Helena Borges Martins da Silva Paro

Qualidade de vida relacionada à saúde dos estudantes do curso de medicina da Universidade Federal de Uberlândia

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia, como parte das exigências para obtenção do Título de Mestre em Ciências da Saúde, área de concentração Ciências da Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Nívea de Macedo Oliveira Morales

Co-orientador : Prof. Dr. Carlos Henrique Alves Rezende

Uberlândia

2009

Livros Grátis

http://www.livrosgratis.com.br

Milhares de livros grátis para download.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

P257q Paro, Helena Borges Martins da Silva, 1977-
Qualidade de vida relacionada à saúde dos estudantes do curso de medicina da Universidade Federal de Uberlândia / Helena Borges Martins da Silva Paro. - 2009.

82 f. : il.

Orientadora: Nívea de Macedo Oliveira Morales.
Co-orientador: Carlos Henrique Alves Rezende.
Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Uberlândia, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde.
Inclui bibliografia.

1. Estudantes de medicina - Teses. 2. Qualidade de vida - Teses. 3. Saúde mental - Teses. I. Morales, Nívea de Macedo Oliveira. II. Rezende, Carlos Henrique Alves. III. Universidade Federal de Uberlândia. Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde. IV. Título.

CDU: 614.253.4

Elaborado pelo Sistema de Bibliotecas da UFU / Setor de Catalogação e Classificação

Helena Borges Martins da Silva Paro

Qualidade de vida relacionada à saúde dos estudantes do curso de medicina da Universidade Federal de Uberlândia

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia, como parte das exigências para obtenção do Título de Mestre em Ciências da Saúde, área de concentração Ciências da Saúde.

Aprovado em 27 de abril de 2009.

Profa. Dra. Daurea Abadia de Souza - UFU

Prof. Dr. Milton de Arruda Martins – USP - SP

Profa. Dra. Vânia Olivetti Steffen Abdallah - UFU

Profa. Dra. Nívea de Macedo Oliveira Morales - UFU

À Laura, razão de tudo, minha força, minha inspiração –

meu sinônimo de FELICIDADE.

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. Carlos Henrique Martins da Silva, que, além do exemplo de mestre a ser seguido, sempre foi meu incentivo na busca pelo conhecimento científico. Minha eterna admiração.

Aos meus pais, Marco Túlio e Maria de Fátima, e à Lúcia e Mariana, pelo apoio e amor incondicionais.

À Profa. Dra. Nívea de Macedo de Oliveira Morales, minha orientadora, e ao Prof. Dr. Carlos Henrique Alves Rezende, que me guiaram com extrema competência neste longo caminho de dificuldades, alegrias, crescimento e aprendizagem.

Aos amigos Andressa Andrade Teymeny, Danielle Moretti Morais e Luiz Duarte de Ulhôa Rocha Júnior. Nossa amizade verdadeira, nascida da busca comum pelo conhecimento foi fundamental para o amadurecimento deste trabalho.

Ao Prof. Dr. Rogério de Melo Costa Pinto, cuja ajuda foi muito além da revisão dos cálculos estatísticos, incentivo para vencer o desafio de entender Estatística.

A todos os colegas do grupo de pesquisa em Qualidade de Vida que sempre colaboraram em todas as etapas do processo deste trabalho, em especial, à Tânia Maria Mendonça Silva, pelo carinho de sempre, e à Marília Martins Prado, pela coleta dos dados.

À Profa. Dra. Mônica Pimenta Andrade, com quem busco o auto-conhecimento, o auto-cuidado. Sua ajuda vai além das linhas traçadas nesta dissertação.

À Prof. Dra. Ana Lúcia Nardi Arruda, pela revisão gramatical e ortográfica.

A todos os estudantes de medicina que participaram desta pesquisa.

RESUMO

Paro, H B M S. Qualidade de vida relacionada à saúde dos estudantes do curso de medicina da Universidade Federal de Uberlândia. [Dissertação]. Uberlândia: Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Uberlândia; 2009.

A necessidade de reformas curriculares, direcionadas à formação de profissionais capazes de promover a saúde do ser humano em seu sentido holístico, estimulou um crescente interesse pela saúde mental e qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) dos estudantes de medicina. Diante disso, este estudo teve como objetivo avaliar a QVRS dos estudantes do primeiro ao sexto anos do curso de medicina da Universidade Federal de Uberlândia por meio do *Medical Outcomes Survey 36-Item Short Form Health Survey* (SF-36). Após consentimento livre e esclarecido, estudantes do curso de medicina do primeiro ao sexto ano e ingressantes responderam de maneira auto-aplicada um questionário sócio-demográfico, o SF-36 e o Inventário de Depressão de Beck. O coeficiente de alfa Cronbach foi calculado para determinar a confiabilidade do SF-36. Os estudantes e ingressantes foram comparados quanto às características sócio-demográficas. Os escores obtidos por meio do SF-36 foram comparados segundo o ano de estudo, a presença de sintomas depressivos, o sexo e residir com/sem a família (teste de Mann-Whitney ou Kruskal-Wallis). Os escores do SF-36 foram correlacionados com a renda familiar (coeficiente de correlação de Spearman). O tamanho do efeito (TE) foi calculado para determinar a magnitude das diferenças entre os grupos com o grupo de ingressantes ou do primeiro ano. Participaram da pesquisa 352 estudantes distribuídos entre o primeiro e sexto anos do curso e 38 ingressantes. A idade média dos ingressantes foi de 19,1 anos ($\pm$ 1,9), e a do grupo de estudo 22,3 ($\pm$ 2,42), sendo a maioria do sexo feminino (61,6%) e solteira (96,6%). Sintomas depressivos ocorreram em 36,3% dos estudantes do primeiro ao sexto ano e em 15,7% dos ingressantes ($p = 0,01$). O coeficiente de alfa Cronbach variou de 0,66 a 0,89 para os domínios do SF-36. Os escores dos estudantes do terceiro e quarto anos foram menores que os dos ingressantes e do primeiro ano do curso em domínios físicos e mentais ($p < 0,01$). Tamanhos de efeito elevados ($TE \geq 0,8$) foram encontrados na comparação do terceiro ano com os ingressantes nos domínios *estado geral de saúde, vitalidade e saúde mental*, Estudantes com sintomas depressivos obtiveram escores menores em todos os domínios e componentes do SF-36 em comparação com os estudantes sem sintomas depressivos ($p < 0,01$). Independentemente da presença de sintomas depressivos, os estudantes do segundo, terceiro e quarto anos tiveram prejuízo na QVRS em relação ao grupo de ingressantes e do primeiro ano no domínio *vitalidade* ($p < 0,01$). Estudantes do sexo feminino apresentaram escores menores em seis domínios e no *componente mental* do SF-36 em comparação com o sexo masculino ($p < 0,01$). As mulheres sem sintomas depressivos também apresentaram escores menores nos domínios *capacidade funcional*, *dor* e *aspectos emocionais* ($p < 0,01$). Concluiu-se que a transição do ciclo básico para o clínico (terceiro ano) - conforme o modelo curricular tradicional - representa uma fase de importante prejuízo na QVRS dos estudantes. Além disso, os estudantes com sintomas depressivos e do sexo feminino apresentam um maior impacto negativo na QVRS.

Palavras-chave: Qualidade de vida relacionada à saúde. Estudantes de medicina. SF-36. Sintomas depressivos.

ABSTRACT

Paro, H B M S. Health-related quality of life of medical students at the Federal University of Uberlândia. [Dissertation] Uberlândia: Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Uberlândia; 2009.

The need for curricular changes directed to the graduation of health professionals able to promote human's health in its holistic meaning has stimulated great interest in medical students' mental health and health-related quality of life (HRQL). This study aimed at assessing the HRQL of medical students from the first to the sixth year of training through the *Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey* (SF-36). Students from the first to the sixth year of medical training at the Federal University of Uberlândia were asked to answer a sociodemographic questionnaire, the SF-36 and the Beck Depression Inventory (IDB) by self-application. Cronbach's coefficient was calculated to determine the SF-36 reliability. Students and freshmen were compared according to demographics, SF-36 scores were compared according to the year in training, the presence of depressive symptoms, gender and the fact of living with or without relatives (Mann-Whitney or Kruskal-Wallis). SF-36 scores were also correlated to family income (Spearman coefficient). The effect size (ES) was calculated to determine the magnitude of the differences among groups and freshmen or first-year students. 352 students and 38 freshmen were enrolled in this study. Cronbach's alpha varied form 0.66 to 0.89 to SF-36 domains. Freshmen's mean age was 19.1 years ($\pm$ 1.9) and students' mean age was 22.3 ($\pm$ 2.42). Most of students were female (61.6%) and single (96.6%). Students had a prevalence of depressive symptoms of 36.3% whereas freshmen had a prevalence of 15.7% ($p = 0.01$). Scores from third and forth-year students were lower than freshmen and first-year students' scores in mental and physical domains ($p< 0.01$). Big effect sizes ($ES\geq 0.8$) were detected in comparisons between third-year students and freshmen in *global health, vitality and mental health*. Students with depressive symptoms had lower scores in all domains and summary components of SF-36 when compared to students without depressive symptoms ($p< 0.01$). Independently on the presence of depressive symptoms, second-, third- and forth-year students had an impairment on HRQL in *vitality* when compared to freshmen and first-year students ($p< 0.01$). Female students without depressive symptoms also had an impairment in *physical functioning, body pain and role limitations due to emotional problems* ($p< 0.01$). These results may lead to the conclusion that the transition from basic sciences to clinical training (third year) – according to traditional curricular tracks – represents a phase of important impairment of medical students' HRQL. Moreover, students with depressive symptoms and females had a higher impairment on HRQL.

Key words: Health-related quality of life. Students, medical. SF-36. Depressive symptoms.

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - Características dos instrumentos de avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde 19

QUADRO 2 - Estudos que avaliaram qualidade de vida / qualidade de vida relacionada à saúde dos estudantes de medicina 21

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - Estudantes matriculados no curso de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia para o primeiro semestre (Ingressantes) e para o segundo semestre (Grupo de estudo) de 2006 31

TABELA 2 - Características sócio-demográficas e clínicas dos participantes 32

TABELA 3 - Coeficiente de Alfa Cronbach para os domínios do SF-36 segundo o ano de estudo 33

TABELA 4 - Escores obtidos por meio do SF-36, segundo o ano de estudo 35

TABELA 5 - Tamanho do Efeito (TE) para as diferenças entre as medianas dos grupos, segundo o ano do curso e as medianas dos ingressantes 42

TABELA 6 - Tamanho do Efeito (TE) para as diferenças entre as medianas dos grupos, segundo o ano do curso e as medianas dos estudantes do primeiro ano 43

TABELA 7 - Escores obtidos por meio do SF-36 pelos estudantes do primeiro ao sexto ano, distribuídos segundo a presença de sintomas depressivos (IDB) 44

TABELA 8 - Escores obtidos por meio do SF-36 pelos estudantes do primeiro ao sexto ano, distribuídos segundo o sexo 46

TABELA 9 - Escores do SF-36 obtidos pelos estudantes de medicina sem sintomas depressivos (IDB $\leq$ 9) da Universidade Federal de Uberlândia, distribuídos segundo o sexo (n = 220) 48

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 - Escores do SF-36 no domínio *aspectos físicos*, segundo o ano de estudo 37

GRÁFICO 2 - Escores do SF-36 no domínio *dor*, segundo o ano de estudo 37

GRÁFICO 3 - Escores do SF-36 no domínio *estado geral de saúde*, segundo o ano de estudo 38

GRÁFICO 4 - Escores do SF-36 no domínio *vitalidade*, segundo o ano de estudo 38

GRÁFICO 5 - Escores do SF-36 no domínio *aspectos sociais*, segundo o ano de estudo 39

GRÁFICO 6 - Escores do SF-36 no domínio *saúde mental*, segundo o ano de estudo 39

GRÁFICO 7 - Escores do SF-36 no *componente sumário físico*, segundo o ano de estudo 40

GRÁFICO 8 - Escores do SF-36 no *componente sumário mental*, segundo o ano de estudo 40

GRÁFICO 9 - Escores obtidos por meio do SF-36 pelos estudantes do primeiro ao sexto ano, distribuídos segundo a presença de sintomas depressivos 44

GRÁFICO 10 - Escores do SF-36 no domínio *vitalidade* obtidos pelos estudantes sem sintomas depressivos (IDB $\leq$ 9), distribuídos segundo o ano do curso (n= 221) 45

GRÁFICO 11 - Escores obtidos por meio do SF-36 pelos estudantes do primeiro ao sexto ano, distribuídos segundo o sexo 47

GRÁFICO 12 - Escores do SF-36 dos estudantes de Medicina sem sintomas depressivos (IDB $\leq$ 9) da Universidade Federal de Uberlândia, distribuídos segundo o sexo 49

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

ECEM – Encontro Científico dos Estudantes de Medicina

GHQ - General Health Questionnaire

IDB – Inventário de Depressão de Beck

IQVEM - Inventário de Qualidade de Vida do Estudante de Medicina

IRI - Interpersonal Reactivity Index

LASA QoL Survey - Linear Analogue Self Assessment Well-being Survey

MB - Malach Burnout Inventory

MOS - Medical Outcomes Study

NDSD - National Depression Screening Day brief screening / Harvard Department of Psychiatry

OMS – Organização Mundial de Saúde

PAAES - Programa de Ação Afirmativa de Ingresso no Ensino Superior

PAIES - Programa Alternativo de Ingresso ao Ensino Superior

PBL – Problem-based Learning

PRIME MD - Primary Care Evaluation of Mental Disorders

QoL - Quality of Life

QV – Qualidade de Vida

QVRS – Qualidade de Vida Relacionada à Saúde

SCL-90-R - Symptom Checklist 90-Revised

SF-36 – Medical Outcomes Study 36-Item Short Form Health Survey

SF-8 - Medical Outcomes Study 8-Item Short Form Health Survey

TE – Tamanho do Efeito

WHOQOL - World Health Organization Quality of Life Assessment

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 12
2 OBJETIVO 23
3 MÉTODOS 25
3.1 Participantes 26
3.2 Instituição 26
3.3 Procedimentos 27
3.4 Instrumentos 27
3.5 Análise Estatística 28
4 RESULTADOS 30
4.1 Qualidade de vida relacionada à saúde segundo ano de estudo 33
4.2 Qualidade de vida relacionada à saúde segundo presença de sintomas depressivos e variáveis sócio-demográficas 43
5 DISCUSSÃO 50
6 CONCLUSÃO 58
REFERÊNCIAS 60
APÊNDICE A - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa 69
APÊNDICE B – Termo de Consentimento livre e esclarecido 70
APÊNDICE C - Currículo de Graduação do Curso de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia (Ano Letivo de 2006) 71
APÊNDICE D - Questionário clínico e sócio-demográfico 73
APÊNDICE E – Versão brasileira do questionário de qualidade de vida SF-36 75
APÊNDICE F – Inventário de Depressão de Beck 81

1 Introdução

A preocupação com o bem estar dos profissionais da saúde é antiga. Platão, em seus diálogos, já apontava a necessidade do auto-cuidado entre aqueles responsáveis pela vida do outro (PLATÃO, 1981). A busca pela vida saudável, em seus aspectos físicos, psíquicos e sociais inicia-se com a idéia socrática do cuidado de si mesmo como meio de atingir a capacitação para o cuidado do outro (DALBOSCO, 2006; NOVACK et al., 1997).

A partir da década de 60, a hipótese de uma possível associação do estado de saúde dos estudantes de medicina com a qualidade do ensino médico e dos serviços de saúde resultou em um aumento expressivo das pesquisas direcionadas aos problemas de saúde mental desses estudantes (EDWARDS & ZIMET, 1976; ERON, 1958; LIEF et al., 1960; REZLER, 1974; SIEGEL & DONNELLY, 1978). Esses trabalhos sinalizavam que o curso de medicina exerceria uma influência negativa sobre as atitudes (ERON, 1958; REZLER, 1974) e a saúde mental dos estudantes (EDWARDS & ZIMET, 1976; LIEF et al., 1960; REZLER, 1974; SIEGEL & DONNELLY, 1978; VALKO; CLAYTON, 1975). Desde então, inúmeras pesquisas têm sido realizadas com a finalidade de avaliar a saúde mental dos estudantes, seus possíveis fatores determinantes e as prováveis consequências para a formação desses profissionais de saúde.

Altas freqüências de estresse (COMPTON et al., 2008; DYRBYE et al., 2006a; SOUZA & MENEZES, 2005), ansiedade (AKTEKIN et al., 2001; WOLF et al., 1998) e depressão (CLARK; ZELDOW, 1988; DYRBYE et al., 2007; GAVIRIA et al., 2002; REZENDE et al., 2008) são observadas entre os estudantes de medicina. As maiores freqüências de estresse foram observadas no período de transição do ciclo básico para o clínico (COMPTON et al., 2008; 2005; SOUZA; MENEZES, 2005), com predomínio entre mulheres (DAHLIN et al., 2005). Contudo, os índices de estresse (DAHLIN et al., 2005) e ansiedade (AKTEKIN et al., 2001; WOLF et al., 1998) mostraram-se elevados desde o primeiro ano do curso de medicina.

A depressão, também comum entre os estudantes de medicina (CLARK; ZELDOW, 1988; DAHLIN et al., 2005; REZENDE et al., 2008; ROSAL et al., 1997; VALKO; CLAYTON, 1975), é percebida desde o primeiro ano e persiste ao longo do curso (ROSAL et al., 1997). Em estudo prospectivo, Clark e Zeldow (1988) encontraram maior frequência de depressão ao final do segundo ano. Aktekin et al. (2001) acompanharam os estudantes do primeiro e segundo anos e detectaram um declínio significativo na saúde mental dos estudantes de medicina em comparação com os estudantes dos cursos de educação física e economia, ao avaliar a presença de estresse, ansiedade e depressão.

Um estudo prévio avaliou os estudantes do curso de medicina da Universidade Federal de Uberlândia no ano de 2004 e evidenciou presença de sintomas depressivos de grau moderado a grave em metade dos estudantes. Os sintomas depressivos mais graves tiveram uma maior correlação com os anos mais avançados do curso e com o sexo feminino (REZENDE et al., 2008).

Zoccolillo et al. (1986) avaliaram os estudantes de medicina do primeiro e segundo anos não apenas por meio de questionários, mas também por critérios clínicos, e detectaram uma prevalência de diagnóstico de depressão três vezes maior do que a da população geral. Todavia, esta frequência já era duas vezes maior mesmo antes do ingresso no curso médico. Os autores sugerem que as escolas médicas podem selecionar indivíduos mais vulneráveis e predispostos à depressão.

Os processos seletivos altamente competitivos e exigentes para os cursos de medicina favorecem o recrutamento de estudantes com traços de personalidade associados à depressão, estresse e ansiedade (CLARK & ZELDOW, 1988; HIRSCHFELD & KLERMAN, 1979; ZOCCOLILLO et al., 1986). A constante busca pela excelência acadêmica necessária para o ingresso na escola médica é característica comum entre estudantes com traços neuróticos (LIEBERMAN et al., 1998), obsessivos (LIEF et al., 1960; McGUIRE, 1966; ZOCCOLILLO et al., 1986) e perfeccionistas (ENNS et al., 2001; HENNING et al., 1998).

Desta maneira, a personalidade pode ser considerada como um fator de predisposição para os transtornos mentais entre os estudantes de medicina. Vitaliano et al. (1988) propuseram um modelo biopsicossocial para a gênese dos problemas de ansiedade, estresse e depressão entre os estudantes de medicina e definiram os transtornos mentais como um desequilíbrio entre os fatores estressores, a vulnerabilidade individual e os recursos psicológicos e sociais utilizados para enfrentar esses problemas. A personalidade foi a variável que mais se relacionou aos problemas de saúde mental dos estudantes.

