges (AC)*, com nomes em

homenagem a ex-diretores da faculdade e identidade visual próprias (cores, brasões, produtos), entre os quais os estudantes até o quarto ano da faculdade são distribuídos com proporções equivalentes de membros de cada uma das turmas. São escolhidos oito diretores para coordenar e conduzir as atividades entre os professores do curso (dois para cada AC), após processo seletivo baseado em sistema de pontos anônimo, composto por apresentação de planejamento e entrevista criteriosa conduzidas pelo Diretor de Assuntos Estudantis em conjunto com um grupo de alunos. Os escolhidos recebem uma bonificação salarial e recebem treinamento em aconselhamento acadêmico de carreira e de promoção do bem estar. Além disso, há suporte de outros docentes e acadêmicos mais adiantados do curso de forma voluntária. Outro foco do ACP é a criação e fortalecimento do vínculo com os estudantes e fornecer suporte social, principalmente nos dois primeiros anos da faculdade. A abordagem individual adotada nesse sentido foi estabelecer que os diretores e os discentes tenham pelo menos dois encontros ao ano em sessões de mentoria e aconselhamento sobre a carreira médica e o bem estar do aluno, sem impedimento técnico para um número maior de reuniões, caso necessário. No âmbito coletivo, as abordagens incluem a recepção do estudante na universidade (envio de carta de boas vindas antes do início do ano letivo, atividades de integração ao AC designado) e uma competição entre os AC, envolvendo um sistema de pontos atribuídos por participação dos estudantes em atividades durante o ano (esportivas e não esportivas), com premiação do grupo ganhador ao final de cada ano letivo. (40)

Outro comitê foi criado para estimular a liderança e participação estudantil na construção, desenvolvimento e seguimento do projeto, o *Student Wellness Committee* (SWC). Sua nova organização conta com um orçamento anual fixo e dá-se na figura de um presidente e um vice, responsáveis por coordenar, auxiliar e supervisionar a ação de cinco comitês, cada um com diretor. Cada um deles direciona suas atividades para a promoção de uma das dimensões do bem estar utilizando ferramentas como oficinas de artes e fóruns de discussão. Além disso, o SWC absorveu e incrementou atividades que já eram desenvolvidas na faculdade, porém, que não se intercomunicavam até então, como mentorias e práticas de yoga e de meditação. Em relação à adesão, em pesquisa feita pelo próprio comitê e respondida por 143 estudantes, 100% deles havia participado de pelo menos duas atividades oferecidas no ano vigente. (40). As áreas consideradas na promoção do bem estar dos estudantes estão representadas na figura 1. Cada dimensão do bem estar é representada por um subcomitê estudantil (*Mentoring, Community, Body, Social, Mind*), que desenvolve e executa programas específicos em cada área.



Figura 1. Áreas de atuação para promoção do bem-estar dos estudantes de medicina pela *Vanderbilt Medical School*, publicada por Drolet (40)

Por fim, o terceiro elemento do *VMS Wellness Program* é o *VMS LIVE*, por meio de oficinas com objetivos específicos para cada ano da escola médica, visando ao crescimento pessoal dos estudantes, pelo conhecimento do processos de desenvolvimento psicológico humano. Nos dois primeiros anos, as atividades acontecem durante um dia, em forma de retiro, e os temas abordados são “sobrevivendo versus prosperando: entendendo a diferença” e “habilidades motivadas: conectando com os talentos naturais”, direcionados às turmas do primeiro e do segundo ano, respectivamente. Nos anos seguintes são realizadas apenas apresentações curtas, com foco em assuntos relacionados à resolução de conflitos no terceiro ano, e na integração das abordagens anteriores e práticas no quarto ano. Salienta-se que o *VMS LIVE* é um espaço de debates sobre o autocuidado como parte integrante do cuidado com o paciente, com diálogo sobre a natureza dos relacionamentos e que possibilitam a autorreflexão, a análise de valores, habilidades e interesses, e como todos esses fatores influenciam a carreira e a vida pessoal dos estudantes. (40) Dois estudos posteriores à implementação do Programa avaliaram fatores associados à qualidade de vida dos discentes. Ghodasara e colaboradores convidaram, via e-mail, 330 estudantes dos três primeiros anos do curso (alunos do quarto ano estavam indisponíveis no período) a responderem presencialmente um questionário para mensurar a prevalência de transtornos alimentares,

abuso de substâncias, depressão e ansiedade. Desses, 301 alunos compareceram e responderam a avaliação. Os resultados constataram que 1% dos estudantes tinha algum transtorno alimentar clinicamente relevante; 12,5% tinha baixo ou médio risco para problemas com bebidas, 5% apresentava risco moderado para abuso de drogas e 2% apresentavam escores que configuravam dependência ou de álcool ou drogas. Em relação à saúde mental, 25% dos estudantes apresentavam ao menos risco intermediário para depressão; 20% das mulheres e 40% dos homens apresentavam ansiedade clinicamente significativa, sendo que 20 a 25% das mulheres e 40 a 46% dos homens apresentavam pelo menos traços característicos do transtorno. Os autores, todavia, recomendaram cautela sobre os resultados encontrados, em vista do pouco tempo decorrente entre o início do programa e a coleta de informações. (41)

Real e colaboradores (42) avaliaram a associação entre a participação no programa e a prevalência de *burnout* entre os estudantes da VMS. Após aplicação de questionários individuais anônimos a 234 estudantes do primeiro ao quarto ano do curso, evidenciaram que 49% (n=114) dos respondentes tinham critérios clinicamente significativos associados a *burnout*. Entre as alegações apareceram questões relacionadas às notas, sentimentos de inadequação, sensação de perda de controle, falta de tempo livre e falta de suporte. Sobre o Programa de Bem Estar, não foi encontrada associação entre o aumento da participação e a diminuição de *burnout*, porém, estudantes que consideravam maior benefício do programa, tinham menores níveis de *burnout*. (42)

Mais recentemente, com fundamentos semelhantes, a *McGill University*, Quebec (Canadá), desenvolveu o *Longitudinal Wellness Curriculum*. (43) Ele é um dos resultados dos trabalhos do *Well Office*, uma divisão da faculdade de medicina criado em 2013 pela união de membros dos comitês de assuntos estudantis e de residentes. Ele tem a missão de fornecer apoio aos estudantes da saúde durante o período universitário criando, promovendo e sustentando uma cultura de bem-estar e de resiliência no ambiente estudantil. Suas ações são focadas em eixos, como planejamento e aconselhamento de carreira médica; suporte para eventuais maus tratos durante o curso (contando inclusive com uma ferramenta de denúncias anônimas); assistência e permanência estudantil; suporte a atividades de promoção do bem estar, como sessões de aconselhamento individual, oficinas abordando *mindfulness* e manejo do estresse, e grupos de apoio a estudantes pertencentes a minorias (LGBT+ e estudantes que tem filhos, por exemplo); e a manutenção do currículo longitudinal de bem estar. Além disso, em conjunto com o *Well Office*, o *Medical Student Wellness Committee* atua fornecendo *feedbacks* regulares das atividades e liderando algumas das intervenções propostas.

