PATRICIA TEMPSKI FIEDLER

Avaliação da qualidade de vida do estudante de medicina e da influência exercida pela formação acadêmica

Tese apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo para obtenção do Título de Doutor em Ciências

Área de concentração: Medicina Preventiva
Orientadora: Prof. Dra. Lilia Blima Schraiber
Co-orientador: Prof. Dr. Mílton de Arruda Martins

São Paulo

2008

PATRICIA TEMPSKI FIEDLER

Avaliação da qualidade de vida do estudante de medicina e da influência exercida pela formação acadêmica

Tese apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo para obtenção do Título de Doutor em Ciências

Área de concentração: Medicina Preventiva
Orientadora: Prof. Dra. Lilia Blima Schraiber
Co-orientador: Prof. Dr. Mílton de Arruda Martins

São Paulo

2008

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Fiedler, Patrícia Tempski
Avaliação da qualidade de vida do estudante de medicina e da influência exercida pela formação acadêmica / Patrícia Tempski Fiedler.-- São Paulo, 2008.
Tese(doutorado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Departamento de Medicina Preventiva.
Área de concentração: Medicina Preventiva.
Orientadora: Lilia Blima Schraiber.
Co-orientador: Milton de Arruda Martins.

Descritores: 1.Qualidade de vida 2.Educação médica 3.Sono

USP/FM/SBD-069/08

Dedico esta tese aos estudantes de medicina, principalmente aqueles que não terminam sua formação na graduação, mas mantêm sempre vivo o desejo de conhecer mais a arte e a prática da medicina.

Eu sei que a vida devia ser bem melhor

E será

Mas isso não impede que eu repita

É bonita, é bonita e é bonita.

Gonzaguinha

AGRADECIMENTOS

Meu sincero reconhecimento aos meus orientadores: Lilia Blima Schraiber e Milton de Arruda Martins que com generosidade me ensinaram e deixaram um pouco deles comigo. A amizade e ensinamentos que me dedicaram foram certamente os melhores produtos obtidos desta tese. Se orientar é mostrar o caminho, então vocês fizeram muito mais que isso, pois caminharam comigo cada pedaço desse trajeto.

Agradeço o apoio das minhas amadas filhas Renata e Isabella, que participam com seu amor de cada conquista minha e sonham comigo cada sonho meu.

Meu reconhecimento ao apoio e carinho da minha família, meus pais, irmãos e sobrinhos, que dividem comigo cada conquista. Vocês são o aconchego que me permite renovar as forças e persistir, principalmente nos sorrisos dos meus queridos: Pepe, Juju, Lala e Luiz.

Agradeço o carinho e exemplo da minha avó Iolanda que me ensinou que qualidade de vida é ser feliz, e ser feliz é uma decisão.

A minha irmã Andréa que me apoiou em todos os momentos desse trabalho, mas em especial me ajudou a coletar os 800 questionários estudados.

Agradeço à amiga Patrícia Bellodi, que construiu comigo cada etapa desse projeto, durante o qual nos apoiamos mutuamente e cultivamos fortes laços de amizade. Minha gratidão em especial por sua participação na análise dos grupos focais e na construção do instrumento de avaliação da qualidade de vida do estudante.

Agradeço ao amigo e companheiro de trabalho Bruno Perotta por sua participação e dedicação neste estudo e em todos os outros que já realizamos.

Minha gratidão à equipe que participou da pesquisa: Geraldo Lorenzi Filho, Cinthya Taniguchi, Helena Baran e Márcio Flores.

Agradeço a colegas como Joaquim Vieira e Denise Sbalchiero que cederam seu tempo em conversas que renderam sugestões que enriqueceram este estudo.

Agradeço ao apoio da minha amiga Léa Borges que a cada dia me fez lembrar que nenhum dia é igual ao outro. Seu carinho e atenção mais de uma vez não me deixaram desistir.

Agradeço em especial aos estudantes que responderam o longo caderno de respostas e aos que participaram dos grupos focais.

Como ao final de uma maratona o estímulo da torcida é a força que não deixa o corredor desistir, eu tive nos amigos Rachel e Geraldo o mesmo encorajamento. Eles além de torcerem, correram comigo os últimos metros me auxiliando nos ajustes finais de diagramação. Para vocês meu reconhecimento, amizade e carinho.

E principalmente minha gratidão a Deus, pela concretização de mais um projeto da minha vida.

Sumário

SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS

LISTA DE FIGURAS

LISTA DE ABREVIATURAS

LISTA DE SIGLAS

RESUMO

ABSTRACT

APRESENTAÇÃO

INTRODUÇÃO

Conceito de qualidade de vida 01

Instrumentos de avaliação de qualidade de vida 08

Currículo médico e qualidade de vida 14

Médico e professor: modelos de qualidade de vida 17

Qualidade de vida do estudante de medicina 21

Conceito e classificação do estresse 34

Sonolência diurna e sua influência sobre a qualidade de vida 46

JUSTIFICATIVA DO ESTUDO 51

OBJETIVOS 54

MÉTODOS 56

Métodos – Fase I 57

Metodologia do grupo focal 58

Análise dos dados qualitativos 63

Métodos – Fase II 64

Análise dos dados quantitativos 68

RESULTADOS 73

Resultados dos grupos focais 73

Construção do inventário de avaliação da qualidade de vida do estudante no curso de medicina - IQVEM 74

Análise descritiva geral da população estudada 75

Auto-avaliação da qualidade de vida geral e no curso de medicina 78

Avaliação da qualidade de vida através do WHOQOL – abreviado 80

Análise da sonolência diurna através da escala de Epworth 85

Análise comparativa entre os instrumentos aplicados e correlações 89

Avaliação da qualidade de vida através do inventário de avaliação de qualidade de vida do estudante no curso de medicina - IQVEM 96

DISCUSSÃO 144

CONCLUSÕES 179

ANEXOS 184

Anexo I - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido 184

Anexo II – Comunicado às Instituições de Ensino Médico 186

Anexo III – Análise Qualitativa dos Grupos Focais 188

Anexo IV – Caderno de Respostas 213

REFERÊNCIAS 227

APÊNDICE 241

Diálogo Filosófico sobre Qualidade de Vida 241

Listas

LISTA DE TABELAS

		Página
Tabela 1	Número de casos considerados em cada instrumento	76
Tabela 2	Distribuição dos respondentes por sexo e ano de matrícula	77
Tabela 3	Distribuição da amostra por natureza jurídica da escola	78
Tabela 4	Análise da auto-avaliação da qualidade de vida geral e no curso de medicina	79
Tabela 5	Análise da auto-avaliação da qualidade de vida no curso de medicina por sexo	79
Tabela 6	Análise da auto-avaliação da qualidade de vida no curso de medicina por ano do curso	79
Tabela 7	Análise da auto-avaliação da qualidade no curso de medicina em escolas médicas públicas e privadas	80
Tabela 8	Análise geral dos domínios do WHOQOL-abreviado	81
Tabela 9	Análise dos domínios do WHOQOL-abreviado por sexo	82
Tabela 10	Análise dos domínios do WHOQOL - abreviado por ano do curso	83
Tabela 11	Análise dos domínios do WHOQOL - abreviado em escolas médicas públicas e privadas	84
Tabela 12	Análise dos domínios do WHOQOL-abreviado por sexo e ano do curso	85
Tabela 13	Distribuição de escores não patológicos, patológicos e muito patológicos na Escala Sonolência Diurna de Epworth	87
Tabela 14	Distribuição de escores na Escala de Sonolência Diurna de Epworth por ano do curso	89
Tabela 15	Distribuição de escores na Escala de Sonolência Diurna de Epworth em escolas públicas e privadas	89

Tabela 16 Comparação dos escores de Sonolência Diurna de Epworth e dos valores alcançados nos domínios do WHOQOL-abreviado no grupos com escores de sonolência diurna não patológicos e patológicos 91

Tabela 17 Comparação dos escores de Sonolência Diurna de Epworth e dos valores alcançados nos domínios do WHOQOL - abreviado no grupos com escores de sonolência diurna não patológicos e patológicos no sexo masculino 92

Tabela 18 Comparação dos escores de Sonolência Diurna de Epworth e dos valores alcançados nos domínios do WHOQOL - abreviado no grupo com escores de sonolência diurna não patológicos e patológicos no sexo feminino 92

Tabela 19 Comparação dos escores de Sonolência Diurna na Escala de Epworth e dos valores alcançados nos domínios do WHOQOL-abreviado nos grupos com escores de sonolência diurna patológicos e muito patológicos 93

Tabela 20 Comparação dos escores de Sonolência Diurna na Escala de Epworth e dos valores alcançados nos domínios do WHOQOL - abreviado nos grupos com escores de sonolência diurna patológicos e muito patológicos no sexo masculino 93

Tabela 21 Comparação dos escores de Sonolência Diurna na Escala de Epworth e dos valores alcançados nos domínios do WHOQOL - abreviado nos grupos com escores de sonolência diurna patológicos e muito patológicos no sexo feminino 94

Tabela 22 Comparação dos escores de Sonolência Diurna da Escala de Epworth e da nota atribuída à qualidade de vida no curso de medicina nos grupos com escores de sonolência patológicos e não patológicos 94

Tabela 23 Correlação entre escores da Escala de Epworth e os Domínios do WHOQOL – abreviado 95

Tabela 24 Correlação entre a nota atribuída a qualidade de vida no curso médico na auto-avaliação e os domínios do WHOQOL – abreviado 96

Tabela 25 Correlação entre a Escala de Epworth e a nota atribuída à qualidade de vida no curso médico por auto-avaliação 96

Tabela 26 Distribuições de freqüências simples das respostas do Inventário de avaliação da qualidade de vida do estudante no curso de medicina 97

Tabela 27 Distribuições de freqüências simples das respostas do Inventário de avaliação da qualidade de vida do estudante no curso de medicina por sexo 115

Tabela 28 Distribuições de freqüências simples das respostas do Inventário de avaliação da qualidade de vida do estudante no curso de medicina em escolas médicas públicas e privadas 118

Tabela 29 Distribuições de freqüências simples das respostas do Inventário de avaliação da qualidade de vida do estudante no curso de medicina por ano do curso 121

Tabela 30 Análise univariada das afirmações do Inventário de avaliação da qualidade de vida do estudante no curso de medicina e da auto-avaliação do estudante à qualidade de vida no curso de medicina 127

Tabela 31 Correlação entre as notas da qualidade de vida do estudante no curso de medicina e geral e o escore total do Inventário de avaliação da qualidade de vida do estudante no curso de medicina 131

Tabela 32 Análise fatorial do Inventário de avaliação da qualidade de vida do estudante no curso de medicina 133

Tabela 33 Contribuição de cada fator obtido através da análise fatorial para a variabilidade total do Inventário de Qualidade de Vida do Estudante no Curso de Medicina 139

Tabela 34 Análise dos fatores do Inventário de avaliação da qualidade de vida do estudante no curso de medicina 140

Tabela 35 Análise dos fatores do Inventário de avaliação da qualidade de vida do estudante no curso de medicina por sexo 141

Tabela 36 Análise dos fatores do Inventário de avaliação da qualidade de vida do estudante no curso de medicina por ano do curso 142

Tabela 37 Análise dos fatores do Inventário de avaliação da qualidade de vida do estudante no curso de medicina em escolas públicas e privadas 143

LISTA DE FIGURAS

		Página
Figura 1	Estudantes respondendo ao caderno de respostas durante o ECEM -2004	67
Figura 2	Material utilizado durante o ECEM - 2004 pela equipe de apoio e como brindes éticos	67
Figura 3	Modelo de análise do WHOQOL - abreviado em quatro domínios	70
Figura 4	Distribuição da amostra por idade	76
Figura 5	Análise dos domínios do WHOQOL-abreviado por sexo	82
Figura 6	Análise dos domínios do WHOQOL-abreviado por ano do curso	83
Figura 7	Representação gráfica da queda dos escores dos Domínios Psicológico e Relação Social no terceiro e quarto anos	84
Figura 8	Distribuição geral de Escores na Escala de Sonolência Diurna de Epworth	86
Figura 9	Distribuição de escores normais, patológicos e muito patológicos na Escala de Sonolência Diurna de Epworth	87
Figura 10	Distribuição de escores na Escala de Sonolência Diurna de Epworth por sexo	88
Figura 11	Distribuição de escores na Escala de Sonolência Diurna de Epworth por ano do curso	88
Figura 12	Correlação entre os escores da Escala de Sonolência diurna de Epworth e os Domínios do WHOQOL-abreviado	91
Figura 13	Distribuição de freqüência das respostas às afirmações 1 a 6 do Inventário de avaliação da qualidade de vida do estudante no curso de medicina	100
Figura 14	Distribuição de freqüência das respostas às afirmações 7 a 12 do Inventário de avaliação da qualidade de vida do estudante no curso de medicina	101

Figura 15 Distribuição de freqüência das respostas às afirmações 13 a 18 do Inventário de avaliação da qualidade de vida do estudante no curso de medicina 102

Figura 16 Distribuição de freqüência das respostas às afirmações 19 a 24 do Inventário de avaliação da qualidade de vida do estudante no curso de medicina 103

Figura 17 Distribuição de freqüência das respostas às afirmações 25 a 30 do Inventário de avaliação da qualidade de vida do estudante no curso de medicina 104

Figura 18 Distribuição de freqüência das respostas às afirmações 31 a 36 do Inventário de avaliação da qualidade de vida do estudante no curso de medicina 105

Figura 19 Distribuição de freqüência das respostas às afirmações 37 a 42 do Inventário de avaliação da qualidade de vida do estudante no curso de medicina 106

Figura 20 Distribuição de freqüência das respostas às afirmações 43 a 48 do Inventário de avaliação da qualidade de vida do estudante no curso de medicina 107

Figura 21 Distribuição de freqüência das respostas às afirmações 49 a 54 do Inventário de avaliação da qualidade de vida do estudante no curso de medicina 108

Figura 22 Distribuição de freqüência das respostas às afirmações 55 a 60 do Inventário de avaliação da qualidade de vida do estudante no curso de medicina 109

Figura 23 Distribuição de freqüência das respostas às afirmações 61 a 66 do Inventário de avaliação da qualidade de vida do estudante no curso de medicina 110

Figura 24 Distribuição de freqüência das respostas às afirmações 67 a 72 do Inventário de avaliação da qualidade de vida do estudante no curso de medicina 111

Figura 25 Distribuição de freqüência das respostas às afirmações 73 a 78 do Inventário de avaliação da qualidade de vida do estudante no curso de medicina 112

Figura 26 Distribuição de freqüência das respostas às afirmações 79 a 84 do Inventário de avaliação da qualidade de vida do estudante no curso de medicina 113

Figura 27 Distribuição de freqüência das respostas às afirmações 85 a 90 do Inventário de avaliação da qualidade de vida do estudante no curso de medicina 114

LISTA DE ABREVIATURAS

a. – afirmação

amb. – domínio ambiental do WHOQOL

c. – concordo

coef. correl. – coeficiente de correlação

ct. - concordo totalmente

d. – discordo

dp. – desvio padrão

dt. - discordo totalmente

fís. – domínio físico do WHOQOL

i. - sou indiferente

psi. – domínio psicológico do WHOQOL

rs. – domínio relacionamento social do WHOQOL

LISTA DE SIGLAS

ABEM – Associação Brasileira de Educação Médica

CEISUC - Centro de Estudo e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra

ECEM - Encontro Científico dos Estudantes de Medicina

IQOLA - International Quality of Life Assessment

IQVEM – Inventário de Avaliação da Qualidade de Vida do Estudante no curso de Medicina

LEPS - Laboratório de Estudos de Patologia de Sono do Centro Hospitalar de Coimbra

MSLT - Multiple Sleep Latency Test

MBI – Maslach Bournout Inventory

OMS – Organização Mundial da Saúde

SPSS - Statistical Package for Social Sciences

WHOQOL – World Health Organization – Quality of Life

Resumo

RESUMO

Fiedler PT. *Avaliação da qualidade de vida do estudante de medicina e da influência exercida pela formação acadêmica* [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2007.

Introdução: o curso de medicina é marcado por inúmeros fatores geradores de estresse que podem influenciar a qualidade de vida do estudante, exigindo dele adaptação e mudança de estilo de vida. É necessário conhecer esses fatores para poder prevenir e intervir sobre eles, visando à melhoria da qualidade de vida no curso de medicina. Objetivo: conhecer a qualidade de vida do estudante de medicina e os fatores inter-relacionados que a influenciam. Métodos: o estudo foi realizado em duas fases. Na primeira fase foi realizada a modalidade de pesquisa qualitativa com grupos focais em seis escolas médicas, com grupos de estudantes heterogêneos em relação ao sexo e ano do curso. Os dados assim coletados nortearam a construção de um inventário de avaliação da qualidade de vida no curso de medicina (IQVEM), utilizado na segunda fase do estudo. Na segunda fase, realizada na modalidade de pesquisa quantitativa, foram estudados 800 estudantes oriundos de 75 escolas médicas brasileiras, públicas e privadas, matriculados entre o 1º e 6º anos, presentes ao Encontro Científico dos Estudantes de Medicina, no ano de 2004. Estes estudantes responderam a um caderno de respostas contendo os seguintes instrumentos de avaliação: auto-avaliação, WHOQOL – abreviado, escala de sonolência diurna de Epworth e IQVEM. Resultados: a nota atribuída à QV no curso foi mais baixa que a nota da QV geral, sendo inferior no sexo feminino e no grupo de estudantes do 3º e 4º anos. Também nesse grupo foram encontrados os piores escores no domínio psicológico e de relações sociais do WHOQOL – abreviado, quando comparados aos outros anos do curso. Muitos estudantes apresentaram escores altos de sonolência diurna (>10, 48,1%), sendo que a porcentagem de estudantes do sexo feminino com escores elevados (54,9%) foi maior do que no sexo masculino (42,5%, p = 0,002). A presença de sonolência diurna esteve associada à queda dos escores físico, psicológico e ambiental do WHOQOL – abreviado no grupo de estudante como um todo. Não foram encontradas diferenças entre estudantes de escolas públicas e privadas na nota de auto-avaliação, nos domínios do WHOQOL – abreviado e no escore de sonolência diurna. No IQVEM foi observado que 45,4% dos estudantes estão insatisfeitos com o curso. Afirmaram que não aproveitam a vida como poderiam, não se alimentam bem e não cuidam da sua saúde. São comuns os sentimentos de tristeza e desânimo, insatisfação com a vida afetiva e sexual, principalmente nas mulheres e nos estudantes do 3º e 4º anos. Os estudantes de medicina afirmaram que ter supervisão em atividades práticas, participar de projetos de desenvolvimento social, boas aulas, professores com didática e o contato com o paciente melhoram a qualidade de vida no curso. Estudantes do 5º e 6º anos têm melhor relação com os

professores, enxergam o curso como muito competitivo e apresentaram melhores escores no domínio de relação social do WHOQOL. A falta de tempo livre para estudo, lazer, relacionamentos e repouso foi expressa como um dos principais fatores de diminuição da qualidade de vida no curso. A análise fatorial mostrou como importantes fatores determinantes da qualidade de vida no curso os aspectos de qualidade de vida geral, gestão de tempo, interação social, satisfação com o curso, insegurança quanto ao futuro profissional e saúde mental. O grupo do 3º e 4º anos apresentou os piores escores de qualidade de vida no curso e nos domínios do IQVEM, o que sugere ser este um momento de crise durante o curso, notado principalmente no sexo feminino. Conclusão: melhorar a qualidade de vida no curso de medicina depende de medidas como ensinar o estudante a valorizar a vida, cuidar da sua saúde física e mental, estabelecer e manter relacionamentos e desenvolver resiliência, além de medidas institucionais como desenvolvimento docente, supervisão em atividades práticas, oferecer oportunidade de participar de projetos de desenvolvimento social e iniciação científica, garantir tempo livre para estudo, diminuir a competitividade, estabelecer programas de exercícios físicos, promoção de saúde, serviços de apoio e suporte ao estudante. Oferecer melhores condições de aprendizado resulta em melhoria na qualidade de vida no curso, possibilitando ao estudante amadurecer sem prejudicar a saúde física e mental no processo de vir a ser médico.