De acordo com este modelo, os fatores pessoais (DYRBYE et al., 2006a; GOEBERT et al., 2009) e familiares (CLARK; ZELDOW, 1988; GAVIRIA et al., 2002; GOEBERT et al., 2009; VITALIANO et al., 1988; ZOCCOLILLO et al., 1986) podem determinar os problemas de saúde mental entre os estudantes de medicina. O ambiente escolar também pode atuar como uma fonte de estresse para esse grupo (DAHLIN et al., 2005; EDWARDS; ZIMET, 1976; GUTHRIE et al., 1998; KIESSLING et al., 2004; LEE; GRAHAM, 2001; MOFFAT et al., 2004; MOSS; McMANUS, 1992; RADCLIFFE; LESTER, 2003; STEWART et al., 1999; WOLF et al., 1988a; ZUARDI et al., 2008). A carga horária excessiva (GUTHRIE et al., 1998), o contato com a doença e com a morte (MacLEOD et al.,

2003; WEAR, 2002) e o currículo (HAFFERTY, 1998; KIESSLING et al., 2004; MOFFAT et al., 2004; WILSON et al., 1996) constituem alguns dos fatores escolares que contribuem para os problemas de saúde mental dos estudantes desse curso.

Independentemente dos fatores determinantes, alguns autores concordam em afirmar que as escolas médicas devem direcionar esforços para minimizar a influência que o ambiente escolar pode exercer na gênese desses problemas, uma vez que os fatores familiares e pessoais são dificilmente modificáveis (CLARK; ZELDOW, 1988; ROSAL et al., 1997). As estratégias para a melhoria do ensino médico devem, então, contemplar mudanças para reduzir a prevalência dos transtornos mentais e suas consequências na vida acadêmica e profissional.

O desempenho acadêmico pode ser prejudicado na presença de problemas de saúde mental nesses estudantes (CLARK; ZELDOW, 1988; STEWART et al., 1999). Além disso, pode haver uma repercussão negativa na relação com o paciente (HOJAT et al., 2004; THOMAS et al., 2007), uma diminuição de atitudes humanitárias (DAVIS et al., 2004) e uma qualidade insatisfatória de cuidado (SHANAFELT et al., 2002).

Os problemas de saúde mental também estão associados ao aumento das taxas de desistência nos cursos (CLARK; ZELDOW, 1988; DYRBYE et al., 2006b), ao risco de suicídio (DYRBYE et al., 2008; TYSSEN et al., 2001) e à diminuição do auto-cuidado com consequente deterioração da saúde física dos estudantes (BALL; BAX, 2002). Alguns estudos também sugerem que ideação suicida (DYRBYE et al., 2008), depressão e *burnout* (DYRBYE et al., 2006a; DYRBYE et al., 2006b; DYRBYE et al., 2008; THOMAS et al., 2007) possam influenciar na qualidade de vida (QV) dos estudantes de medicina.

A preocupação com a QV destes estudantes tornou-se relevante à medida em que a qualidade de vida passou a ser considerada um dos objetivos finais da medicina e dos serviços de saúde (NORDENFELT, 2007; TENGLAND, 2006). Um crescimento exponencial dos estudos de QV em geral pode ser observado principalmente nas últimas três décadas (BULLINGER, 2002). Este crescente interesse foi influenciado por mudanças no paradigma da saúde propostas pela Organização Mundial de Saúde (OMS), ao considerar saúde “o estado de completo bem estar físico, mental e social, e não somente a ausência de doença ou enfermidade” (WHO, 1946).

Assim, a definição de saúde proposta pela OMS aproximou o conceito de saúde ao de qualidade de vida, uma vez que estabelece condições multidimensionais para o bem-estar (BULLINGER, 2002). Alguns autores consideram essa definição da OMS como a primeira definição holística da saúde, importante passo para abandonar o seu enfoque meramente físico

(SAYLOR, 2004). Porém, Nordenfelt (2007) trouxe importantes contribuições para uma visão verdadeiramente holística do conceito de saúde ao incluir a perspectiva do indivíduo diante de seus objetivos vitais (SCHRAMME, 2007), reforçando ainda mais a relação com o conceito de QV.

A busca pelo conceito de qualidade de vida não é recente. A "boa vida" aristotélica era definida pela teoria perfeccionista que ressaltava os potenciais humanos como maneira de alcançar metas intuitivamente boas para a vida: conhecimento, amor, liberdade, amizade, entre outros (ARISTÓTELES, 2008; NORDENFELT, 1999; SANDØE, 1999; TENGLAND, 2007). Porém, esta visão aristotélica não considera a autonomia individual para a definição da boa vida (SANDØE, 1999).

A teoria hedonista, desde o século XVII, definia qualidade de vida ou a boa vida como a satisfação de prazeres ou a sensação subjetiva de bem estar (SANDØE, 1999; TENGLAND, 2007). A idéia dessa sensação subjetiva, entretanto, independe do julgamento do valor desse prazer na vida do indivíduo (SANDØE, 1999). Por essa razão, também não contempla os aspectos subjetivos da QV.

A teoria da satisfação de desejos ou preferências, originada no século XIX, todavia, conceitua qualidade de vida como o alcance daquilo que o indivíduo considera importante para sua vida, e, dessa forma, respeita a autonomia e a subjetividade do conceito (SANDØE, 1999). Segundo essa teoria, uma boa qualidade de vida é atingida quando os desejos individuais alcançados satisfazem as expectativas, ou seja, quando há a menor distância entre os objetivos alcançados e os almejados (de LEVAL, 1999; MOORE et al., 2005; SANDØE, 1999).

Essa última teoria embasa o conceito atual de qualidade de vida formulado pela OMS: "a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto cultural e no sistema de valores em que ele vive e em relação a seus objetivos, expectativas, preocupações e desejos". Tal definição realça a subjetividade e multidimensionalidade do conceito, bem como a bipolaridade por incluir dimensões tanto positivas quanto negativas (THE WHOQOL GROUP, 1995). Nesse sentido, esse conceito contempla uma visão mais holística do ser humano e contribui para a mudança do paradigma mecanicista da saúde.

Embora a construção de todos esses modelos teóricos tenha contribuído para o progresso conceitual e metodológico do termo QV, em termos práticos, essa definição ainda enfrenta desafios.

A subjetividade que acompanha esses conceitos pode justificar a teoria de alguns autores de que qualidade de vida não pode ser bem definida e, consequentemente, não permite

mensuração (BULLINGER, 2002; GALLOWAY, 2005). Nesse sentido, pode-se afirmar que o caráter individual atribuído a esse construto representa uma complexidade para as medidas de QV (CARR & HIGGINSON, 2001).

Da mesma forma, a natureza multidimensional da qualidade de vida também impõe dificuldades para sua mensuração. A padronização de um grupo de domínios que defina o termo é controversa, uma vez que o julgamento de valores pode variar entre as diversas culturas (GALLOWAY, 2005; HIGGINSON & CARR, 2001). Contudo, algumas dimensões parecem abranger os aspectos mais relevantes do conceito de qualidade de vida, como as dimensões físicas, psicológicas, sociais e funcionais (BULLINGER, 2002; THE WHOQOL GROUP, 1995).

Outros domínios também podem ser incluídos para determinar esta multidimensionalidade: ambiente, espiritualidade, religiosidade, crenças pessoais, autonomia (THE WHOQOL GROUP, 1995), bem estar cívico e direitos (FELCE & PERRY, 1995; SCHALOCK, 2000). Medidas objetivas como bem estar material, indicadores socioeconômicos, mortalidade infantil, acesso à educação e serviços de saúde também contribuem para o aspecto multidimensional do conceito de QV (BULLINGER, 2002; FELCE & PERRY, 1995; GALLOWAY, 2005; SCHALOCK, 2000).

Mesmo antes da definição estabelecida pela OMS, o termo QV já era utilizado na antropologia, filosofia e psicologia, desde a década de 40 (BULLINGER, 2002), Na década de 60, o termo foi amplamente utilizado na área das ciências políticas em referências às medidas objetivas do bem estar (BULLINGER, 2002; HAAS, 1999). Porém, na área médica, esta terminologia foi introduzida apenas na década de 70, quando a orientação predominantemente sociológica do conceito foi substituída pelos aspectos do bem estar relacionado à saúde.

Desse modo, desenvolveu-se o termo qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS), que representa a influência do estado de saúde, tratamento ou políticas de saúde sobre a percepção de bem estar (EBRAHIM, 1995; SEIDL & ZANNON, 2004). Ebrahim (1995) define QVRS como “os aspectos da auto-percepção de bem estar relacionados ou influenciados pela presença de doença ou tratamento”. A QVRS também pode ser considerada como “o valor atribuído à duração da vida, modificado pelos prejuízos, estados funcionais e oportunidades sociais que são influenciados por doença, dano, tratamento ou políticas de saúde” (PATRICK & ERICKSON, 1993 *apud* EBRAHIM, 1995, p. 1384). Essa definição associa QVRS à quantidade de anos vividos, à percepção subjetiva do bem estar e ao impacto que a condição de saúde pode causar às várias dimensões da vida.

Apesar das dificuldades de definição e mensuração da QV e QVRS, esforços têm sido direcionados na tentativa de transformar julgamentos subjetivos em escalas numéricas passíveis de estudo e interpretação. Desse modo, a mensuração da QV e da QVRS tem sido realizada por meio de questionários construídos a partir de vários itens ou perguntas que são agrupados nas diferentes dimensões ou domínios correspondentes às áreas do comportamento ou às experiências que se pretende medir (GUYATT et al, 1993).

Os questionários de QV podem ser classificados em genéricos ou específicos. Os primeiros foram desenvolvidos com a finalidade de descrever e comparar qualidade de vida em diversas populações, permitir o amplo uso em diferentes situações e possibilitar a identificação de repercussões inesperadas de uma determinada condição ou intervenção (Quadro 1) (BERLIM & FLECK, 2003; GARRAT et al., 2002; GUYATT et al., 1993). Podem-se distinguir dois tipos de instrumentos genéricos: as medidas de utilidade e os perfis de saúde. As medidas de utilidade foram desenvolvidas para avaliação econômica e incorporam as preferências por estados de saúde como parâmetros para decisões em locações de recursos e políticas de saúde (GARRAT et al., 2002; GUYATT et al., 1993). Os perfis de saúde são medidas que visam abranger todos os aspectos da QVRS e permitem a comparação entre diferentes condições e intervenções (GUYATT et al., 1993).

Tipo de Instrumento	Vantagens	Desvantagens
Genéricos		
Perfis de saúde	Instrumento único Detecta efeitos inesperados em diferentes aspectos do estado de saúde Comparação entre intervenções e condições	Pode não enfocar a area de interesse adequadamente Menor responsividade
Medidas de Utilidade	Um único número representa o impacto quantitativo e qualitativo na vida Possibilita análise custo-utilidade Incorpora a morte	Dificuldade em determinar os valores de utilidade Não permite avaliar efeitos em diferentes aspectos da QV Menor responsividade
Tipo de Instrumento	**Vantagens**	**Desvantagens**
Específicos		
Específicos à doença Específicos à população Específicos à função Específicos à condição ou problema	Sensibilidade clínica Maior responsividade	Não permite comparações entre condições diferentes Pode ser limitado quanto à população e intervenções

Quadro 1 - Características dos instrumentos de avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde.

Adaptado de: GUYATT et al., 1993.

Os instrumentos específicos abordam aspectos relevantes para uma determinada população, dimensão ou condição. Por essa razão, apresentam maior sensibilidade, são amplamente utilizados em experimentos clínicos (BERLIM & FLECK, 2003; GARRAT et al., 2002; GUYATT et al., 1993) e adotados no processo de aprovação de novas drogas por órgãos regulamentadores (JOHNSON; TEMPLE, 1985; WIKLUND, 2004).

Os questionários de QV e QVRS também têm sido aplicados na área da saúde com a finalidade de (EBRAHIM, 1995; SCIENTIFIC ADVISORY COMMITTEE OF THE MEDICAL OUTCOMES TRUST, 2002):

- avaliar e monitorar a saúde de uma população;
- avaliar a eficácia de intervenções de saúde;
- rastrear e diagnosticar condições de saúde;
- conduzir decisões nas locações de recursos;
- avaliar o impacto das medidas e políticas sociais e de saúde.

Desse modo, a avaliação da QV tem sido útil para auxiliar a locação dos limitados recursos públicos de maneira equitativa e eficiente (KENNY; JOFFRES, 2008).

Na área da educação superior, os investimentos dos recursos institucionais passaram, então, a incorporar a avaliação do bem estar dos estudantes universitários como importante ferramenta para a condução de reformas curriculares efetivas em direção a um melhor processo ensino-aprendizagem (BENJAMIN, 1994; HARNETT, 1972).

As pesquisas que abordam a QV entre os estudantes universitários apontam para um comprometimento em domínios físicos e psicológicos (CERCHIARI, 2004; KAWAKAME; MIYADAHIRA, 2005; OLIVEIRA, 1999; SAUPE et al., 2004; ZIMMERMANN et al., 2008). Um prejuízo no processo de aprendizagem pode estar associado ao ambiente universitário (OLIVIERA; CIAMPONE, 2008; SAUPE et al., 2004) e a algumas dimensões da QV - como insatisfação com a qualidade do sono, percepção diminuída de energia e capacidade, além de dor corporal (OLIVEIRA, 2006).

Em relação aos cursos de medicina, as Instituições de Ensino Superior (IES) e os Conselhos de Educação reconhecem a importância em considerar o bem estar e a saúde dos estudantes como estratégia para melhoria da qualidade do ensino médico e dos serviços de saúde (ASSOCIATION OF AMERICAN MEDICAL COLLEGES, 2004; BRASIL, 2001).

Até o momento, os trabalhos de QV e QVRS entre os estudantes de Medicina ainda são incipientes. Quando comparados com a população normativa, esses estudantes apresentam uma repercussão negativa em dimensões psicossociais, embora a percepção de bem estar nos domínios físicos seja melhor (DIRBYE et al., 2006a; DIRBYE et al., 2006b; DYRBYE et al., 2007; DYRBYE et al., 2008). As pesquisas sinalizam, ainda, um declínio da QVRS ao longo do curso (GOLDIN et al., 2007; RAJ et al., 2000) e apontam fatores pessoais e curriculares como determinantes da QV e QVRS dos futuros médicos (DIRBYE et al., 2006a; DIRBYE et al., 2006b; DYRBYE et al., 2007; DYRBYE et al., 2008; FIEDLER, 2008; GOLDIN et al., 2007; HASSED et al., 2008; RAJ et al., 2000; THOMAS et al., 2007; WILSON et al., 1996). Uma forte associação entre domínios mentais de QVRS e ideação suicida também foi demonstrada (Quadro 2).

Nesse sentido, a hipótese inicial desse estudo é que a QVRS dos estudantes deve sofrer alterações nas diversas fases do curso, especialmente no domínio mental.

O conhecimento da QVRS do estudante de medicina poderá auxiliar no direcionamento de estratégias que visem garantir melhor qualidade de vida e saúde mental de estudantes em situações de risco, bem como orientar diretrizes pedagógicas para o planejamento de cursos que objetivem excelência do ensino e dos serviços de saúde.

Referência	Local do estudo	Objetivos	Metodologia	Instrumentos utilizados	Resultados quanto à QV
DYRBYE et al., 2006a, 2006b,2007	Multicêntrico, Minnesota	- determinar a prevalência dos problemas de saúde mental e o bem estar (QV), segundo ano do curso de medicina (2006a) e etnias (2006b, 2007)	- transversal, coleta de dados eletrônica; - estudantes do primeiro ao último ano do curso	- questionário sócio-demográfico; - MBI; - PRIME MD; - SF-8; - LASA QoL Survey	- em relação à população normativa, estudantes tiveram pior QVRS nos domínios mentais e melhor QVRS em domínios físicos; - menores escores observados entre estudantes do segundo ano; - etnias minoritárias apresentaram pior QVRS em domínios mentais
DYRBYE et al., 2008	Multicêntrico, EUA	- avaliar a prevalência de ideação suicida entre os estudantes; - avaliar a relação entre ideação suicida e *burnout*, sintomas depressivos e qualidade de vida	- transversal – 7 escolas (2007); - Prospectivo – 5 escolas (2006-2007) - Coleta de dados eletrônica; - estudantes do primeiro ao último ano do curso	- itens sobre ideação suicida; - MBI; - PRIME MD; - SF-8	- pior QVRS nos domínios mentais e melhor em domínios físicos, em relação à população normativa; - forte correlação entre escores mentais de QVRS e ideação suicida; - escores do sumário mental foram preditores independentes de ideação suicida
FIEDLER, 2008	ECEM – 2004	- desenvolver um inventário específico para qualidade de vida do estudante no curso de medicina; - avaliar o estudante de medicina quanto à QV e à sonolência diurna	- transversal; - estudantes do primeiro ao último ano do curso; - questionários auto-aplicados durante o ECEM	- questionário de auto-avaliação; - WHOQOL-Bref; - IQVEM; - escala de sonolência diurna de Epworth	- 45,4% dos estudantes relataram insatisfação com o curso; - tristeza e desânimo, insatisfação com a vida afetiva e sexual foram comuns principalmente nas mulheres e nos estudantes do 3º e 4º anos; - associação entre sonolência diurna e pior QV nos domínios físico, psicológico e mental; - estudantes do 5º e 6º anos tiveram melhor desempenho no domínio relação social; - estudantes do 3º e 4º anos tiveram maior prejuízo na QV
GOLDIN et al., 2007	USF-COM, Flórida	- avaliar a QVRS dos estudantes ao longo do internato em cirurgia	- longitudinal; - estudantes do internato de cirurgia	- questionário sócio-demográfico; - MOS Core Measures of Health-Related Quality of Life; - NDSD brief screening	- declínio significativo na QVRS ao longo do internato de cirurgia

Quadro 2 – Estudos que avaliaram qualidade de vida / qualidade de vida relacionada à saúde dos estudantes de medicina (continua).

Estudo	Local do estudo	Objetivos do estudo	Desenho do estudo	Instrumentos utilizados	Resultados quanto à QV
HASSED et al., 2008	Monash University, Austrália	- avaliar o impacto psicológico e na QV de um programa de promoção de saúde para estudantes de medicina	- longitudinal; - estudantes do primeiro ano do curso	- SCL-90-R; - WHOQOL-Bref	- estudantes tiveram melhora nos escores de QV após a intervenção, principalmente no domínio psicológico
MENÉNDEZ et al., 2004	Facultad Calixto Garcia, Pólitécnico de la Salud del Hospítal Psiquiátrico de la Habana	- conhecer a QV dos estudantes de medicina e enfermagem e o tempo dedicado às atividades que caracterizam seu estilo de vida	- transversal; - estudantes de medicina dos 4º e 5º anos; - estudantes de enfermagem dos 3º e 4º anos	- GHQ; - QoL Index	- estudantes de enfermagem do sexo feminino tiveram escores ligeiramente menores em *apoio emocional e social, apoio e serviços comunitários e satisfação pessoal*
RAJ et al., 2000	Queen's University, Canadá	- avaliar a QVRS dos estudantes em relação à população geral e ao longo do 5º ano do curso	- longitudinal; - estudantes do último ano do curso	- SF-36	- estudantes tiveram pior QVRS do que a população geral no domínio *estado geral de saúde*; - declínio significativo dos escores nos domínios *vitalidade, aspectos físicos e aspectos emocionais* no período do estudo
THOMAS et al., 2007	Multicêntrico, Minnesota	- determinar a associação entre empatia e problemas pessoais e profissionais; - verificar a associação entre o bem estar e empatia	- transversal, coleta de dados eletrônica; - estudantes do primeiro ao último ano do curso	- questionário sócio-demográfico; - IRI; - MBI; - LASA QoL Survey	- QV geral teve correlação com empatia cognitiva e emotiva para homens; - para mulheres, o nível de atividade social teve correlação com empatia cognitiva e emotiva
WILSON et al., 1996	University of Kentucky	- avaliar o impacto de uma reforma curricular na qualidade de vida dos estudantes	- longitudinal; - estudantes do primeiro e segundo ano	- questionário desenvolvido por Cantril; - Shipley Vocabulary and Abstract Reasoning Scales	- não houve diferença nos escores de QV no primeiro ano do curso entre estudantes que seguiam o currículo tradicional ou reformulado; - no segundo ano do curso, estudantes do currículo reformulado tiveram melhores escores de QV

Quadro 2 – Estudos que avaliaram qualidade de vida / qualidade de vida relacionada à saúde dos estudantes de medicina (conclusão).