Em relação ao currículo, seus objetivos vão além de promover o bem estar dos estudantes enquanto estes estiverem na universidade. Ao apresentar uma visão mais próxima da realidade sobre como as demandas da profissão médica afetam a saúde individual, o programa busca estimular os participantes a terem uma atitude autodirigida e duradoura em relação ao autocuidado, aumentando as chances de sucesso pessoal e profissional. As sessões de *Wellness* foram incluídas no currículo regular do curso para sinalizar que o bem estar dos estudantes é uma prioridade do programa, e assim possibilitar uma mudança cultural e reduzir uma redução nas barreiras relativas ao autocuidado. Como base para estruturação do currículo foi utilizada a definição multidimensional do bem-estar de Hettler (44), em suas dimensões social, emocional, físico, intelectual, espiritual e ocupacional, incluindo a dimensão de bem estar financeiro, tendo em vista relatos frequentes sobre problemas com débitos financeiros estudantis e as evidências da influência desse aspecto na saúde do estudante. Esses conceitos guiaram a elaboração, a classificação e a integração das abordagens no currículo. Os temas foram dispostos de forma a serem apresentados em vários cenários (palestras, pequenos grupos, conversas motivadoras, módulos de aprendizagem online, sessões educacionais) com facilitadores que além de conhecimento técnico, servissem de modelo para os estudantes e proporcionassem uma maior familiarização com os temas, incluindo médicos, psicólogos, atletas profissionais e os próprios estudantes. (43)

As práticas e conhecimentos são escalonados durante o curso de graduação tendo participação optativa nos primeiros 18 meses do curso e mandatória no período seguinte. No primeiro ano, ao mesmo tempo em que é abordada a transição e a adaptação à escola médica, são introduzidos os tópicos principais do *Wellness* utilizando conhecimento baseado em evidências e estratégias para melhorar o aprendizado. Ao longo de oito sessões que variam entre 30 e 90 minutos são explorados assuntos como resiliência, estratégias de enfrentamento, técnicas de estudo, *Mindfulness*, manejo pessoal da ansiedade, relacionamentos saudáveis e valores individuais, além de especificidades do ambiente de ensino, incluindo características identificadas como maus tratos. (43)

No segundo ano, introduzem-se os aspectos sociais do bem estar. Há duas palestras envolvendo sexualidade saudável e gênero, ministradas por pesquisadores especialistas no assunto. Essas atividades foram criadas como forma de representar as experiências dos estudantes LGBTQ+, buscando fomentar a compreensão e a aceitação da diversidade dentro da comunidade universitária. Ao final das sessões, são montados grupos de quatro indivíduos, sendo um o estudante avaliado, um ator e dois avaliadores (um especialista em gênero e sexualidade e um aluno do ciclo clínico) e são realizadas consultas simuladas com pacientes

não heterossexuais e/ou cisgênero. O objetivo é explorar os conhecimentos abordados nas atividades teóricas e fornecer um *feedback* tanto clínico quanto social, desconsiderando quaisquer julgamentos e opiniões pessoais a respeito. (43)

Há também conferência sobre conscientização e prevenção ao suicídio, pois a transição entre os ciclos e o momento de realização da prova *STEP-1* foram identificados como pontos estressores importantes na graduação. Ainda nesse contexto foi implementada uma semana de atividades focadas especificamente nessa transição, com uma conferência ministrada por um profissional consultor em bem-estar onde são passadas estratégias cognitivo-comportamentais para lidar com o estresse., tendo em vista que nesse período foi identificado um aumento do uso de estratégias de fuga (consumo de álcool, drogas, medicamentos, por exemplo).(43) Por fim, há também uma oficina optativo sobre finanças, que ensina sobre custos das inscrições em programas de residência e cursos eletivos, abordando, inclusive, como se planejar com antecedência. (43)

Tanto no segundo quanto no terceiro ano, existe uma sessão em grupo chamada “*Ice Cream Round*”. No primeiro momento, os grupos de até 20 estudantes reúnem-se periodicamente para refletir sobre vulnerabilidades, fornecer suporte mútuo e compartilhar estratégias de enfrentamento. Já no ciclo clínico ele acontece apenas durante o estágio da psiquiatria com os mesmos objetivos e reunindo entre 7 e 14 estudantes (os que estão no estágio mencionado) apenas. (43)

Atualmente de caráter obrigatório, ocorre a feira de carreira e bem estar, um dia em que os estudantes têm uma conferência sobre os processos e os custos da inscrição para os programas de residência, seguida de uma palestra motivacional com um atleta de elite e finaliza com atividades de bem estar, como exercício físico e meditação em grupo. (43)

Por fim, no quarto ano é explorada a transição para a residência médica. Durante o “*Wellness Day*”, os estudantes assistem a palestras sobre o papel dos médicos residentes e sobre técnicas para melhorar o aproveitamento nessa próxima etapa. Há um segundo momento motivacional em forma de palestra ministrada por um médico do exército especializado em técnicas de treinamento em saúde mental e resiliência, abordando também estratégias para fortalecer habilidades de resposta ao estresse psicológico considerado alto durante a residência. O dia finaliza com a participação optativa em dois *workshops* oferecidos pelo comitê de bem estar estudantil, os quais abordam, por exemplo, o panorama das mulheres na medicina, débitos estudantis e manejo do tempo. (43)

Estão sendo conduzidas pesquisas qualitativas, para compreender as experiências dos estudantes com o currículo, e pesquisa com delineamento quantitativo, para avaliar o

programa, seus acertos e erros e direcionar de forma mais efetiva os esforços e investimentos financeiros. Até o momento, observa-se uma boa adesão dos estudantes, porém não há resultados oficiais disponíveis. (43)

A importância da participação ativa dos estudantes na promoção do seu bem estar fica evidente no relato de Brunner e colaboradores (45), que relatam a experiência da *University of Tennessee*, Tennessee (EUA). Os estudantes contavam com duas estratégias de apoio. Uma chamada “MPOER”, um programa de mentoria e recepção em que os estudantes do primeiro ano são divididos em quatro grandes grupos, com 5 a 6 estudantes em cada grupo, acompanhados por pelo menos 1 professor ou do ciclo básico, ou do ciclo clínico. Os objetivos desse programa incluem promover acesso, bem-estar e aconselhamento de carreira. Outra, era o Serviço acadêmico de suporte e Serviço de Apoio Acadêmico e Inclusão do Estudante (*Student Academic Support Services and Inclusion – SASSI*), quando findavam o primeiro ano, que oferece serviços e recursos para melhora do aprendizado e *performance* acadêmica, além de aconselhamento pessoal e profissional, tutoria e revisão de testes se necessário, dentre outros.