Descritores: Qualidade de vida, educação médica, sono

Abstract

ABSTRACT

Fiedler PT. *Evaluation of quality of life of medical students and the influence of the medical graduation* [thesis]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2007.

Introduction: medical course has several factors that generate stress and can influence quality of life of medical students. It is necessary to know better these factors in order to improve the quality of life of students during the medical course. Objective: To study quality of life of medical students in Brazil and the factors that influence quality of life. Methods: the study was developed in two phases. In the first study a qualitative approach was used, with focus groups in six medical schools, with groups that were heterogeneous considering gender and year of medical school. Data obtained in the focus groups was used to develop a questionnaire to evaluate the quality of life of medical student (QOLMS) that was used in the second phase of the study. In the second phase of the study 800 medical students, from 75 medical schools in Brazil, that were present in a medical students meeting (Encontro Científico de Estudantes de Medicina), in 2004, were interviewed. They filled the following questionnaires: self-evaluation of quality of life, WHOQOL – bref, Epworth daytime sleepiness scale and QOLMS. Results: The score attributed to quality of life in medical course was significantly lower than the score attributed to quality of life in general, and was lower in female students and in the students from the third and forth years of medical course. These students had also lower scores in the psychological and social relationship domains of WHOQOL – bref, when compared to students from the other years. Many students presented high scores of daytime sleepiness (>10, 48.1%), and the percentage of female students with high scores of daytime sleepiness (54.9%) was higher than male students (42.5%, $p = 0.002$). The presence of daytime sleepiness was associated to lower scores of physical health, psychological and environment domains of WHOQOL – bref, considering all medical students. There were no significant differences between students from public and private medical schools concerning self-evaluation of quality of life, domains of WHOQOL – bref and daytime sleepiness scores. In the QOLMS questionnaire it was shown that 45.4% medical students are not satisfied with medical course. They said that they did not enjoy life the way they wanted, did not have a healthy diet and did not take care of their health. Feelings of sadness and dissatisfaction with affective and sexual life were present, mainly in females and in students from the third and forth years. Factors that improve quality of life of medical students were the presence of a good supervision in practical activities, participation in projects of social development, good classes, good teachers and the contact with patients. Medial students from the fifth and sixty years have a better relationship with the teachers, see the medical course as very competitive and have better scores in the social relationships domain of WHOQOL – brief. The lack of free time to study, leisure,

relationships and rest was considered a major factor in decreasing quality of life in medical course. Factor analysis of QOLMS showed that the following factors are important concerning quality of life in medical course: quality of life in general, management of time, social interaction, satisfaction with medical course, uncertainty concerning professional future and mental health. The group of medical students from the third and forth years showed the lowest scores of quality of life in medical course and in the domains of QOLMS, and these values were lower in females. Conclusion: In order to improve quality of life during medical course it is important to teach medical students how take care of their physical and mental health, establish and maintain relationships and develop resilience. It is also important to make changes in educational environment such as training of teachers, improvement in supervision of practical activities, offer opportunities of engagement in social projects and research and protected time to study, establish programs of health promotion and services of student support. Better learning environment results in an improvement of quality of life of students in medical course and allows the student to learn the medical profession without decreasing his/her physical and mental health.

Keywords: Quality of life, medical education, sleep

Apresentação

APRESENTAÇÃO

O momento histórico atual é marcado pela aceleração das atividades cotidianas e escassez de tempo, tanto para desempenhá-las como para descanso e lazer. O tempo ganho pela inclusão das facilidades tecnológicas se reverte em novas atividades e demandas que acabam por sobrecarregar o indivíduo. Nesse contexto os conhecimentos se multiplicam e de forma muito rápida estão disponíveis, exigindo constante adaptação às mudanças e às tendências impostas nos diferentes níveis de atuação, pessoal, social, cultural, profissional e institucional.

O indivíduo se obriga a atender às exigências da modernidade, transformando seu comportamento, buscando maior produtividade, maior conhecimento, maior abrangência na sua ação, enfim buscando a excelência esperada pelo meio em que se insere. Tal comportamento reativo tem preço, à medida que interfere no seu equilíbrio e na sua qualidade de vida. O aumento da competitividade, da ânsia pelo saber mais e de ter mais, gera um exército de ocupados, sobrecarregados e pressionados; esquecidos de valores básicos e regras do bem viver e conviver.

Mesmo dentro da faculdade de medicina, onde se deveria ensinar saúde, poucas são as políticas de promoção e prevenção da saúde. Os futuros médicos ingressam num curso longo e de muitas exigências ainda no final da adolescência, sendo obrigados a assimilar obrigações, conhecimentos, posturas, habilidades e atitudes. A fim de auxiliá-los na construção do conhecimento a instituição de ensino lhes oferece um currículo extenso e complexo e a oportunidade de vivenciarem os processos

de saúde, doença e morte. No entanto, nem sempre a escola de medicina os ensina a lidar com as angústias, as frustrações e as incertezas advindas desse processo, deixando, muitas vezes, o aluno como único responsável pela manutenção da sua saúde física, mental e social, enfim da sua qualidade de vida. As perguntas que se impõem são:

É possível manter qualidade de vida e dar conta de alcançar a idade adulta sem ter tempo disponível para cuidar de si e do outro, vivenciando estas questões?

Qual a influência da formação acadêmica na qualidade de vida do estudante?

Qualidade de vida se ensina e se aprende na faculdade de medicina?

Qual concepção de qualidade de vida para o estudante de medicina?

Estaria o egresso apto a promover a sua qualidade de vida e dos seus futuros pacientes?

O estudante de medicina deve aprender a lidar com ambientes difíceis e turbulentos, saber escolher entre muitas opções nas mais variáveis situações e ser rápido nas decisões. Deve aprender a ser capaz de resolver problemas seus e da sua comunidade utilizando questionamentos, sendo reflexivos, crítico e criativo, e capaz de buscar em seu patrimônio biológico, intelectual, emocional e cultural posicionamentos e ações que o tornem competente e resistente aos estressores externos e internos.

O curso de medicina é considerado uma fonte de estresse que afeta em maior ou menor grau a qualidade de vida dos estudantes. Torna-se necessário investigar a qualidade de vida dos estudantes de forma sistêmica e contextualizada, religando os múltiplos fatores implicados na determinação dessa qualidade, a fim de se buscar uma visão da totalidade e da complexidade, desse tema de difícil mensuração, centrada na subjetividade e na inter-relação de fatores pessoais, sociais, ambientais, políticos e institucionais. A qualidade de vida não pode ser apreendida apenas por uma modalidade de pesquisa, ou um olhar estanque, pois isso não permite perceber a realidade na sua totalidade, que exige um olhar diferente; algumas vezes mais alto e em outras um olhar de imersão, como no jogo de lentes do microscópio onde os sucessivos distanciamentos e aproximações permitem conhecer bem o objeto de estudo.

Desta forma a qualidade de vida do estudante de medicina deve ser avaliada através de uma ótica holística e transdisciplinar, mas também pela ótica subjetiva e individual do estudante.

Em um momento em que as faculdades de medicina repensam seus currículos e formas de aprimorar seu processo de ensino-aprendizagem, conhecer a qualidade de vida do estudante e os fatores associados a uma boa ou má qualidade de vida no curso poderia orientar tais mudanças, no sentido de oferecer conteúdos de promoção da saúde, gestão de tempo e de relação humana, trabalhar a resiliência dos estudantes, garantir tempo livre para estudo ou atividades fora do curso, criar programas de apoio psicológico e de atividade física.

Buscando-se um melhor entendimento desse tema tão complexo – a qualidade de vida do estudante de medicina - algumas questões introdutórias devem ser colocadas: a evolução do conceito de qualidade de vida e sua mensuração; como é a qualidade de vida no curso de medicina e a influência exercida pelo currículo e pelo modelo do professor-médico. Sendo o estresse um fator associado à diminuição da qualidade de vida, descreve-se ainda seu conceito e classificação, além da caracterização do estresse profissional em médicos e estudantes de medicina. Sobrecarregado pelo conteúdo extenso, grade horária em período integral e por atividades direta ou indiretamente ligadas ao curso, o estudante de medicina pode também apresentar privação de sono, condição que afeta seu aprendizado, relacionamentos, saúde e qualidade de vida. As questões introdutórias terminam com uma revisão sobre sonolência diurna e sua influência na qualidade de vida do estudante.

Acompanhando a tese está incluída uma versão do inventário de avaliação da qualidade de vida do estudante no curso de medicina para facilitar a leitura e compreensão dos capítulos de métodos e resultados.

Em anexo encontram-se: o modelo de carta às instituições de ensino onde se realizaram os grupos focais, o termo de consentimento livre e esclarecido e o caderno de respostas utilizado nesse estudo.

Pensar em qualidade de vida tem como causa e conseqüência avaliar a própria vida e os valores atribuídos ao viver através da experiência pessoal ou de forma coletiva, a partir do contexto social e histórico. Tal preocupação esteve presente desde a antiguidade, mesmo que ainda não se

falasse no termo qualidade de vida, que é um construto moderno, os filósofos sempre estiveram interessados em refletir sobre o que significa ter uma vida satisfatória e feliz.

A construção desse estudo teve seu inicio em uma revisão dos pensamentos de vários filósofos desde Sócrates até os pensadores atuais. Este levantamento inicial está colocado sob a forma de apêndice na tese por ter sido o ponto de partida deste estudo e felizmente também o de chegada. Pois como na Odisséia, voltar ao começo significou olhar o mesmo caminho com outro entendimento.

Após estudar a qualidade de vida do estudante no curso de medicina e buscar compreender a complexidade com que se tecem seus múltiplos fatores de influência foi necessário reler os filósofos para concluir que mais que tentar sobreviver ao curso de medicina deve-se refletir sobre o viver, em qualquer fase da vida, antes, durante e depois da graduação.

Introdução

INTRODUÇÃO

Conceito de qualidade de vida

O conceito de qualidade de vida é um construto moderno e uma preocupação antiga, pois a idéia de se viver com qualidade já estava presente na antiguidade.

Aristóteles em 384 e 322 a.C. se referia à associação entre felicidade e bem-estar (Diniz e Schor, 2006). Hipócrates, em 460 e 370 a.C., e Galeno, em 132 e 200 d.C., afirmavam que o equilíbrio sustenta um corpo saudável (Gordon, 2002).

Epicteto, filósofo do Estoicismo, que viveu no Império Romano entre 55 e 135 d.C, influenciou grandes pensadores com suas obras, que buscam respostas de como viver uma vida com qualidade, tranqüilidade e sabedoria. Epicteto admitia que a vida cotidiana apresentava dificuldades nos mais variados graus e que a filosofia teria por função auxiliar as pessoas a enfrentarem positivamente seus desafios. Seus preceitos para uma vida de qualidade consistiam em dominar os desejos, desempenhar as obrigações e aprender a pensar com clareza a respeito de si mesmo e de seu relacionamento com a comunidade, fundamentos da moderna psicologia de auto-gerência (Lebell, 2000). No século XVII, Comênio já demonstrava a vinculação entre saúde, higiene e educação e o prolongamento da vida. Ressaltava os riscos decorrentes dos excessos cometidos contra o corpo, além de preocupações sobre como fazemos uso da vida. Atualmente o

esforço não visa somente prolongar os anos de vida, mas vivê-la integralmente (Moreira, 2001).

O interesse no conceito de “qualidade de vida” é partilhado por ciências sociais, ciências humanas, biológicas e políticas, no sentido de valorizar parâmetros mais amplos que o controle de sintomas, diminuição da mortalidade ou aumento da expectativa de vida. Considera-se que o termo qualidade de vida é mais geral e envolve uma variedade de condições que podem afetar a percepção do indivíduo, seus sentimentos e comportamento com seu funcionamento diário, incluindo, mas não se limitando à sua condição de saúde e às intervenções médicas (Fleck, 1999).

Damineli (2000) afirma que qualidade de vida é um tema tão amplo que qualquer opinião emitida a respeito está correta. Todas as concepções dão conta de parte da verdade, mas nenhuma é tão abrangente que dê conta do todo.

Reforçando essa idéia, Moreira (2001) declara que a expressão “qualidade de vida” assume aos olhos de cada observador os contornos da sua sensibilidade, sua cultura, seus meios econômicos e frustrações. Lipp (2001) entende por qualidade de vida o viver que é bom e compensador em pelo menos quatro áreas de abrangência: social, afetiva, profissional e a que se refere à saúde. Rodrigues (1994) afirma que a expressão qualidade de vida descreve também valores ambientais e humanos, negligenciados pelas sociedades industriais em favor do avanço tecnológico, da produtividade e do crescimento econômico.

A constituição da Organização Mundial da Saúde em 1946 tentou estabelecer os códigos éticos modernos para benefício do indivíduo, definindo saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência da doença e de enfermidade” (World Health Organization, 1946).

Tal definição, para o filósofo sueco Nordenfelt (2000), vale para felicidade plena ou alta qualidade de vida, demonstrando a preocupação da OMS com a promoção da saúde global, devendo os cuidadores dar conta de outros aspectos da vida além da sua saúde física.

Segundo Nordenfelt, “a saúde não é apenas um conceito biológico ou bioestatístico, mas também um conceito psicoemocional e antropológico, sendo a saúde plena um ideal utópico”.

Para esse autor, a constituição da Organização Mundial da Saúde não conceitua especificamente qualidade de vida nem indica o nível mínimo que deveria ser garantido, apenas identifica que a qualidade de vida tem dimensões físicas, mentais, sociais e existenciais. Tais dimensões podem ser consideradas extremamente básicas para uns, enquanto para outros não fazem parte de seus objetivos vitais. Esse autor sugere ainda a avaliação de qualidade de vida ser pessoal, visto que a própria pessoa é quem melhor conhece seu estado de saúde; porém nem sempre essa avaliação é confiável frente a um falso julgamento pessoal, necessitando, assim, do auxílio de um observador externo.

Atualmente a Organização Mundial da Saúde (OMS) define qualidade de vida como: “a percepção do indivíduo de sua posição na vida,

no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações". Esta foi a primeira definição padronizada de qualidade de vida, resultado de estudos do projeto *WHOQOL group*, que considera a subjetividade e fatores transculturais (Diniz e Schor, 2006). A OMS afirma também que qualidade de vida não pode ter um conceito universal, porque se baseia primariamente na percepção individual e subjetiva da posição do indivíduo na vida (WHOQOL Group, 1995; Fleck, 2000).

A construção do conceito de qualidade de vida teve a intersecção de construtos afins baseados numa visão eminentemente biológica de saúde do indivíduo, ou funcional baseada na presença ou não de incapacidade/deficiência ou por fim pautados numa visão social e psicológica como bem estar, satisfação e felicidade (Fleck, 2008).

O conceito de qualidade de vida é similar à definição de felicidade ou estado de bem estar, que segundo Cloninger (2004) é uma compreensão coerente e lúcida do mundo e requer um modo coerente de viver, que depende do grau de consciência que as pessoas têm de seus objetivos e valores.

Ferraz (2007) em revisão atual sobre felicidade correlaciona os conceitos de felicidade e qualidade de vida como objetos de estudo da área da psicologia positiva, conclui em seu estudo que a felicidade e a sensação de satisfação e bem estar perante a vida são fenômenos predominantemente subjetivos, estando subordinados mais a traços de temperamento e postura do que a fatores externamente determinados. Fleck

(2008) concorda com essa autora afirmando em seu livro que a pesquisa em qualidade de vida está em sintonia com o interesse em estudar variáveis positivas da vida humana como é o foco da psicologia positiva que estuda características de resiliência, esperança, sabedoria, coragem e espiritualidade (Sheldon, 2001).

Esses avanços no entendimento da qualidade de vida mostram que a avaliação evoluiu de aspectos objetivos de medida para subjetivos. Os primeiros instrumentos construídos traziam uma verificação objetiva das condições físicas, de moradia e renda mensal. Os instrumentos atuais baseiam-se na percepção subjetiva das condições física, psicológica e social do entrevistado e da satisfação quanto a outros aspectos da vida, conferindo caráter multidimensional a esses instrumentos (Bullinger, 1997).

Qualidade de vida pode ser definida ainda de acordo com sua área de aplicação: qualidade de vida geral (QVG) como conceito genérico e qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS), que avalia situações clínicas específicas, como por exemplo: pacientes transplantados e com doenças crônicas, entre outros (Diniz e Schor, 2006).

Novo (1998) diferencia os conceitos de "nível de vida" e "qualidade de vida", onde o nível de vida de uma população consiste em uma estimação quantitativa que permite conhecer o grau de acesso a bens de consumo e a serviços, ou seja, mede o poder aquisitivo e os serviços públicos gratuitos e benefícios. Já a qualidade de vida inclui outros aspectos além de econômicos, que constituem a trama afetiva, cultural, religiosa, biológica e ecológica que rodeia o ser humano. A mensuração desses

aspectos não se restringe aos indicadores quantitativos, pois exige medidas qualitativas para além dos níveis de renda e acesso a serviços, ou seja, medidas subjetivas que indiquem se os níveis de bem-estar e acesso a serviços estão adequados aos padrões culturais e objetivos de determinada comunidade.