ECEM: Encontro Científico dos Estudantes de Medicina; GHQ: General Health Questionnaire; IQVEM: Inventário de Qualidade de Vida do Estudante de Medicina; IRI: Interpersonal Reactivity Index; LASA QoL Survey: Linear Analogue Self Assessment Well-being Survey; MBI: Malach Burnout Inventory; MOS: Medical Outcomes Study; NDSD: Harvard Department of Psychiatry / NDSD brief screening; PRIME MD: Primary Care Evaluation of Mental Disorders; SCL-90-R: Symptom Checklist90-Revised; SF-8: Medical Outcomes Study 8-Item Short Form Health Survey; QV: Qualidade de vida; WHOQOL: World Health Organization Quality of Life Assessment

2 Objetivo

Avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde dos estudantes do primeiro ao sexto anos do curso de medicina da Universidade Federal de Uberlândia por meio do *Medical Outcomes Study 36-Item Short Form Health Survey* (SF-36).

3 Métodos

3.1 Participantes

Esse estudo transversal foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Uberlândia (parecer nº142/06, **Anexo A**).

Para compor o grupo de estudo, foram recrutados os estudantes matriculados para o segundo semestre letivo de 2006, distribuídos entre o primeiro e o sexto anos do curso de medicina da Universidade Federal de Uberlândia. Os estudantes desse grupo foram abordados em sala de aula no fim do semestre letivo de 2006 (Fevereiro de 2007).

O grupo de ingressantes foi composto pelos estudantes de medicina da Universidade Federal de Uberlândia, matriculados para o primeiro período do curso no primeiro semestre de 2006 e foram abordados durante a segunda semana de aula (Fevereiro de 2006). O grupo de ingressantes apresenta a particularidade de compor o estudo prospectivo ainda em andamento. Por esta razão, também participa do grupo do primeiro ano desse estudo transversal.

Foram obtidos os termos de consentimento livre e esclarecido de todos os participantes que foram identificados, a partir de então, por códigos numéricos (**Anexo B**).

3.2 Instituição

A Universidade Federal de Uberlândia é uma escola pública, para qual a seleção de estudantes para o curso de medicina, na época da coleta dos dados, era realizada semestralmente pelo vestibular e anualmente pelo Programa Alternativo de Ingresso ao Ensino Superior - PAIES. O PAIES é um programa de avaliação gradual seriada destinado aos alunos do Ensino Médio. Anualmente, 25% das vagas do curso são reservadas para os alunos aprovados pelo PAIES. Atualmente, o PAIES foi substituído pelo PAAES – Programa de Ação Afirmativa de Ingresso no Ensino Superior, um sistema de inclusão social, baseado em cotas, para os alunos do Ensino Médio de escolas públicas (UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA, 2008).

No período de coleta de dados, a instituição encontrava-se em adaptação ao calendário acadêmico decorrente da greve dos servidores públicos, e o período da coleta (Fevereiro de 2007) correspondeu ao fim do segundo semestre letivo de 2006. Pelo mesmo motivo, não

havia turma correspondente ao último semestre do curso e o sexto ano foi constituído apenas pelos estudantes do décimo primeiro período.

O currículo da instituição tem influência do modelo flexneriano (FLEXNER, 1910). O curso médico é dividido em quatro semestres de ciclo básico, três semestres de ciclo profissionalizante, um semestre de internato ambulatorial e um ano em regime de internato hospitalar (Anexo C). Durante o curso básico, são ministradas disciplinas como Anatomia, Histologia, Bioquímica, Fisiologia, Microbiologia e Imunologia, destinadas à aquisição do conhecimento científico do homem biológico (FIEDLER, 2008; MILLAN et al, 1999) com recursos de aulas expositivas e práticas. Nos terceiro e quarto anos do curso, os estudantes têm o primeiro contato com pacientes em disciplinas como Semiologia, Clínica Médica e Cirúrgica, Pediatria (Puericultura), Ginecologia e Obstetrícia. No quinto ano, são ministradas disciplinas como Neurologia, Psiquiatria, Angiologia, Urologia, Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Ortopedia, Cirurgia Plástica, entre outras. No segundo semestre do quinto ano, o estudante cursa estágios em regime de internato ambulatorial. O sexto ano representa uma etapa exclusiva de atividades de assistência médica aos pacientes, principalmente em caráter hospitalar.

3.3 Procedimento

Os participantes foram requisitados a responder em sala de aula, de maneira auto-aplicada, a um questionário sócio-demográfico (Anexo D), um instrumento de QVRS (SF-36) (Anexo E) e um inventário de depressão (Inventário de Depressão de Beck - IDB) (Anexo F).

3.4 Instrumentos

O SF-36 é um questionário genérico de QVRS, constituído por 36 questões que abrangem oito domínios (*capacidade física, aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental*), sumarizados em dois componentes: *físico e mental* (WARE; SHERBOURNE, 1992). O questionário foi traduzido, adaptado e validado para a cultura brasileira (CICONELLI et al, 1999). Os escores das escalas

são transformados em valores de 0 (pior qualidade de vida) a 100 (melhor qualidade de vida) (WARE; SHERBOURNE, 1992).

A presença de sintomas depressivos entre os estudantes foi verificada por meio do IDB (BECK, et al., 1961), questionário traduzido, adaptado e validado para a população brasileira (GORESTEIN; ANDRADE, 1996). Este instrumento é o mais utilizado em estudos de depressão entre estudantes de medicina (AKTEKIN et al., 2001; BALL; BAX, 2002; CLARK; ZELDOW, 1988; DEARDORFF; FUNABIKI, 1985; DYRBYE et al., 2006c; GIVENS & TIJA, 2002; HOJAT et al.. 1999; STEWART et al., 1999; TIJA et al., 2005; WOLF et al., 1998) e consiste de 21 questões, cada uma com escores que variam de 0 a 3. Vários escores são propostos como nota de corte para identificação do transtorno de humor depressivo e a sua padronização depende do objetivo do estudo (KENDALL et al.. 1987). A maioria dos trabalhos com estudantes universitários utiliza escores maiores do que 9 para a identificação de sintomas depressivos (DEARDORFF; FUNABIKI, 1985), corte que apresenta sensibilidade de 100%, especificidade de 86% (OLIVER; SIMMONS, 1984). Para o presente estudo, esta nota de corte foi utilizada uma vez que também se pretende avaliar a QVRS dos estudantes independentemente da influência dos sintomas depressivos.

3.5 Análise Estatística

A estatística descritiva foi utilizada para a caracterização sócio-demográfica do grupo de estudo e para determinar os escores de QVRS e prevalência de sintomas depressivos entre os estudantes.

O teste de Lilliefors verificou a normalidade dos dados. O Qui-quadrado (por meio de simulação pelo método de Montecarlo com 2000 reamostragens) avaliou as diferenças entre os grupos de ingressantes e de estudo e entre as freqüências de sintomas depressivos nos estudantes.

O coeficiente alfa Cronbach determinou a confiabilidade da consistência interna do SF-36 (CRONBACH, 1951). Coeficientes maiores do que 0,7 são considerados satisfatórios para estudos de grupos (CRAMER, 2002; SCIENTIFIC ADVISORY COMMITTEE OF THE MEDICAL OUTCOMES TRUST, 2002).

O teste de Kruskal-Wallis foi utilizado para comparação dos escores do SF-36 entre os grupos de estudantes, agrupados conforme o ano de estudo. O tamanho do efeito (TE) foi

calculado (razão entre a diferença das medianas e o desvio interquartílico do grupo de ingressantes ou do grupo do primeiro ano) para determinar a magnitude das diferenças significativas entre os estudantes dos diversos anos do curso com o grupo de ingressantes ou do primeiro ano. O tamanho do efeito foi considerado pequeno, médio ou grande para valores entre 0,2 e 0,4, 0,5 e 0,7 e acima de 0,8, respectivamente (COHEN, 1988).

O teste de Mann-Whitney comparou os escores do SF-36 entre os estudantes distribuídos segundo a presença de sintomas depressivos, o sexo e o relato de residir com familiares. Os escores de QVRS dos estudantes sem sintomas depressivos foram analisados separadamente para controlar a possível influência dos sintomas depressivos na percepção de bem estar dos estudantes. O tamanho do efeito também foi calculado para estas análises.

As correlações entre renda familiar e os escores do SF-36 foram analisadas por meio do coeficiente de correlação de Spearman.

As análises foram executadas por meio do Programa BioEstat, versão 5.0. O nível de significância estatística foi definido com $p < 0,05$.

4 Resultados

Do total de 450 estudantes matriculados no segundo semestre de 2006 na Universidade Federal de Uberlândia entre o primeiro e sexto anos do curso de medicina. Trezentos e cinquenta e dois estudantes (78,2%) foram abordados em sala de aula no final do semestre letivo e participaram desse estudo. Noventa e oito estudantes não foram incluídos por não se encontrarem em sala de aula no momento da coleta dos dados.

Trinta e oito estudantes matriculados no primeiro semestre de 2006 (de um total de 40 [95,0%]) foram recrutados para compor o grupo de ingressantes, na segunda semana de aula (Tabela 1).

Tabela 1 - Estudantes matriculados no curso de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia para o primeiro semestre (Ingressantes) e para o segundo semestre (Grupo de estudo) de 2006.

Ano	**Matriculados**	**Participantes**	
	n	**SF-36**	**IDB**
		n (%)	**N (%)**
Ingressantes	40	38 (95,0)	38 (95,0)
Primeiro Ano	79	70 (88,6)	70 (88,6)
Segundo Ano	85	65 (76,4)	64 (75,2)
Terceiro Ano	78	62 (79,4)	60 (76,9)
Quarto Ano	85	63 (74,1)	63 (74,1)
Quinto Ano	83	64 (77,1)	62 (74,6)
Sexto Ano	40	28 (70,0)	28 (70,0)
Total	490	390 (79,5)	385 (78,5)

Dos 390 estudantes participantes do estudo, todos responderam ao SF-36 e 385 responderam ao IDB.

A idade média dos ingressantes foi de 19,1 anos (± 1,9), e a do grupo de estudo 22,3 (± 2,42), sendo a maioria do sexo feminino (61,6%) e solteira (96,6%). No grupo de estudo, 36,3% dos estudantes apresentaram sintomas depressivos; no grupo ingressante essa freqüência foi de 15,7% (p = 0,01). A Tabela 2 apresenta as características dos participantes.

Tabela 2 - Características sócio-demográficas e clínicas dos participantes.

		Ingressantes (n= 38)	Grupo de estudo (n= 352)	p-valor[a,b]
Sexo	**Feminino n (%)**	20 (52,6)	215 (61,6)	0,37[a]
	Masculino n (%)	18 (47,4)	134 (38,4)	
	Não responderam[c]	0	3	
Estado Civil	**Solteiro n (%)**	38 (100,0)	337 (96,6)	0,38 [a]
	Casado n (%)	0 (0,0)	12 (3,4)	
	Não responderam[c]	0	3	
Filhos	**Não n (%)**	38 (100,0)	339 (97,1)	0,60 [a]
	Sim n (%)	0 (0,0)	10 (2,9)	
	Não responderam[c]	0	3	
Moradia	**Família n (%)**	25 (75,7)	209 (63,3)	0,19 [a]
	Outros n (%)	8 (24,3)	121 (36,7)	
	Não responderam[c]	5	22	
Renda Familiar, SM	**MD (DP)**	13,0 (10,3)	10,8 (9,8)	0,25[b]
	Não responderam[c]	2	90	
Doenças crônicas referidas	**n (%)**	3 (9,0)	47(14,2)	0,46[a]
	Não responderam[c]	5	22	
Escores IDB	**< 9 n (%)**	32 (84,3)	221 (63,7)	0,001[b]
	≥ 9 n (%)	6 (15,7)	126 (36,3)	
	Não responderam[c]	0	5	

[a] Qui-Quadrado
[b] Teste de Mann-Whitney
[c] alunos que participaram do estudo e não responderam a essa questão específica foram excluídos do total antes do cálculo percentual.
MD: média; DP: desvio padrão; SM: salários mínimos; IDB: Inventário de Depressão de Beck

4.1 Qualidade de vida relacionada à saúde segundo ano de estudo

O coeficiente de alfa Cronbach variou de 0,66 a 0,89 para os domínios do SF-36, e foi menor que 0,7 apenas para os domínios *capacidade física* (0,66 para o primeiro ano; 0,69 para o quarto ano) e *estado geral de saúde* (0,67 para o segundo ano; 0,68 para o quinto ano) (Tabela 3).

Tabela 3 - Coeficiente de Alfa Cronbach para os domínios do SF-36, segundo o ano de estudo.

Ano de Estudo	Primeiro	Segundo	Terceiro	Quarto	Quinto	Sexto
Capacidade Funcional	0,66	0.89	0.74	0,69	0,82	0,81
Aspectos Físicos	0,83	0,87	0,90	0,83	0,85	0,78
Dor Corporal	0,73	0,78	0,91	0,75	0,83	0,80
Estado Geral de Saúde	0,77	0,66	0,79	0,69	0,67	0,78
Vitalidade	0,88	0,86	0,88	0,82	0,86	0,89
Aspectos Sociais	0,79	0,78	0,92	0,79	0,80	0,80
Aspectos Emocionais	0,82	0,78	0,89	0,78	0,91	0,78
Saúde Mental	0,86	0,81	0,91	0,86	0,82	0,89

Na comparação entre os estudantes segundo o ano do curso foram detectadas diferenças significativas em 8 domínios (Tabela 4, Gráficos 1-8).

Os escores dos estudantes do terceiro e quarto anos do curso de Medicina foram significativamente menores do que os escores dos ingressantes e do primeiro ano do curso nos domínios *dor, vitalidade, aspectos sociais, saúde mental e componente mental* ($p<0,01$).

Estudantes do segundo ano do curso obtiveram escores menores do que os ingressantes no domínio *dor* (TE= 0,3), *vitalidade* (TE= 0,1), *saúde mental* (TE= 0,5) e no *componente físico* (TE= 0,0) ($p < 0,01$). Esse grupo de estudantes também obteve medianas significativamente menores do que os estudantes do primeiro ano no domínio *vitalidade* (TE= 0,6) e no *componente mental* (TE= 0,7) ($p < 0,01$).

Tabela 4 - Escores obtidos por meio do SF-36, segundo o ano de estudo (continua).

Domínios e componentes	Mediana (percentil 25-75)							p-valor*
	Ingressantes (n= 38)	Primeiro ano (n= 70)	Segundo ano (n=65)	Terceiro ano (n= 62)	Quarto ano (n= 63)	Quinto ano (n= 64)	Sexto ano (n= 28)	
Capacidade Física	95,0[a] (85,0-100,0)	100,0[a] (91,25-100,0)	95,0[a] (90,0-100,0)	95,0[a] (90,0-100,0)	95,0[a] (87,5-100,0)	95,0[a] (90,0-100,0)	95,0[a] (88,7-100,0)	0,76
Aspectos Físicos	100,0[ab] (56,2-100,0)	100,0[a] (75,0-100,0)	100,0[ab] (50,0-100,0)	75,0[b] (25,0-100,0)	75,0[b] (37,5-100,0)	100,0[ab] (50,0-100,0)	100,0[ab] (50,0-100,0)	0,01
Dor	84,0[a] (62,0-100,0)	82,0[abc] (62,0-84,0)	72,0[cd] (61,0-84,0)	63,0[d] (52,0-84,0)	72,0[d] (51,5-84,0)	84,0[ac] (62,0-100,0)	72,0[ad] (61,0-74,0)	0,00
Estado Geral de Saúde	87,0[ab] (77,9-95,0)	86,0[a] (72,0-82,0)	77,0[ac] (70,0-90,0)	72,0[c] (58,2-86,5)	77,0[bc] (64,5-93,5)	82,0[ac] (71,5-92,0)	77,0[ac] (66,5-92,7)	0,01
Vitalidade	65,0[a] (50,0-75,0)	60,0[a] (45,0-75,0)	40,0[b] (35,0-60,0)	45,0[b] (30,0-60,0)	45,0[b] (30,0-60,0)	65,0[a] (50,0-75,0)	52,5[b] (26,2-70,0)	0,00
Aspectos Sociais	81,2[a] (62,5-100,0)	75,0[ab] (62,5-100,0)	75,0[ac] (50,0-87,5)	62,5[c] (50,0-87,5)	62,5[cd] (50,0-87,5)	75,0[ad] (50,0-100,0)	75,0[bd] (50,0-87,5)	0,00

Tabela 4 - Escores obtidos por meio do SF-36, segundo o ano de estudo (conclusão).

Domínios e componentes	Mediana (percentil 25-75)							p-valor*
	Ingressantes (n= 38)	**Primeiro ano (n= 70)**	**Segundo ano (n=65)**	**Terceiro ano (n= 62)**	**Quarto ano (n= 63)**	**Quinto ano (n= 64)**	**Sexto ano (n= 28)**	
Aspectos Emocionais	66,7[a] (33,3-100)	66,7[a] (0-100)	33,3[a] (0-100)	33,3[a] (0-100)	33,3[a] (0-100)	100[a] (0-100)	66,7[a] (31,65-100)	0,18
Saúde Mental	76,0[a] (60,0-84,0)	76[a] (60-84)	64[bc] (56-76)	56[b] (36-72)	60[b] (52-72)	72[ac] (55-84)	58[bc] (48-76)	0,00
Componente Físico	54,6[a] (51,3-57,8)	55,4[b] (53,07-59,02)	54,1[bc] (48,9-58,2)	53,3[c] (48,72-57,5)	53,1[c] (48-56,65)	55,1[bc] (50,7-58,17)	55,5[bc] (52,2-58,72)	0,00
Componente Mental	48,5[a] (36,5-54,4)	45,5[bc] (36,22-52,27)	39,1[d] (30,1-48,6)	37,05[d] (25,22-46,9)	39,3[bd] (29,65-50,15)	46,1[c] (33,65-54,85)	41,9[bd] (28,12-51,22)	0,00

* Teste de Kruskal-Wallis, Medianas seguidas da mesma letra não diferem estatisticamente entre si pelo teste de Student-Newman-Keuls.

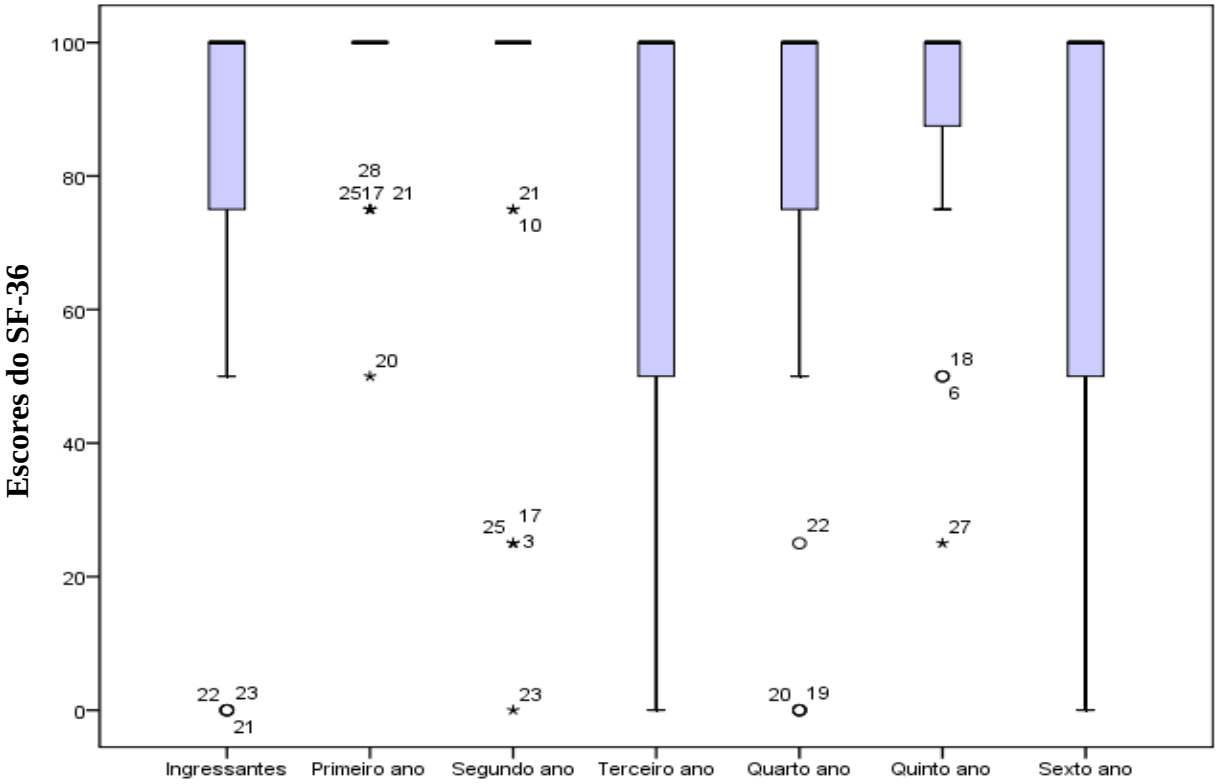


Gráfico 1 – Escores do SF-36 no domínio *aspectos físicos*, segundo o ano de estudo.