Visando abordar a promoção do bem-estar de forma mais abrangente e tornar os próprios estudantes atores ativos desse processo, alunos do primeiro ano dessa universidade fundaram em 2018 um Comitê de Bem-estar (*Wellness Committee – WC*). Com apoio integral da universidade e financiamento institucional de \$2.000,00 dólares anuais, a organização definiu seis dimensões do bem-estar (Físico, Emocional, Espiritual, Social, Profissional e Intelectual) como elementos estruturais de maneira que todas as suas atividades trouxessem benefício aos estudantes em pelo menos uma dessas áreas. Para reforçar essa filosofia, em conjunto com o departamento de marketing da universidade, foi criada uma identidade visual que trazia essas 6 dimensões do bem-estar circundando o logotipo do grupo. Essa marca, então, foi utilizada em todos os documentos, promoções e atividades promovidas. (45)

Sobre as iniciativas, elas iniciaram com relatórios semanais enviados por e-mail que continham de textos informativos a relatos de experiência, sempre com foco no estímulo do bem estar estudantil. À medida que crescia o interesse dos colegas, reuniões mensais começaram a ser feitas, foram-se subcomitês informais com foco em cada dimensão e intervenções começaram a ganhar força, como oficinas de culinária, workshops e seminários. A progressão das atividades, todavia, era gradativa e baseada no *feedback* do público alvo.

Ao final do segundo ano do comitê, a turma fundadora progrediu no curso e escolheu líderes de outras organizações para assumirem a frente dos trabalhos. Isso era uma estratégia para direcionar mais envolvimento e atenção dos outros grupos à iniciativa. Além disso, dois

estudantes foram escolhidos como representantes do comitê perante a universidade, entregando relatórios e obtendo suporte sempre que necessário. Embora o cenário aparente ser promissor, ainda não há publicações disponíveis avaliando o impacto dessa iniciativa no bem-estar dos estudantes. (45)

De forma mais ampla, Dyrbye e colaboradores (46) conduziram pesquisa entre 32 universidades integrantes de um consórcio de instituições ativo desde 2013, que visa otimizar o preparo dos médicos utilizando diversas abordagens para invar a educação médica. O objetivo foi descrever as estratégias que essas escolas médicas estavam utilizando para promover o bem estar dos estudantes, incluindo dados sobre recursos, infraestrutura, o sistema de avaliação no período pré-clínico e a existência de comunidades de aprendizado. Entre as 27 faculdades que responderem o questionário, 16 (59%) tinha um currículo voltado à promoção do bem estar dos estudantes, com 13 destas incluindo o programa na matriz curricular regular do curso (84%). A maioria delas oferecia uma variedade de atividades abrangendo os domínios do bem estar, como por exemplo treinamento em meditação e *Mindfulness* (25/27, 93%), eventos esportivos (23/27, 85%) e palestras sobre finanças (20/27; 74%), geralmente, com frequência pelo menos mensal (12/16, 75%) e tinham caráter misto no que tange à obrigatoriedade da frequência (9/16, 56%). Foi relatado ainda que 82% das escolas tinha uma pessoa designada para monitorar o andamento dos programas e a mesma porcentagem de instituições contava com um comitê de bem-estar estudantil. Em relação ao sistema de avaliação, 74% (20/27) adotavam o sistema “aprovado/reprovado” nos dois anos iniciais da graduação e em 81% delas havia comunidades de aprendizagem ativas. Outro ponto importante relatado é em relação aos critérios de avaliação das intervenções. Apenas uma universidade não utilizava os índices de participação e, em 81% delas, era utilizado o grau de satisfação dos estudantes como parâmetro para medir a eficácia dos programas. Esse foi apontado como uma das áreas a serem melhoradas prospectivamente para otimizar a distribuição de recursos e adaptar as intervenções se necessário. (46) Todavia, não foram incluídos dados específicos que permitissem avaliar sua eficácia e suas particularidades.

Wasson e colaboradores (47) realizaram uma revisão sistemática tentando identificar as intervenções em ambientes de ensino que teriam melhor efeito no bem estar emocional dos estudantes. O estudo incluiu 28 artigos com um número total de 8224 participantes. As ações incluíam mudança no sistema de notas (aprovado/reprovado) (n=3), programas com foco em saúde mental (n=4), intervenções utilizando treinamento em *Mind-body Stress Reduction* (n=7), alterações na estrutura curricular (n=3), reformas de caráter multicomponente (n=5), mentoria em pequenos grupos (n=3) e programas de Bem-Estar (n=4). Apesar do baixo grau

de evidência, foram encontrados resultados positivos. Quando adotado sistema de notas aprovado/reprovado durante o período pré-clínico, há aumento da coesão da comunidade estudantil e diminuição da competição entre estudantes. Os autores encontraram também que a ferramenta de *Mind-body Stress Reduction* é eficiente em reduzir os níveis de estresse e aumentar sua tolerância, proporcionando inclusive melhora do humor dos estudantes, e, que tutoria em grupos pequenos é o modo ideal de abordagem, por propiciar diminuição na quantidade de facilitadores e uma melhora da qualidade do serviço, podendo, conseqüentemente, abrir caminho para financiamentos. Por fim, os autores constataram que há maior chance de desfechos positivos, quando a abordagem para promoção do bem estar ocorre em forma de uma reforma curricular com multicomponentes, associando várias estratégias e abordagens. (47)

4. DISCUSSÃO

Os núcleos de apoio por muito tempo foram uma das primeiras medidas institucionais para endereçar o bem estar a saúde dos estudantes que serviram como âncora para estudantes com algum tipo de sintomatologia psiquiátrica. (48) O estigma que envolve saúde mental e a procura por ajuda estendeu-se a esse eixo e fez com que o caráter reativo de tal instrumento tivesse sua eficiência limitada. Para além dos rótulos, o fato de muitos dos profissionais que os compõem serem docentes que em algum momento do curso teriam contato em ambiente acadêmico com os estudantes levanta questionamentos e temores relacionados a perda da confidencialidade e até tratamentos distintos a estudantes que acessam esses serviços. A inovação observada de trazer outros profissionais para prestar o serviço e de instituir medidas educativas em momentos específicos do curso foi considerada promissora, mas além de estrutural, precisa haver também uma mudança cultural. (49)

Arelados aos núcleos de apoio, os programas de mentoria apareceram como forma de aproximar a universidade dos estudantes, porém, não há uniformidade no uso dessa estratégia. Conseqüentemente, ao mesmo que aumentam as possibilidades, pode-se perder a qualidade da intervenção. Um exemplo é quanto ao objetivo principal, que aparece em diferentes trabalhos como aconselhamento de carreira, acompanhamento do desempenho acadêmico, acolhimento do estudante no início do curso e até funcionam como triagem para possíveis transtornos

relacionados à saúde mental. (18) Essa versatilidade reflete outro ponto crítico relacionado à figura do tutor, o qual pode ser tanto um docente, quanto um profissional contratado para a função. Em ambos os casos, é crucial que haja desenvolvimento docente adequado conforme a proposta do programa, para garantir uma atenção minimamente uniforme, de qualidade e equânime aos estudantes, seja o trabalho do tutor desenvolvido com um grupo de educandos ou individualmente. Além disso, é essencial que os ocupantes dessa função consigam absorver e trabalhar as demandas dos estudantes tendo disponível um serviço de suporte psicopedagógico organizado e efetivo para consulta e com opções de apoio complementar para estudantes com dificuldades.