Flanagan (1978), na tentativa de conceituar qualidade de vida, caracterizou 15 dimensões, dispostas em cinco domínios:

Domínio I – Bem estar físico e mental

Saúde e segurança

Bem estar material e segurança financeira

Domínio II – Vida relacional

Relação conjugal

Educação dos filhos

Relacionamento com parente

Relacionamento com amigos

Domínio III – Atividade social

Capacidade de ajuda e encorajamento

Atividade política

Domínio IV – Realização pessoal

Desenvolvimento intelectual

Capacidade de compreender e planificar a vida

Trabalho

Criatividade e expressão da personalidade

Domínio V – Recreação

Socialização

Participação em atividades de recreação passiva

Participação em atividades de recreação ativa

Petrone (1994) define qualidade de vida no sentido de satisfação, realização das aspirações e desejos, conscientes ou não, superando de modo positivo os obstáculos da vida, nas suas diferentes fases. Esse autor relaciona qualidade de vida com auto-conhecimento, afirmando que o indivíduo que se conhece sabe definir o que é sua qualidade de vida, avalia melhor suas escolhas e seus comportamentos, evitando circunstâncias que favoreçam o aparecimento de doenças ou assume estratégias mais úteis com a finalidade de limitar danos, criando projetos de vidas envolvendo outras pessoas, favorecendo o crescimento pessoal. A doença, nessa perspectiva, corresponde a uma denúncia de desconforto existencial e baixa qualidade de vida.

Poli e Romano (2000) apresentam uma evolução histórica de conceito de qualidade de vida:

- Índice que agrupa segurança, auto-estima e capacidade intelectual e física;
- Grau de satisfação das necessidades físicas, psicológicas, sociais, relacionais, materiais e estruturais;
- Sensação de bem estar, advinda da satisfação na vida cotidiana;
- Índice que mede as condições de saúde, através das taxas de morbidade e mortalidade.

Simões (1996) enfoca como manifestações de qualidade de vida: o acréscimo de experiências relevantes depois de satisfeitas as necessidades básicas, oportunidade de praticar atividades físicas regulares, de ter acesso a produtos e serviços culturais e a construção de um novo estilo de vida, com vivências que se constituem fator de satisfação e felicidade.

Atualmente deve-se considerar qualidade de vida ainda no âmbito da conservação e prevenção da biodiversidade do planeta, na melhoria das condições de vida das pessoas, com base na construção de valores, economias e sociedades diferentes (Capra, 1988). Seguindo essas idéias, María Novo (1998) sugere que a concepção de qualidade de vida deve superar o antropocentrismo e estender-se em um sentido mais amplo de qualidade de vida humana em seu conjunto ambiental, que inclui estimativas de grau de conservação e equilíbrio dos ecossistemas naturais.

Instrumentos de avaliação de qualidade de vida

Existe atualmente um grande número de escalas de avaliação de qualidade de vida e adequação social. Segundo Duarte e colaboradores (2003) existem mais de 300 instrumentos de avaliação da qualidade de vida geral ou relacionada à saúde de grupos específicos publicados na literatura. É dificuldade comum entre eles o tempo de aplicação, a exigência de entrevistadores treinados e a ausência de estudos confiáveis de validação de suas propriedades psicométricas. Existem ainda algumas limitações

circunstanciais como a dependência do estado cognitivo do entrevistado, mudanças de respostas devido à adaptação e mudança dos valores pessoais, Devido a esses fatores, não existe um instrumento universal para avaliar a qualidade de vida em si, programas de promoção da saúde e seus resultados. A mensuração da qualidade de vida gera dificuldades pelo seu conceito amplo, envolvendo moradia, ambiente, família, trabalho, escola, relacionamentos, lazer, ecologia e sociedade, aspectos não estreitamente ligados ao estado de saúde, mas que permitem a sua manutenção (Morin, 2002).

Os instrumentos de avaliação de qualidade de vida devem conter indicadores sociométricos, demográficos, ocupacionais, de bem-estar psicológico, sintomas mentais, saúde física, relações de suporte social, finanças e atividades cotidianas. Esses questionários podem ser auto-aplicáveis, onde o entrevistado determina o peso de cada item na sua vida, baseado na sua própria percepção Os resultados dentro das escalas se agrupam formando o escore final. Para aumentar a confiabilidade desses instrumentos, os questionários devem ser adaptados a cada grupo de estudo (Pitta, 1999).

Os instrumentos de avaliação da qualidade de vida podem ser classificados de acordo com seu tipo de medida. São considerados avaliadores aqueles que verificam mudanças ao longo do tempo. Os instrumentos preditivos são usados com *screening* ou testes diagnósticos que indentificam quais indivíduos desenvolverão determinada condição

futura. Já os instrumentos discriminativos medem diferenças entre sujeitos em um ponto do tempo (Diniz e Schor, 2006).

A vida tem dimensões qualitativas e quantitativas, assim qualidade de vida não deve ser medida somente por instrumentos quantitativos, mas também avaliada qualitativamente, baseando-se na percepção individual e subjetiva. Critérios qualitativos sólidos podem ser alcançados através de entrevista, observação do cotidiano, da resolução de problemas reais, conhecendo os sonhos, as aspirações e ideais do indivíduo (Domingues, 2001).

O aspecto de bem estar físico se pode avaliar de duas maneiras: por exame clínico com diagnóstico objetivo da saúde e do estado funcional ou através da quantificação subjetiva, analisando questionários previamente respondidos, diagnosticando assim a saúde perceptiva do indivíduo e sua qualidade de vida (Poli e Romano, 2000).

Petrone (1994), no seu instrumento de avaliação de qualidade de vida, busca valorizar aspectos da história de vida do entrevistado e os relaciona com o aparecimento de doenças e distúrbios psicossomáticos, demonstrando que além do aspecto de mensuração individual da qualidade de vida, deve-se avaliá-la sob o aspecto temporal. Silva (2001) afirma que a medida de qualidade de vida pode variar no mesmo indivíduo no decorrer do tempo, conforme seu estado de humor e percepção, o que em um momento significa uma boa qualidade de vida pode não significar em outro.

Houve, na última década, uma proliferação de instrumentos de avaliação de qualidade de vida, a maior parte desenvolvida nos Estados

Unidos, porém com interesse de tradução e aplicação em outras culturas. Tal aplicação transcultural através de tradução é controversa. No entanto, para outros autores a avaliação da qualidade de vida independe da nação, cultura ou época; sendo importante que a pessoa sinta-se bem psicologicamente, tenha boas condições físicas, sinta-se socialmente integrada e funcionalmente competente.

A Organização Mundial da Saúde, buscando avaliar qualidade de vida em uma perspectiva internacional, desenvolveu em projeto multicêntrico um instrumento de avaliação denominado WHOQOL-100 (World Health Organization Quality of Life) e o seu resumo, o WHOQOL - abreviado.

O WHOQOL-100 possui 100 questões distribuídas em seis domínios: físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, ambiente e aspectos espirituais e crenças. Já o WHOQOL – abreviado compreende quatro domínios: físico, psicológico, relação social e ambiente. Dentro de cada domínio do WHOQOL são abordadas situações cotidianas:

Domínio I – Domínio físico

1 - Dor e desconforto

2 - Energia e fadiga

3 - Sono e repouso

Domínio II – Domínio Psicológico

1 - Sentimentos positivos

2 - Pensar, aprender, memória e concentração

3 - Auto-estima

4 - Imagem corporal e aparência

5 - Sentimentos negativos

Domínio III – Nível de independência

1 - Mobilidade

2 - Atividades de vida cotidiana

3 - Dependência de medicação ou de tratamentos

4 - Capacidade de trabalho

Domínio IV – Relações sociais

1 - Relações pessoais

2 - Apoio social

3 - Atividade sexual

Domínio V – Ambiente

1 - Segurança física e proteção

2 - Ambiente no lar

3 - Recursos financeiros

4 - Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade

5 - Oportunidade de adquirir novas informações e habilidades

6 - Participação e oportunidade de recreação / lazer

7 - Ambiente físico: poluição / ruído / trânsito / clima

8 - Transporte

Domínio VI – Aspectos espirituais / religião / crenças pessoais

1 - Espiritualidade /religião / crenças pessoais

As questões do WHOQOL foram formuladas para uma escala de respostas do tipo Likert, com uma escala de intensidade (nada – extremamente), capacidade (nada – completamente), freqüência (nunca –

sempre) e avaliação (muito insatisfeito – muito satisfeito; muito ruim – muito bom) (Fleck, 1999).

O *Short - Form Health Survey* (SF-36) também é utilizado pra avaliar qualidade de vida, através da saúde mental e física. É composto de 36 itens, divididos em oito dimensões: funcionamento físico, limitações causadas por problemas da saúde física, limitações causadas por problemas da saúde emocional, funcionamento social, saúde mental, dor, vitalidade (energia/fadiga), percepções da saúde geral e estado de saúde atual comparado há um ano atrás, que é computado à parte. O SF-36 é aplicado em grupos saudáveis e em grupos com problemas crônicos de saúde e limitações, e encontra-se traduzido e validado em diferentes idiomas. Esse inventário foi elaborado por pesquisadores de 14 países, a partir de 1991 pelo *Health Assessment Lab* em Boston, traduzido e validado para uso internacional pela *International Quality of Life Assessment* (IQOLA) (Ware, 2007).

Para Novo (1998), a medida da qualidade de vida de uma comunidade deve integrar numerosos parâmetros quantitativos e qualitativos, sendo subjetivos os critérios que norteiam tal análise, assim como os limites máximo e mínimo que definem a qualidade de vida.

O crescente interesse na mensuração da qualidade de vida surgiu também da necessidade de indicadores sociais que complementassem indicadores econômicos brutos na comparação entre países. Mesmo esses indicadores sociais não respondem a todas as questões individuais a cerca da qualidade de vida, gerando interesse na qualidade de vida subjetiva

(Fernandes, 1996). Outro fato que justifica o interesse na medida da qualidade de vida é saber como alcançar uma “boa vida” devido ao aumento da longevidade, aumento do controle de doenças crônicas e para nortear políticas de promoção de saúde (Silva, 2001).

Em síntese, e levando-se em conta o conjunto das considerações até aqui efetuadas, pode-se afirmar que o estudante de medicina para tornar-se um profissional capacitado a preservar e restituir a saúde deve ter clareza dos aspectos de prevenção associados à qualidade de vida. Deve, também, entender que qualidade de vida tem outras áreas de abrangência, além da saúde física, e que compreende, também, a saúde mental e social.

O estudante, muitas vezes, não aprende o conceito de qualidade de vida durante o curso, desconhece a sua importância e aplicação, e têm índices baixos na mensuração da sua própria qualidade de vida, a qual é influenciada pela sua formação acadêmica e modelos durante o curso.

Estudar a qualidade de vida do estudante de medicina é, portanto, importante no contexto de propostas de aperfeiçoamento da formação médica.

Currículo médico e qualidade de vida

O curso médico no Brasil tem seis anos de duração. A divisão tradicional do curso é em ciclo básico, profissionalizante e internato. No ciclo básico o aluno explora o homem biológico através das disciplinas de

Anatomia, Histologia, Biologia, Fisiologia, Microbiologia, Parasitologia, além de Medicina Social, Estatística e Iniciação Científica, geralmente durante quatro semestres. O ciclo profissionalizante ou clínico abrange as quatro grandes especialidades: Clínica Médica, Cirurgia, Pediatria, Ginecologia-Obstetrícia, e outras disciplinas como Semiologia, Patologia, Doenças Infecciosas, Radiologia, Psiquiatria, Medicina Legal, Otorrinolaringologia, Oftalmologia, Ortopedia, Nefrologia, Cardiologia, Dermatologia e Anestesia. O internato dura três ou quatro semestres e caracteriza-se pelo treinamento em serviço, com assistência a pacientes, sob a supervisão do professor nas diversas especialidades. Essa distribuição muda pouco em escolas com currículos mais tradicionais, e segue o modelo “flexneriano”, proposto por Abrahan Flexner para a reforma do ensino médico americano e canadense em 1910. Em linhas gerais, esse modelo privilegia a formação científica de alto nível, o estudo do corpo humano segundo órgãos e sistemas, fortalecendo as especialidades e disciplinas (Rego, 2003, Venturelli, 2003). Tal estruturação do ensino se baseia nos princípios cartesianos. Descartes dizia: “Quando vejo um emaranhado de dificuldades, as isolo e resolvo uma a uma, progredindo na solução do problema”. Este modo de conhecer as coisas de maneira separada é normal no pensamento analítico, mas dificulta a passagem da análise para a síntese. Desta forma, o princípio cartesiano na faculdade de medicina traz um paradigma mecanicista e reducionista da natureza humana. Esta divisão propiciou o grande desenvolvimento das especialidades, mas também acarretou perda da visão holística do indivíduo, sua relação com o meio e do processo de saúde-doença (Randon, 2000).

Na segunda metade do século XX grandes avanços ocorreram nas diversas áreas da medicina, e a cada ano milhares de novas publicações científicas surgem. O desafio que se impõe é incluir todo esse conhecimento nos seis anos de curso, mantendo uma carga horária compatível e humanizada. Outro desafio frente à soma de conhecimentos produzidos é estimular o estudante a “aprender a aprender” para que consiga buscar sozinho o conhecimento que lhe falta, durante a graduação ou depois dela, a fim de manter-se atualizado (Gadotti, 2005).

Atualmente muitas escolas médicas somam aos seus currículos conhecimentos de outras áreas como História, Sociologia, Antropologia, Psicologia, Direito e Filosofia, buscando assim mudar o paradigma mecanicista, reducionista e segmentar da medicina, para uma formação e prática médicas mais integrais. Procuram trazer ao estudante uma visão sistêmica, integrada, humanista do paciente, entendendo a complexidade da sua realidade e contextualizando a sua doença.

O estudante de medicina tem um currículo de seis anos para adquirir as competências exigidas para o exercício da profissão, com atividades teóricas e práticas, em variados cenários de aprendizado, onde o professor deve ter a postura de facilitador da construção do conhecimento, nesse processo são utilizadas extensas cargas horárias. Além das atividades de formação dentro da instituição, o estudante de medicina vivencia atividades de monitoria, de iniciação científica, de extensão universitária e de estágios, aumentando muito as horas dedicadas ao estudo

e aprendizagem da medicina. Some-se a essa carga horária o tempo despendido em estudo individual e trabalhos em grupo.

Tal excesso de atividades e exigências muitas vezes não permite que o estudante tenha tempo para exercitar-se, cuidar da sua saúde, relacionar-se com família e amigos ou desenvolver outros interesses. Dessa forma o curso de medicina em muito influencia a qualidade de vida do estudante.

Médico e professor: modelos de qualidade de vida

A medicina traz implicitamente a expectativa de um comportamento virtuoso, abnegado, de dedicação plena. “A medicina é um sacerdócio”, essa afirmação tem suas origens nas sociedades primitivas, que acreditavam ser a doença fruto de uma ação espiritual externa ao indivíduo, necessitando do pajé ou xamã para obter a cura através da intervenção sobre as forças espirituais. Entretanto, a tradição judaico-cristã concebia a doença como castigo divino. Até o final da Idade Média os médicos-sacerdotes tinham como principal função salvar almas, deixando para segundo plano a função de cura dos enfermos. Nessa época a maioria dos hospitais era vinculada às ordens religiosas. Apenas no século XVIII o hospital passou efetivamente à cura dos enfermos, crescendo o número de médicos, então chamados físicos, não cléricos. A partir daí as reformulações nas escolas de medicina avançaram concomitantemente aos conhecimentos

científicos, que cresceram tanto a ponto de serem divididos em disciplinas e especialidades, tendo em vista a impossibilidade de conhecer com profundidade todas as áreas. Com a formação das universidades o ensino deixa de acontecer de modo artesanal, exclusivamente entre um mestre e um aprendiz, e passa a ser lecionado por um mestre a um maior número de estudantes ao mesmo tempo (Rego, 2003).

No início do século XX (1910), a reforma Flexner do ensino médico americano serviu de modelo para outras escolas, sedimentando a formação baseada em especialidades e disciplinas. Nessa primeira metade do século XX, tanto o médico clínico como o cirurgião eram dotados de uma aura de respeito e influência sobre a população, que era atendida de forma individual, paternalista e mais humanizada, na medicina do “chamado em casa”. O médico da família trabalhava em consultório próprio, não mantinha outros vínculos empregatícios, tendo tempo disponível para visitar o paciente em casa. Praticava uma medicina com poucos recursos técnicos e com pouca ênfase na prevenção (Scharaiber, 1993).

O desenvolvimento das ciências médicas foi exponencial a partir da segunda metade do século XX, transformando a formação e a própria profissão médica em uma medicina de especialistas, com um atendimento segmentado, hospitalocêntrico e centrado na doença. Tal segmentação do paciente em especialidades pode resultar em prejuízo da relação médico-paciente, com perda do vínculo, fragmentação do cuidado, diminuição do respeito e da influência social (Grosseman e Patrício, 2004).

Nesta visão da medicina atual tem-se ainda que citar o aumento da competitividade pela clientela, tendo em vista o crescente número de escolas de medicina, formando a cada ano um maior número de profissionais. Além disso, o estado, as seguradoras de saúde e as empresas médicas obrigam o médico a adaptar-se também a uma nova remuneração. Mal remunerado, sem vínculo com o paciente, temendo a competitividade, e tendo que atualizar seus conhecimentos científicos diariamente, o médico tem uma adição significativa ao estresse que já é inerente à sua prática profissional. Vê-se obrigado a somar diversos empregos, aumentar a carga horária e diminuir o tempo dedicado a cada paciente, à educação continuada, ao seu lazer e convívio social (Scharaiber, 1993).

Esse comportamento se apóia ainda no senso comum de que quanto mais ocupado o médico, mais valorizado. Desenvolve-se, ainda, uma simbiose médico-paciente, onde o médico coloca as necessidades e a vida dos pacientes em primeiro lugar; não sendo possível determinar “quem precisa mais de quem”, pois o médico inserido nessa prática sente-se insubstituível e onipotente. Frente a essa realidade o médico, mesmo tendo sido formado para promover e preservar a saúde, não utiliza seus conhecimentos para si, perdendo gradativamente qualidade de vida e satisfação pessoal (Rego, 2003).

O livro “Os médicos no Brasil: um retrato da realidade” (Machado, 1997) mostra que os médicos atuam preferencialmente nos grandes centros, quase a metade têm médicos na família, a maioria tem idade inferior a 45 anos e a metade é do sexo feminino. Existe um assalariamento e perda da

atividade liberal e autonomia profissional, fazendo com que grande parte dos médicos mantenha quatro atividades, atue como plantonistas e atenda convênios no consultório particular. Os médicos brasileiros em geral consideram sua atividade profissional desgastante pelo excesso de responsabilidade, trabalho intenso, pela pressão social a que estão expostos, além de más condições de trabalho e salários insatisfatórios. A maioria entende o futuro da sua profissão com incerteza e pessimismo.

Segundo Millan (1999), a relação professor-aluno, como todas as relações, leva a um processo de identificação, tanto maior quanto a afetividade que se desenvolve. Conforme afirma Lampert (2002) afora os aspectos técnicos da formação médica existe ainda como subproduto do aprendizado, a apreensão de atitudes, valores e padrões de comportamento, num processo de identificação que pode ser imperceptível.

Freire (1996, 2005) afirma ser o processo educacional um ato político e social, que depende da interação dos sujeitos envolvidos, numa visão de integralidade da pessoa, tanto daquela que ensina como a que aprende, pois o professor que “fala com os alunos” e não “fala aos alunos”, ensina e aprende com seus estudantes, pois interage com eles.