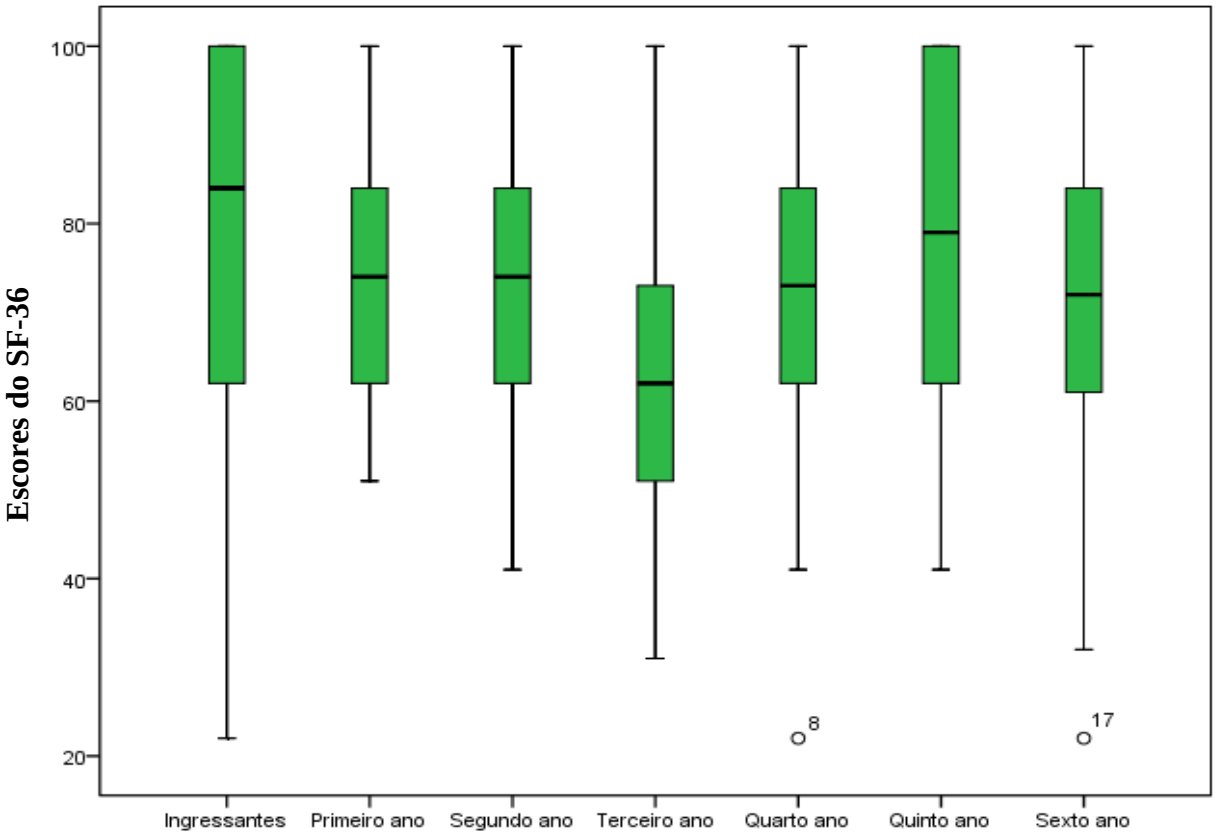


Gráfico 2 – Escores do SF-36 no domínio *dor*, segundo o ano de estudo.

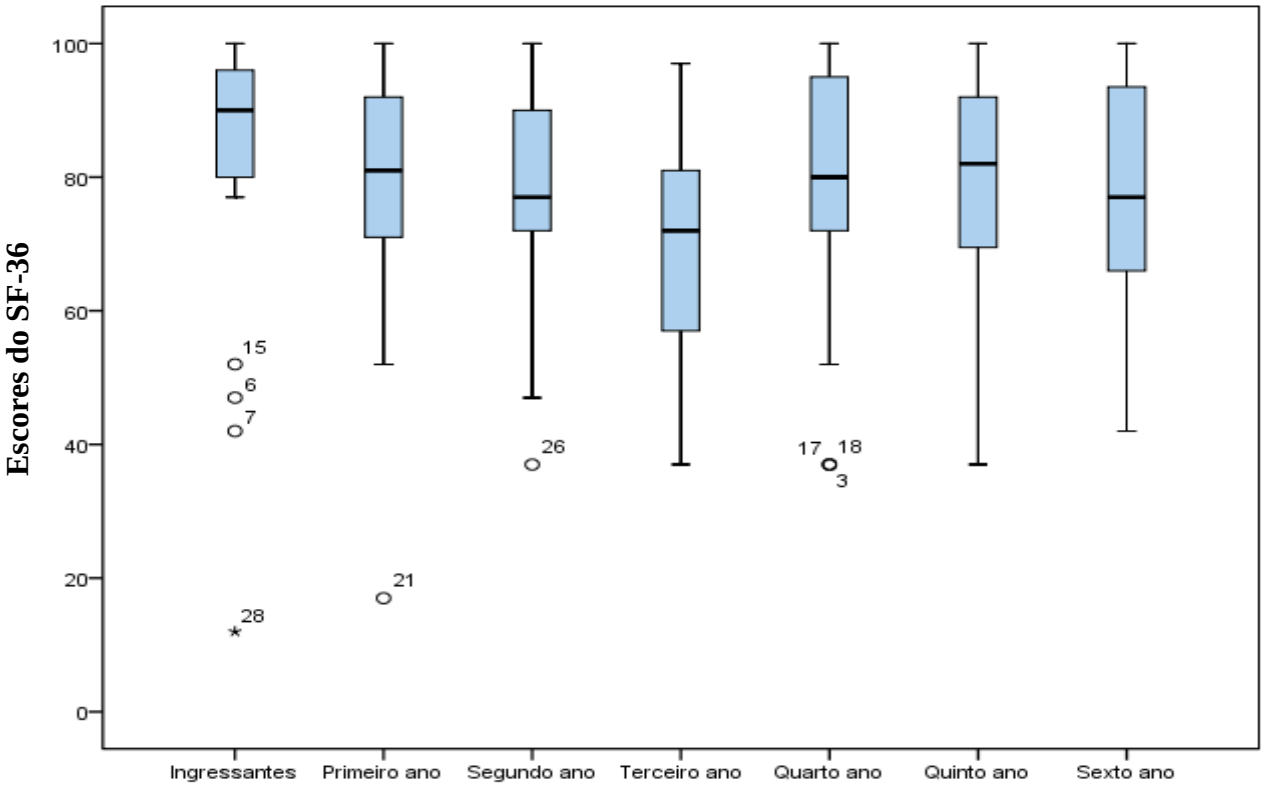


Gráfico 3 – Escores do SF-36 no domínio estado geral de saúde, segundo o ano de estudo.

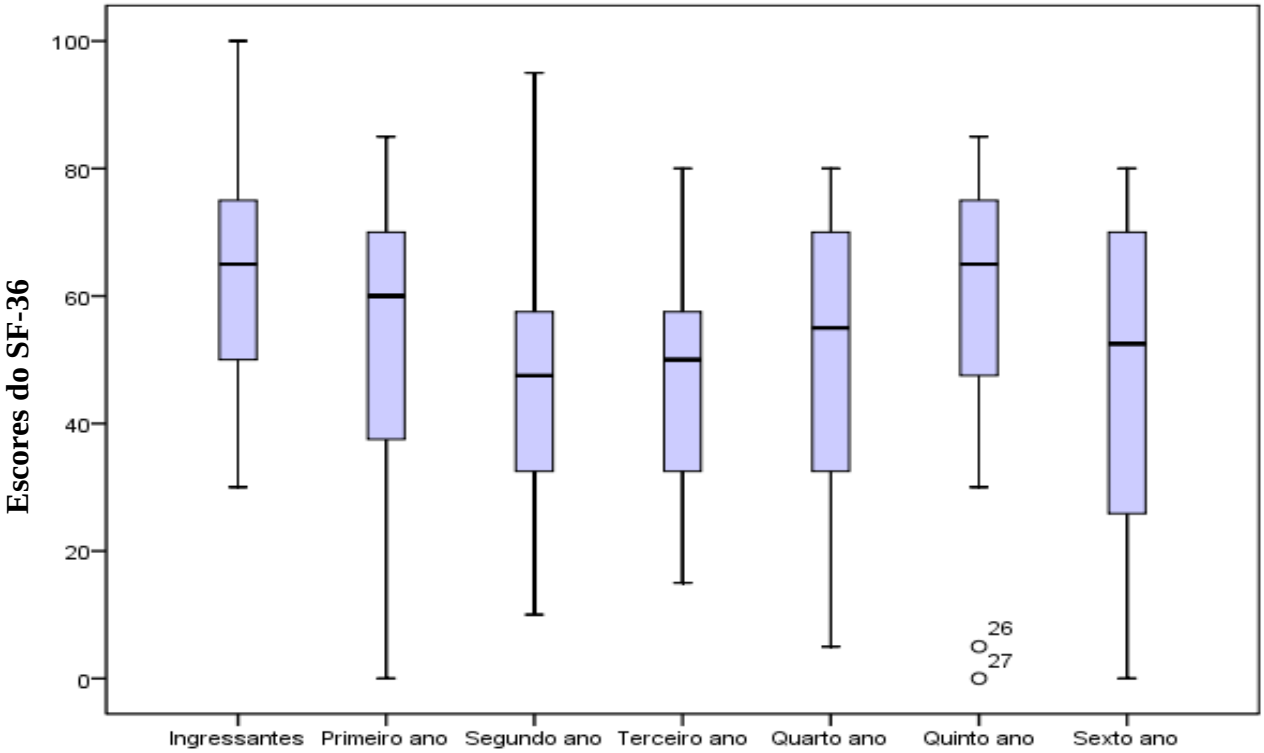


Gráfico 4 – Escores do SF-36 no domínio *vitalidade*, segundo o ano de estudo.

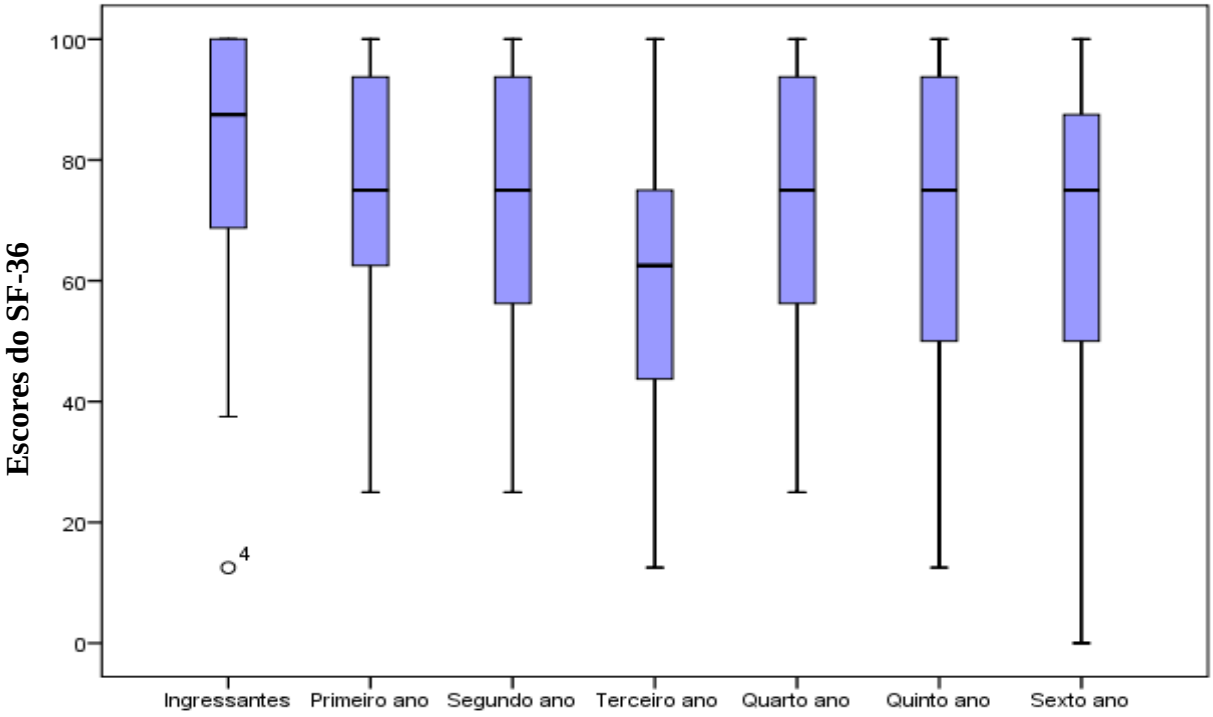


Gráfico 5 – Escores do SF-36 no domínio *aspectos sociais*, segundo o ano de estudo.

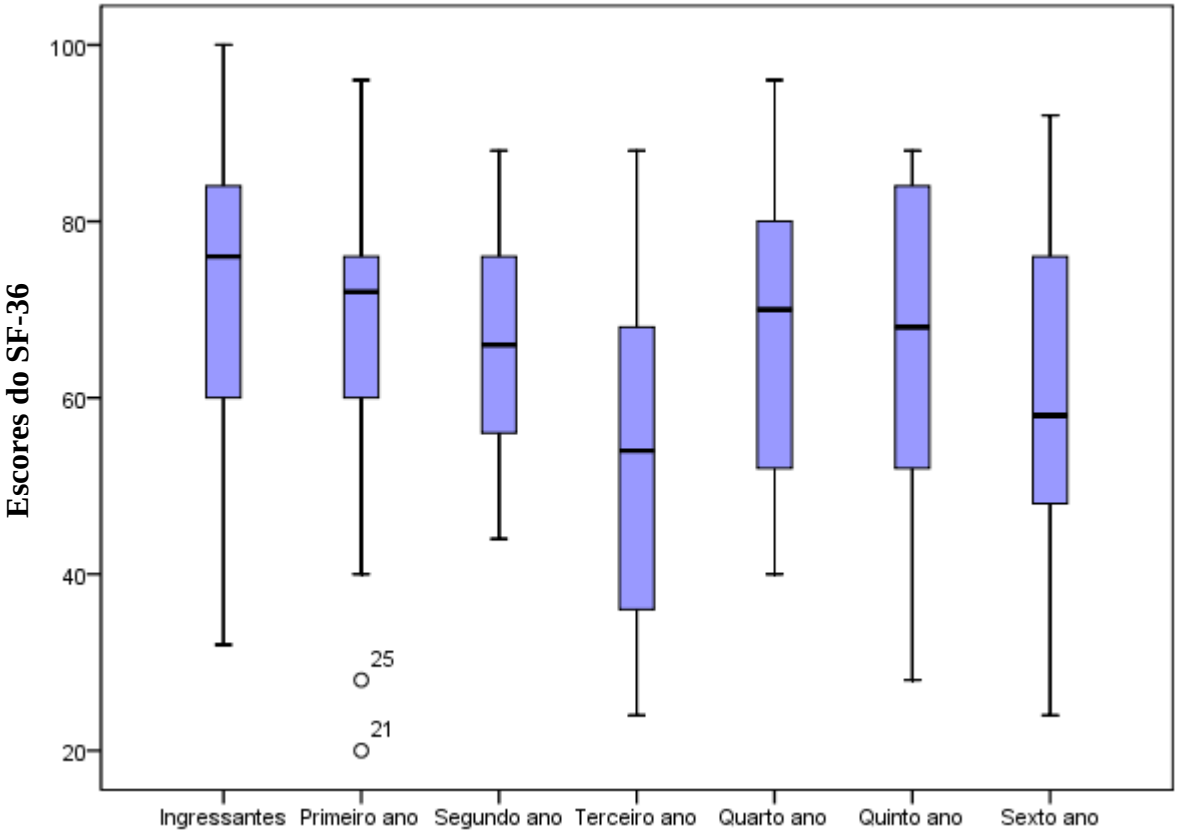


Gráfico 6 – Escores do SF-36 no domínio *saúde mental*, segundo o ano de estudo.

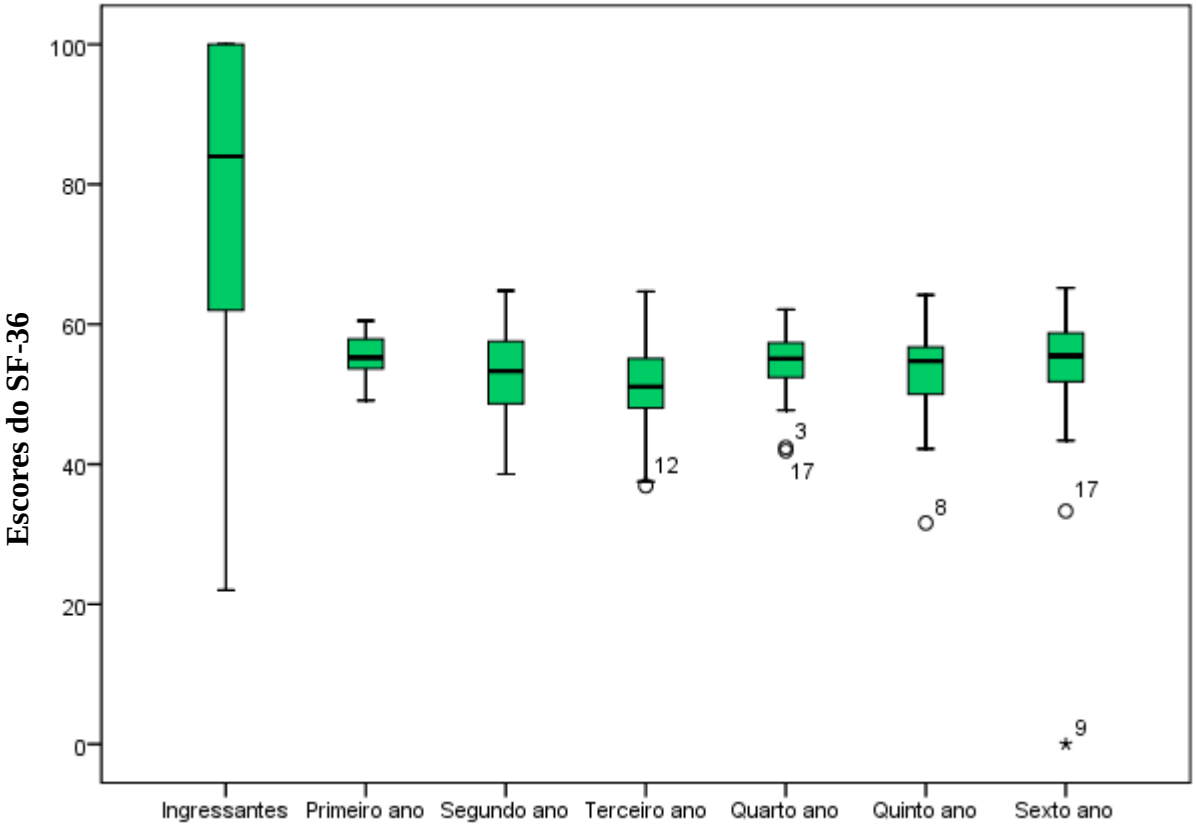


Gráfico 7 – Escores do SF-36 no *componente sumário físico*, segundo o ano de estudo.