As queixas mais recorrentes que acabam gerando encaminhamentos tangem a sintomas ansiosos, depressivos e *burnout*, condições que estão entre as mais prevalentes e mais abordadas por programas de apoio a saúde de estudantes de medicina. (11,14,50–52) Todavia, a questão não pode ser tratada como “paliativa” e baseada na reatividade quando há intervenções que podem ser feitas para além de tratar também prevenir e promover à saúde dos estudantes. Reconhecendo o esforço histórico de atenção a saúde e longe de menosprezar o recorte de saúde mental, a atuação dos núcleos e grupos de apoio vão além. Observa-se, no Brasil, uma tentativa vinda de universidades, organizações estudantis e políticas de estruturar políticas e ações para garantir a assistência e a permanência de estudantes pertencentes a minorias étnicas, culturais e socioeconômicas, principalmente depois da instituição do sistema de cotas nos vestibulares federais. (10, 53) Ao mesmo tempo, é necessário assegurar a inclusão desses estudantes, integrando-os à comunidade acadêmica com respeito às suas identidades de maneira que isso seja considerado como um “favor”, uma vez que, ao não apresentar o estereótipo conservador de estudante de medicina que ocupa esses espaços, tornam-se mais vulneráveis aos estressores no decorrer do curso de medicina, principalmente quando incluída na equação a influência do currículo oculto. (54, 55)

Quando observamos os efeitos sobre os índices acima da média de transtornos ansiosos, depressivos, *burnout* e ideação suicida entre estudantes de medicina, as intervenções com *mindfulness* e redução do estresse em seu cerne têm tido resultados efetivos em curto prazo em algumas universidades, mesmo com propostas em formatos variáveis e em momentos distintos do curso. (25, 31) A estratégia mais utilizada é a concentração dessas intervenções em momentos com alto índice de estresse relatado em pesquisas conduzidas com os estudantes. Para além do efeito terapêutico, observa-se também haver um potencial de impacto positivo dessas atividades no desenvolvimento pessoal e profissional dos estudantes,

em parte ofuscada em grandes programas que propõem majoritariamente tratamento em saúde mental. (22)

Mesmo com esses resultados, os programas de promoção à saúde estudantil competem em notável desvantagem com a estrutura do currículo formal e com a influência do currículo oculto. (33,56) A demanda por eficiência e produtividade em condições de estresse geradas, por exemplo, pela carga horária extensa e pela cobrança de resultados crescente no decorrer do curso, se alia à cultura curativa e biologicista de uma academia que privilegia, mesmo que de forma velada, a especialização ao cuidado integral. (57, 58) Isso se reflete na atitude dos estudantes perante o autocuidado e o próprio bem estar, frequentemente negligenciados em busca da adequação desproporcional a essas demandas.

Esse contexto exige que as mudanças sejam estruturais. A substituição do sistema de notas numérico por sistemas do tipo “aprovado/reprovado” é uma iniciativa adotada por inúmeras universidades norte-americanas, conseguindo efetivamente e baseado em evidências, diminuir a competição e melhorar a coesão da comunidade estudantil, pelo menos nos dois primeiros anos do curso. (59–61) Foi derrubado o principal argumento contra essa medida, que era o receio de afetar o desempenho dos estudantes na primeira parte do exame de licenciamento médico norte-americano (*United States Medical Licensing Examination - USLME*), aplicado ao final do segundo ano do curso. O novo sistema demonstrou melhorar os desempenhos, e há perspectiva do próprio exame de licenciamento passar a adotar o sistema “aprovado/reprovado” no lugar de algarismos numéricos, a partir de janeiro de 2022 como resultado da primeira prova (*Step 1*) (62)

A revisão do conteúdo programático em ação conjunta entre professores e coordenadores dos cursos é outra possibilidade que pode ser explorada, tendo em vista o grau de detalhamento desnecessário à prática médica generalista que muitas frentes dos dois primeiros anos adotam. A mudança é consoante a outras medidas que visam dar maior liberdade nesse período da graduação para que os educandos dediquem-se a outras atividades, como projetos de pesquisa e comunidades de ensino, além de permitir que se aprofundem em tópicos com maior afinidade sem prejuízo em outras áreas de ensino e sem sobrecarga de tarefas. (39)

Essas alterações tornariam possível, inclusive, que os estudantes participassem de forma ativa dos programas de promoção do bem estar, tendo em vista que até as intervenções com melhores resultados encontram problemas relacionados à adesão do público alvo. A discussão passa também por dois debates importantes relacionados ao formato das intervenções. Historicamente, as atividades propostas para endereçarem o bem estar dos

estudantes são oferecidas a partir de um núcleo de apoio psicopedagógico ou professores voluntários de forma isolada e transversal. Ou seja, acontecem apenas em um momento específico do curso (concentrados principalmente no início) sem conexão com outras ações teóricas ou práticas, como cursos de *Mind-Body Stress Reduction*, palestras para prevenção de suicídio e tutoria no início ou no final do curso, os quais mesmo com respostas positivas entre os participantes, não chegam a todos os estudantes.

Contemporâneos a esse tipo de formato estão os currículos ou programas longitudinais, os quais incluem atividades ao longo dos quatro primeiros anos do curso com aumento gradual de complexidade e incluem abordagens distintas tendo como um dos pontos chave o caráter multidimensional do bem estar. (40,43) A aglutinação e a organização de diferentes tipos de abordagens beneficiam a atenção e a promoção integral do bem estar dos estudantes e tem potencial para desencadear mudanças culturais na comunidade acadêmica.

Outra característica de programas mais recentes é a inclusão de organizações de estudantes no planejamento e na ação das atividades. Os *Student Wellness Committees* têm funcionado como elos entre o corpo docente e a universidade, representando tanto os interesses dos estudantes como apresentando propostas de mudança. Além disso, apresentam-se como espaços para o crescimento pessoal e desenvolvimento de habilidades, como liderança e dialética. (45) Embora a organização estudantil não seja algo inédito nacional e internacionalmente, o espaço de voz e voto que estão readquirindo abre caminhos para adaptações das abordagens já adotadas e também para novas iniciativas que vão ao encontro das demandas docentes.