Tal postura do professor, segundo Moreira (2007), abrange o sujeito-aluno de forma integral, com sua bagagem cultural, emoções e história de vida. Nesse sentido o trabalho do professor passa a ir além do ensinar, mas também se concentra em acompanhar o estudante que enfrenta dificuldades. Este professor – cuidador está atento à complexidade

da tarefa educativa, sendo capaz de fornecer orientação e servir de bom modelo.

Corroborando essas idéias Bellodi (2001) concluiu que o aluno adquire conhecimentos, habilidades e atitudes, vivenciando esta relação, usando o professor como modelo para sua prática futura, até mesmo adquirindo seus bons e maus hábitos, no que tange à sua atuação profissional e manutenção da sua qualidade de vida

Qualidade de vida do estudante de medicina

A opção pela carreira médica em plena adolescência traz consigo mudanças fundamentais na vida do jovem, que enfrenta a intensa competição do vestibular, tendo que abdicar desde cedo de desejos, horas de lazer, convívio com a família e amigos. Os motivos que norteiam a opção pela carreira médica, relacionada à dor, sofrimento e morte, têm dois níveis: consciente e inconsciente. Dentre as motivações conscientes estão: desejo de compreender, de ver, desejo de contato, prestígio, dar alívio ao sofrimento, dinheiro, necessidade de ser útil, atração pela responsabilidade, profissão liberal e segurança. Entre as razões inconscientes destacam-se: desejo de ver e saber sobre a morte e sexo, identificação com os pais, expiação de impulsos agressivos, negação da morte, curiosidade inconsciente de conhecer o corpo da mãe, ver no ato de curar reparação

para agressividades, reparo da própria ferida narcisista de inferioridade e desejo de onipotência. (Cerqueira e Lima, 2002, Bellodi, 2001).

Após um período de sacrifício e forte desgaste emocional pela competitividade que marca a seleção inicial, a faculdade é vista como local idealizado, onde o desejo de ser médico será satisfeito. Nesse momento, tendo a seu favor o clima festivo e de entusiasmo que encontra junto à família e amigos, o estudante de medicina sente-se socialmente valorizado e orgulhoso do seu desempenho. Algumas vezes a adaptação à universidade soma-se à experiência de sair de casa e suas conseqüências podem ser: não garantia de afeto e cuidados, responsabilidade de organizar a rotina e cuidar de si, descobrir um bom método de estudo e estabelecer novos vínculos afetivos. Isso não é fácil, tendo em vista a recepção nem sempre calorosa por parte dos veteranos e a competição entre os colegas. Passada a euforia do vestibular, o ingresso na faculdade pode gerar frustração. O contato com disciplinas básicas parece distanciar o aluno da medicina idealizada. Além de aulas expositivas, a exigência de método de estudo diferente daquele conhecido através das apostilas do pré-vestibular força o aluno do primeiro ano a uma adaptação (Millan, 1999).

O desencontro entre a realidade experimentada e a idealizada aparece também no resultado das primeiras avaliações, em que as notas podem não corresponder às expectativas do estudante que costumava ser um dos melhores. A perda desse status pode provocar desejo de abandonar o curso ou uma crise de identidade. Permanece ainda a angústia frente ao conteúdo a ser estudado, além da sensação de não retê-lo. Essa fase de

adaptação ao novo método de ensino não paternalista exige do estudante mudança de postura e muita dedicação, obrigando-o a abdicar do lazer, exercícios e convívio social. Tais perdas provocam dor psíquica, vivência depressiva, tristeza, frustração e desânimo (Millan, 1999).

O existir dentro da faculdade exige controle sobre as emoções, muitas vezes tendo que escondê-las para fugir do rótulo de frágil e sensível. Superada a adaptação, a entrada no ciclo profissionalizante gera uma nova crise, caracterizada pelo contato com o paciente, com a doença e a morte. Seu enfrentamento se faz através do distanciamento da pessoa do paciente e um determinado uso da razão, isto é, aquele que separa doente e doença, processo este modelado pelo exemplo de colegas e professores (Cerqueira e Lima, 2002).

A angústia maior desse período está na aceitação pelo grupo, uma vez que o contato com o paciente ainda é restrito. Outra questão que aqui se faz presente é de ordem financeira, uma vez que o estudante de medicina segue uma extensa carga horária de estudo, raramente tem condições de manter uma atividade profissional que lhe garanta rendimentos. Comparando-se com jovens da mesma faixa etária que já o fazem, sentem-se dependentes dos pais, com a auto-imagem prejudicada, reafirmando a fase de adolescente tardio (Millan, 1999).

Ao final do ciclo profissionalizante o internato é o momento de transição entre o modelo acadêmico e o vir a ser profissional, o que configura uma mudança de papel e função. É também um momento de trabalho interno de elaboração de diversos sentimentos. Além disso, este é

um momento de auto-avaliação do aprendizado, de verificação do que efetivamente se aprendeu para alcançar a complexidade da ação terapêutica como um todo, que integra o ouvir, o cuidar, o servir, ter apreço e empatia por quem sofre, terminando numa prescrição eficaz, não só para a doença que aprendeu a diagnosticar, mas também para o paciente (Schraiber, 1993).

Sendo o internato uma parte do curso médico que exige dedicação integral, o estudante não consegue planejar o seu tempo, tendo a impressão de que nenhum tempo lhe sobra. Coloca-se assim o interno diante de mais um rito de iniciação da vida de médico, onde o tempo dedicado ao exercício da profissão deve ser dividido com seu tempo de lazer. O último ano do curso médico é um período de muito estresse e está associado a declínio, ao longo do ano, da saúde física e psicológica do estudante (Raj et al., 2000).

O alívio esperado pelo término do curso não se concretiza, pois além da perda do status de estudante de medicina, enfrentará um novo desafio que é a escolha da especialização e a seleção para uma vaga na residência médica; exacerbando a competição já existente desde os primeiros anos de curso e que perdura durante a vida profissional. Do ponto de vista prático a residência acresce ao curso médico mais dois a quatro anos adiando mais ainda a independência financeira do jovem (Martins, 2005).

O estudante de medicina passa por várias crises ao longo do curso, desenvolvendo diferentes modos de enfrentamento. Aqueles com

personalidade estruturada e bom respaldo familiar superam as crises inerentes ao curso com mais tranqüilidade, aprendem e se desenvolvem com elas, buscando auxílio psicológico quando necessário. Por outro lado, aqueles com problemas psicológicos prévios e/ou com família desestruturada podem desenvolver quadros psicopatológicos (Millan, 1999).

Segundo Martins (1991), as adaptações possíveis são: frieza, isolamento social, ironia, humor negro, negação dos problemas ligados à profissão, tendência de auto-diagnóstico e auto-medicação.

Parkerson e colaboradores (1990) avaliaram o nível de qualidade de vida de estudantes do primeiro ano do curso de medicina da Universidade de Duke, através de questionários, avaliando fatores sociodemográficos e ambientais, medindo os seguintes aspectos: saúde física, saúde social, saúde mental, saúde geral, percepção de saúde e auto-estima, além de disfunções como ansiedade, depressão, dor e incapacidade. Cada item recebia nota de 0 a 100. Observaram que durante o primeiro ano do curso de medicina os alunos tiveram diminuição das horas de sono, da atividade física, do convívio social e da satisfação social. Este último item foi mais prevalente na população feminina, bem como os sinais de ansiedade e depressão.

Wolf (1994) afirma que o curso médico não é bom para a saúde do aluno, tendo em vista o estresse inerente ao curso, a consolidação da sua identidade, a aquisição de atitudes e valores éticos, além de um estilo de vida diferente calcado em sacrifícios, que dificultam o equilíbrio entre vida pessoal e acadêmica. O estudante de medicina, em alguns casos, pode

ainda enfrentar maus tratos, insultos e discriminação advindos de professores e ou colegas que estão diretamente associados ao embrutecimento e cinismo na prática médica, mudando atitudes, valores e até mesmo a personalidade do aluno. A psiquiatra francesa Marie Hirigayen (2003) define essas práticas como "Assédio Moral", uma violência cotidiana nas relações de trabalho, capaz de destruir o amor-próprio e a saúde física e mental.

Wolf (1994) encontrou também uma redução de auto-estima, afeição, alegria e vigor no transcorrer do curso, enquanto a depressão, hostilidade e ansiedade aumentaram.

Segundo Baldassin e colaboradores (2006) o curso médico está associado ao desenvolvimento de quadros ansiosos nos estudantes. Aplicando o inventário de Ansiedade Traço a 603 estudantes da Faculdade de Medicina do ABC observaram que 20,1% dos estudantes desse grupo apresentaram escores de ansiedade alta (maiores que 49 pontos) e 79,9% ansiedade média (33 a 49 pontos). Nenhum estudante obteve menos de 33 pontos, escore que define ansiedade-traço leve. O maior índice de ansiedade-traço alta (26,8%) foi encontrado no sexto ano do curso e o menor no terceiro (11,6%).

Chan (1991), comparando 335 estudantes de medicina da Universidade Chinesa de Hong Kong com 213 estudantes de outras áreas, concluiu que a incidência de estresse é semelhante nos dois grupos, porém nos estudantes de medicina os escores foram mais altos.

Vários estudos apontam como principais fontes de estresse a perda da liberdade pessoal, excesso de pressões acadêmicas, desumanização, falta de tempo para lazer e convívio com a família e amigos, competição, obsessão pelo trabalho técnico, dificuldade de adaptação à nova realidade, dificuldade de lidar com a morte, dificuldades inerentes à relação professor-aluno e médico-paciente. Wilson e colaboradores (1996) relataram melhora da qualidade de vida dos estudantes de medicina após mudanças no currículo médico da Universidade de Kentucky, onde houve valorização do aprendizado individual, ou em pequenos grupos, através do aprendizado baseado em problemas e outras metodologias, diminuindo em muito a carga horária do aluno.

Ball e Bax (2002), preocupados com as mudanças de hábitos e estilo de vida dos estudantes que ingressam no curso de medicina, promoveram uma intervenção educacional na Escola de Medicina da Universidade de Indiana, visando o estímulo à prática de exercícios físicos, socialização e cuidados com a saúde. O estudo posterior demonstrou mudança significativa nos hábitos de vida dos alunos do primeiro ano, com melhora da adaptação e ajustamento emocional.

Randon (2000) aponta que uma das preocupações na formação dos jovens deveria ser desenvolver-lhes o interesse pela vida e ensinar-lhes a valorizá-la, pois a prevalência de hábitos ruins que sabotam sua qualidade de vida pode estar ligada ao fato de que a vida oferecida a esses jovens é destituída de valor real. Corroborando essa afirmação, Gonzalez e colaboradores (2000), estudando o conceito de qualidade de vida entre

internos e residentes do Hospital de Caracas, observaram que a maioria deles não conceituou adequadamente qualidade de vida. Perceberam também que não foi oferecida aos estudantes a oportunidade de um treinamento formal a respeito desse assunto durante a graduação e que, se isso tivesse ocorrido, teria uma boa aplicação na sua prática médica.

Martins (1991) afirma que a faculdade de medicina é um ambiente de “toxicidade psicológica”, sendo função das instituições de ensino prover atendimento psicopedagógico, estimulo ao debate sobre os fatores de risco para a saúde mental, a vulnerabilidade e as limitações da profissão médica.

Simonton (in Capra, 1988) descreve que existem três maneiras não saudáveis de escapar de uma situação estressante na vida: uma leva à doença física, a outra à doença mental e a terceira à doença social com comportamento anti-social, crime, abuso de álcool e drogas.

Baldwin e colaboradores (1991) investigaram 2046 estudantes de medicina nos Estados Unidos e observaram que 87,5% utilizaram álcool nos últimos 30 dias, 10% de maconha, 10% cigarro, 2,8% cocaína, 2,3% tranqüilizantes, 1,1% opióides, 0,3% anfetaminas, 0,2% barbitúricos e 0,1% LSD, no entanto poucos estudantes admitiram dependência.

Em estudo semelhante com 3725 alunos de escolas médicas de São Paulo foi verificado, em ordem decrescente de freqüência, o uso de álcool, tabaco, solventes, maconha, tranqüilizantes e cocaína. Estando o gênero masculino mais propenso ao uso de álcool, o feminino mostrou-se mais propenso ao uso de tranqüilizantes (Andrade et al., 1997).

A literatura concorda que a incidência de suicídios entre os estudantes de medicina é 4 a 5 vezes maior que a média da população na mesma faixa etária. Em estudo retrospectivo de 1965 a 1985, Millan (1999) encontrou oito casos de suicídio entre estudantes matriculados na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Três deles eram os melhores alunos de sua classe, pela média de notas, apenas um aluno estava abaixo da média, enquanto o restante era considerado como médio ou bom aluno. A idade média foi de 23,1 anos, com prevalência de sexo masculino (6 homens e 2 mulheres) e estes suicídios foram mais freqüentes no segundo semestre. Foi observado que 2/3 dos indivíduos que se suicidam comunicam suas intenções previamente. O estudo sugere que uma forma de prevenção seria oferecer aos alunos do curso de medicina um serviço de assistência psicológica, que os auxiliasse no enfrentamento dos inevitáveis conflitos na formação médica, pois não há instrumentos para predizer um suicídio, muitas vezes somente após o fato se constroem ligações causais.

Todos esses estudos demonstram que o curso de medicina provoca mudanças no estilo de vida do estudante, que na maioria das vezes têm diminuída sua qualidade de vida. Tais mudanças são experimentadas de modo diferente por cada indivíduo, dependendo da sua personalidade, história prévia, relacionamentos, cultura e condições sociais econômicas.

Glasser (2001) afirma que essas diferenças ocorrem porque as tensões são percebidas, enfrentadas e suportadas por períodos mais curtos ou mais longos, dependendo das necessidades básicas individuais.

Essas necessidades básicas se dividem em cinco dimensões:

1 - Sobrevivência – necessidades básicas de nutrição, sono e ambiente saudável;

2 - Amor e pertencer – manter relacionamentos significativos;

3 - Poder – necessidade de controle;

4 - Liberdade – poder escolher o que é do seu desejo ou não;

5 - Diversão – lazer passivo e ativo.

Por exemplo, um jovem com grande necessidade de amor e pertencer sofrerá mais com o afastamento de seus relacionamentos do que o outro que tem baixa necessidade nessa dimensão. Quem tem alta necessidade de liberdade e diversão terá maior dificuldade em abdicar das horas livres para estudo e adaptar-se à carga horária do curso de medicina. Na dimensão sobrevivência, a alimentação inadequada, falta de sono e exercícios físicos podem ser experimentados de forma variável por cada um.

Portanto, a mesma tensão é percebida por cada pessoa com intensidade diferente, dependendo das suas necessidades, lembrando sempre que estas necessidades são de natureza social e cultural.

Capra (1988) e Glasser (2001) concordam que essa atividade auto-organizadora ocorre no plano mental, uma vez que é o próprio indivíduo que escolhe como se posiciona frente às suas situações de vida.

O estudante de medicina, apesar de ter diversas dificuldades e fontes de estresse na sua formação, pode no seu livre arbítrio entendê-las como desafio para seu desenvolvimento pessoal ou tornar-se um

“poliqueixoso”, com problemas psicológicos, de relacionamento, ou baixo desempenho escolar.

Essa auto-organização mental seguida de posicionamento frente às vicissitudes da vida foi denominada por Glasser (2001) de “Teoria da Escolha”.

Numa visão subjetiva do fenômeno pode-se dizer que, dependendo da percepção do evento estressor e do sentido a ele atribuído, tem-se ou não a condição do estresse, ou níveis diferentes de estresse. Frente às várias situações vivenciadas, deve-se responder a duas questões:

Qual o significado dessa situação para mim?

O que eu posso fazer em relação a isto?

A resposta a essas perguntas determinará as manobras de enfrentamento utilizadas visando à adaptação (Tavares, 2002). Em outros termos, considera-se que, embora cada contexto sócio-cultural tenha seu conjunto de delimitações para a vida coletiva, o indivíduo tem certa margem de escolhas possíveis. Dependendo de como ele irá se comportar diante dessas escolhas, ou quais escolhas fará, esse indivíduo irá conduzir com mais ou menos qualidade sua própria vida. Estas idéias são também exploradas pelo modelo de satisfação das abordagens sociológicas e psicológicas de bem-estar, felicidade e qualidade de vida (Dinner, 1984).

Campbell (1976) refere que a satisfação e conseqüente qualidade de vida dependem do hiato entre expectativa e realizações. Nas diferentes situações da vida o indivíduo deveria buscar um aumento de suas realizações ou diminuição de suas expectativas, sendo o aumento das

realizações tido como sucesso e a diminuição das expectativas como resignação. No entanto esse autor frisa que em determinadas situações a resignação é a única escolha e que esta depende da personalidade e cultura do indivíduo.

A percepção de estressores da mesma intensidade é diferente para cada indivíduo, sendo que o grau de resistência difere em cada um, ou seja, a resiliência é individual (Capra, 1988).

O termo resiliência evoluiu do concreto para o abstrato, tendo sido emprestado da física para a psicologia, e esse caminho de um termo de uma disciplina a outra é feito através da transdiciplinaridade (Assis et al., 2006; Melillo e Ojeda, 2005).

Resiliência, na física, define a habilidade de uma substância retornar à forma original quando a pressão é removida, é sinônimo de flexibilidade, enquanto na psicologia corresponde à capacidade de voltar rapidamente para seu estado usual de saúde ou espírito depois de passar por doenças, dificuldades e fatores estressores. No entanto, resiliência é diferente de invulnerabilidade. O que a caracteriza é a habilidade de superar adversidade, o que não é garantia de sair ileso da crise. Soma a esta definição a capacidade de lidar com problemas e procurar soluções, encarando os problemas como oportunidade de crescimento pessoal. Este autor afirma que o bom humor, a ética, a criatividade, a resistência e o não julgamento dos agressores são traços de pessoas resilientes e que podem ser encontrados em um terço da população (Tavares, 2002).

Rutter (1985, 1987) acredita ser a resiliência o processo final de adaptação, proteção e eliminação do risco e depende dos seguintes fatores:

interação pessoa-ambiente,

diferença individual da percepção do estresse,

mecanismos de proteção e enfrentamento,

reações em cadeia indiretas ao longo do tempo,

nível de atividade,

coeficiente intelectual e emocional,

suporte social e laços afetivos,

crenças,

competência em comunicação,

locus interno de controle,

personalidade do tipo *hardness*.

A função da instituição de ensino superior não é somente informar, mas formar seus estudantes de modo integral. É necessário valorizar o desenvolvimento individual, pela aquisição de capacidades físicas e psicológicas que possibilitem um maior controle do estresse, melhor uso de manobras de *coping* ou enfrentamento, além de melhorar as relações interpessoais, pois a resiliência se traduz em flexibilidade, disponibilidade, lucidez, ética, inteligência, liberdade, autonomia, responsabilidade, empatia, criatividade e maturidade (Tavares, 2002).

Todas essas propostas de atuação no plano individual devem ser complementadas com reformas dos currículos, da filosofia e prática da educação médica.