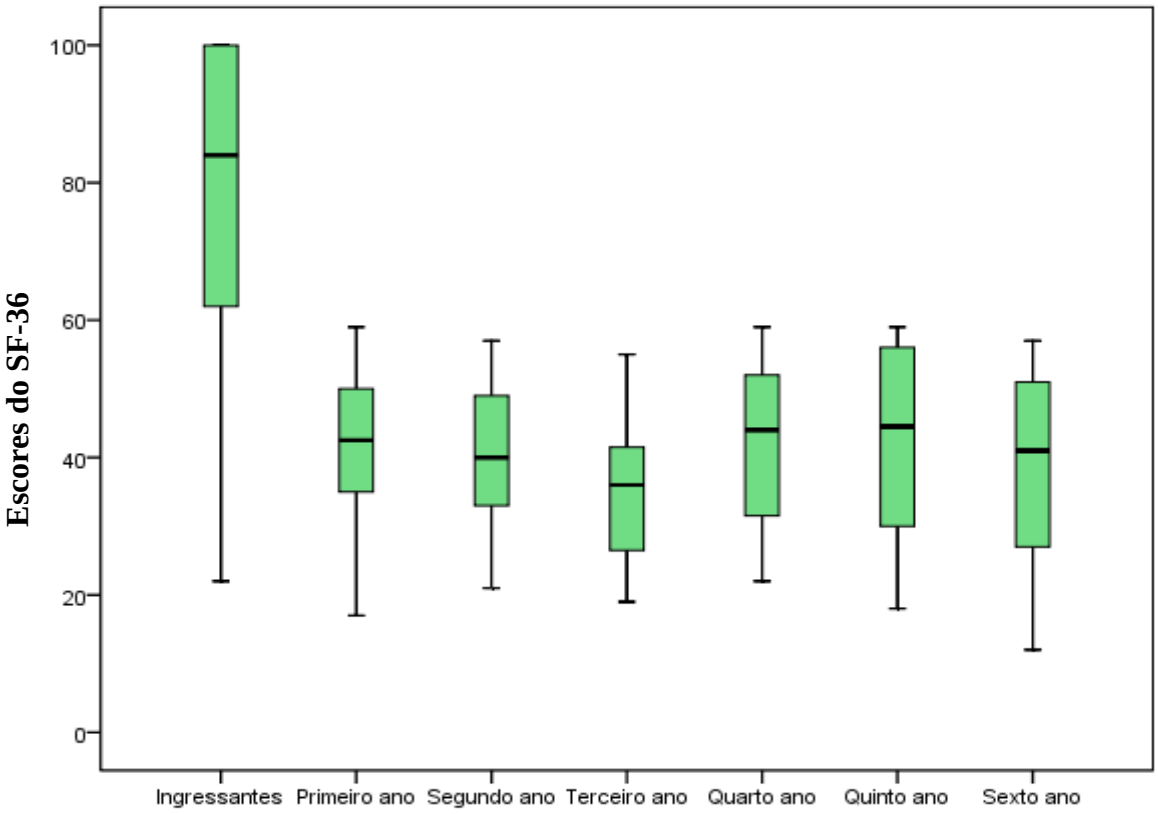


Gráfico 8 – Escores do SF-36 no *componente sumário mental*, segundo o ano de estudo.

Os escores dos alunos do grupo de ingressantes, primeiro e quinto ano não diferiram entre si nos domínios do SF-36 ($p > 0,05$). Todavia, nos *componentes físico* e *mental*, o primeiro e quinto anos apresentaram escores significativamente diferentes quando comparados com os ingressantes, com escores maiores no *componente físico* e menores no *componente mental* em relação ao grupo de ingressantes (TE de 0,0 a 0,1) ($p < 0,01$).

As medianas do sexto ano foram menores do que do grupo de ingressantes nos domínios *vitalidade* (TE = 0,5), *aspectos sociais* (TE = 0,1) e *saúde mental* (TE = 0,7) e nos *componentes mental* (TE = 0,3) e *físico* (TE = 0,1) ($p < 0,01$). Em relação ao grupo do primeiro ano, os estudantes do sexto ano apresentaram escores menores nos domínios *vitalidade* (TE = 0,2) e *saúde mental* (TE = 0,7) ($p < 0,05$).

No domínio *vitalidade*, os estudantes do quinto ano tiveram escores significativamente maiores do que os estudantes do segundo (TE = 1,0), terceiro (TE = 0,6), quarto (TE = 0,6) e sexto (TE = 0,5) anos ($p < 0,01$).

A magnitude das diferenças entre os anos do curso e os ingressantes (tamanho do efeito) está demonstrada na Tabela 5. Tamanhos de efeito grandes ($TE \geq 0,8$) foram encontrados para as diferenças entre as medianas do terceiro ano e ingressantes nos domínios *estado geral de saúde, vitalidade e saúde mental*. Essa magnitude não foi observada para os Componentes Sumários. Magnitudes médias foram detectadas para o segundo (*saúde mental e componente mental*), terceiro (*dor corporal e componente mental*), quarto (*aspectos sociais, saúde mental e componente mental*) e sexto (*vitalidade e saúde mental*) anos. Os menores tamanhos de efeito foram encontrados principalmente para as diferenças entre escores dos domínios físicos (*dor* e *componente físico*), com valores entre 0,0 e 0,4.

Tabela 5 - Tamanho do Efeito (TE) para as diferenças entre os escores do SF-36, segundo o ano do curso e as medianas dos ingressantes.

Domínios e Componentes	Primeiro ano	Segundo ano	Terceiro ano	Quarto ano	Quinto ano	Sexto ano
Dor Corporal	-	0,3	0,5	0,3	-	-
Estado Geral de Saúde	-	-	0,8	-	-	-
Vitalidade	-	0,1	0,8	0,2	-	0,5
Aspectos Sociais	-	-	0,1	0,5	-	0,1
Saúde Mental	-	0,5	0,8	0,6	-	0,7
Componente Físico	0,1	0,0	0,2	0,2	0,0	0,1
Componente Mental	0,1	0,5	0,6	0,5	0,1	0,3

A Tabela 6 demonstra a magnitude das diferenças entre as medianas dos estudantes em comparação com o grupo dos estudantes do primeiro ano. Grandes magnitudes foram encontradas para as comparações com o terceiro (*aspectos físicos, dor e saúde mental*) e o quarto ano (*aspectos físicos*). Tamanhos de efeito moderados foram detectados para o segundo (*vitalidade e saúde mental*), terceiro (*estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais e componente mental*), quarto (*vitalidade e saúde mental*) e sexto (*saúde mental*) anos.

Tabela 6 - Tamanho do Efeito (TE) para as diferenças entre os escores do SF-36, segundo o ano do curso e as medianas dos estudantes do primeiro ano.

Domínios e Componentes	Segundo ano	Terceiro ano	Quarto ano	Quinto Ano	Sexto ano
Aspectos Físicos	-	1,0	1,0	-	-
Dor Corporal	-	0,8	0,4	-	-
Estado Geral de Saúde	-	0,5	-	-	-
Vitalidade	0,6	0,5	0,5	-	0,2
Aspectos Sociais	-	0,5	0,3	-	-
Saúde Mental	0,5	0,8	0,6	-	0,7
Componente Físico	-	0,3	0,4	-	-
Componente Mental	0,3	0,5	-	-	-

4.2 Qualidade de vida relacionada à saúde segundo presença de sintomas depressivos e variáveis sócio-demográficas

Estudantes com sintomas depressivos obtiveram escores menores em todos os domínios e componentes do SF-36 em comparação com os estudantes com IDB ≤ 9 ($p < 0,01$) (Tabela 7).

Tabela 7 - Escores obtidos por meio do SF-36 pelos estudantes do primeiro ao sexto ano, distribuídos segundo a presença de sintomas depressivos (IDB).

Domínios e Componentes	IDB ≤ 9 (*n* =221)	IDB > 9 (*n* = 126)	p- valor*	TE
Capacidade Funcional	100,0 (95,0-100,0)	95,0 (85,0-100,0)	<0,001	1,0
Aspectos Físicos	100,0 (75,0-100,0)	50,0 (0,0-100,0)	< 0,001	2,0
Dor	84,0 (64,0-100,0)	62,0 (51,0-74,0)	< 0,001	0,6
Estado Geral de Saúde	82,0 (72,0-95,0)	70,0 (52,0-82,0)	< 0,001	0,5
Vitalidade	60,0 (50,0-75,0)	35,0 (20,0-45,0)	< 0,001	1,0
Aspectos Sociais	87,5 (62,5-100,0)	50,0 (37,5-62,5)	< 0,001	1,0
Aspectos Emocionais	100,0 (33,3-100,0)	0,0 (0,0-33,3)	< 0,001	1,5
Saúde Mental	76,0 (64,0-84,0)	48,0 (36,0-60,0)	< 0,001	1,4
Componente Físico	55,0 (52,1-58,2)	52,4 (46,7-57,9)	< 0,001	0,4
Componente Mental	48,0 (40,8-53,6)	28,4 (22,1-34,6)	< 0,001	1,5

* teste de Mann-Whitney
IDB: Inventário de Depressão de Beck
TE: Tamanho do efeito

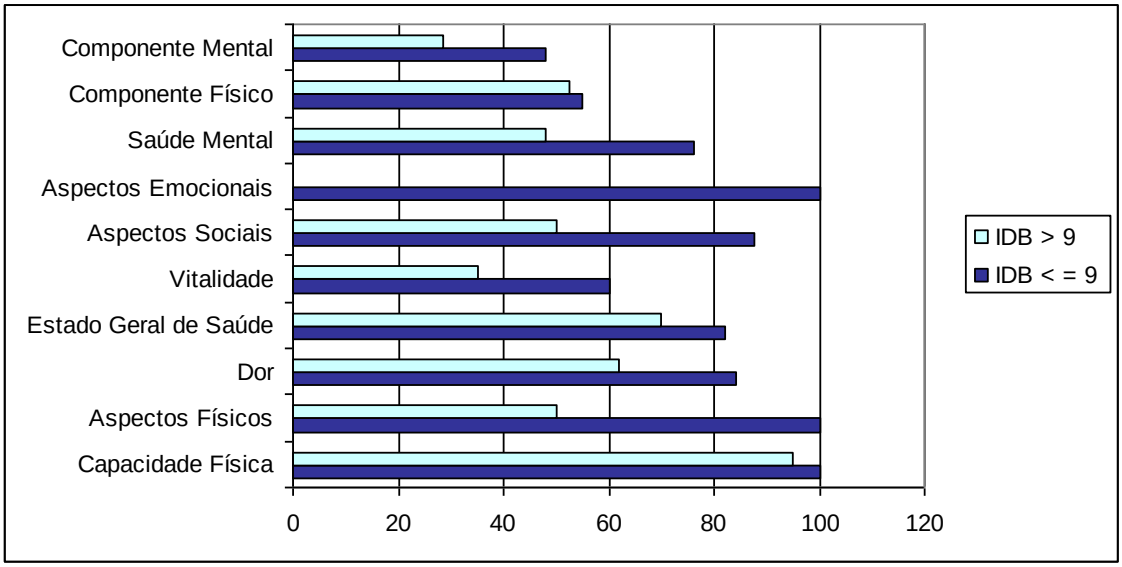


Gráfico 9 – Escores obtidos por meio do SF-36 pelos estudantes do primeiro ao sexto ano, distribuídos segundo a presença de sintomas depressivos.
IDB: Inventário de Depressão de Beck
p< 0,05 para todas as comparações pelo teste de Mann-Whitney

Os estudantes sem sintomas depressivos do segundo e terceiro anos mantiveram menores escores quando comparados com estudantes do grupo de ingressantes apenas no domínio *vitalidade* (TE= 0,3 e 0,7, respectivamente). Em comparação com o grupo do primeiro ano, os estudantes do segundo, terceiro e quarto anos também mantiveram menores escores nesse domínio (TE= 0,4; 0,7 e 0,4, respectivamente) (p< 0,01) (Gráfico 10).

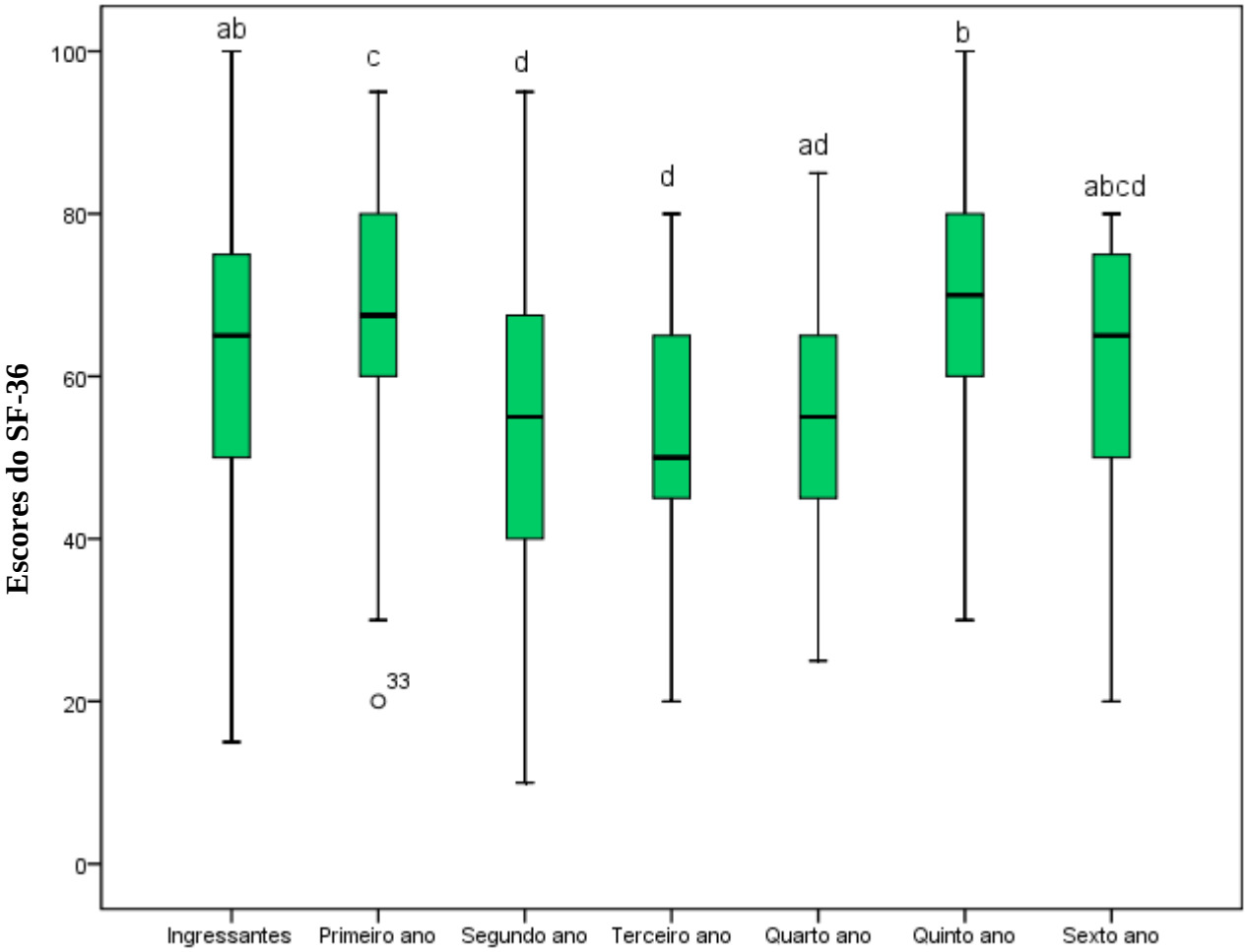


Gráfico 10 - Escores do SF-36 no domínio *vitalidade* obtidos pelos estudantes sem sintomas depressivos (IDB ≤ 9), distribuídos segundo o ano do curso (n= 221).

*p < 0,05 pelo teste de Kruskal-Wallis, Medianas seguidas da mesma letra não diferem estatisticamente entre si pelo teste de Student-Newman-Keuls.

Estudantes do sexo feminino apresentaram escores menores em seis domínios e no *componente mental* do SF-36 em comparação com o sexo masculino (p< 0,01) (Tabela 8, Gráfico 11).

Tabela 8 - Escores obtidos por meio do SF-36 pelos estudantes do primeiro ao sexto ano, distribuídos segundo o sexo.

Domínios e Componentes	Masculino (n = 134)	Feminino (n = 215)	p –valor*	TE
Capacidade Funcional	100,0 (95,0-100,0)	95,0 (90,0-100,0)	0,002	1,0
Aspectos Físicos	100,0 (50,0-100,0)	100,0 (50,0-100,0)	0,720	-
Dor	84,0 (64,0-100,0)	72,0 (51,0-84,0)	<0,001	0,3
Estado Geral de Saúde	77,0 (67,0-95,0)	80,0 (67,0-92,0)	0,690	-
Vitalidade	55,0 (45,0-70,0)	45,0 (30,0-65,0)	<0,001	0,4
Aspectos Sociais	75,0 (62,5-100,0)	62,5 (50,0-87,5)	<0,001	0,3
Aspectos Emocionais	100,0 (33,3-100,0)	33,3 (0,0-100,0)	<0,001	1,0
Saúde Mental	72,0 (52,0-80,0)	64,0 (48,0-76,0)	0,027	0,3
Componente Físico	54,2 (50,7-57,7)	54,6 (49,2-58,2)	0,829	-
Componente Mental	46,3 (36,3-52,4)	39,1 (28,4-49,1)	<0,001	0,4

*teste de Mann-Whitney
TE: tamanho do efeito

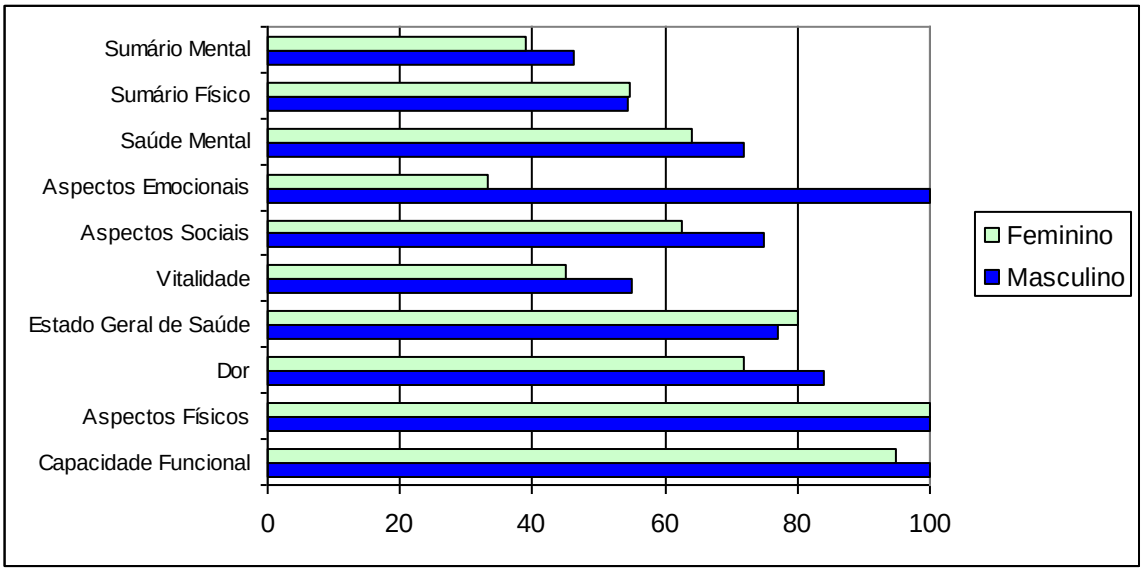


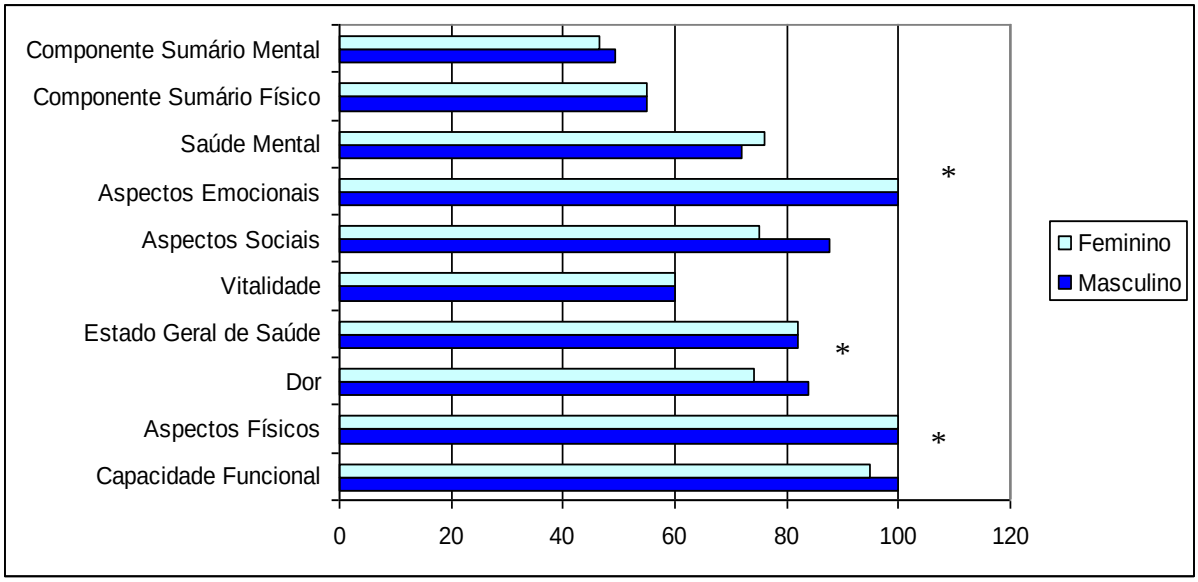
Gráfico 11 – Escores obtidos por meio do SF-36 pelos estudantes do primeiro ao sexto ano, distribuídos segundo o sexo.