Por outro lado, é importante que a universidade seja receptiva e flexível para essas respostas, mesmo discordando do seu teor, visando estimular o debate sobre esses tópicos e traçar planos estratégicos com maior chance de sucesso. Uma das maneiras adotadas por muitas instituições para estimular o cuidado com o bem estar físico, por exemplo, fundamenta-se em competições esportivas e oficinas de culinária, enquanto há que estudantes e médicos que não se sentem preparados para prescrever dietas e orientações sobre práticas de exercícios físicas para seus pacientes. (63,64) A reformulação da matriz curricular e da forma de apresentação dos conteúdos em ação conjunta entre coordenação do curso e professores pode reforçar a teoria e mudar como esse conhecimento chega até os estudantes, ao mesmo tempo em que promove o bem estar físico dos estudantes. (63) Essa iniciativa não exclui a efetividade de *workshops* e oficinas afins, mas aumenta as chances de os estudantes terem contato com o tópico.

Revisar o currículo formal implica em também considerar os outros currículos paralelos na equação. Seguindo o exemplo utilizado, quando se enaltece os benefícios de exercícios físicos e nutrição saudável, os preconceitos e estereótipos negativos carregados pelo currículo oculto, relacionados a transtornos alimentares, principalmente obesidade, tendem a ser reforçados. (65) Uma abordagem multidimensional que inclua a desconstrução desses preconceitos tem o potencial de beneficiar não somente a futura prática médica como também a relação dos estudantes consigo mesmos, promovendo o autocuidado sem que isso cause *déficits* em outras dimensões do bem estar. (66)

A arte é vista como um dos meios para estimular a exploração da sensibilidade individual e da expressão de emoções. Todavia, ela encontra-se restrita a momentos pontuais e isolados, com participação voluntária e foco recreativo. (40,43) Utilizar da arte nas suas mais diversas formas (teatro, música, escrita-reflexiva, desenho) pode unir o aperfeiçoamento de habilidades clínicas ao desenvolvimento de ferramentas para lidar com sentimentos (positivos ou negativos) que emergem quando os estudantes passam a viver prática médica. (67) Esse processo, além de munir os estudantes com ferramentas psicológicas de enfrentamento saudáveis, leva também à exploração da sensibilidade e promoção do autoconhecimento e do bem-estar individual.

Todas essas propostas não são delineadas olhando somente para o futuro, mas também para o presente e principalmente para o passado. No Brasil, as demandas e o perfil sociocultural e econômico do estudante de medicina não são os mesmos daqueles que os núcleos psicopedagógicos atendiam no início dos anos 90. A própria universidade não é a mesma. As instituições públicas têm sofrido frequentes cortes orçamentários e em bolsas de pesquisa, o que limita o potencial de ação e afeta diretamente os serviços de assistência e permanência, principais responsáveis pela atenção e pela inclusão de estudantes em situação de vulnerabilidade social e econômica. (68) É incoerente, portanto, trabalhar para a inclusão de indivíduos com perfis divergentes do padrão racial, étnico e sociocultural sem que haja respeito e equidade no tratamento a essas populações; e é ilusão esperar bom desempenho acadêmico, alimentação saudável e atividade física frequente quando somado às demandas do curso e dos seus currículos, há também o risco de não ter onde morar, o que comer ou se terá como se deslocar até a universidade. (53,68)

Cresce também o movimento de mercantilização da educação, com expansão do número de cursos de medicina oferecidos em instituições privadas sem normatização específica sobre valores de mensalidades e de programas assistenciais. (69) Programas governamentais de estímulo ao acesso e de fornecimento de crédito estudantil impulsionaram

essas instituições (70), mas não proveram os estudantes com ferramentas para organizar e garantir o bem estar financeiro quando depois de formados deparam-se com dívidas educacionais de grande monta. A essa demanda de educação financeira atendem alguns dos programas de tutoria e aconselhamento de carreira, porém há omissão sobre esse aspecto caso não apareça como demanda espontânea nesses serviços. O silêncio observado, além de não fazer o problema deixar de existir, faz com que se torne um potencial fator de risco para o comprometimento da saúde mental dos futuros profissionais ainda durante a graduação.

Para além de formação profissional, as universidades são geradoras e transmissoras de saber. Esse processo historicamente baseia-se em relações de poder entre quem detém o conhecimento –o professor- para aqueles que ainda não o acessaram – o estudantes. (10) É necessário que essas instituições reconheçam a responsabilidade que têm nesse processo de “empoderamento” e como esses papéis têm mudado ao longo do tempo. Essa estrutura vertical conservadora é também uma forma de opressão aos estudantes quando cada vez mais há movimentos em direção à equidade e ao respeito. Nesse contexto, fornecer aos estudantes ferramentas para lidar com adversidades é insuficiente. É necessário que haja um ambiente acadêmico saudável e equânime que muna os educandos de conhecimento e de experiências que levem ao crescimento profissional e pessoal multidimensional saudável ao longo da formação universitária. Em consonância, deve-se garantir que haja serviços de assistência e permanência que trabalhem na direção de redução das disparidades de gênero, socioeconômicas e culturais de maneira a garantir a inclusão legítima de todo e qualquer estudante do curso.

Embora muitas iniciativas das universidades para a atenção e promoção da saúde dos estudantes comprovem ser efetivas em pesquisas sobre seu impacto, é crucial que se amplie o foco incluindo a estrutura e a cultura institucional na equação.

É importante citar que esses programas, estratégias e abordagens não podem ser simplistas mirando “adequar inadequações” ou reformar. Elas devem ter como objetivo a transformação das culturas que levam ao adoecimento dos estudantes e à formação de médicos e médicas que saem da academia com um “prazo de validade”, vulneráveis quando distantes do ambiente universitário. Para isso, sugere-se que os programas, os currículos, as ações e as estratégias de promoção do bem estar dos estudantes devem deixar de ser considerados “caridade”, e sim filosofias integrantes da cultura das instituições, pois assim como todo e qualquer paciente, todos os estudantes tem direito e devem receber atenção e cuidado integrais, equânimes e efetivos.

Como limitação deste estudo reconhece-se que por se tratar de uma revisão da literatura que incluiu publicações dos últimos dez anos dispostas entre os 400 primeiros resultados das bases de dados; por buscar intervenções sem delinear um perfil de abordagem que imprimisse um recorte específico nas atividades desenvolvidas ou que limitasse a influência delas a alguma dimensão específica do bem estar (apenas saúde mental ou exercícios físicos, por exemplo), a literatura disponível relacionada às técnicas, programas e ferramentas não foi esgotada. Apesar disso, observa-se correspondência qualitativa quando analisados trabalhos símiles.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos trabalhos relatados, observa-se a transição de um período em que predominavam estratégias unifocais para abordagem do bem estar dos estudantes de medicina para a adoção de medidas multifocais com caráter multidimensional e preventivo. Em consonância, há um aumento da consciência das universidades acerca de seu papel na saúde e no bem estar dos estudantes ao longo do curso e depois dele.