Conceito e classificação do estresse

As pesquisas sobre estresse enfatizam suas implicações para a saúde física e mental, alterando a produtividade e a qualidade de vida.

A palavra estresse deriva do latim e foi empregada popularmente no século XVII com significado de fadiga. No século XVIII e XIX, na língua inglesa, o termo era utilizado para designar força, esforço e tensão (Pereira, 2002; Botsaris, 2003). A física define tensão como a relação entre a força e a superfície na qual é aplicada, ou seja, a intensidade com que a força afeta a matéria. Nos seres humanos tensão significa como e com que intensidade as influências do mundo externo afetam o corpo e a mente.

O estresse pode ser definido como uma reação complexa e global do organismo, envolvendo componentes físicos, psicológicos, mentais e hormonais, frente a situações que representem um desafio maior e que ultrapassem a capacidade de enfrentamento de cada organismo, visando adaptar o sujeito individual à nova situação. Segundo Pereira (2002), a palavra estresse teve tamanha difusão que se popularizou como sinônimo de qualquer alteração, em geral negativa, sentida pelo indivíduo. Sendo comum o jargão “não me estresse” quando a pessoa está pressionada, entristecida, ou na expectativa de algo bom ou ruim. Qualquer sentimento de ansiedade e tensão rotineiramente é denominado estresse, ocorrendo uma confusão, pois o estresse é encarado tanto como elemento desencadeante como resultado do processo.

A primeira definição de estresse foi elaborada por Hans Selye (1965), médico e pesquisador austríaco, que observou em ratos submetidos a fatores de agressão, reações do organismo buscando adaptação. A esse conjunto de reações denominou Síndrome Geral de Adaptação. Hans Selye publicou um resumo de seus estudos e conferências, contendo a evolução do conceito de estresse e da dinâmica da Síndrome de Adaptação, bem como seu potencial na gênese de doenças. Termina o texto reconhecendo a necessidade de outros olhares sobre seu tema de estudo e autoriza a ampliação do conceito de estresse por pesquisadores não só da área biológica, mas também da psicologia, da sociologia, de estudiosos da saúde ambiental e qualidade de vida (Arantes e Vieira, 2002).

Através do seu trabalho Selye propõe um novo modo de encarar o organismo, em que as respostas orgânicas não são isoladas, mas relacionadas entre si e entre os diversos sistemas.

Divide-se o estresse em três fases: alerta, resistência e exaustão. A primeira fase – de alerta – é positiva, se caracteriza pela produção de adrenalina, tornando o indivíduo mais atento, criativo, produtivo, motivado, enfim, preparado para ação. Essa fase também se denomina - estresse inicial ou positivo.

Na segunda fase – a da resistência – a pessoa lida com seus estressores, buscando manter a homeostase. Esta fase é seguida por uma fase de alerta prolongada ou de agregação de novos estressores, com queda da produtividade e aumentando a vulnerabilidade às doenças. Nesta fase observa-se aumento de cortisol. Caso o indivíduo elimine o fator

estressor, se restabelece o equilíbrio e o processo de estresse se encerra (Botissaris, 2003; Pereira, 2002).

Na persistência de fatores estressantes ocorre quebra da resistência e início da terceira fase - exaustão – em que se inicia processo de adoecimento, depressão e perda da concentração (Lipp e Tanganelli, 2002).

Lipp (2000) identificou uma nova fase do estresse entre a resistência e a exaustão denominando-a de quase-exaustão. Quando a tensão ultrapassa o limite gerenciável, diminuem as resistências físicas e emocionais, exigindo grande esforço no desempenho das atividades diárias, intercalando momentos de produtividade normal e desconforto; o que gera ansiedade. Alterações no organismo, como o aumento do cortisol, nesta fase, podem diminuir as defesas imunológicas e gerar adoecimento. Essas fases podem ser avaliadas quantitativamente através de questionários como, por exemplo, o Inventário de Sintomas de Estresse para Adultos, elaborado por Lipp (2000).

O estresse excessivo ainda acelera o processo de envelhecimento e tem impacto na área psíquica e no sono (Botsaris, 2003; Lipp, 2000).

O estresse também pode ser positivo, quando a intensidade do estressor é breve, gerando resposta leve e controlável, sendo estimulante e possibilitando desenvolvimento emocional e intelectual. Esse tipo de estresse foi denominado "eustresse" por Selye (1965). Lipp (2000) classificou-o como estresse positivo ou estresse ideal, onde se aprende a

gerenciar a fase de alerta e recuperação, beneficiando o indivíduo com o aumento da produtividade e criatividade, características da fase de alerta.

O homem não se reduz à sua biologia, que é o organismo em contato com o mundo físico que o rodeia, mas é um ser biopsicossocial. A socialização existe desde os primórdios da humanidade, tendo-se sofisticado progressivamente, trazendo novos desafios, disputas, regras e necessidade de adaptação. Cresce com isso a tensão emocional que resulta em estresse em diferentes intensidades.

Pereira (2002) classifica estressores em:

Estressores físicos – provenientes do ambiente externo, como ruídos, frio, calor, acidente, fome e dor. Interferem predominantemente no corpo do indivíduo;

Estressores cognitivos – avaliados como ameaçadores à integridade do indivíduo ou do seu patrimônio; como provas, concursos, assaltos e discussões;

Estressores emocionais – sentimentos de perda, medo, ira, acontecimentos como casamento, divórcio, mudanças onde o componente afetivo predomina.

Lipp (1995) afirma que o estresse pode ser originado de fontes externas ou internas. As internas estão relacionadas com a maneira de ser: o tipo de personalidade e o modo de reagir à vida. O acontecimento pode não ser em si estressante, mas o estresse pode depender da maneira como a pessoa lida com esse acontecimento. Já os estressores externos estão

relacionados com as exigências do cotidiano: trabalho, família, morte, doença, convívio social, perdas e violência.

Fontana (1991) descreve sintomas de estresse que influenciam o processo ensino-aprendizagem. Segundo ele o estresse excessivo promove um decréscimo da concentração e atenção. As memórias de curto e longo prazo deterioram-se, reduzindo sua amplitude e reconhecimento. A velocidade de resposta torna-se imprevisível, aumentando os índices de erros. Perde-se a capacidade de concentração, de organização e planejamento. Aumentam as tensões e os distúrbios do pensamento. A auto-estima diminui, reforçando a sensação de depressão e desamparo. Diminuem ainda a articulação verbal, o interesse e entusiasmo pelo trabalho. Os níveis de energia se reduzem e altera-se o padrão de sono. Neste estágio o uso de drogas pode se instalar. O indivíduo fica crítico em relação ao meio e adquire tendência a ignorar novas informações. Todos estes sintomas em conjunto ou isolados, podem potencialmente prejudicar o processo de ensino-aprendizagem no curso médico.

Já relativamente à qualidade de vida, segundo Pereira (2002), o estresse teria a função de ajustar a homeostase, melhorar a capacidade do indivíduo, garantindo-lhe sobrevivência e qualidade de vida.

O estresse crônico em profissionais cujas atividades exigem alto grau de contato com pessoas é denominado *burnout*. O termo *burnout* deriva de uma gíria do inglês, e refere-se àquilo que deixou de funcionar por falta de energia. É uma metáfora que define o indivíduo que chegou ao seu limite

e por falta de energia não tem condições de desempenho físico e mental (França, 1987).

A primeira publicação científica a esse respeito foi em 1974, com as pesquisas de Freudenberg com profissionais da área de saúde, sendo considerado como doença ocupacional (Freudenberg, 1974).

Na sua concepção clínica o *burnout* se caracteriza por sinais de exaustão física, psíquica e emocional que ocorrem quando as tarefas intelectuais exigem grande qualificação, decisões importantes e de peso emocional intenso (França, 1987).

Segundo Pereira (2002), o *burnout* evolui com exaustão emocional, despersonalização e redução da realização profissional, que são definidas como:

Exaustão emocional – sensação de esgotamento físico e mental, não dispor de energia para nada, estando no limite das possibilidades;

Despersonalização – o indivíduo não perde a personalidade, mas essa sofre alterações, levando o profissional a ter um contato frio e impessoal com os usuários dos seus serviços, assumindo atitudes de cinismo, ironia e indiferença;

Reduzida realização pessoal – insatisfação com o trabalho, sentimento de insuficiência, baixa auto-estima, desmotivação, baixa eficiência, com ímpetos de abandono do cargo.

Diferentemente do estresse que pode ter um caráter positivo o processo de *burnout* sempre tem caráter negativo.

Segundo as pesquisas de Gil-Monte e Peiró (1997), existem características pessoais, do trabalho e organizacional que desencadeiam o *burnout*.

Quanto às características pessoais, observa-se que o burnout é mais freqüente em profissionais com menos de 30 anos, não havendo diferença de incidência entre sexos. Nas mulheres ocorre mais exaustão emocional, enquanto nos homens ocorre despersonalização mais freqüentemente. Quanto mais graduado o profissional maior a chance de desenvolver *burnout*. As pesquisas são controversas quanto ao estado civil e à presença de filhos.

No que se refere às características de personalidade, Kobasa (1979) definiu como *hardness* a personalidade que resiste ao estresse e com menor propensão ao *burnout*. Nessas condições, existe uma maior capacidade de interpretar os agentes estressores como passíveis de controle, ou como um desafio a ser vencido, com desenvolvimento pessoal. Nesse tipo de personalidade encontram-se três dimensões: compromisso, controle e desafio. Estas implicam em envolvimento (compromisso), sentido de domínio da situação (controle) e frente a situações adversas, estas são encaradas como oportunidade de aquisição de novas perspectivas, revelando disposição à mudança (desafio).

Já as pessoas que atribuem suas possibilidades aos acontecimentos da vida e eventos externos têm maior probabilidade de desenvolver *burnout*, essa característica denomina-se lócus de controle externo.

O padrão de personalidade “tipo A” de pessoas competitivas, esforçadas, impacientes, com excessiva necessidade de controle, dificuldade de tolerar frustrações e que vivem em função do tempo, tem altas pontuações de exaustão emocional na escala de *burnout*.

Variáveis de auto-estima, confiança e auto-eficácia, se elevadas, diminuem as chances da pessoa de desenvolver *burnout*, enquanto pessoas passivas que evitam enfrentamento têm chances aumentadas.

O perfeccionismo é a tendência em estabelecer padrões elevados de qualidade, preocupando-se excessivamente com a possibilidade de erro, por insegurança e medo de falha, tem sido apontado como característica com vulnerabilidade ao *burnout*.

Otimismo e pessimismo referem-se ao modo com que as pessoas interpretam suas experiências. Os otimistas acreditam que os aspectos positivos possuem maior probabilidade de ocorrência, e em circunstâncias adversas crêem que os problemas são temporários e passíveis de controle. Por outro lado, os pessimistas tendem a se fixar em aspectos negativos ou dão maior relevância a estes, prevendo sempre possibilidade de malogro, sofrendo antecipadamente. Curiosamente o idealismo e a motivação aumentam as chances de *burnout*, pois estão associados a expectativas elevadas e muitas vezes pouco realistas, como as que acompanham os ingressantes no curso de medicina, os quais tendem a se decepcionar com o curso durante os primeiros anos.

Trabalho noturno acarreta mais freqüentemente transtornos físicos e psicológicos, aumentando a chance de aparecimento do estresse profissional.

Quanto mais próximo à relação profissional–cliente, maior a probabilidade de se estabelecer *burnout*, assim como uma grande quantidade de atendimentos gera sobrecarga que também propicia o *burnout*. Nesta visão, o tipo de cliente difícil, queixoso, agressivo, depressivo, beligerante ou com necessidades especiais, bem como o contato com injustiças sociais, sofrimento e morte têm influência no estresse profissional. Entre os médicos, são considerados fatores estressores: a responsabilidades médica, o poder sobre a manutenção da vida e as conseqüências civis e penais do erro médico. Segundo Maslach e Jackson (1996), na síndrome de *burnout* o trabalhador se envolve afetivamente com seus clientes, se desgasta, e num extremo, desiste, e entra em *burnout*.

Quanto às características organizacionais geradoras de *burnout* descrevem-se as condições do ambiente de trabalho como temperatura, ruídos, iluminação, condições de higiene, risco de intoxicação e contaminação, relação de espaço e mobiliário adequado. Fatores que podem interferir na saúde física e psicológica do indivíduo.

Mudanças, burocracia e normas institucionais, também são fatores determinantes de *burnout*, enquanto a comunicação aberta, autonomia, recompensa e segurança agem inversamente.

Com a finalidade de diagnosticar e avaliar a síndrome do estresse profissional - *burnout* - foram criados vários questionários de auto-informe. O

FBS – Freudenberg Burnout Scale, BM – Burnout Measure, BAU – Burnout Assessment Inventory, SBS – Staff Burnout Scale e MBI – Maslach Burnout Inventory (Maslach e Jackson, 1996).

Os níveis de *burnout* diferem conforme a cultura estudada, categorias profissionais e cargo (Ferenhof, 2002). Segundo Arantes (2002), dentro da profissão médica algumas especialidades estão mais vulneráveis a síndrome de *burnout*, como aquelas que lidam com pessoas portadoras de doenças graves, deficiências, necessidades especiais, crianças, populações carentes, risco de vida, funções que exijam precisão de movimentos e trabalhos em turnos.

Pereira (2002) em revisão da literatura, descreve como agentes estressores da profissão médica:

Demanda de atendimento,

Pouco reconhecimento,

Reduzida participação nas decisões organizacionais,

Plantões,

Longa jornada de trabalho,

Dificuldade de promoção,

Equipe despreparada,

Absenteísmo na equipe,

Necessidade de atualização contínua,

Exposição constante a risco,

Pressão do tempo e urgências,

Burocracia na prática diária,

Convivência com o sofrimento e morte,

Responsabilidade civil e pessoal da prática médica,

Exigências na qualidade do atendimento,

Pacientes difíceis e problemáticos,

Problemas de comunicação e competição laboral,

Relacionamento com superiores,

Ambiente de trabalho inadequado,

Ausência de local privado para descanso nos intervalos,

Salário insuficiente.

Benevides e Pereira, avaliando a ocorrência de *burnout* em estudantes de medicina, do 1º ao 6º ano, utilizando o MBI, observaram que 3/4 da amostra apresentava altos índices de exaustão emocional, despersonalização e reduzida realização pessoal, sugerindo a presença de *burnout*, principalmente entre alunos do quarto ano. Descrevem, ainda, como dificuldades desses alunos: manter uma vida social e a ocorrência de sintomas psicossomáticos. Observaram, também, que o nível de ansiedade havia duplicado do primeiro ao terceiro ano (Pereira, 2002).

Alguns estudos demonstraram que as atitudes céticas dos alunos aumentam no decorrer do curso, enquanto sentimentos humanitários decrescem, com diminuição da empatia com os pacientes, ocorrendo um processo de desumanização ou brutalização do estudante (Cataldo et al., 1998).

Glasberg e colaboradores (2007) estudaram médicos oncologistas e perceberam que aqueles com atividade física, crença religiosa, que tinham

algum *hobby* e tinham suficiente tempo de férias estavam menos sujeitos a *burnout*.

Os estudos de Walter Canonn já descreviam que diante de oscilações do meio que possam agredir o organismo, o corpo tende a se estabilizar e adaptar, buscando a homeostase. Sendo o ser humano um sistema aberto, que atua sobre o meio e sofre influência dele, sua homeostase consiste em um equilíbrio móvel, não estático, diferente do equilíbrio fixo que é a inércia. Todos os seres vivos são sistemas abertos e sendo assim têm uma tendência a um estado de desordem denominada entropia. A entropia é uma tendência natural e saudável, vinculada às mudanças, à experimentação do novo, a adaptar-se e buscar equilíbrio. Quando a entropia aumenta até alcançar níveis insuportáveis o indivíduo adoece e morre.

Na tentativa de controlar os níveis de entropia, os sistemas abertos se utilizam da negentropia, que é tendência a um estado de ordem.

Essas duas tendências à ordem e desordem, respectivamente negentropia e entropia, se alternam buscando a homeostase do indivíduo, que pode apresentar num dado momento um alto nível de entropia, potencialmente perigoso à sua saúde física e mental, devendo então, buscar mecanismos de negentropia a fim de restaurar a homeostase, num equilíbrio móvel, semelhante a uma gangorra. Assim, a entropia e a negentropia se alternam em níveis mais altos e baixos, buscando o equilíbrio.

Tal equilíbrio móvel interfere nas mensurações dos níveis de estresse e qualidade de vida do indivíduo, que não são estáticos ou lineares,

mas podem apresentar oscilações para níveis mais altos ou mais baixos, em determinado espaço de tempo, sendo esta uma característica de normalidade. Não se espera nível de qualidade de vida sempre alto e estresse invariavelmente baixo.

Sonolência diurna e sua influência sobre a qualidade de vida

Sono não é o oposto de vigília. Ambos representam consciência em diferentes níveis, para muitos estudiosos. Entende-se consciência desde a capacidade de processar informações, selecioná-las, monitorar o ambiente até tomar decisões. O sono não é um período de inconsciência ou insensibilidade total, mas é um estado em que há redução da capacidade de processar os eventos do ambiente. O cérebro permanece em funcionamento, mas em nível de consciência diferente. O sono é necessário para manutenção da saúde física, mental e psicológica. Experimentos com privação de sono demonstraram que existe uma progressiva deterioração mental, psicológica e física, que inclui mudanças de humor, diminuição da coordenação motora e da capacidade de raciocínio, problemas de memória e da fala, alucinações, paranóia e danos físicos como alterações de batimentos cardíacos e temperatura corporal. O sono participa da homeostase do organismo. É uma função vital como comer e beber, necessária para a sobrevivência (Coren, 1996).

O termo sonolência é usado como propensão a cochilar ou dormir quando se intenciona permanecer acordado e deve ser distinguido da sensação de cansaço e fadiga (Johns e Hocking, 1997).

A sonolência diurna excessiva é considerada um problema de saúde pública, afetando 12% da população (Punjabi, 2003). Correlaciona-se com acidentes de trânsito e de trabalho, problemas relacionais e diminuição da qualidade de vida, além de problemas cardiovasculares (Roth, 1996).

São causas de sonolência diurna:

- Privação de sono ou quantidade de sono – a sonolência diurna está diretamente relacionada à diminuição do tempo de sono, seja numa única noite ou à privação de um pouco de tempo a cada noite, durante determinado período, causando acúmulo de sono.

- Qualidade do sono – relaciona-se com a continuidade de horas dormidas. Pacientes com apnéia e/ou obstrução de vias aéreas superiores, dores e mioclonias apresentam freqüentes interrupções do sono, que resultam em sonolência diurna.

- Ciclo circadiano – durante o ciclo circadiano de 24 horas descrevem-se dois períodos de maior sonolência, entre 0 e 6 horas e entre 14 e 18 horas.