Para as estudantes do sexo feminino sem sintomas depressivos, escores nos domínios *capacidade funcional*, *dor* e *aspectos emocionais* mantiveram-se menores em comparação com os estudantes do sexo masculino sem sintomas depressivos ($p < 0,01$) (Tabela 9, Gráfico12).

Tabela 9 - Escores do SF-36 obtidos pelos 220 estudantes de medicina sem sintomas depressivos (IDB ≤ 9) da Universidade Federal de Uberlândia, distribuídos segundo o sexo.

Domínios e Componentes	Mediana (Percentil 25 - 75)		*p- valor**	TE
	Masculino (n = 99)	Feminino (n = 121)		
Capacidade Funcional	100,0 (95,0-100,0)	95,0 (90,0-100,0)	<0,01	1,0
Aspectos Físicos	100,0 (75,0-100,0)	100,0 (75,0-100,0)	0,56	-
Dor	84,0 (72,0-100,0)	74,0 (62,0-84,0)	<0,01	0,4
Estado Geral de Saúde	82,0 (75,0-97,0)	82,0 (72,0-95,0)	0,85	-
Vitalidade	60,0 (50,0-80,0)	60,0 (45,0-75,0)	0,11	-
Aspectos Sociais	87,5 (75,0-100,0)	75,0 (62,5-100,0)	0,15	-
Aspectos Emocionais	100,0 (66,7-100,0)	100,0 (33,3-100,0)	<0,01	0,0
Saúde Mental	72,0 (64,0-84,0)	76,0 (64,0-84,0)	0,97	-
Componente Físico	55,0 (52,7-58,2)	55,1 (51,6-58,2)	0,80	-
Componente Mental	49,3 (42,8-53,6)	46,7 (39,2-53,9)	0,07	-

*Mann-Whitney
TE: tamanho do efeito
IDB: Inventário de Depressão de Beck



*p< 0,01

Gráfico 12 – Escores do SF-36 dos estudantes de medicina sem sintomas depressivos da Universidade Federal de Uberlândia (IDB ≤ 9), distribuídos segundo o sexo.

Não ocorreu correlação entre os escores do SF-36 e renda familiar (p> 0,05). Os estudantes que moravam com a família obtiveram escores semelhantes aos estudantes que residiam sem seus familiares (p> 0,05).

5 Discussão

O presente estudo detectou um maior impacto negativo na QVRS para os estudantes do terceiro e quarto anos tanto nas dimensões mentais quanto físicas em relação aos demais estudantes, principalmente em comparação com os ingressantes e alunos do primeiro ano. No segundo e sexto anos, também foram observadas repercussões negativas multidimensionais na QVRS dos estudantes em comparação com os ingressantes. Estudantes com sintomas depressivos e do sexo feminino apresentaram maior prejuízo em dimensões mentais e físicas. Não foi encontrada associação entre QVRS e a renda familiar ou a situação de residir com/sem familiares.

Estes resultados confirmaram a hipótese inicial de que a QVRS varia segundo o ano do curso, inclusive, em comparação com os ingressantes - estudantes que se diferenciam dos demais por não estarem expostos às possíveis influências curriculares e experiências proporcionadas pelo curso.

Apesar deste estudo não avaliar variáveis curriculares, as peculiaridades do currículo da instituição onde o estudo foi realizado devem ser consideradas (MOFFAT et al., 2004) e são possíveis fatores determinantes do maior impacto negativo detectado nas dimensões mentais e físicas entre os estudantes do terceiro e quarto anos e em domínios mentais dos estudantes do sexto ano. As maiores cargas horárias são observadas no terceiro, quarto e sexto anos, períodos caracterizados pelos estágios ambulatoriais e pelo regime de plantões do internato (Anexo C). Fadiga e insônia são sintomas frequentemente relatados entre os estudantes em geral (FIEDLER, 2008; WOLF et al., 1998) e podem estar associados ao prejuízo na QVRS observado entre os estudantes com maior sobrecarga curricular.

O terceiro ano representa, neste currículo, a transição do ciclo básico para o clínico. Resultados prévios também apontam um comprometimento da QV (FIEDLER, 2008) e da estabilidade emocional (COMPTON et al., 2008; DAHLIN et al., 2005; MOSS; McMANUS, 1992; SOUZA; MENEZES, 2005) dos estudantes nessa fase de transição curricular. Nessa

etapa, os estudantes têm o primeiro contato com pacientes e podem vivenciar experiências emocionais marcantes, como ansiedade, insegurança e culpa (PITKÄLÄ; MÄNTYRANTA, 2004).

A preocupação com estas particularidades curriculares ao longo do processo ensino-aprendizagem tornou-se relevante principalmente nos últimos trinta anos. Após a Declaração de Alma-Ata, em 1978, "Saúde Para Todos no Ano 2000" (CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE, 1978), a necessidade da integração docente-assistencial incentivou um movimento de profundas reformas do currículo médico. O paradigma flexneriano, que influenciou as escolas médicas desde o início do século XX, foi então amplamente criticado por não satisfazer as necessidades sociais de formação de profissionais generalistas, humanistas, críticos e reflexivos, capazes de promover a saúde integral do ser humano (BOELEN, 2002; LAMPERT, 2002; 2008; MACÊDO, 1985).

Diante dessa crescente insatisfação com os currículos tradicionais (CLARK; ZELDOW, 1988; HAFFERTY, 1998) e das necessidades de melhoria do ensino médico, muitas escolas médicas têm enfrentado mudanças curriculares em direção à aprendizagem baseada em problemas (*Problem-Based Learning* – PBL) (AMMC, 2004; BRASIL, 2001; HAFFERTY, 1998). Nesse modelo pedagógico, o contato mais precoce do estudante com o paciente possibilita a integração das disciplinas teóricas e práticas (KIESSLING et al., 2004; MOFFAT et al., 2004; NEVILLE, 2009; PALLIE; CARR, 1987). Alguns trabalhos na área de saúde mental relacionam a PBL com a redução dos níveis de ansiedade (MOFFAT et al., 2004; ZUARDI et al., 2008) e com o aumento do grau de satisfação geral do estudante de medicina (MOFFAT et al., 2004; KIESSLING et al., 2004).

As diferenças existentes entre os currículos influenciados pela PBL e os tradicionais vigentes entre as escolas de medicina, e até mesmo as diferenças culturais, dificultam a

comparação dos estudos de QV ou saúde mental dos estudantes em relação às variações encontradas ao longo do curso.

No presente estudo, além do importante impacto negativo encontrado entre os estudantes do terceiro ano, no segundo ano, os escores também foram moderadamente menores em domínios mentais, particularmente em comparação com os ingressantes. Estudantes dos estágios pré-clínicos referem problemas de saúde mental como estresse, fadiga e ansiedade (ROBERTS et al., 2001). A proximidade dos estágios clínicos pode ser um fator determinante para a maior prevalência de sintomas depressivos detectada entre os estudantes do segundo ano (CLARK; ZELDOW, 1988). Estudos anteriores com estudantes norte-americanos do curso de medicina sugerem pior QVRS nos domínios mentais no segundo e terceiro anos (DYRBYE et al., 2006a). Quando comparados com a população normativa, esses estudantes também apresentaram prejuízo nos domínios mentais (DYRBYE et al., 2006a; DYRBYE et al., 2007). Estudantes de etnias minoritárias ou do sexo feminino apresentaram maior repercussão negativa na QVRS (DYRBYE et al., 2006b).

Nesse estudo, os estudantes do quinto ano apresentaram melhor percepção de QVRS no domínio *vitalidade* em relação aos estudantes do segundo, terceiro, quarto e sexto anos. Fiedler (2008) afirma que os estudantes dos últimos anos do curso têm melhores relações com os professores e melhores escores de QV em domínios sociais. Há ainda que se considerar fatores individuais como resiliência e satisfação com a vida (KJELDSTADLI et al., 2008) e a crescente sensação de realizações pessoais entre os estudantes dos anos mais avançados do curso (DYRBYE et al., 2006a) como possíveis influências positivas na QVRS. Porém, essa hipótese deverá ser melhor avaliada em estudos prospectivos que analisem os fatores determinantes do bem estar para este grupo. Até o momento, o único estudo que avaliou a QVRS dos estudantes de medicina de maneira prospectiva limitou-se aos estudantes do último ano do curso e evidenciou um declínio nos escores dos domínios *vitalidade, aspectos*

emocionais e *aspectos sociais* ao longo do ano. Todavia, os fatores determinantes não foram estabelecidos pela metodologia utilizada (RAJ et al., 2000).

Em relação aos sintomas depressivos, os resultados apresentados demonstram uma prevalência maior entre os estudantes do grupo de estudo em comparação com os ingressantes. Essa pode ser uma freqüência superestimada, observação comum entre os estudos que avaliam sintomas depressivos por meio do IDB (DEARDORFF; FUNABIKI, 1985; GIVENS; TIJA, 2002) - uma medida sensível para os sintomas depressivos que não deve ser utilizada como instrumento diagnóstico de depressão (KENDALL et al., 1987), porém com grande validade para definir os indivíduos sem sintomas depressivos ou, em conjunto com a avaliação clínica, determinar a gravidade do sintoma (DEARDORFF; FUNABIKI, 1985). Portanto, a padronização da nota de corte do IDB no presente estudo objetivou melhor identificação dos indivíduos sem sintomas depressivos e foi de grande importância na avaliação da QVRS.

A prevalência de sintomas depressivos entre estudantes de medicina encontrada na literatura varia entre 15% e 60% (DYRBYE et al., 2008; GIVENS; TIJA, 2002; TIJA et al., 2005; THOMAS et al., 2007). As diferenças nesses estudos quanto ao desenho, aos instrumentos e às notas de cortes utilizados (com sensibilidade e especificidade diversas) podem explicar essa variação e limitam a comparação dos resultados encontrados.

Pesquisas anteriores sugerem que o estado emocional dos ingressantes é semelhante à população geral (ROSAL et al., 1997), mas um declínio na saúde mental pode ser observado desde os primeiros anos do curso (BALL; BAX, 2002; CLARK; ZELDOW, 1988; GUTHRIE et al., 1995; MOFFAT et al., 2004; ROSAL et al., 1997; WOLF et al., 1998) e persiste ao longo do mesmo (AKTEKIN et al., 2001; GUTHRIE et al., 1998; GIVENS; TIJA, 2002; ROSAL et al., 1997; TYSSEN et al., 2001). Fatores escolares como carga horária excessiva (GUTHRIE et al., 1998; RADCLIFFE; LESTER, 2003), baixo desempenho acadêmico

(MOFFAT et al., 2004; STEWART et al., 1999), vivências emocionais relacionadas às primeiras experiências com o paciente (PITKÄLÄ; MÄNTYRANTA, 2004), estresse associado ao período de transição para o ciclo clínico (COMPTON et al., 2008; RADCLIFFE; LESTER, 2003) e privação do sono (BALL; BAX, 2002), são apontados como determinantes da presença dos problemas de saúde mental nos estudantes. Fatores individuais como dinâmica familiar (GAVÍRIA et al., 2000) e características sócio-demográficas (DYRBYE et al., 2006a; CLARK; ZELDOW, 1988) também devem ser considerados como possíveis influências na gênese destes problemas.

Nesse trabalho, também foi verificado que estudantes com sintomas depressivos apresentaram um prejuízo multidimensional na QVRS. Esse resultado já era esperado, uma vez que existe uma forte correlação entre as escalas de QV e depressão (de LEVAL, 1999). Além disso, o estado afetivo altera as percepções individuais sobre os diversos aspectos da vida (MOORE et al., 2005). Contudo, independentemente da presença de sintomas depressivos, podemos afirmar que os estudantes do segundo, terceiro e quarto anos tiveram prejuízo na QVRS em relação ao grupo de ingressantes e do primeiro ano no domínio *vitalidade.*

As mulheres sem sintomas depressivos também apresentaram impacto negativo na QVRS, principalmente no domínio *capacidade funcional*, além dos domínios *dor* e *aspectos emocionais*. Fiedler (2008) também relata menores escores de QV geral entre estudantes do sexo feminino. Achados anteriores revelam que as mulheres, apesar de obterem melhores resultados nos exames e avaliações (HAIST et al., 2000; 2003), têm pior percepção do desempenho acadêmico (CHANDAVARKAR et al., 2007), são mais preocupadas com a própria saúde mental (ROBERTS et al., 2001), apresentam mais ansiedade e são mais influenciadas negativamente por eventos pessoais estressantes do que homens (HOJAT et al., 1999). Essa percepção negativa sobre fatores estressantes poderia interferir na auto-avaliação

de bem estar das estudantes. Além disso, a maior prevalência de sintomas depressivos entre as estudantes de medicina (BALDASSIN et al., 2008; COMPTON et al, 2008; DYRBYE et al, 2006a) reforça evidências de que a população feminina tem um maior risco para depressão do que a população masculina (KESSLER, 2003).

Contudo, nossos resultados indicam que a QVRS dos estudantes deve ser preocupação das escolas de medicina, mesmo para aqueles indivíduos sem presença de sintomas depressivos.

Algumas limitações metodológicas ainda devem ser consideradas no presente estudo.

Neste sentido, deve-se considerar que, embora a utilização de um instrumento genérico tenha permitido uma avaliação multidimensional da QVRS e a comparação entre os estudantes dos diferentes anos do curso, é possível que o questionário não tenha sido capaz de detectar diferenças relativas às condições específicas desses estudantes. Todavia, o instrumento mostrou-se adequado e confiável para a proposta deste estudo: conhecer a QVRS desses estudantes em seus múltiplos aspectos. Como os estudos de QVRS nessa população ainda são escassos, a avaliação multidimensional por meio de questionários genéricos proporciona uma base de conhecimento inicial que poderá direcionar futuras pesquisas que objetivem avaliar particularidades dessa população por meio de instrumentos específicos de QVRS.

Além disso, a utilização do SF-36 facilitará a comparação dos resultados encontrados nesse estudo com outros dados da literatura, uma vez que esse instrumento foi apontado como o mais utilizado em estudos de qualidade de vida, em revisão de literatura realizada com mais de 3500 publicações, provavelmente devido a sua ampla aplicabilidade em diversos cenários (GARRAT et al., 2002).

Outra questão metodológica refere-se ao desenho transversal do estudo que não possibilitou detectar os fatores determinantes para o prejuízo na QVRS encontrado entre os

estudantes. Além disso, a generalização dos resultados demonstrados é limitada pela amostra obtida de apenas uma escola brasileira com influência do modelo curricular tradicional.

Contudo, fica claro concluir, pelos resultados apresentados, que a transição do ciclo básico para o clínico - conforme o modelo curricular tradicional - representa uma fase de importante prejuízo na QVRS dos estudantes. Além disso, os estudantes com sintomas depressivos e do sexo feminino apresentam um maior impacto negativo na QVRS.

Como implicação prática desses resultados, as Instituições de Ensino devem priorizar estratégias curriculares e medidas de suporte que visem garantir o bem estar dos estudantes, especialmente nas fases mais críticas do curso.

6 Conclusão

Os alunos do curso de medicina da Universidade Federal de Uberlândia apresentam um prejuízo na QVRS, especialmente no terceiro e quarto anos do curso.

A repercussão foi maior entre os estudantes do terceiro ano do curso – etapa de transição entre o ciclo básico e clínico no currículo da instituição.

Estudantes com sintomas depressivos também tiveram repercussões negativas na QVRS. Todavia, independentemente da presença desses sintomas, estudantes do sexo feminino e do segundo, terceiro e quarto anos tiveram prejuízo no domínio *vitalidade* da QVRS em relação ao grupo de ingressantes e do primeiro ano do curso.

Referências

AKTEKIN, M. et al. Anxiety, depression, and stressful life events among medical students: a prospective study in Antalya, Turkey. **Medical Education**, Oxford, v. 35, p.12-17, 2001.

ARISTÓTELES, **Ética a Nicômaco**. São Paulo: Martin Claret, 2008. 241p.

ASSOCIATION OF AMERICAN MEDICAL COLLEGES (AAMC). **Educating Doctors to Provide High Quality Medical Care. A Vision for Medical Education in the United States. Report of the Ad Hoc Committee of Deans,** Washington, DC, 2004. Disponível em: <https://services.aamc.org/Publications/showfile.cfm?file=version27.pdf&prd_id=115&prv_id=130&pdf_id=27> Acesso em: 15 nov. 2008.

BALDASSIN, S. The characteristics of depressive symptoms in medical students during medical education and training: a cross-sectional study. **BMC Medical Education**, 8: 60, 2008. Disponível em: < http://www.biomedcentral.com/1472-6920/8/60> Acesso em: 05 mar. 2009.

BALL, S.; BAX, A. Self-care in medical education: effectiveness of health-habits interventions for first-year medical students. **Academic Medicine**, Washington, v. 77, n. 9, p. 911-917, 2002.

BECK, A. T. et al. An Inventory for Measuring Depression. **Archives of General Psychiatry,** Chicago, v. 4, p. 561-571, 1961.

BENJAMIN, M. The quality of student life: Toward a coherent conceptualization. **Social Indicators Research**, v. 31, p. 205-264, 1994.

BERLIM, M. T.; FLECK, M. P. A. "Quality of life": A brand new concept for research and practice in psychiatry. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 25, n. 4, p. 249-252, 2003.

BOELEN, C. A new paradigm for medical schools a century after Flexner's report. **Bulletin of the World Health Organization,** Genebra, n. 80, v. 7, p. 592-593, 2002.

BRASIL. Ministério da Educação. **Resolução CNE/CES nº 4, de 7 de novembro de 2001.** Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/sesu/arquivos/pdf/0401Medicina.pdf>. Accesso em: 18 nov. 2008.

BULLINGER, M. Assessing health related quality of life in medicine. An overview over concepts, methods and application in international research. **Restorative Neurology and Neuroscience**, Clare, v. 20, p. 93-101, 2002.

CARR, A. J.; HIGGINSON, I. J. Measuring quality of life: Are quality of life measures patient centered? **British Medical Journal**, Londres, v. 322, p. 1357-1360, 2001.

CERCHIARI, E. A. N. **Saúde mental e qualidade de vida em estudantes universitários**. 2004. 243f. Tese (Doutorado em Ciências Médicas) – Universidade Estadual de Campinas. Campinas. 2004.

CAHNDAVARKAR, U.; AZZAM, A.; MATHEWS, C. A. Anxiety symptoms and perceived performance in medical students. **Depression and Anxiety**, v. 24, p. 103-111, 2007.

CICONELLI, R. M. et al. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). **Revista Brasileira de Reumatologia**, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 143-150, 1999.

CLARK, D. C.; ZELDOW, P. B. Vicissitudes of Depressed Mood During Four Years of Medical School. **Journal of the American Medical Association**, Chicago, v. 260, n. 17, p. 2521-2528, 1988.

COHEN, J. **Statistical power analysis for the Behavioral Sciences**, 2nd ed. Hillsdale: Lawrence Erlbaum, 1988.