Os programas e modelos de intervenção, todavia, pouco se divulga e/ou se aborda a inclusão, a assistência e a permanência estudantil, eixo cuja negligência impossibilita a promoção integral do bem estar e atua como mais uma barreira (por vezes intransponível) na formação médica.

O movimento das instituições de ensino superior em direção ao reconhecimento da sua influência no bem-estar dos estudantes de medicina é uma realidade. A partir disso, os programas estão sendo estruturados e os resultados estão sendo positivos, em sua maioria. Para além disso, a universidade precisa deixar de ser uma reprodutora de padrões para se tornar um catalizador de profissionais respeitando a individualidade e a história de cada indivíduo que por ela passa e provendo cada um de forma equânime, seja oferecendo programas de promoção do bem estar longitudinais, seja auxiliando em assistência e em permanência, seja cuidando de quem está aprendendo a cuidar de si enquanto aprende a cuidar dos outros.

REFERÊNCIAS

1. Sanchez ZM, Alves HNP, Nogueira-Martins LA, Prado MCO. Estudo da mortalidade dos médicos no Estado de São Paulo, Brasil, no período 2000-2009. *Cadernos de Saúde Pública* [Internet]. 2013 jul;29(7):1461–6. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2013000700019>
2. Sanchez-Reilly S, Morrison L, Carey E, Bernacki R, O'Neill L, Kapo J, et al. Caring for oneself to care for others: physicians and their self-care. *Journal of Supportive Oncology* [Internet]. 2013 jun;11(2):75–81. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12788/j.suponc.0003>
3. Bodenheimer T, Sinsky C. From Triple to Quadruple Aim: Care of the Patient Requires Care of the Provider. *The Annals of Family Medicine* [Internet]. 2014 nov 1;12(6):573–6. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1370/afm.1713>
4. Shanafelt TD, West CP, Sinsky C, Trockel M, Tutty M, Satele DV, et al. Changes in Burnout and Satisfaction With Work-Life Integration in Physicians and the General US Working Population Between 2011 and 2017. *Mayo Clinic Proceedings* [Internet]. 2019 set;94(9):1681–94. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.mayocp.2018.10.023>
5. Freudenberger HJ. Staff Burn-Out. *Journal of Social Issues* [Internet]. 1974 jan;30(1):159–65. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x>
6. Paes ÂT, Dias B de F, Eleutério GN, Paula VP de. Profile of medical students in the first group of the Faculdade Israelita de Ciências da Saúde Albert Einstein. *Einstein (São Paulo)* [Internet]. 2018 set 21;16(3). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1679-45082018AO4228>
7. Almeida IMQ de, Silva FA da. Ingressantes no curso de Medicina de uma Instituição de Ensino Superior Pública. *Revista Ciência e Estudos Acadêmicos de Medicina: Universidade do Estado de Mato Grosso - UNEMAT*. 2017 ago-dez;(1):10-19..
8. Santos FS, Maia CRC, Faedo FC, Gomes GPC, Nunes ME, Oliveira MVM de. Estresse em Estudantes de Cursos Preparatórios e de Graduação em Medicina. *Revista Brasileira de Educação Médica* [Internet]. 2017 jun;41(2):194–200. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v41n2RB20150047>
9. Moreira CRBS, Silva PVB da. Ações afirmativas na UFPR: impactos da Lei n.12.711/2012 em dois cursos. *Laplage em Revista* [Internet]. 2019 ago 1;5(3):110. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.24115/S2446-6220201953645p.110-127>
10. Wickbold CC, Siqueira V. Política de cotas, currículo e a construção identitária de alunos de Medicina de uma universidade pública. *Pro-Posições* [Internet]. 2018 abr;29(1):83–105. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-6248-2016-0153>
11. Quek TTC, Tam WWS, Tran BX, Zhang M, Zhang Z, Ho CSH, et al. The global

- prevalence of anxiety among medical students: A meta-analysis. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16(15):1–19.
12. 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. *JAMA* [Internet]. 2016 dez 6;316(21):2214. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1001/jama.2016.17324>
 13. Pacheco JPG, Silveira JB, Ferreira RPC, Lo K, Schineider JR, Giacomini HTA, et al. Gender inequality and depression among medical students: A global meta-regression analysis. *Journal of Psychiatric Research* [Internet]. 2019 abr;111:36–43. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychires.2019.01.013>
 14. Blacker CJ, Lewis CP, Swintak CC, Bostwick JM, Rackley SJ. Medical Student Suicide Rates. *Academic Medicine* [Internet]. 2019 fev;94(2):274–80. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1097/ACM.0000000000002430>.
 15. Correia MM, Freitas MF, Moreira F, Santos A, Cespe S, Alice A, et al. Síndrome de burnout e ideação suicida entre estudantes de medicina: um estudo de revisão Burnout syndrome and suicidal ideation among medical students: a review study. *Brazilian J Heal Rev Braz J Hea Rev* [Internet]. 2019;(3):2225–7. Disponível em: <http://annals.org/aim/article-abstract/742530/burnout-suicidal-ideation->
 16. Gold JA, Johnson B, Leydon G, Rohrbaugh RM, Wilkins KM. Mental Health Self-Care in Medical Students: a Comprehensive Look at Help-Seeking. *Academic Psychiatry* [Internet]. 2014 ago 1;39(1):37–46. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1007/s40596-014-0202-z>
 17. Roscoe LJ. Wellness: A Review of Theory and Measurement for Counselors. *Journal of Counseling & Development* [Internet]. 2009 abr;87(2):216–26. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1002/j.1556-6678.2009.tb00570.x>.
 18. Frei E, Stamm M, Buddeberg-Fischer B. Mentoring programs for medical students - a review of the PubMed literature 2000 - 2008. *BMC Medical Education* [Internet]. 2010 abr 30;10(1). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6920-10-32>
 19. Farrington R, Collins L, Fisher P, Danquah A, Sergeant J. Clinical Debrief: learning and well- being together. *The Clinical Teacher* [Internet]. 2019 jul 15;16(4):329–34. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1111/tct.13055>
 20. Rehman R, Usmani A, Omaer Q, Gul H. “Mentorship” a stride towards maintenance of medical student’s well being. *J Pak Med Assoc*. 2014;64(12):1352–7.
 21. Ribeiro MMF, Martins A da F, Fidelis GT de A, Goulart GC, Molinari LC, Tavares EC. Tutoria em escola médica: avaliação por discentes após seu término e ao final do curso. *Revista Brasileira de Educação Médica* [Internet]. 2013 dez;37(4):509–14. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022013000400006>
 22. Mars TS, Abbey H. Mindfulness meditation practise as a healthcare intervention: A systematic review. *Int J Osteopath Med* [Internet]. 2010;13(2):56–66. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijosm.2009.07.005>