- Medicações – drogas como benzodiazepínicos, barbitúricos, anti-histamínicos e álcool, que atuam no sistema nervoso central, produzem sonolência diurna. Estimulantes como anfetaminas e cafeína aumentam o período de alerta, podendo mascarar a sonolência diurna (Alóe et al., 1997).

As principais causas de sonolência excessiva são: a obstrução de vias aéreas (apnéia obstrutiva) e a privação de sono, aquela mais comum na população idosa e esta comum em jovens.

A sonolência diurna pode ser medida através de testes objetivos e subjetivos. O MSLT (*multiple sleep latency test*) é atualmente um dos mais utilizados, feito de forma objetiva, em laboratório. A Escala de Sonolência Diurna de Epworth foi idealizada por Murray Johns (1991), como uma opção ao MSLT, muito extenso, caro e demorado, para um teste de rotina. Desde então vem sendo usada como ferramenta para avaliação da sonolência diurna, tendo sido validada e adaptada para diferentes culturas ou idiomas. Trata-se de uma escala simples, auto-administrável com oito afirmações sobre a tendência a sonolência diurna em situações cotidianas. As respostas são atribuídas a pontuação 0, 1, 2 e 3 e a soma dessa pontuação resulta no escore final. Esse escore final mede o nível de sonolência diurna. A Escala de Epworth deve ser respondida levando-se em conta o modo de vida do entrevistado nas últimas semanas (Anexo III).

Consideram-se normais escores até 10, patológicos escores entre 11 e 15 e muito patológicos entre 16 e 24. Escores acima de 16 indicam alto nível de sonolência diurna, encontrados em pacientes com narcolepsia, obstrução de vias aéreas e hipersonia idiopática (Johns 1991, 1992, 1994, 1997). A Escala de Sonolência Diurna foi denominada de escala de Epworth por ter sido desenvolvida no centro de desordens do sono do *Epworth Hospital*, em Melbourne. Johns, estudando 180 indivíduos, encontrou a média dos escores de 5,9 ± 2,2. Em estudo subseqüente, Johns (1992),

avaliou 104 estudantes de medicina da *Monash University Medical School*, em Melbourne, encontrando como média de escores para esse grupo de 7,6 ± 3,9 considerados acima da média dos escores do grupo controle 5,9 ± 2,2.

A média de escores da Escala de Sonolência Diurna de Epworth de 616 estudantes do curso de Medicina na Universidade de São Paulo (Alóe et al., 1997) foi 10,0 ± 3,7, maior que aquela encontrada nos estudantes de medicina australianos, de 7,6 ± 3,9 (Johns, 1992). Nos dois estudos as médias de idade e de horas de sono foram semelhantes.

Em estudo feito na Universidade de Brasília, em 1997, avaliou-se a sonolência diurna de 172 estudantes de Medicina, do primeiro ao décimo período, no inicio e ao final do semestre. Utilizando-se a Escala de Sonolência Diurna de Epworth, foi observado que, ao inicio de semestre, 39,5% dos estudantes apresentavam sonolência diurna excessiva, considerando escores acima de 10. No grupo sem sonolência diurna, 22% dos estudantes desenvolveram sonolência diurna ao final do semestre. Houve um aumento da média de escores do grupo de 9,4 ± 4,1 para 10,7 ± 4,0 ao final do semestre. Os pesquisadores analisaram ainda as notas desses estudantes e afirmam que os mais sonolentos não obtiveram notas mais altas que seus colegas sem sonolência diurna, supondo que os primeiros tivessem aumentado as horas de estudo em detrimento das horas de sono (Rodrigues, 2002). Na Coréia, estudo com 3871 adolescentes demonstrou que a sonolência diurna diminui significativamente o rendimento escolar (Chol, 2003).

Johns (1976), analisando 104 estudantes do quarto ano do curso de medicina, constatou que houve correlação entre notas acadêmicas e alguns hábitos de sono, como qualidade do sono, hora de acordar durante a semana e no fim de semana. Estudantes com melhores notas acordavam mais cedo durante a semana e nos fins de semana e tinham uma melhor qualidade do sono que estudantes com notas mais baixas.

Assim como esses, outros estudos mostram que a privação do sono em estudantes de medicina reduz a capacidade de raciocínio em testes de memória, linguagem e matemática. Piora também a capacidade de retenção de informações, resolução de problemas, concentração, atenção visual e interpretação de eletrocardiogramas. Ocorrem, ainda, alterações do humor, menor motivação e depressão (Green, 1995; Hidalgo, 2002).

Associações entre sonolência diurna e desordens psiquiátricas menores foram demonstradas em um estudo com 342 estudantes do curso de medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (Hidalgo, 2002).

A privação do sono em estudantes de medicina, residentes e médicos é interpretada como símbolo de dedicação à profissão, o que, em curto prazo parece aumentar a produtividade tanto nos estudos como no atendimento, a longo prazo, provoca queda da produtividade, déficit cognitivo, desmotivação, desordens psiquiátricas menores, enfim, prejuízo da saúde geral e da qualidade de vida.

Justificativa do Estudo

JUSTIFICATIVA DO ESTUDO

A partir de vivências pessoais como discente e posteriormente como docente e profissional da área médica, passei a considerar fundamental, nos cursos de medicina, levar em conta a qualidade de vida do estudante de medicina.

O estudante de medicina ao ingressar no curso vê-se obrigado a adaptar-se a um contexto radicalmente novo de ensino-aprendizagem e também de vida universitária, mudando seu estilo de vida, muitas vezes entendendo isso como perdas no que tange sua vida pessoal, inter-relacional e lazer.

Durante o curso enfrenta vários tipos de exigências como competição, abuso moral, carga horária extensa, contato com o processo saúde, doença e morte, muitas vezes sendo privilegiada a aquisição de conteúdos em detrimento de aquisições de valores que o tornem mais capaz de enfrentar tais vicissitudes.

O treinamento em serviço que recebe vem de médicos, professores, preceptores ou residentes que são tidos como referências futuras, isto é, configuram modelos para os alunos, mas nem sempre correspondem a bons modelos de saúde física e mental.

O curso de medicina propicia ao estudante uma série de agentes estressores que são percebidos de forma individual, subjetiva e temporal, dependendo do patrimônio cultural, emocional e sócio-econômico, que determinam a resiliência e escolhas dos alunos.

As muitas exigênicas inerente à formação médica atuam como fatores estressores de diminuição da qualidade de vida, obrigando o estudante gerir seu tempo e desenvolver manobras de enfrentamento.

O currículo do curso médico e suas atividades agregadas exigem dedicação intensa do estudante, havendo uma grade horária com pouco tempo livre. Tal realidade, somada ao excesso de conteúdo ministrado, leva o estudante a diminuir suas horas de sono e apresentar sonolência diurna, que afeta a sua qualidade de vida.

O estudante aprende a tratar dos pacientes e negligencia o cuidar de si por duas razões: na sua formação a definição e aplicação do conceito de qualidade de vida não são claras e destituídas de importância, estando o estudante pouco capacitado a conceituar o que seja a qualidade de vida. O estudante aprende a identificar-se como sujeito diverso dos pacientes, o que recomenda para estes não parece ser aplicado a si próprio.

A qualidade de vida do estudante de medicina consiste em um sistema complexo de difícil mensuração, por envolver a inter-relação de fatores internos e externos ao indivíduo, tais como a subjetividade e o contexto sócio-cultural. Apesar dessas considerações feitas com freqüência, há necessidade de mais estudos em que se procure aprofundar os fatores que influenciam na qualidade de vida do estudante de medicina, para que norteiem mudanças no sistema de ensino e suporte. Frente a isso é necessário saber se:

- A qualidade de vida do estudante muda no decorrer do curso, denotando uma associação entre as diversas situações da vida acadêmica e a qualidade de vida.

- A qualidade de vida pode diferir conforme a natureza jurídica da escola médica, se pública ou privada.

- A qualidade de vida pode diferir conforme o sexo, implicando a perspectiva de gênero quanto a essa qualidade.

- A qualidade de vida pode sofrer influência da sonolência diurna.

Objetivos

OBJETIVOS

Objetivo Geral

Estudar a qualidade de vida dos estudantes de medicina presentes no Encontro Científico de Estudantes de Medicina de 2004 (ECEM - 2004) e compreender os fatores relacionados a ela.

Objetivos Específicos

1. Avaliar a qualidade de vida de estudantes de medicina através de auto-avaliação da qualidade de vida e do emprego do questionário WHOQOL – abreviado.

2. Avaliar a sonolência diurna de estudantes de medicina utilizando a escala de sonolência diurna de Epworth e estudar a relação entre sonolência diurna e qualidade de vida.

3. Desenvolver um inventário específico para avaliar a qualidade de vida do estudante no curso de medicina.

4. Estudar as diferenças existentes entre os escores de qualidade de vida entre estudantes dos diferentes anos do curso médico.

5. Estudar as diferenças existentes entre os escores de qualidade de vida entre estudantes de escolas públicas e privadas.

6. Estudar as diferenças de gênero existentes nos escores de qualidade de vida em estudantes de medicina.

Métodos

MÉTODOS

Este projeto foi aprovado pela Comissão de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, e nas duas fases do estudo todos os participantes assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O estudo foi realizado em duas etapas. Na primeira etapa foram realizados grupos focais entre estudantes de medicina com o objetivo de obter dados para a elaboração de um inventário de avaliação da qualidade de vida do estudante no curso de medicina (IQVEM). Os dados qualitativos coletados serviram de escopo para a construção do inventário (IQVEM), que foi aplicado na segunda etapa da pesquisa. Os dados colhidos através da pesquisa qualitativa permitiram também conhecer mais da realidade dos sujeitos da pesquisa, entender as inter-relações e significados das suas vivências. Nesse estudo, a primeira fase com a coleta de dados qualitativos prestou-se à construção de um instrumento específico de avaliação da qualidade de vida do estudante e valeu-se ainda pela produção de conhecimento em si mesmo, permitindo melhor análise dos dados quantitativos da segunda fase. Serviram ainda para subsidiar a análise dos dados quantitativos.

Na segunda etapa construiu-se um caderno de respostas contendo dados demográficos, perfil de idade e sexo, escola de origem, escala de sonolência diurna de Epworth, WHOQOL – abreviado e o Inventário

Específico de Avaliação da Qualidade de Vida do Estudante no Curso de Medicina e perguntas abertas.

As duas fases de coleta de dados utilizaram amostras de conveniência, por sua viabilidade operacional. Este procedimento implicou em alguns limites da pesquisa que serão apresentados na discussão dos resultados.

Métodos – Fase I

A pesquisa qualitativa permitiu identificar nesse estudo a compreensão dos significados atribuídos às vivências e às crenças, ao serem descritos e apreciados os comportamentos e as inter-relações entre os sujeitos participantes do estudo, contextualizando esse estudo no âmbito cultural, social e temporal dos sujeitos abordados e aproximando as questões de uma visão subjetiva dos fenômenos investigados. Este enfoque, qualitativo, proporcionou, portanto, uma compreensão do sentido dos acontecimentos para aqueles que os viveram e nos reportam essas vivências.

A pesquisa qualitativa, por sua natureza e limites é um processo de evidenciar as percepções e os acontecimentos, em que se busca apresentar o existente socialmente em uma gama de possibilidades culturais, daí seu uso para na pesquisa exploratória. Como foi utilizada neste estudo, na exploração de questões ainda desconhecidas, tal como o leque de

conteúdos e elementos significativos para definir o que é qualidade de vida para o estudante de medicina (Turato, 2003; Debus, 1997; Iervolino e Percione, 2001).

Debus (1997) define como funções da pesquisa qualitativa: ser instrumento gerador de idéias e auxiliar a avaliação do estudo quantitativo, bem como sua elaboração. Victória e colaboradores (2000) descrevem como técnicas de coleta de dados qualitativos: entrevista, questionário, observação direta ou observação participante, história de vida, rede de relações, desenhos, classificação de fotos ou gravuras, registros institucionais e grupos focais. Dessas técnicas foi escolhida a pesquisa com grupos focais para a primeira fase do estudo.

A técnica de grupos focais é utilizada para completar informações, conhecer atitudes, opiniões, percepções e comportamentos. Proposta por Merton, Fisk e Kendall (1956), que investigaram o potencial de persuasão da propaganda durante a segunda guerra mundial, essa técnica logo foi incorporada às pesquisas de mercado e psicológicas. Utilizada na área da educação em saúde na década de 90, permite a identificação e análise aprofundada de questões a partir do ponto de vista de um coletivo.

Metodologia do grupo focal

O grupo focal tem por essência a interação entre participantes e pesquisador, colhendo dados a partir de uma discussão focada em tópicos específicos e diretivos, daí a denominação de grupo focal.

A coleta de dados do grupo focal baseia-se na tendência humana de formar opiniões e atitudes na interação, isto é, nas trocas intersubjetivas dos participantes. Esta forma de pesquisa contrasta com a aplicação de questionários fechados ou entrevistas individuais, técnicas em que a pessoa é convocada a emitir opiniões, de forma totalmente individualizada e isolada das demais, sobre assuntos sobre as quais talvez nunca tenha pensado. Já na discussão em grupo a pessoa se beneficia ouvindo a opinião dos outros, a fim de formar a sua ou mesmo mudá-la. Cabe ao pesquisador propiciar que diferentes pontos de vista se formem (Iervolino e Pelicioni, 2001, Westphal et al., 1996). Na medida em que diferentes olhares e diferentes ângulos de visões acerca de um fenômeno vão sendo colocados pelos sujeitos, se desperta a elaboração de certas percepções que se mantinham latentes. A passagem desta condição à expressão ocorre no processo interativo que se estabelece no grupo. Cada participante fala a partir de sua verticalidade, suas vivências. Porém, esta história individual constrói-se no seio de inter-relações, fazendo os sujeitos porta-vozes da horizontabilidade em que se inscrevem (Denzin, 2006).

Autores como Westphal (1996), Debus (1997) e Cotrim (1996) delinearam a metodologia da técnica de grupos focais, quanto à sua composição, coordenação, organização local e documentação. No presente estudo, usou-se do grupo focal seguindo a metodologia proposta na literatura.

As escolas médicas selecionadas para esse estudo constituíram uma amostra de conveniência, a saber:

- Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
- Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo
- Faculdade de Medicina de Marília
- Faculdade Evangélica do Paraná
- Pontifícia Universidade Católica do Paraná
- Universidade Estadual de Pernambuco

O desenvolvimento desses grupos focais foi precedido de contato prévio com a coordenação do curso e diretoria da instituição, através de carta contendo esclarecimento sobre a pesquisa, seus objetivos e um pedido de apoio para realização da pesquisa no local.

A participação dos estudantes no grupo focal esteve condicionada à assinatura de termo de consentimento livre e esclarecido e consentimento da Instituição de Ensino (Anexos I e II).

Fizeram parte da ética da pesquisa, além de garantir o sigilo das informações e orientações sobre os objetivos da pesquisa e metodologia aplicada, também a busca de oferecer conforto, facilidade de acesso e alimentação aos participantes.

A composição do grupo focal se fez com 8 a 12 participantes. A seleção tentou ser não restritiva, garantindo a presença de dois estudantes por ano do curso. O recrutamento foi aleatório, feito através da coordenação do curso e dos centros acadêmicos, e o contato foi por telefone e meio eletrônico. Esse recrutamento previu um acréscimo de 20% no número de participantes, a fim de prevenir ausências.

A coordenação do grupo foi feita pela pesquisadora atuando como coordenadora / facilitadora e um assistente / relator, cuja tarefa consistiu em avaliar a dinâmica grupal, anotar impressões e os fatos mais relevantes de cada reunião. A coordenadora do grupo manteve intervenção firme e discreta, não expressando acordo ou desacordo com os pontos de vista dos participantes.

A condução do grupo seguiu um roteiro de cinco tópicos, expostos não como questões, mas como estímulos para introdução do assunto. Coube a pesquisadora solicitar esclarecimentos de pontos específicos, sugerir o próximo tópico e estimular a participação de todos.

O ambiente de trabalho para desenvolvimento dos grupos focais foi neutro, confortável, silencioso, livre de interrupções e de fácil acesso. Os assentos foram dispostos de modo que possibilitasse o contato visual dos participantes, em círculo ou ao redor de uma mesa.

O tempo destinado às sessões variou de 120 a 180 minutos, considerando-se um período de aquecimento para uma boa interação e um espaço de encerramento. Houve uma preocupação por parte da pesquisadora em dar devolutiva aos participantes do grupo focal ao final da sessão, também foi a eles disponibilizada a transcrição do grupo e os resultados finais da pesquisa.

Os registros dos grupos focais se fizeram a partir da ficha de identificação dos participantes, consentimento livre e esclarecido, síntese do assistente observador e gravação de áudio da sessão, garantindo um conteúdo fidedigno.

Cada grupo focal seguiu o seguinte roteiro:

- Abertura com apresentação da equipe de coordenação, boas vindas e definição dos objetivos.

- Esclarecimento sobre o método de pesquisa.

- Apresentação dos participantes entre si e entrega de crachás e formulários de identificação individual, e preenchimento e assinatura do consentimento livre esclarecido.

- Estabelecimento do contrato grupal com a definição de regras de convivência, assiduidade, atrasos, desistência e sigilo compartilhado.

- Estabelecimento das regras do debate enfatizando que não se busca consenso e que divergências podem ocorrer livremente.

- Consentimento do grupo para gravação bem como garantir o sigilo do material produzido.

- O grupo focal seguiu um roteiro semi-estruturado com as seguintes questões:

Qual é a concepção de qualidade de vida para o estudante de medicina?

Como é a vida do estudante de medicina e como ele avalia a sua qualidade de vida?

Quais os fatores que diminuem a qualidade de vida do estudante de medicina?

Quais fatores aumentam a qualidade de vida do estudante de medicina?

Quais são as estratégias de enfrentamento usadas pelos estudantes?

- Síntese da sessão resumindo os resultados do grupo e com auxílio do observador oferecendo devolutiva ao grupo e garantia de acesso aos resultados finais do estudo.

- Encerramento com acertos, agradecimentos e se necessário agendando-se uma próxima sessão.

Análise dos dados qualitativos

A análise dos dados qualitativos dessa pesquisa seguiu a proposição de Turato (2003) e Bardin (1995) da seguinte forma:

- Preparação do material – transcrição das entrevistas gravadas e anotações.

- Pré-análise – realização das leituras flutuantes.

- Categorização – destaque de assuntos por relevância e/ou por repetição, transformando dados brutos em organizados.

- Validação externa – discussão com o grupo de pesquisa e debate dos resultados.

- Apresentação dos resultados – de forma descritiva e com citações ilustrativas das falas, preparando o resultado para discussão, inferência e interpretação.

Os resultados foram divididos em categorias analíticas, itens e exemplos de discursos, de cada uma das questões da entrevista semi-estruturada. Nas categorias analíticas foram colocados os grandes temas, que foram subdivididos em itens, e dentro de cada item foram transcritos exemplos de discursos.

A análise dos dados qualitativos foi feita de forma isolada por duas pesquisadoras e depois comparados e pareados por semelhança.