COMPTON, M. T; CARRERA. J,; FRANK. E. Stress and Depressive Symptons/Dysphoria Among US Medical Students. **The Journal of nervous and mental disease,** Chicago, v. 196, n. 12, p. 891-897, 2008.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE, 1978, Alma-Ata. **Declaração de Alma-Ata**. Alma-Ata: OMS, 1978. Disponível em: <http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>. Acesso em: 31 mar 2009.

CRAMER, J. A. ILAE Report. Principles of Health-related Quality of Life: Assessment in Clinical Trials. **Epilepsia,** Amsterdan, v. 43, n. 9, p. 1084-1095, 2002.

CRONBACH, L. J. Coefficient Alpha and the Internal Structure of Test. **Psychometrika**, Williamsburg, v. 16, n. 3, p. 297-334, 1951.

DALBOSCO, C. A. Corpo e alma na velhice: significação ético-pedagógica do “cuidado de si mesmo”. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, Passo Fundo, v. 3, p. 22-37, 2006.

DAHLIN, M.; JONEBORG, N.; RUNESON. B. Stress and depression among medical students: a cross-sectional study. **Medical Education**, Oxford, v. 39, p. 594-604, 2005.

DAVIS, B. E. et al. Do clerkship experiences affect medical students´ attitudes toward chronically ill patients? **Academic Medicine**, Washington, v.76, n. 8, p. 815-820, 2001.

DEARDORFF, W. W.; FUNABIKI, D. A Diagnostic Caution in Screening for Depressed College Students. **Cognitive therapy and research**, Nova York, v. 9, n. 3, p. 277-284, 1985.

DYRBYE, L. N. et al. Personal life events and medical student burnout: A multicenter study. **Academic Medicine**, Washington, v. 81, n. 4, p. 374-384, 2006a.

DYRBYE, L. N. et al. A multicenter study of burnout, depression and quality of life in minority and nonminority US medical students. **Mayo Clinic Proceedings**, Rochester, v. 81, n. 11, p. 1435-1442, 2006b.

DYRBYE, L. N.; THOMAS, M. R.; SHANAFELT, T. D. Systematic Review of Depression, Anxiety, and Other Indicators of Psychological Distress Among U.S. and Canadian Medical Students. **Academic Medicine**, Washington, v.81, n. 4, p. 354-373, 2006c.

DYRBYE et al. Race, Ethnicity, and Medical Student Well-being in the United States. Archives of Internal Medicine, v. 167, n. 19, p. 2103-2109, 2007.

DYRBYE et al. Burnout and suicidal Ideation among U.S. Medical Students. **Annals of Internal Medicine**, Philadelphia, v. 149, n. 5, p. 334-341, 2008.

EBRAHIM, S. Clinical and Public Health Perspectives and Applications of Health-Related Quality of Life Measurement. **Social Science and Medicine**, Oxford, v. 41, n. 10, p. 1383-1394, 1995.

EDWARDS, M. T.; ZIMET. C. N. Problems and Concerns Among Medical Students – 1975. **Journal of Medical Education**, Washington, v. 51, p. 619-625, 1976.

ENNS, M. W. Adaptive and maladaptive perfectionism in medical students: a longitudinal investigation. **Medical Education**, Oxford, v. 35, p. 1034-1042, 2001.

ERON, L. D. The Effect of Medical Education on Attitudes: A Follow-Up Study. **Journal of Medical Education**, Washington, v. 33, p. 25-33, 1958.

FELCE, D; PERRY. J. Quality of Life: Its definition and Measurement. **Research in Developmental Disabilities**, v.16, n. 1, p. 51-74, 1995.

FIEDLER, P. T. **Avaliação da qualidade de vida do estudante de medicina e da influência exercida pela formação acadêmica**. 2008. 308 f. Tese (Doutorado em Ciências) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo. 2008.

FLEXNER, A. **Medical Education in the United States and Canada**. A Report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching. Report number Four. Disponível em: <http://www.carnegiefoundation.org/files/elibrary/flexner_report.pdf>. Accesso em 02 jan. 2009.

GALLOWAY, S. **Well-being and Quality of Life: Measuring the Benefits of Culture and Sport: A Literature Review.** Scottish Executive Social Research, p. 4-97, 2005. Disponível em: < http://www.scotland.gov.uk/Publications/2006/01/13110743/0> Acesso em 04 abr. 2008.

GARRAT, A. et al. Quality of life measurement: bibliographic study of patient assessed health outcome measures. **British Medical Journal**, Londres, v. 324, p. 1417-21, 2002.

GAVIRIA, S.; RODRÍGUEZ, M. A.; ÁLVAREZ, T. Calidad de la relación familiar y depresión em estudiantes de medicina de Medellín, Colombia, 2000. **Revista chilena de neuro-psiquiatria**, Santiago de Chile, v. 40, n. 1, p. 41-6. 2002.

GIVENS, J. L.; TIJA. J. Depressed Medical Studentes´Use of Mental Health Services and Barriers to Use. **Academic Medicine**, Washington, v. 77, p. 918-921, 2002.

GOEBERT, D. et al. Depressive Symptoms in Medical Students and Residents: A Multischool Study. **Academic Medicine**, Washington, v. 84, n. 2, p. 236-241, 2009.

GOLDIN, S. B. et al. Student Quality-of-life Declines During Third Year Surgical Clerkship. **The Journal of Surgical Research**, v. 143, p. 151-157, 2007.

GORENSTEIN, C.; ANDRADE. L. Validation of a Portuguese version of the Beck Depresion Inventory and the Sate-Trait Anxiety Inventory in Brazilian subjects. **Brazilian journal of medical and biological research**, Ribeirão Preto, v. 29, n. 4, p. 453-457, 1996.

GUTHRIE, E. A. et al. Embarking upon a medical career: psychological morbidity in first year medical students. **Medical Education**, Oxford, v. 29, p. 337-341, 1995.

GUTHRIE, E. et al. Psychological distress and burnout in medical students: A five-year prospective longitudinal study. **Journal of the Royal Society of Medicine**, London, v. 91, p. 237-243, 1998.

GUYATT, G. H.. FEENY, D. H.; PATRICK, D.L. Measuring Health-related Quality of Life [Basic Science Review]. **Annals of Internal Medicine**, Philadelphia, v. 118, n. 8, p. 622-629, 1993.

HAAS, B. K. Clarification and Integration of Similar Quality of Life Concepts. **Image: Journal of Nursing Scholarship**, Indianapolis, v. 31, n. 3, p. 215-220, 1999.

HAIST, S. A. et al. The Effect of Gender and Age on Medical School Performance: An Important Interaction. **Advances in Health Sciences Education**, v. 5, p. 197-205, 2000.

HAIST, S. A. et al. Clinical Skills as Demonstrated by a Comprehensive Clinical Performance Examination: Who Performs Better – Men or Women? **Advances in Health Sciences Education**, v. 8, p. 189-199, 2003.

HAFFERTY, F. W. Beyond Curriculum Reform: Confronting Medicine's Hidden Curriculum. **Academic Medicine**, Washington, v. 73, n. 4, p. 403-407, 1998.

HARNETT, A. L. An editorial: the university and the quality of life. **The Journal of School Health**, v. 42, n. 1, p. 35, 1972.

HASSED, C. et al. Enhancing the health of medical students: outcomes of an integrated mindfulness and lifestyle program [published online ahead of print]. **Advances in health sciences education**, 2008. Disponível em: <http://www.springerlink.com.w10040.dotlib.com.br/content/xt2086gkj324765n/fulltext.pdf> Accesso em: 9 ago. 2008.

HENNING, K.; EY, S.; SHAW, D. Perfectionism. the impostor phenomenon and psychological adjustment in medical, dental, nursing and pharmacy students. **Medical Education**, Oxford, v. 32, p. 456-464, 1998.

HIGGINSON, I. J.; CARR, A. J. Measuring quality of life: Using quality of life measures in the clinical setting. **British Medical Journal**, London, v. 322, n. 7297, p. 1297-1300, 2001.

HIRSCHFELD, R. M. A.; KLERMAN, G. L. Personality Attributes and Affective Disorders. **American Journal of Psychiatry**, Washington, v. 1, p. 67-70, 1979.

HOJAT, M. et al. Gender comparisons of medical students´psychossocial profiles. **Medical Education**, Oxford, v. 33, p. 342-349, 1999.

HOJAT, M. et al. An empirical study of decline in empathy in medical school. **Medical Education,** Oxford, v. 38, p. 934-941, 2004.

HUMPHRIS, G.; KANEY, S. The encouragement of 'perfect' health professionals. **Medical Education**, Oxford, v. 32, p. 452-455, 1998.

JOHNSON, J. R.; TEMPLE, R. Food and Drug Administration requirements for approval of new anticancer drugs. **Cancer Treatment Reports**, Bethesda, v. 69, p. 1155-1159, 1985.

KAWAKAME, P. M. G.; MIYADAHIRA, A. M. K. Qualidade de vida em estudantes de graduação em enfermagem. **Revista da Escola Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 39, n. 2, p. 164-172, 2005.

KESSLER, R. C. et al. The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). **Journal of the American Medical Association**, Chicago, v. 289, n. 23, p. 3095-3105, 2003.

KENDALL, P.C. et al. Issues and Recommendations Regarding use of the Beck Depression Inventory. **Cognitive therapy and research**, NewYork, v. 11, n. 3, p. 289-299, 1987.

KENNY, N.; C, JOFFRES. An Ethical Analysis of International Health Priority-Setting. **Health Care Analysis**, v. 16, p. 145-160, 2008.

KIESSLING, C. et al. First year medical students´perceptions of stress and support: a comparison between reformed and traditional curricula. **Medical Education**, Oxford, v. 38, p. 504-409, 2004.

KJELDSTADLI, K. et al. Life satisfaction and resilience in medical school – a six-year longitudinal, nationwide and comparative study. **BMC Medical Education**, 6:48, 2006. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1472-6920-6-48>. Accesso em: 19 jan. 2008.

de LEVAL, N. Quality of life and depression: Symmetry concepts. **Quality of Life Research**, v. 8, p. 283-291, 1999.

LAMPERT, J. B. **Tendências de mudanças na formação médica no Brasil**. 2002. 238f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2002.

LAMPERT, J. B. Dois séculos de escolas médicas no Brasil e a Avaliação do Ensino Médico no Panorama Atual e Perspectivas. **Gazeta Médica da Bahia**, Salvador, v. 78, p. 31-37, 2008. Suplemento 1.

LEE, J.; GRAHAM, A. V. Students' perception of medical school stress and their evaluation of a wellness elective. **Medical Education**, Oxford, v. 35, p. 652-659, 2001.

LIEBERMAN, S. A.; STROUP-BENHAM, C. A.; PEEL, J. L. Predictors of Intellectual Satisfaction in Medical School: Sociodemographic, Cognitive, and Personaltiy Factors. **Academic Medicine**, Washington, v. 73, n. 10, p. S44-S46, 1998. Supplementum.

LIEF, H. I. et al. A Psychodynamic Study of Medical Students and Their Adaptational Problems Preliminary Report. **Journal of Medical Education**, Washington, v. 35, n. 7, p. 696-704, 1960.

MACÊDO, C. G. La Universidad y Salud Para Todos en el Año 2000. **Boletin de la Oficina Sanitaria Panamericana**, Washington, v. 99, n. 3, p. 209-216, 1985.

MACLEOD, R.D. et al. G. Early clinical exposure to people who are dying: learning to care at the end of life. **Medical Education**, Oxford, v. 37, p. 51-58, 2003.

McGUIRE, F. L. Psycho-Social Studies of Medical Students: a Critical Review. **Journal of Medical Education**, Washington, v. 41, p. 424-445, 1966.

MILLAN, L. R; ROSSI, E.; De MARCO, O. L. **A Psicopatologia do Estudante de Medicina**. In: MILLAN, L. R. et al. O universo psicológico do futuro médico. Vocação. vicissitudes e perspectivas. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999, p. 83-101.

MOFFAT, K.J. et al. First year medical student stress and coping in problem-based learning medical curriculum. **Medical Education**, Oxford, v. 38, p. 482-91, 2004.

MOORE, M. et al. Can the concepts of depression and quality of life be integrated using a time perspective? **Health and Quality of Life Outcomes**, 3:1. 2005. Diponível em: <http://www.hqol.com/content/3/1/1>. Accesso em: 25 mar. 2008.

MOSS, F.; McMANUS, I. C. The anxieties of new clinical students. **Medical Education**, Oxford, v. 26, p. 17-20, 1992.

NEVILLE, A. J. Problem-based learning and medical education forty years on: A Review of its effects on knowledge and clinical performance. **Medical Principles and Practice**, v. 18, p. 1-9, 2009.

NORDENFELT, L. Introduction. **Ethical Theory and Moral Practice**, Dordrecht, v. 2, p. 3-10, 1999.

NORDENFELT, L. The concepts of health and illness revisited. **Medicine, Health Care and Philosophy**, v. 10, p. 5-10, 2007.

NOVACK, D. H. et al. Calibrating the Physician. Personal Awareness and Effective Patient Care. **Journal of the American Medical Association**, Chicago, v. 278, n. 6, p. 502-509, 1997.

OLIVEIRA, J. A. C. **Qualidade de vida em estudantes universitários de Educação Física**. 1999. 145f. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas) – Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, Campinas, 1999.

OLIVEIRA, J. A. C. **Qualidade de vida e desempenho acadêmico de graduandos**. 2006. 245f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Educação da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2006.

OLIVEIRA, R. A.; CIAMPONE, M. H. T. Qualidade de vida de estudantes de enfermagem: a construção de um processo e intervenções. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 42, n. 1, p. 57-65, 2008.

OLIVER, J. M.; SIMMONS, M. E. Depression as Measured by the DSM-III and the Beck Depression Inventory in an Unselected Adult Population. **Journal of consulting and clinical psychology**, Arlington, v. 52, n. 5, p. 892-898, 1984.

PALLIE, W.; CARR, D. H. The McMaster medical education philosophy in theory, practice and historical perspective. **Medical Teacher**, Basingstoke, v. 9, n. 1, p. 59-71, 1987.

PITKÄLÄ, K. H. MÄNTYRANTA, T. Feelings related to first patient experiences in medical school. A qualitative study on students´personal portfolios. **Patient education and counseling**, Limerick, v. 54, p. 171-177, 2004.

PLATÃO, **Diálogos**. Trad: Márcio Pugliesi; Edson Bini, São Paulo: Hemus, 1981.

RADCLIFFE, C.; LESTER, H. Perceived stress during undergraduate medical training: a qualitative study. **Medical Education**, Oxford, v.37, p. 32-38, 2003.

RAJ, S. R. et al. Health-related quality of life among final-year medical students. **Canadian Medical Association Journal**, Ottawa, v. 162, n. 4, p. 509-510, 2000.

REZENDE, C. H. A. et al. Prevalência de Sintomas Depressivos entre Estudantes de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, p. 315-323, 2008.

REZLER, A. G. Attitude Changes During Medical School: A Review of the Literature. **Journal of Medical Education**, Washington, v. 49, p. 1023-1030, 1974.

ROBERTS, L. W. et al. Perceptions of Academic Vulnerability Associated With Personal Illness: A Study of 1,027 Students at Nine Medical Schools. **Comprehensive Psychiatry**, v. 42, n. 1, p. 1-15, 2001.

ROSAL, M. C. e al. A Longitudinal Study of Students´Depression at One Medical School. **Academic Medicine**, Washington, v. 72, n. 6, p. 542-546, 1997.

SANDØE, P. Quality of life – Three competing views. **Ethical Theory and Moral Practice**, Dordrecht, v. 2, p. 11-23, 1999.

SAUPE, R. et al. Qualidade de vida dos acadêmicos de enfermagem. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 4, p. 636-642, 2004.

SAYLOR, C. The Circle of Health: A Health Definition Model. **Journal of Holistic Nursing,** Springfield, v. 22, n. 2, p. 98-115, 2004.

SCHALOCK, R. L. Three decades of quality of life. **Focus on Autism and Other Developmental Disabilities**, v. 15, n. 2, p. 116-127, 2000.

SCHRAMME, T. Lennart Nordenfelt's theory of health: Introduction to the theme. **Medicine**, **Health Care and Philosophy**, v. 10, p. 3-4, 2007.

SCIENTIFIC ADVISORY COMMITTEE OF THE MEDICAL OUTCOMES TRUST. Assessing health status and quality-of-life instruments: Attributes and review criteria. **Quality of Life Research**, v. 11, p. 193-205, 2002.

SEIDL, E. M. F.; ZANNON, C. M. L. C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 580-588, 2004.

SHANAFELT, T. D. et al. Burnout and Self-Reported Patient Care in an Internal Medicine Residency Program. **Annals of Internal Medicine**, v.136, p. 358-367.

SIEGEL, B.; DONNELLY, J. C. Enriching Personal and Professional Development: The Experience of a Support Group for Interns. **Journal of Medical Education**, Washington, v. 53, p. 908-914, 1978.

SOUZA, F. G. M.; MENEZES, M. G. C. Estresse nos Estudantes de Medicina da Universidade Federal do Ceará. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 2, p. 91-96, 2005.

STEWART, S.M. et al. A prospective analysis of stress and academic performance in the first two years of medical school. **Medical Education**, Oxford, v. 33, p. 243-250. 1999.

TENGLAND, P. A. The goals of health work: Quality of life, health and welfare. **Medicine, Health Care and Philosophy**, v. 9, p. 155-167, 2006.

THE WHOQOL GROUP. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position Paper from The World Health Organization. **Social Science and Medicine**, Oxford, v. 41, n. 10, p. 1403-1409, 1995.

THOMAS, M. R. et al. How do Distress and Well-being Relate to Medical Student Empathy? A Multicenter Study. **Journal of General Internal Medicine**, v. 22, p. 177-183, 2007.

TIJA, J.; GIVENS, J. L.; SHEA, J. A. Factors Associated With Undertreatment of Medical Student Depression. **Journal of American College Health**, v. 53, n. 5, p. 219-224, 2005.

TYSSEN, R. et al. Suicidal ideation among medical students and young physicians: a nationwide and prospective study of prevalence and predictors. **Journal of Affective Disorders**, Amsterdan, v. 64, p. 69-79, 2001.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA. Conselho Universitário. **Resolução nº 20/2008 de 29 de agosto de 2008**. Institui o Programa de Ação Afirmativa de Ingresso no Ensino Superior – PAAES da Universidade Federal de Uberlândia, e dá outras providências. Diponível em: <http://www.ingresso.ufu.br/copev/PAIES/Resolucao_20_2008_cria_PAAES.PDF>. Acesso em 08 de fevereiro de 2009.

VALKO, R. J.; CLAYTON. P. J. Depression in the internship. **Diseases of the Nervous System**, New York, v. 36, n. 1, p. 26-29, 1975.

VITALIANO, P. P. et al. A Biopsychosocial Model of Medical Student Distress. **Journal of Behavioral Medicine**, v. 11, n. 4, p. 311-331, 1988.

WARE, J. E.; SHERBOURNE, C. D. The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36). I. Conceptual Framework and Item Selection. **Medical Care**, Philadelphia, v. 30, n. 6, p. 473-481, 1992.

WEAR, D. "Face-to-face with it": Medical students' narratives about their End-of-Life Education. **Academic Medicine**, Washington, v. 77, p. 271-277, 2002.

WIKLUND, I. Assessment of patient-reported outcomes in clinical trials: the example of health-related quality of life. **Fundamental and Clinical Pharmacology**, Paris, n. 18, p. 351-363, 2004.

WILSON, J. F. et al. Students' Quality of Life after a Major Curriculum Change. **Academic Medicine**, Washington, v. 71, n. 10, 1996. October Supplement.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Preamble to the Constitution of the World Health Organization. **Official Records. World Health Organization**, n. 2, p. 100, 1946.

WOLF, T. M. et al. Graduating Medical Students´ Ratings of Stress, Pleasures, and Coping Strategies. **Journal of Medical Education**, Washington, v.63, p. 636-642, 1988.

WOLF, T. M.; SCURRIA, P. L.; WEBSTER, M. G. A Four-Year Study of Anxiety, Depression, Loneliness, Social Support, and Perceived Mistreatment in Medical Students. **British Journal of Health Psychology**, Leicester, v. 3, p. 125-136, 1998.