23. Galante J, Dufour G, Vainre M, Wagner AP, Stochl J, Benton A, et al. A mindfulness-based intervention to increase resilience to stress in university students (the Mindful Student Study): a pragmatic randomised controlled trial. *The Lancet Public Health* [Internet]. 2018 fev;3(2):e72–81. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1016/S2468-2667\(17\)30231-1](http://dx.doi.org/10.1016/S2468-2667(17)30231-1)
24. Phang KC, Keng LS, Chiang CK. Mindful-S.T.O.P.: Mindfulness Made Easy for Stress Reduction in Medical Students. *Education in Medicine Journal* [Internet]. 2014 jun 1;6(2). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5959/eimj.v6i2.230>.
25. Kabat- Zinn J. Mindfulness- Based Interventions in Context: Past, Present, and Future. *Clinical Psychology: Science and Practice* [Internet]. 2003 jun;10(2):144–56. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1093/clipsy.bpg016>
26. MacLaughlin BW, Wang D, Noone A-M, Liu N, Harazduk N, Lumpkin M, et al. Stress Biomarkers in Medical Students Participating in a Mind Body Medicine Skills Program. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine* [Internet]. 2011;2011:1–8. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1093/ecam/nej039>.
27. Weingartner LA, Sawning S, Shaw MA, Klein JB. Compassion cultivation training promotes medical student wellness and enhanced clinical care. *BMC Medical Education* [Internet]. 2019 maio 10;19(1). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1186/s12909-019-1546-6>.
28. Bond AR, Mason HF, Lemaster CM, Shaw SE, Mullin CS, Holick EA, et al. Embodied health: the effects of a mind–body course for medical students. *Medical Education Online* [Internet]. 2013 jan;18(1):20699. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.3402/meo.v18i0.20699>.
29. Dyrbye LN, Shanafelt TD, Werner L, Sood A, Satele D, Wolanskyj AP. The Impact of a Required Longitudinal Stress Management and Resilience Training Course for First-Year Medical Students. *Journal of General Internal Medicine* [Internet]. 2017 ago 31;32(12):1309–14. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1007/s11606-017-4171-2>
30. Dossett ML, Kohatsu W, Nunley W, Mehta D, Davis RB, Phillips RS, et al. A Medical Student Elective Promoting Humanism, Communication Skills, Complementary and Alternative Medicine and Physician Self-Care: An Evaluation of the HEART Program. *EXPLORE* [Internet]. 2013 set;9(5):292–8. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.explore.2013.06.003>
31. Dobkin PL, Hutchinson TA. Teaching mindfulness in medical school: where are we now and where are we going? *Medical Education* [Internet]. 2013 jul 10;47(8):768–79. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1111/medu.12200>.
32. Thompson G, McBride RB, Hosford CC, Halaas G. Resilience Among Medical Students: The Role of Coping Style and Social Support. *Teaching and Learning in Medicine* [Internet]. 2016 abr 2;28(2):174–82. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1080/10401334.2016.1146611>.
33. Givens JL, Tjia J. Depressed Medical Students' Use of Mental Health Services and Barriers to Use. *Academic Medicine* [Internet]. 2002 set;77(9):918–21. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1097/00001888-200209000-00024>.

34. Moutier C, Norcross W, Jong P, Norman M, Kirby B, McGuire T, et al. The Suicide Prevention and Depression Awareness Program at the University of California, San Diego School of Medicine. *Academic Medicine* [Internet]. 2012 mar;87(3):320–6. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1097/ACM.0b013e31824451ad>.
35. Creste CEO. Serviço de Apoio Psicopedagógico ao Estudante de Medicina: Um estudo de caso. Presidente Prudente. Dissertação [Mestrado em Educação] - Universidade do Oeste Paulista; 2013.
36. Tamashiro EM, Amaral NA, Martins AH, Celeri EHRV, Bastos JFB. Desafios e sucessos de um Serviço de Saúde Mental para estudantes da saúde. *Revista de Medicina* [Internet]. 2019 maio 7;98(2):148–51. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v98i2p148-151>
37. Kulman- Lipsey S, Yang S, Pedram Javidan A, Fung B, Levinson A, Vernon J, et al. An integrative longitudinal resilience curriculum. *The Clinical Teacher* [Internet]. 2019 jul 12;16(4):395–400. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1111/tct.13054>
38. Kushner RF, Kessler S, McGaghie WC. Using Behavior Change Plans to Improve Medical Student Self-Care. *Academic Medicine* [Internet]. 2011 jul;86(7):901–6. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1097/ACM.0b013e31821da193>.
39. Slavin SJ, Schindler DL, Chibnall JT. Medical Student Mental Health 3.0. *Academic Medicine* [Internet]. 2014 abr;89(4):573–7. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1097/ACM.0000000000000166>.
40. Drolet BC, Rodgers S. A Comprehensive Medical Student Wellness Program—Design and Implementation at Vanderbilt School of Medicine. *Academic Medicine* [Internet]. 2010 jan;85(1):103–10. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1097/acm.0b013e3181c46963>
41. Ghodasara SL, Davidson MA, Reich MS, Savoie CV, Rodgers SM. Assessing Student Mental Health at the Vanderbilt University School of Medicine. *Academic Medicine* [Internet]. 2011 jan;86(1):116–21. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1097/ACM.0b013e3181ffb056>.
42. Real FJ, Zackoff MW, Davidson MA, Yakes EA. Medical Student Distress and the Impact of a School-Sponsored Wellness Initiative. *Medical Science Educator* [Internet]. 2015 jul 23;25(4):397–406. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1007/s40670-015-0156-0>.
43. Velez C, Gupta N, Gendreau P. The Development and Implementation of a Longitudinal Wellness Curriculum for McGill University’s Undergraduate Medical Program. *International Journal of Whole Person Care* [Internet]. 2019 jan 10;6(1):6. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.26443/ijwpc.v6i1.188>.
44. Hettler B. Wellness Promotion on a University Campus. *Family & Community Health* [Internet]. 1980 maio;3(1):77–95. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1097/00003727-198005000-00008>
45. Brunner MR, Peters D, Portera MV, Fazili I, McBride M, Dennis M, et al. The organic formation of a wellness committee: A unique, student-led approach to implementing a