Métodos - Fase II

Na segunda fase da coleta de dados, houve a participação de estudantes de medicina durante o ECEM - Encontro Científico dos Estudantes de Medicina - em julho de 2004, em Curitiba (Figura 1). Foi aplicado um caderno de respostas (Anexo IV) com os instrumentos de avaliação de qualidade de vida e sonolência diurna, além de dados sócio-demográficos da amostra. A adesão dos participantes foi voluntária. A aplicação desses instrumentos foi efetuada por uma equipe de discentes e docentes previamente treinados, no que tange à recepção dos participantes, preenchimento dos dados gerais e dos inventários do caderno de respostas, bem como conhecimento geral acerca dos instrumentos aplicados e dos objetivos da pesquisa.

Sendo esta uma pesquisa com foco na qualidade de vida dos entrevistados, houve uma preocupação com a acolhida dos sujeitos,

priorizando a ética e a humanização. Foram oferecidas condições de conforto aos entrevistados, espaço físico adequado, tempo suficiente e bebida não alcoólica. Além de brindes éticos contendo material educativo, camisetas e bonés (Figura 2). Todos os participantes receberam garantia de acesso aos resultados da pesquisa.

Constavam no caderno de resposta (Anexo IV):

1. Apresentação do projeto.

2. Dados de perfil da amostra: sexo, idade, faculdade, cidade onde se localiza a faculdade e ano que está cursando.

3. WHOQOL - abreviado, na versão traduzida e validada no Brasil pelo Grupo WHOQOL no Brasil, coordenado pelo Dr. Marcelo Pio de Almeida Fleck, do Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Neste trabalho, este questionário foi denominado de WHOQOL – abreviado (FLECK, 1999).

4. Escala de Sonolência Diurna de Epworth, na versão traduzida e validada em português pelo Centro de Estudo e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra (CEISUC), Laboratório de Estudos de Patologia de Sono (LEPS) do Centro Hospitalar de Coimbra (2001). Neste trabalho, este questionário foi denominado de Escala de Epworth.

5. Inventário de Avaliação de Qualidade de Vida do Estudante no Curso de Medicina, com 90 afirmativas, para o estudante assinalar, para cada uma delas uma das seguintes alternativas (CT, concordo totalmente; C, concordo; I, sou indiferente; D, discordo e DT, discordo totalmente). Neste

trabalho, este questionário foi denominado de Inventário de Qualidade de Vida do Estudante de Medicina (IQVEM).

6. Solicitação para, em uma escala de zero a 10, o estudante dar uma nota para sua qualidade de vida como estudante de medicina e uma nota para sua qualidade de vida em geral. Neste trabalho, estes valores foram denominados de Auto-avaliação da Qualidade de Vida (no Curso de Medicina e em Geral).

7. Havia, também, no caderno de respostas, duas perguntas abertas, relativas a sugestões para melhorar a qualidade de vida do estudante de medicina e para o que poderia ser feito no curso de medicina para que os estudantes tenham uma melhor qualidade de vida. As respostas a essas duas perguntas não foram objeto deste trabalho.

Figura 1 – Estudantes preenchendo o caderno de respostas durante o ECEM -2004

Figura 2 - Material utilizado durante o ECEM -2004 pela equipe de apoio e como brindes éticos

Análise dos dados quantitativos

Os resultados obtidos no estudo foram expressos por freqüências e percentuais ou por médias e desvios padrão e ilustrados por gráficos e tabelas. Em todos os instrumentos de avaliação aplicados, os escores foram transformados para a escala percentual de 0 a 100%. Para avaliação da independência entre variáveis categóricas, foi aplicado o teste de Qui-quadrado. Para comparação de dois grupos, foi usado o teste t de Student para amostras independentes. Para a comparação de três ou quatro grupos, foi usada a análise de variância para um fator e o teste LSD para comparações múltiplas. A condição de homogeneidade das variâncias foi avaliada pelo teste de Levene. A estatística de Rao foi utilizada para comparar grupos em relação aos domínios do WHOQOL de forma conjunta. Para analisar a associação entre variáveis foi estimado o coeficiente de correlação de Pearson e testada a sua significância. Em todos os casos, um valor de p inferior a 0,05 foi considerado estatisticamente significativo. O programa estatístico utilizado foi o Statistica, versão 5.1.

A análise do WHOQOL - abreviado foi baseada na sintaxe proposta por Alison Harper (1996), com auxílio do software SPSS (Statistical Package for Social Sciences). Foram seguidos os seguintes passos:

1. Conferência dos itens: A conferência dos 26 itens, que devem conter respostas com valores inteiros de 1 a 5. Respostas com valores diferentes, ou não respondidas foram consideradas dados perdidos.

2. Reversão das perguntas com frase na negativa: Os escores dos domínios são escalonados numa posição positiva (maiores escores denotam maior qualidade de vida). Portanto, as questões que estão na negativa (questões 3, 4 e 26) foram recalculadas da forma invertida: (1=5) (2=4) (3=3) (4=2) (5=1).

3. Computação dos escores por domínios: O WHOQOL - abreviado contém um total de 26 questões. Dessas questões, derivam-se quatro domínios (físico, psicológico, relações sociais e ambiental – Figura 3). Assim, obtêm-se quatro médias, que denotam a percepção individual de qualidade de vida em cada domínio. Em seguida, cada média é multiplicada por 4 no sentido de tornar os escores dos domínios comparáveis aos escores usados no WHOQOL - 100. Portanto, esta escala possui uma amplitude de valores variando entre 4 e 20. Existem dois itens que são avaliados separadamente dos domínios: questão 1, que pergunta sobre a percepção geral individual da qualidade de vida e a questão 2, que pergunta sobre a percepção geral individual da saúde. Da mesma forma, calculou-se a média de cada pergunta, multiplicando o resultado por 4.

4. Transformação dos escores na escala de 0 a 100: Conversão dos escores do item anterior numa escala de 0 - 100, através da fórmula: [(Média – 4) x (100/16)].

5. Exclusão dos sujeitos que tiveram dados perdidos. Embora a sintaxe de Alisson Harper propusesse que os questionários com mais de 20% dos dados perdidos sejam descartados, optou-se por incluir na análise do WHOQOL somente os indivíduos com a totalidade das respostas válidas.

6. Após o cálculo dos escores, aplicou-se estatística descritiva e testes de comparação de médias.

Dor	(Item 1)	Físico
Energia	(Item 10)	
Locomoção	(Item 15)	
Sono	(Item 16)	
Atividades	(Item 17)	
Medicação	(Item 4)	
Trabalho	(Item 18)	
Sentimentos positivos	(Item 5)	Psicológico
Pensamento	(Item 7)	
Auto-estima	(Item 19)	
Corpo	(Item 11)	
Sentimentos negativos	(Item 26)	
Espiritualidade	(Item 6)	
Relacionamentos	(Item 20)	Relações sociais
Suporte	(Item 22)	
Sexo	(Item 21)	
Segurança	(Item 8)	Ambiental
Moradia	(Item 23)	
Finanças	(Item 12)	
Serviços	(Item 24)	
Informação	(Item 13)	
Lazer	(Item 14)	
Desenvolvimento	(Item 9)	
Transporte	(Item 25)	

Figura 3 – Modelo de análise do WHOQOL - abreviado em quatro domínios (fonte: baseado em WHOQOL *group*, 1998)

Na análise do Inventário de Avaliação da Qualidade de Vida do Estudante no Curso de Medicina, inicialmente foram construídos gráficos de freqüência das 5 diferentes alternativas de resposta, para cada uma das 90 afirmações do IQVEM. Em seguida, as respostas “concordo totalmente” e “concordo” foram agrupadas, assim como as respostas “discordo” e “discordo totalmente”.

Foram retiradas as seguintes afirmativas do Inventário, após reavaliação do questionário, por refletirem opiniões e não propriamente afirmativas sobre qualidade de vida: 8, 9, 10, 14, 24, 25, 27, 28, 54, 67, 86 e 87.

Algumas perguntas do Inventário foram invertidas (concordo totalmente: de 5 para 1; concordo: de 4 para 2; indiferente (3); discordo (de 2 para 4); discordo totalmente (de 1 para 5), para que todas as afirmações positivas em relação à qualidade de vida tivessem escore no mesmo sentido (máxima opinião negativa, escore 1, máxima opinião positiva, escore 5). Foram invertidas as seguintes afirmações: 2, 3, 5, 7, 11, 15, 18, 19, 29, 30, 39, 41, 45, 48, 49, 55, 56, 62, 63, 65, 66, 69, 70, 71, 72, 76, 77, 79, 82, 83, 84, 85, 88, 89 e 90.

Sendo assim, todas as análises foram interpretadas no sentido positivo. Por exemplo, um valor médio de 64,23 indica que, nesse item, o escore reflete 64,23% do total de 100% de qualidade (positiva). Desta forma, na análise de todos os resultados, não deve haver preocupação quanto ao sentido das perguntas formuladas.

Foi realizada, também, com os dados do IQVEM, uma análise fatorial por componentes principais e rotação varimax. Autovalores iguais a 1 ou mais levaram aos 22 fatores de análise que explicam 62,55% da variabilidade total. Em seguida, tais fatores sofreram uma análise crítica e foram reagrupados para sugerir os 17 fatores da análise posterior desse instrumento.

Resultados

RESULTADOS

Resultados dos grupos focais

Durante a primeira fase do projeto foram ouvidos 56 estudantes de seis escolas médicas, públicas ou privadas em São Paulo, Paraná e Pernambuco, que participaram de grupos focais heterogêneos quanto ao ano que cursavam.

Essas discussões foram transcritas e analisadas, e posteriormente categorizadas, formando seis grandes grupos temáticos:

1 - Estudar medicina (visão, valores, opiniões sobre a profissão, questões pedagógicas e da vivência estudantil);

2 - Qualidade de vida (percepções, representações, concepção);

3 - Fatores que aumentam a qualidade de vida no curso;

4 - Fatores que diminuem a qualidade de vida no curso;

5 - Estratégias de enfrentamento;

6 - Percepção da qualidade de vida no curso de medicina.

Dentro desses grupos temáticos os dados analisados foram divididos em categorias analíticas, as quais foram subdivididas em itens e da transcrição foram tirados os exemplos de cada categoria e itens (Anexo III).

Construção do inventário de avaliação da qualidade de vida do estudante no curso de medicina – IQVEM

Os dados coletados nos grupos focais de exploração da primeira etapa da pesquisa possibilitaram conhecer a realidade e o cenário do curso médico, norteando a construção de um instrumento de avaliação da qualidade de vida do estudante no curso de medicina. Tal instrumento deveria conter perguntas relacionadas aos aspectos de capacidade funcional, funções fisiológicas, comportamento afetivo, emocional e interações sociais, trabalho, família, situação econômica, aspectos didático-pedagógicos, ambiente físico da instituição de ensino, crenças e expectativas quanto ao futuro profissional, todas centradas na avaliação subjetiva dos indivíduos. A construção desse instrumento levou em conta os critérios descritos por Poli e Romano (2000), são eles:

Centrado no indivíduo – o ponto de vista do estudante que participou do grupo focal serviu de influência para a construção do questionário.

Exaustão – o inventário buscou cobrir todas as áreas e aspectos da qualidade de vida do estudante de medicina.

Reprodutibilidade – resultados mantidos através do tempo, na ausência de mudanças substanciais de qualidade de vida.

Sensibilidade – detecção de variações mínimas nos vários aspectos da qualidade de vida avaliados.

Validade – validade de conteúdos reais, baseados em ampla definição teórica e entrevista do grupo focal.

Na construção do instrumento foi escolhido o modelo de escala Likert, com cinco possibilidades de respostas às 90 perguntas formuladas – concordo totalmente, concordo, indiferente, discordo e discordo totalmente.

O instrumento encontra-se na íntegra no Anexo III. Esse instrumento foi analisado por um grupo de estudantes que também serviu como piloto da aplicação. Esse procedimento permitiu ajustes finais no instrumento.

A consistência interna do instrumento foi testada através do coeficiente de Cronbach e se mostrou alta (alfa = 0,945). Todas as análises foram interpretadas no sentido positivo, fazendo-se a inversão dos valores da escala Likert para aquelas afirmações com sentido negativo para uma boa qualidade de vida. Desta forma de cada item foi analisado em porcentagem que poderia chegar ao total de 100% de qualidade (positiva), portanto na análise não deve haver preocupação quanto ao sentido das perguntas formuladas.

Análise descritiva geral da população estudada

Fizeram parte da amostra 800 estudantes de medicina brasileiros com idade variando entre 16 e 47 anos (Figura 4). Os participantes estavam matriculados em 75 diferentes escolas médicas, localizadas em cinco

regiões do país. Para a análise de cada instrumento foram excluídos os casos em que havia qualquer questão não respondida, sendo o número de casos considerado diferente para cada análise (Tabela 1).

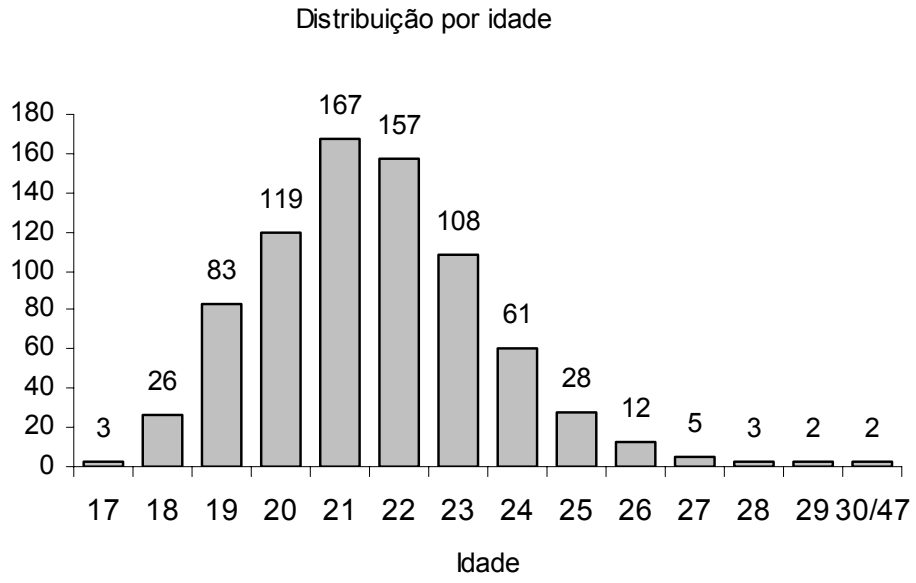


Figura 4 – Distribuição da amostra por idade

Tabela 1 - Número de casos considerados em cada instrumento

Instrumento	Número de casos
Total de questionários aplicados	800
Válidos para o IQVEM	778
Válidos para o WHOQOL - abreviado	760
Válidos para o Epworth	779
Válidos para a auto-avaliação	779

Para a descrição do perfil da amostra foi considerada a situação de maior número de casos válidos, ou seja, casos encontrados na Escala de Sonolência Diurna de Epworth e na Auto-avaliação de Qualidade de Vida (n = 779).

Quanto à variável sexo, 423 estudantes eram do sexo masculino e 356 do feminino. Os respondentes estavam distribuídos da seguinte forma, quanto ao ano de matrícula: 313 cursavam o ciclo básico (primeiro e segundo anos), 333 o profissionalizante (terceiro e quarto anos) e 133 o internato (quinto e sexto anos). As distribuições por sexo e ano de matrícula encontram-se na Tabela 2.

Na amostra estudada 612 estudantes eram de escolas médicas públicas e 167 de privadas (Tabela 3), e estavam distribuídos da seguinte forma, conforme e região do país: 13 da região norte, 95 da região sul, 402 da região sudeste, 73 da região centro-oeste e 196 da região nordeste.

Tabela 2 – Distribuição dos respondentes por sexo e ano de matrícula

Sexo	Anos 1 e 2		Anos 3 e 4		Ano 5 e 6	
	N	%	N	%	N	%
Masculino	156	49,8	185	55,6	82	61,6
Feminino	157	50,2	148	44,4	51	38,4
Total	313	100,0	333	100,0	133	100,0

Tabela 3 – Distribuição da amostra por natureza jurídica da escola

Tipo de administração	Freqüência	%
Pública	612	78,6
Privada	167	21,4
Total	779	100,0

Auto-avaliação da qualidade de vida geral e no curso de medicina

A qualidade de vida geral e no curso de medicina, avaliada através de auto-avaliação em escala de zero a dez, posteriormente transformada para escala de zero a cem, obteve média de 76,20 ± 14,69 e 66,95 ± 15,42, respectivamente ($p < 0,001$) com valores transformados em escala de zero a cem, para facilitar o análise de correlação com os resultados do WHOQOL - abreviado (Tabela 4).

Para análises posteriores escolheu-se como referência a nota da qualidade de vida no curso de medicina. Observaram-se notas mais altas no sexo masculino (68,15 ± 15,9) em relação ao feminino (65,53 ± 14,72) ($p = 0,018$) (Tabela 5). A nota atribuída à qualidade de vida no curso médico diminuiu ao longo do curso, sendo mais alta nos dois primeiros anos do curso (69,48 ± 14,63), e mais baixa no terceiro e quarto anos (64,73 ± 15,31) do que no quinto e sexto ano (66,58 ± 16,67) ($p < 0,001$) (Tabela 6). Não foi

encontrada diferença entre alunos do ensino público e privado (p = 0,808) (Tabela 7).

Tabela 4 – Análise da auto-avaliação da qualidade de vida geral e no curso de medicina

	Média ± dp	Valor de p
N	779	
Nota no curso	66,95 ± 15,42	p < 0,001
Nota geral	76,60 ± 14,69	p < 0,001

Tabela 5 – Análise da auto-avaliação da qualidade de vida no curso de medicina por sexo

	Feminino	Masculino	Valor de p
	Média ± dp	Média ± dp	
N	356	423	
Nota no curso	65,53 ± 14,72	68,15 ± 15,9	0,018

Tabela 6 – Análise da auto-avaliação da qualidade de vida no curso de medicina por ano do curso

	Anos 1 e 2	Anos 3 e 4	Ano 5 e 6	Valor de p
	Média ± dp	Média ± dp	Média ± dp	
N	313	333	133	
Nota no curso	69,48 ± 14,63	64,73 ± 15,31	66,58 ± 16,67	< 0,001*

(*) Anos 1 e 2 x anos 3 e 4: p < 0,001
Anos 1 e 2 x anos 5 e 6: p = 0,067
Anos 3 e 4 x anos 5 e 6: p = 0,239

Tabela 7 - Análise da auto-avaliação da qualidade de vida no curso de medicina em escolas médicas públicas e privadas

Domínio	Pública	Privada	Valor de p
	Média ± dp	Média ± dp	
N	612	167	
Nota no curso	66,86 ± 15,61	67,28 ± 14,74	0,760

Avaliação da qualidade de vida através do WHOQOL - abreviado

Foram considerados para esta análise 760 casos, respondidos por 341 estudantes do sexo feminino e 419 do sexo masculino. Havia 302 matriculados no ciclo básico, 326 no profissionalizante e 132 no internato.