ZIMMERMANN, J. J.; EISEMANN, M. R.; FLECK, M. P. Is parental rearing an associated factor of quality of life in adulthood? **Quality of Life Research**, v. 17, p. 249-255, 2008.

ZOCCOLILLO, M.; MURPHY, G. E.; WETZEL, R. D. Depression Among Medical Students. **Journal of Affective Disorders**, Amsterdan, v. 11, p. 91-96, 1986.

ZUARDI, A. W.; PROTA, F. D. G.; DEL-BEN, C. M. Reduction of the anxiety of medical students after curricular reform. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 30, n. 2, p. 136-8, 2008.

ANEXO A – Parecer nº 142/06 do Comitê de Ética em Pesquisa

Universidade Federal de Uberlândia
Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP
Av. João Naves de Ávila, nº 2160 - Bloco J - Campus Santa Mônica - Uberlândia-MG –
CEP 38400-089 - FONE/FAX (34) 3239-4131

PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA Nº 142/06

Registro CEP: 080/06

Projeto Pesquisa: "Avaliação do impacto da reforma curricular sobre qualidade de vida em estudantes do Curso de Medicina da Faculdade de Medicina da UFU."

Pesquisador Responsável: Carlos Henrique Alves Rezende

De acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 196/96, o CEP manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto.

Situação: Projeto aprovado.

O CEP/UFU lembra que:
a- segundo a Resolução 196/96, o pesquisador deverá arquivar por 5 anos o relatório da pesquisa e os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido, assinados pelo sujeito de pesquisa.
b- poderá, por escolha aleatória, visitar o pesquisador para conferência do relatório e documentação pertinente ao projeto.

Data para entrega do **Relatório Parcial**: **março/2007.**
Data para entrega do **Relatório Parcial**: **março/2008.**
Data para entrega do **Relatório Parcial**: **março/2009.**
Data para entrega do **Relatório Parcial**: **março/2010.**
Data para entrega do **Relatório Parcial**: **março/2011.**
Data para entrega do **Relatório Parcial**: **março/2012.**
Data para entrega do **Relatório Final**: **março/2013.**

Uberlândia, 02 de junho de 2006.

Profa. Dra. Sandra Terezinha de Farias Furtado
Coordenadora do CEP/UFU

Orientações ao pesquisador:
(Para parecer Aprovado ou Aprovado com Recomendações)
- O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 - Item IV.1.f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2.d).

ANEXO B – Termo de Consentimento livre e esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

"AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA EM ESTUDANTES DO CURSO DE MEDICINA DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA"

As informações que seguem estão sendo fornecidas para a sua participação voluntária nesta pesquisa, cujo objetivo é avaliar a qualidade de vida e transtornos de humor em estudantes de medicina. O presente estudo será orientado pelo Prof. Dr. Carlos Henrique A. Rezende da Universidade Federal de Uberlândia, professor do Departamento de Clínica Médica da FAMED-UFU.

Para a obtenção dos dados na pesquisa será utilizada uma ficha contendo características sócio-demográficas dos participantes. Além disso, dois questionários, um questionário para avaliação da qualidade de vida (o SF-36) e um para avaliação de transtornos de humor (Inventário de Depressão de Beck), serão aplicados nos estudantes.

O pesquisador garante que não há riscos de qualquer natureza para os participantes desta. Você também tem a garantia de que, em qualquer etapa do estudo, terá acesso aos pesquisadores responsáveis para esclarecimento de eventuais dúvidas. É garantida a liberdade da retirada do consentimento a qualquer momento e de deixar de participar do estudo, sem qualquer penalidade ou prejuízo. As informações obtidas serão analisadas em conjunto com as dos demais participantes, não sendo divulgada a identificação dos mesmos. Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Será mantido o caráter confidencial da informação.

Desde já agradeço por sua atenção e colaboração.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li, explicando a pesquisa "Avaliação da do impacto da reforma curricular sobre a qualidade de vida em estudantes do curso de medicina da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia". Ficou claro para mim quais são os propósitos do estudo, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos. Concordo voluntariamente em participar desta pesquisa e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante a mesma, sem penalidades ou prejuízos.

Nome: _____

Endereço: _____

Telefone: _____

_____ Data: ___/___/___

Assinatura

Declaro que obtive de forma voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido do estudante para participação no estudo.

_____

Pesquisador Responsável:
Prof. Dr. Carlos Henrique A. Rezende
Departamento de Clínica Médica. Av. Pará, s/n. Campus Umuarama
Telefone: (34) 3218 2246

Comitê de Ética em Pesquisa - UFU
Telefone: (34) 3239 4131

ANEXO C

Currículo de Graduação do Curso de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia (Ano Letivo de 2006).

Disciplinas	**Carga Horária**
Primeiro Ano	**1080**
Anatomia I	240
Biofísica	75
Citologia, Histologia e Embriologia Geral	135
Bioestatística	45
Anatomia II	270
Histologia e Embriologia dos Sistemas	135
Introdução à Traumatologia	30
Português – Produção de Texto (Optativa)	60
Bioquímica I	90
Segundo Ano	**960**
Bioquímica II	90
Genética e Evolução	60
Fisiologia I	180
Introdução à Informática (Optativa)	60
Medicina Preventiva e Comunitária I	120
Patologia Geral	120
Imunologia	60
Microbiologia	90
Fisiologia II	90
Parasitologia	90
Terceiro Ano	**1155**
Farmacologia I	90
Semiologia e Fisiopatologia I	120
Ciências do Comportamento Aplicadas à Saúde	60
Patologia Especial I	90
Cultura Médica	30
Introdução à Homeopatia (Optativa)	30
Prática Hospitalar (Optativa)	105
Farmacologia II	90
Técnica Operatória	90
Semiologia e Fisiopatologia II	150
Medicina Preventiva e Comunitária II	120
Patologia Especial II	45
Semiologia Pediátrica	75
Medicina Física e Reabilitação (Optativa)	60

Quarto Ano	**1446**
Clínica Cirúrgica	180
Clínica Médica I	180
Dermatologia	90
Ética Médica	30
Medicina Legal	60
Puericultura	75
Obstetrícia Normal e Patológica	75
Anestesiologia	90
Clínica Médica II	126
Ginecologia e Obstetrícia	198
Patologia Clínica	90
Medicina Preventiva e Comunitária III	72
Emergências Médicas	108
Moléstias Infecciosas	72
Quinto Ano	**1216**
Ortopedia e Traumatologia	90
Clínica Cirúrgica II	126
Psiquiatria	72
Oncologia (Optativa)	72
Pediatria	216
Neurologia	90
Aspectos Jurídicos da Prática Médica (Optativa)	30
Estágio Supervisionado Integrado em Regime de Internato Ambulatorial: Saúde do Adulto e do Idoso	160
Estágio Supervisionado Integrado em Regime de Internato Ambulatorial: Saúde da Mulher e da Criança	160
Estágio Supervisionado Integrado em Regime de Internato Ambulatorial: Saúde Coletiva – Programa Saúde da Família	160
Estágio Supervisionado Integrado em Regime de Internato Ambulatorial: Trauma	160
Sexto Ano	**3020**
Estágio Supervisionado Integrado em Regime de Internato Hospitalar: Clínica Médica	755
Estágio Supervisionado Integrado em Regime de Internato Hospitalar: Cirurgia	755
Estágio Supervisionado Integrado em Regime de Internato Hospitalar: Pediatria	755
Estágio Supervisionado Integrado em Regime de Internato Hospitalar: Ginecologia e Obstetrícia	755

Anexo D – Questionário clínico e sócio-demográfico

Dados clínicos e sócio-demograficos

1- Idade: _____ anos
2- Data de nascimento: _____/_____/_____
3- Sexo: masculino [ ] 1 feminino [ ] 2
4- Estado civil: casado [ ] 1 solteiro [ ] 2 viúvo [ ] 3 separado [ ] 4
amasiado [ ] 5 divorciado [ ] 6
5- Filhos: não [ ] 1 sim [ ] 2 – nº _____
6- Cor: branca [ ] 1 negra [ ] 2 parda [ ] 3 amarela [ ] 4
7- Município em que reside: _____
zona urbana [ ] 1 zona rural [ ] 2

8 – Escolaridade:

- analfabeto [ ] 1
- alfabetizado [ ] 2
- fundamental incompleto [ ] 3
- fundamental completo [ ] 4
- médio incompleto [[5
- médio completo [ ] 6
- superior incompleto [ ] 7
- superior completo [ ] 8

9 – Está empregado no momento? Sim [ ] 1 Não [ ] 2
10 – Profissão: _____ Ocupação: _____
11 – Está aposentado? Sim [ ] 1 Não [ ] 2 motivo: _____
12 – Renda pessoal: R$ _____ ou _____ salários mínimos
13 – Renda familiar: R$ _____ ou _____ salários mínimos
14 – Doenças crônicas concomitantes:

- hipertensão arterial [ ] 1
- diabetes [ ] 2
- depressão [ ] 3
- asma [ ] 4
- DPOC [ ] 5
- doenças neurológicas, qual(is) [ ] 6 _____
- doenças auto-imunes, qual(is) [ ] 7 _____
- doenças reumatológicas, qual(is) [ ] 8 _____
- outra(s) [ ] 9

15 – Doenças em parentes próximos

- Pai não [ ] sim [ ] 1 qual(is) _____
- Mãe não [ ] sim [ ] 2 qual(is) _____
- Irmãos não [ ] sim [ ] 3 qual(is) _____
- Filhos não [ ] sim [ ] 4 qual(is) _____
- Outros não [ ] sim [ ] 5

16 – Você mora: com sua família [ ] 1 república [ ] 2 pensionato [ ] 3
Sozinho [ ] 4 outro [ ] 5 _____

ANEXO E

Versão Brasileira do questionário de qualidade de vida SF-36

Instruções: Esta pesquisa questiona você sobre sua saúde. Estas informações nos manterão informados de como você se sente e quão bem você é capaz de fazer suas atividades de vida diária. Responda cada questão marcando a resposta como indicado. Caso você esteja inseguro ou em dúvida em como responder, por favor tente responder o melhor que puder.

1. Em geral, você diria que sua saúde é :

(circule uma)

Excelente	Muito boa	Boa	Ruim	Muito Ruim
1	2	3	4	5

2. **Comparada a um ano atrás**, como você classificaria sua saúde em geral, **agora** ?

(circule uma)

Muito melhor	Um pouco melhor	Quase a mesma	Um pouco pior	Muito pior
1	2	3	4	5

3. Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. **Devido a sua saúde,** você teria dificuldade para fazer essas atividades? Neste caso, quanto?

(circule um número em cada linha)

Atividades	**Sim, Dificulta muito**	**Sim, Dificulta um pouco**	**Não.Não dificulta de modo algum**
a. **Atividades vigorosas**, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos	1	2	3
b. **Atividades moderadas,** tais como mover uma mesa , passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa	1	2	3
c. Levantar ou carregar mantimentos	1	2	3
d. Subir **vários** lances de escada	1	2	3
e. Subir **um lance** de escada	1	2	3
f. Curvar-se , ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3
g. Andar **mais de 1 quilômetro**	1	2	3
h. Andar **vários quarteirões**	1	2	3
i. Andar **um** quarteirão	1	2	3
j. Tomar banho ou vestir-se	1	2	3

4. Durante **as últimas 4 semanas**, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou com alguma atividade diária regular, **como consequência de sua saúde física?**

(circule uma em cada linha)

	Sim	Não
a.Você diminuiu **a quantidade de tempo** que dedicava-se ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b. Realizou **menos tarefas do** que você gostaria ?	1	2
c. Esteve **limitado n**o seu tipo de trabalho ou em outras atividades?	1	2
d. Teve **dificuldade** de fazer seu trabalho ou outras atividades (p.ex: necessitou de um esforço extra) ?	1	2

5. Durante as **últimas 4 semanas**, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou outra atividade regular diária, **como consequência de algum problema emocional** (como sentir-se deprimido ou ansioso) ?

(circule uma em cada linha)

	Sim	Não
a.Você diminuiu **a quantidade de tempo** que dedicava-se ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b. Realizou **menos tarefas** do que você gostaria ?	1	2
c. Não trabalhou ou não fez qualquer das atividades com tanto **cuidado** como geralmente faz ?	1	2

6. Durante as **últimas 4 semanas**, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação a família, vizinhos , amigos ou em grupo?

(circule uma)

De forma nenhuma	Ligeiramente	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

7. Quanta dor **no corpo** você teve durante as **últimas 4 semanas?**

(circule uma)

Nenhuma	Muito leve	Leve	Moderada	Grave	Muito Grave
1	2	3	4	5	6

8. Durante as **últimas 4 semanas**, quanto a dor interferiu com o seu trabalho normal (incluindo tanto o trabalho, fora de casa e dentro de casa)? (circule uma)

De maneira alguma	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

9. Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as **últimas 4 semanas**, Para cada questão, por favor dê uma resposta que mais se aproxime da maneira como você se sente. Em relação **as úlitmas 4 semanas.**

(circule um número para cada linha)

	Todo o tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequea parte do tempo	Nunca
a. Quanto tempo você tem se sentido cheio de vigor, cheio de vontade, cheio de força?	1	2	3	4	5	6
b. Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5	6
c. Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode animá-lo?	1	2	3	4	5	6
d. Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranquilo?	1	2	3	4	5	6

e. Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
f. Quanto tempo você tem se sentido desanimado e abatido?	1	2	3	4	5	6
g.Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
h. Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
i.Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

10. Durante as últimas **4 semanas**, quanto do seu tempo a sua **saúde física ou problemas emocionais** interferiram com as suas atividade sociais (como visitar amigos, parentes, etc.)?

(circule uma)

Todo o tempo	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nenhuma parte do tempo
1	2	3	4	5

11. O quanto **verdadeiro** ou **falso** é **cada** uma das afirmações para você?

(circule um número em cada linha)

	Definitiva-mente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeiro	**Não sei**	A maioria das vezes falsa	Definitiva-mente falsa
a. Eu costumo adoecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas	1	2	3	4	5
b. Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço	1	2	3	4	5
c. Eu acho que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
d. Minha saúde é excelente	1	2	3	4	5

ANEXO F

Inventário de Depressão de Beck

Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Depois de ler cuidadosamente cada grupo, faça um círculo em torno do número (0, 1, 2, ou 3) próximo à afirmação, em cada grupo, que descreva melhor a maneira que você tem se sentido na última semana, inclusive hoje. Se várias afirmações em um grupo parecerem se aplicar igualmente bem, faça um círculo em cada uma. Tome o cuidado de ler todas as afirmações, em cada grupo, antes de fazer a sua escolha.

1. 0 Não me sinto triste.
   1 Eu me sinto triste.
   2 Estou sempre triste e não consigo sair disto.
   3 Estou tão triste ou Infeliz que não consigo suportar.

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

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

4. 0 Tenho tanto prazer em tudo como antes.
   1 Não sinto mais prazer nas coisas como antes.
   2 Não encontro um prazer real em mais nada.
   3 Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo.

5. 0 Não me sinto especialmente culpado.
   1 Eu me sinto culpado grande parte do tempo.
   2 Eu me sinto culpado na maior parte do tempo.
   3 Eu me sinto sempre culpado.

6. 0 Não acho que esteja sendo punido.
   1 Acho que posso ser punido.
   2 Creio que serei punido.
   3 Acho que estou sendo punido.

7. 0 Não me sinto decepcionado comigo mesmo.
   1 Estou decepcionado comigo mesmo.
   2 Estou enojado de mim.
   3 Eu me odeio.

8. 0 Não me sinto, de qualquer modo, pior que os outros.
   1 Sou crítico em relação a mim por minhas fraquezas ou erros.
   2 Eu me culpo sempre por minhas falhas.
   3 Eu me culpo por tudo de mau que acontece.

9. 0 Não tenho quaisquer idéias de me matar.
   1 Tenho idéias de me matar, mas não as executaria.
   2 Gostaria de me matar.
   3 Eu me mataria se tivesse oportunidade.

10. 0 Não choro mais do que o habitual.
    1 Choro mais agora do que costumava.
    2 Agora, choro o tempo todo.
    3 Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo, mesmo que o queira.

11. 0 Não sou mais irritado agora do que já fui.
    1 Fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que costumava.

2 Atualmente me sinto irritado o tempo todo.
3 Não me irrito mais com as coisas que costumavam irritar-me.

12. 0 Não perdi o interesse pelas outras pessoas.
1 Estou menos interessado pelas outras pessoas do que costumava estar.
2 Perdi a maior parte do meu interesse pelas outras pessoas.
3 Perdi todo o meu interesse pelas outras pessoas.

13. 0 Tomo decisões tão bem quanto antes.
1 Adio minhas decisões mais do que costumava.
2 Tenho maior dificuldade em tomar decisões do que antes.
3 Não consigo mais tomar decisões.

14. 0 Não acho que minha aparência esteja pior do que costumava ser.
1 Preocupo-me por estar parecendo velho ou sem atrativos.
2 Acho que há mudanças permanentes na minha aparência que me fazem parecer sem atrativos.
3 Considero-me feio.

15. 0 Posso trabalhar tão bem quanto antes.
1 Preciso de um esforço extra para fazer qualquer coisa.
2 Tenho que me esforçar muito para fazer alguma coisa.
3 Não consigo mais fazer trabalho algum.

16. 0 Consigo dormir tão bem como o habitual.
1 Não durmo tão bem quanto costumava.
2 Acordo uma a duas horas mais cedo que habitualmente e tenho dificuldade em voltar a dormir.
3 Acordo várias horas mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir.

17. 0 Não fico mais cansado do que o habitual.
1 Fico cansado com mais facilidade do que costumava.
2 Sinto-me cansado ao fazer qualquer coisa.
3 Estou cansado demais para fazer qualquer coisa.

18. 0 Meu apetite não está pior do que o habitual.
1 Meu apetite não é tão bom quanto costumava ser.
2 Meu apetite está muito pior agora.
3 Não tenho mais nenhum apetite.

19. 0 Não tenho perdido muito peso, se é que perdi algum recentemente.
1 Perdi mais de dois quilos e meio.
2 Perdi mais de cinco quilos.
3 Perdi mais de sete quilos, Estou tentando perder peso de propósito, comendo menos: Sim ( ) Não ( )

20. 0 Não estou mais preocupado com minha saúde do que o habitual.
1 Estou preocupado com problemas físicos, tais como dores, indisposição do estômago ou prisão de ventre.
2 Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa.
3 Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa.

21. 0 Não notei qualquer mudança recente no meu interesse por sexo.
1 Estou menos interessado por sexo do que costumava estar.
2 Estou muito menos interessado em sexo atualmente.
3 Perdi completamente o interesse por sexo.

Livros Grátis

(http://www.livrosgratis.com.br)

Milhares de Livros para Download:

Baixar livros de Administração
Baixar livros de Agronomia
Baixar livros de Arquitetura
Baixar livros de Artes
Baixar livros de Astronomia
Baixar livros de Biologia Geral
Baixar livros de Ciência da Computação
Baixar livros de Ciência da Informação
Baixar livros de Ciência Política
Baixar livros de Ciências da Saúde
Baixar livros de Comunicação
Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE
Baixar livros de Defesa civil
Baixar livros de Direito
Baixar livros de Direitos humanos
Baixar livros de Economia
Baixar livros de Economia Doméstica
Baixar livros de Educação
Baixar livros de Educação - Trânsito
Baixar livros de Educação Física
Baixar livros de Engenharia Aeroespacial
Baixar livros de Farmácia
Baixar livros de Filosofia
Baixar livros de Física
Baixar livros de Geociências
Baixar livros de Geografia
Baixar livros de História
Baixar livros de Línguas

Baixar livros de Literatura
Baixar livros de Literatura de Cordel
Baixar livros de Literatura Infantil
Baixar livros de Matemática
Baixar livros de Medicina
Baixar livros de Medicina Veterinária
Baixar livros de Meio Ambiente
Baixar livros de Meteorologia
Baixar Monografias e TCC
Baixar livros Multidisciplinar
Baixar livros de Música
Baixar livros de Psicologia
Baixar livros de Química
Baixar livros de Saúde Coletiva
Baixar livros de Serviço Social
Baixar livros de Sociologia
Baixar livros de Teologia
Baixar livros de Trabalho
Baixar livros de Turismo