- wellness program in medical school. *Perspectives on Medical Education* [Internet]. 2020 abr 3; Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1007/s40037-020-00574-4>
46. Dyrbye LN, Sciolla AF, Dekhtyar M, Rajasekaran S, Allgood JA, Rea M, et al. Medical School Strategies to Address Student Well-Being. *Academic Medicine* [Internet]. 2019 jun;94(6):861–8. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1097/ACM.0000000000002611>.
 47. Wasson LT, Cusmano A, Meli L, Louh I, Falzon L, Hampsey M, et al. Association Between Learning Environment Interventions and Medical Student Well-being. *JAMA* [Internet]. 2016 dez 6;316(21):2237. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1001/jama.2016.17573>
 48. Gonçalves MB, Benevides-Pereira AMT. Considerações sobre o ensino médico no Brasil: consequências afetivo-emocionais nos estudantes. *Revista Brasileira de Educação Médica* [Internet]. 2009 set;33(3):482–93. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022009000300020>
 49. Ayala EE, Omorodion AM, Nmecha D, Winseman JS, Mason HRC. What Do Medical Students Do for Self-Care? A Student-Centered Approach to Well-Being. *Teaching and Learning in Medicine* [Internet]. 2017 fev 16;29(3):237–46. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1080/10401334.2016.1271334>
 50. Tam W, Lo K, Pacheco J. Prevalence of depressive symptoms among medical students: overview of systematic reviews. *Medical Education* [Internet]. 2018 nov 25;53(4):345–54. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1111/medu.13770>.
 51. Dyrbye LN, Thomas MR, Shanafelt TD. Systematic Review of Depression, Anxiety, and Other Indicators of Psychological Distress Among U.S. and Canadian Medical Students. *Academic Medicine* [Internet]. 2006 abr;81(4):354–73. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1097/00001888-200604000-00009>.
 52. Frajerman A, Morvan Y, Krebs M-O, Gorwood P, Chaumette B. Burnout in medical students before residency: A systematic review and meta-analysis. *European Psychiatry* [Internet]. 2019 jan;55:36–42. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2018.08.006>
 53. Tiellet M do HS. A Permanência dos Estudantes Na Educação Superior para Além da Assistência Estudantil. *Rev Fac Educ (Univ do Estado mato Grosso)* [Internet]. 2016;25(2):208. Disponível em: <http://www2.unemat.br/revistafaed/>
 54. Raimondi GA, Moreira C, Barros NF de. Gêneros e sexualidades na educação médica: entre o currículo oculto e a integralidade do cuidado. *Saúde e Sociedade* [Internet]. 2019 set;28(3):198–209. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902019180722>.
 55. Rego RM do, Marques NA, Monteiro P da C, Oliveira CLB de, Lins NA de A, Caldas CAM. O perfil atual do estudante de Medicina e sua repercussão na vivência do curso. *Pará Research Medical Journal* [Internet]. 2018;2(1–4). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4322/prmj.2018.005>.
 56. Doja A, Bould MD, Clarkin C, Eady K, Sutherland S, Writer H. The hidden and

- informal curriculum across the continuum of training: A cross-sectional qualitative study. *Medical Teacher* [Internet]. 2015 ago 14;38(4):410–8. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.3109/0142159X.2015.1073241>.
57. Barbosa Pott ET, Pott Junior H. Mapeando os estudos sobre educação médica no Brasil: tendências e perspectivas. *Revista Sustinere* [Internet]. 2019 jul 25;7(1):132–52. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12957/sustinere.2019.38418>.
 58. Arteaga Rodríguez C, Kolling MG, Mesquida P. Educação e saúde: um binômio que merece ser resgatado. *Revista Brasileira de Educação Médica* [Internet]. 2007 abr;31(1):60–6. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022007000100009>.
 59. Bloodgood RA, Short JG, Jackson JM, Martindale JR. A Change to Pass/Fail Grading in the First Two Years at One Medical School Results in Improved Psychological Well-Being. *Academic Medicine* [Internet]. 2009 maio;84(5):655–62. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1097/ACM.0b013e31819f6d78>.
 60. Reed DA, Shanafelt TD, Satele DW, Power DV, Eacker A, Harper W, et al. Relationship of Pass/Fail Grading and Curriculum Structure With Well-Being Among Preclinical Medical Students: A Multi-Institutional Study. *Academic Medicine* [Internet]. 2011 nov;86(11):1367–73. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1097/acm.0b013e3182305d81>.
 61. Spring L, Robillard D, Gehlbach L, Moore Simas TA. Impact of pass/fail grading on medical students' well-being and academic outcomes. *Medical Education* [Internet]. 2011 ago 17;45(9):867–77. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2923.2011.03989.x>.
 62. United States Medical Licensing Examination [Homepage na Internet]. Change to Pass/Fail Score Reporting for Step 1. [Acesso em 24 de abril de 2020]. Disponível em: <https://www.usmle.org/inCus/>.
 63. Schlair S, Hanley K, Gillespie C, Disney L, Kalet A, Darby PC, et al. How Medical Students' Behaviors and Attitudes affect the Impact of a Brief Curriculum on Nutrition Counseling. *Journal of Nutrition Education and Behavior* [Internet]. 2012 nov;44(6):653–7. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jneb.2011.08.006>.
 64. Stanford FC, Durkin MW, Stallworth JR, Powell CK, Poston MB, Blair SN. Factors that Influence Physicians' and Medical Students' Confidence in Counseling Patients About Physical Activity. *The Journal of Primary Prevention* [Internet]. 2014 mar 30;35(3):193–201. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1007/s10935-014-0345-4>.
 65. Phelan SM, Dovidio JF, Puhl RM, Burgess DJ, Nelson DB, Yeazel MW, et al. Implicit and explicit weight bias in a national sample of 4,732 medical students: The medical student CHANGES study. *Obesity* [Internet]. 2014 jan 9;22(4):1201–8. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1002/oby.20687>.
 66. Addressing Medical Students' Negative Bias Toward Patients With Obesity Through Ethics Education. *AMA Journal of Ethics* [Internet]. 2018 out 1;20(10):E948-959. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1001/amajethics.2018.948>.
 67. Mairot LT da S, Costa BBG da, Heringer TPM, Borges RC, Moura EP. As Artes na

- Educação Médica: Revisão Sistemática da Literatura. *Revista Brasileira de Educação Médica* [Internet]. 2019 dez;43(4):54–64. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v43n4rb20180146>
68. Lessa, SEC.; Santos TP.; Souza RPE. Golpeando a política educacional: impactos no acesso e permanência nas universidades federais após o golpe de 2016. *Revista Pedagógica*, Chapecó, v. 22, p. 1-17, 2020. Disponível em: <https://bell.unochapeco.edu.br/revistas/index.php/pedagogica/article/viewFile/4027/3007>.
 69. Tempski PZ. Qualidade de Vida e Resiliência do Estudante de Medicina e da Escola Médica. Tese [Livre Docência em Educação na Saúde]. Universidade de São Paulo; 2018
 70. Neves RM, Bandeira DL, Farenzena N. FIES: Uma Análise Crítico-Histórica. In: *Avaliação, Políticas e Expansão da Educação Brasileira 12* [Internet]. Atena Editora; 2019. p. 89-96. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.22533/at.ed.581191211>.

NORMAS ADOTADAS

Este trabalho foi realizado seguindo a normatização para trabalhos de conclusão do Curso de Graduação em Medicina, aprovada em reunião do Colegiado do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina, em 16 de junho de 2011.