Os resultados obtidos nas respostas do WHOQOL foram expressos por médias e desvios padrão dos escores transformados (percentuais) calculados previamente para cada um dos domínios. A média geral dos domínios na população estudada foi de 65,57 ± 14,50 no Domínio Físico, 66,09 ± 14,88 no Domínio Psicológico, 65,61 ± 19,79 no Domínio Relações Sociais e 62,92 ± 14,35 no Domínio Ambiental (Tabela 8). Quando analisados os escores dos diferentes domínios por sexo têm-se médias menores no feminino (Tabela 9, Figura 5) e as diferenças são estatisticamente significantes. No decorrer do curso os escores dos

domínios do WHOQOL mostraram redução dos escores dos Domínios Psicológico e de Relações Sociais no terceiro e quarto ano. Nos Domínios Físico e Ambiental também foram observados menores escores nesses períodos, porém sem diferenças estatisticamente significativas. A análise por ano do curso mostrou ainda, que existe uma tendência de melhora do Domínio de Relações Sociais no decorrer do curso (Tabela 10, Figuras 6 e 7). Não se encontrou diferença significativa de escores do WHOQOL entre escolas médicas públicas e privadas (Tabela 11).

Após a análise inicial efetuou-se a análise pareada de sexo e ano de curso, que mostrou ser o sexo feminino principal responsável pela queda dos escores no grupo do terceiro e quarto anos. Tendo em vista que o sexo feminino apresenta queda dos escores dos Domínios Psicológico e de Relações Sociais, enquanto o masculino apresenta queda somente no Domínio de Relações Sociais e com escores mais altos nos quatro domínios (Tabela 12).

Tabela 8 - Análise geral dos domínios do WHOQOL - abreviado

Domínio	Média ± dp
N	760
Físico	65,57 ± 14,50
Psicológico	66,09 ± 14,88
Relações Sociais	65,61 ± 19,79
Ambiental	62,92 ± 14,35

Tabela 9 – Análise dos domínios do WHOQOL - abreviado por sexo

Domínio	Feminino	Masculino	Valor de p
	Média ± dp	Média ± dp	
N	341	419	
Físico	62,65 ± 13,96	67,94 ± 14,51	< 0,001
Psicológico	62,60 ± 15,00	68,92 ± 14,18	< 0,001
Relações Sociais	63,95 ± 18,77	66,96 ± 20,51	0,037
Ambiental	61,10 ± 14,00	64,39 ± 14,48	0,002
			< 0,001✡

(✡) Estatística de Rao (valor de p global)

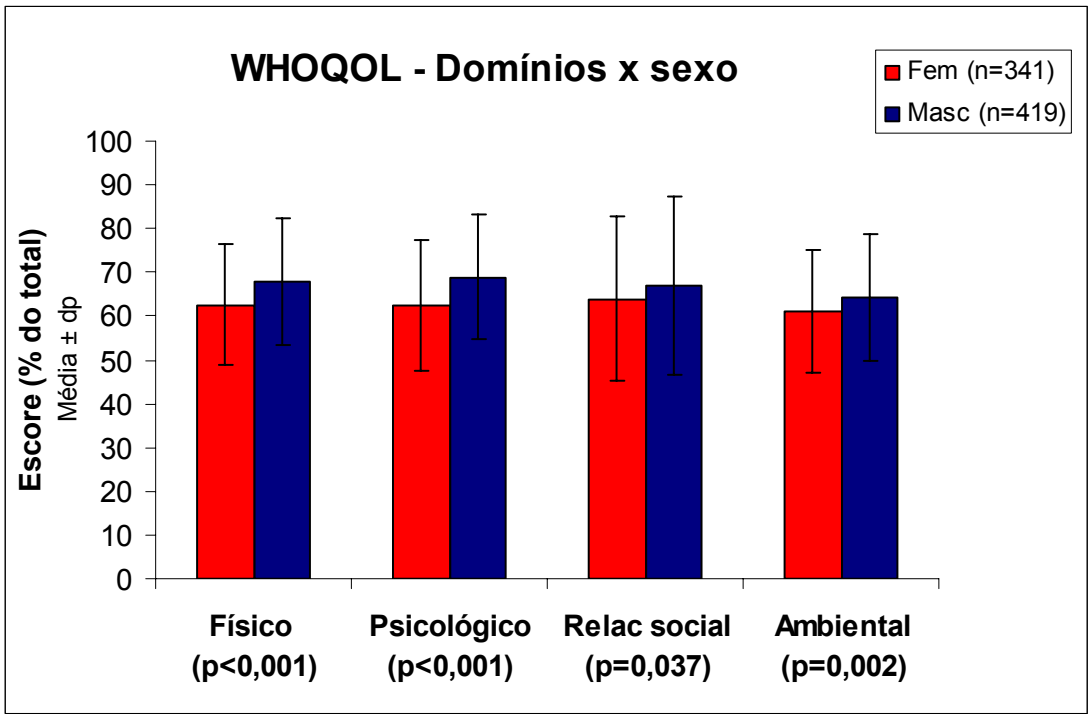


Figura 5 – Análise dos domínios do WHOQOL – abreviado por sexo. Os valores de p correspondem às comparações entre os escores dos alunos e alunas

Tabela 10 – Análise dos domínios do WHOQOL - abreviado por ano do curso

Domínio	Anos 1 e 2	Anos 3 e 4	Anos 5 e 6	Valor de p
	Média ± dp	Média ± dp	Média ± dp	
N	302	326	132	
Físico	66,27 ± 14,26	64,45 ± 14,63	66,72 ± 14,63	0,175
Psicológico	67,15 ± 14,43	64,07 ± 15,46	68,62 ± 13,87	0,003*
Relações Sociais	66,61 ± 18,50	62,65 ± 21,22	70,64 ± 17,79	< 0,001**
Ambiental	63,07 ± 14,53	62,61 ± 14,07	63,33 ± 14,70	0,863
				0,003✡

(*) Anos 1 e 2 x anos 3 e 4: p = 0,009; anos 1 e 2 x anos 5 e 6: p = 0,340; anos 3 e 4 x anos 5 e 6: p = 0,003
(**) Anos 1 e 2 x anos 3 e 4: p = 0,012; anos 1 e 2 x anos 5 e 6: p = 0,049; anos 3 e 4 x ano 5 e 6: p < 0,001
(✡) Estatística de Rao (valor de p global)

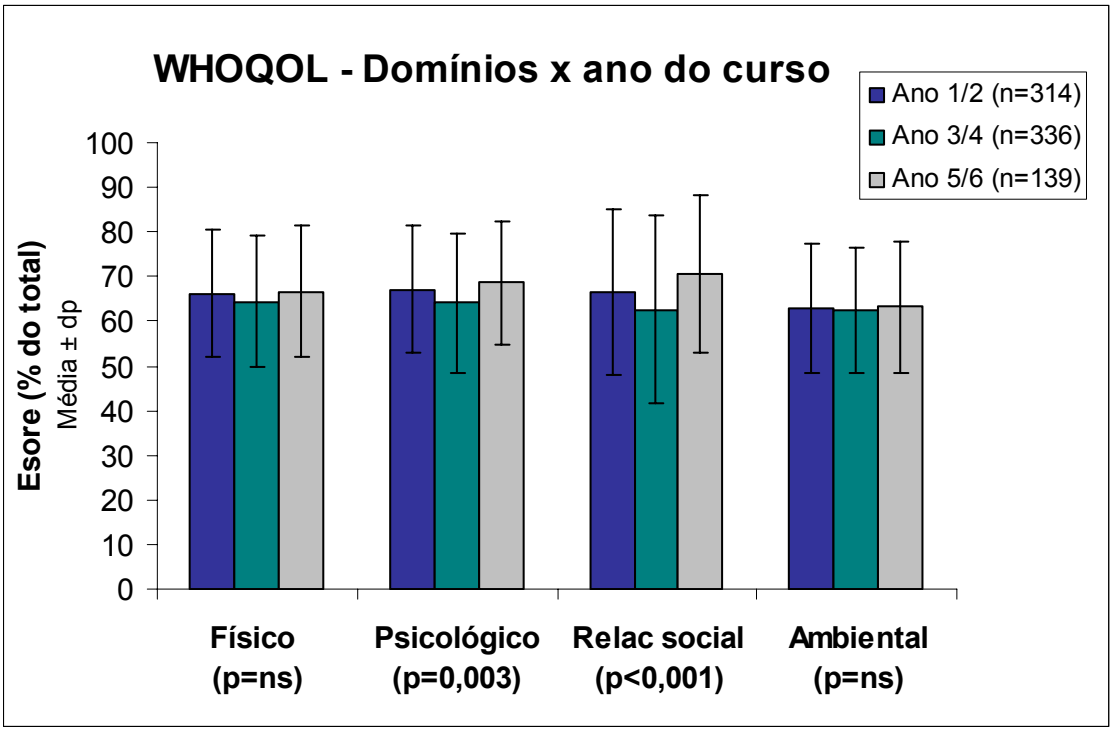


Figura 6 - Análise dos domínios do WHOQOL - abreviado por ano do curso

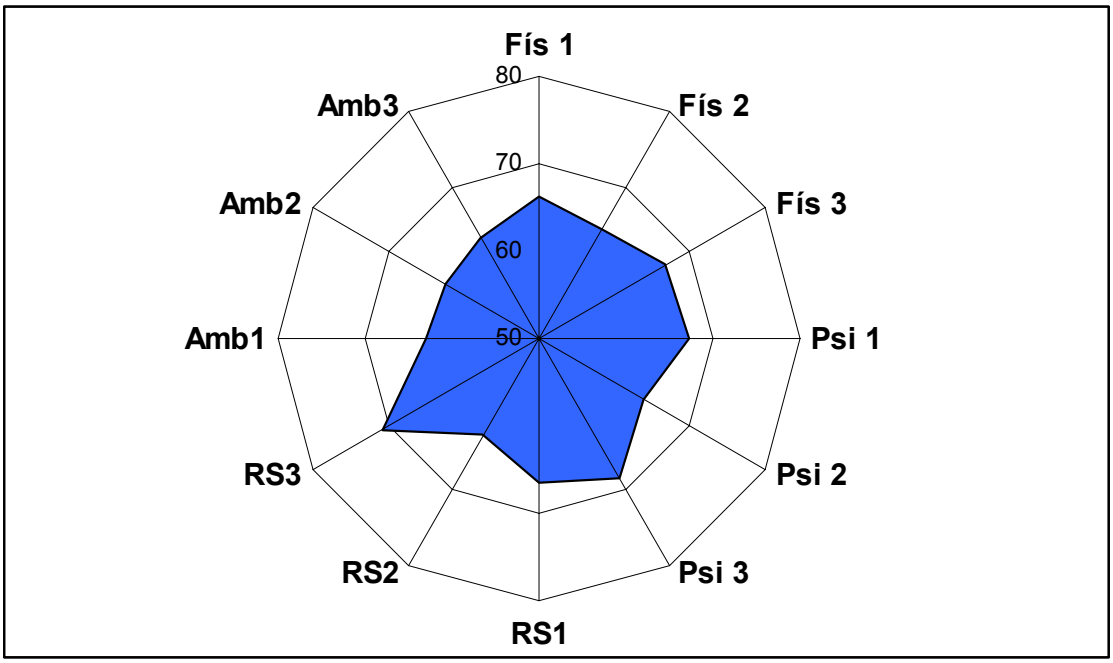


Figura 7 - Representação gráfica da queda dos escores dos Domínios Psicológico e Relacionamento Social no terceiro e quarto anos, Psi 2 e Rs 2. (Amb, ambiental; Psi, psicológico; RS, relações sociais; Fís, físico)

Tabela 11 – Análise dos domínios do WHOQOL - abreviado em escolas médicas públicas e privadas

Domínio	Pública	Privada	Valor de p
	Média ± dp	Média ± dp	
N	599	161	
Físico	65,6 ± 14,69	65,46 ± 13,83	0,916
Psicológico	66,08 ± 14,86	66,12 ± 15,00	0,971
Relações Sociais	66,28 ± 19,44	63,15 ± 20,93	0,075
Ambiental	63,05 ± 14,63	62,42 ± 13,29	0,624
			0,335✡

(✡) Estatística de Rao (valor de p global)

Tabela 12 – Análise dos domínios do WHOQOL - abreviado por sexo e ano do curso

Sexo	Domínio	Anos 1 e 2	Ano 3 e 4	Anos 5 e 6	Valor de p
		Média ± dp	Média ± dp	Média ± dp	
	N	152	142	47	
Feminino	Físico	64,10 ± 14,74	61,02 ± 13,09	62,92 ± 13,64	0,166
	Psicológico	64,80 ± 14,56	59,42 ± 15,42	65,07 ± 13,59	0,004*
	Rel. Sociais	66,50 ± 17,62	59,92 ± 19,82	67,91 ± 17,11	0,003**
	Ambiental	62,69 ± 13,96	59,51 ± 14,08	60,77 ± 13,56	0,149
					0,037✡
	N	150	184	85	
Masculino	Físico	68,48 ± 13,44	67,10 ± 15,23	68,82 ± 14,81	0,568
	Psicológico	69,53 ± 13,95	67,66 ± 14,54	70,59 ± 13,70	0,235
	Rel. Sociais	66,72 ± 19,42	64,76 ± 22,06	72,16 ± 18,07	0,022***
	Ambiental	63,46 ± 15,12	65,00 ± 13,63	64,74 ± 15,19	0,609
					0,069✡

(*) Anos 1/2 x anos 3/4: p = 0,002; anos 1/2 x anos 5/6: p = 0,914; anos 3/4 x anos 5/6: p = 0,024
(**) Anos 1/2 x anos 3/4: p = 0,002; anos 1/2 x anos 5/6: p = 0,649; anos 3/4 x anos 5/6: p = 0,011
(***) Anos 1/2 x anos 3/4: p = 0,383; anos 1/2 x anos 5/6: p = 0,050; anos 3/4 x anos 5/6: p = 0,006
(✡) Estatística de Rao (valor de p global)

Análise da sonolência diurna através da escala de Epworth

Foram considerados para esta análise 779 casos (questionários completos), respondidos por 356 estudantes do sexo feminino e 423 do

masculino. Deles, 313 estavam matriculados no ciclo básico, 333 no profissionalizante e 133 no internato.

A média geral da Escala de Sonolência Diurna de Epworth encontrada foi 10,56 ± 3,78, e a distribuição dos escores foi segundo uma curva normal (Figura 8). Foi observado que 48,1% dos estudantes estudados apresentavam escores superiores a 11, sendo 10,3% acima de 16, considerados pela literatura como patológicos e muito patológicos, respectivamente (Figura 9, Tabela 13). Houve prevalência maior de escores patológicos no sexo feminino (54,9%) do que no masculino (42,5%, p = 0,002) (Figura 10). Não houve diferença significativa entre os escores no decorrer do curso médico (Figura 11, Tabela 14). Da mesma forma não houve diferença de escores entre estudantes de escolas médicas públicas e privadas (Tabela 15).

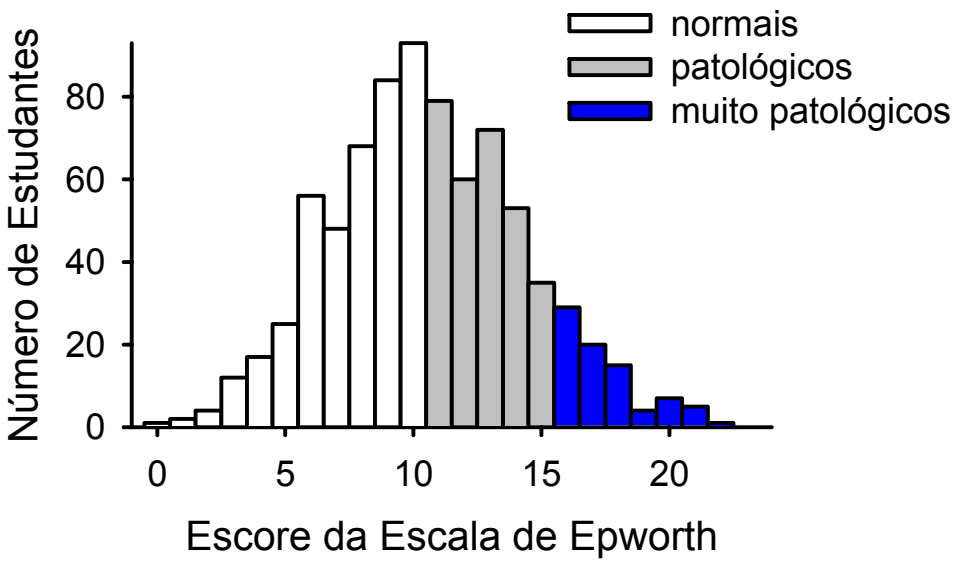


Figura 8 – Distribuição geral de escores na Escala de Sonolência Diurna de Epworth

Tabela 13 – Distribuição de escores não patológicos, patológicos e muito patológicos na Escala Sonolência Diurna de Epworth

Epworth	Freqüência	%
Não patológico	405	51,99
Patológico	294	37,74
Muito patológico	80	10,27
Total	779	100,00

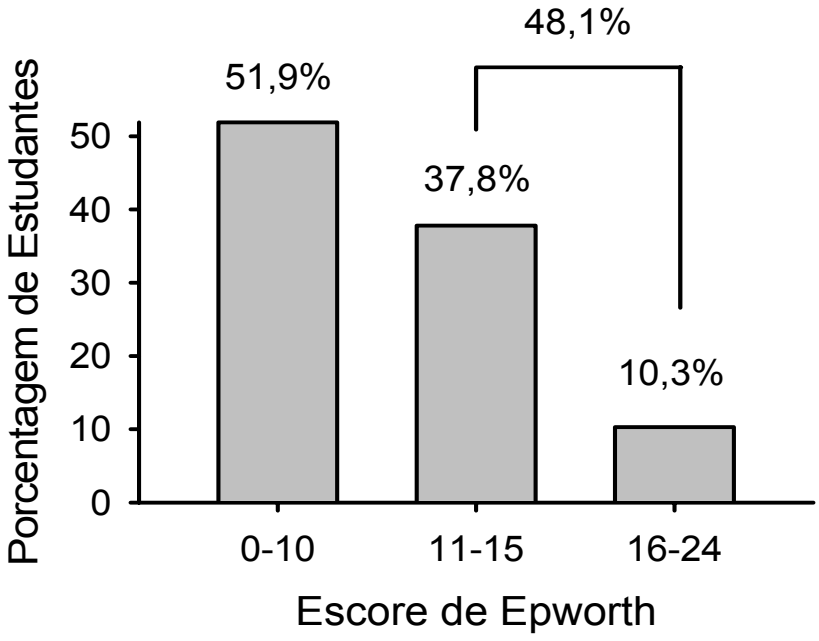


Figura 9 – Distribuição de escores normais, patológicos e muito patológicos na Escala de Sonolência Diurna de Epworth

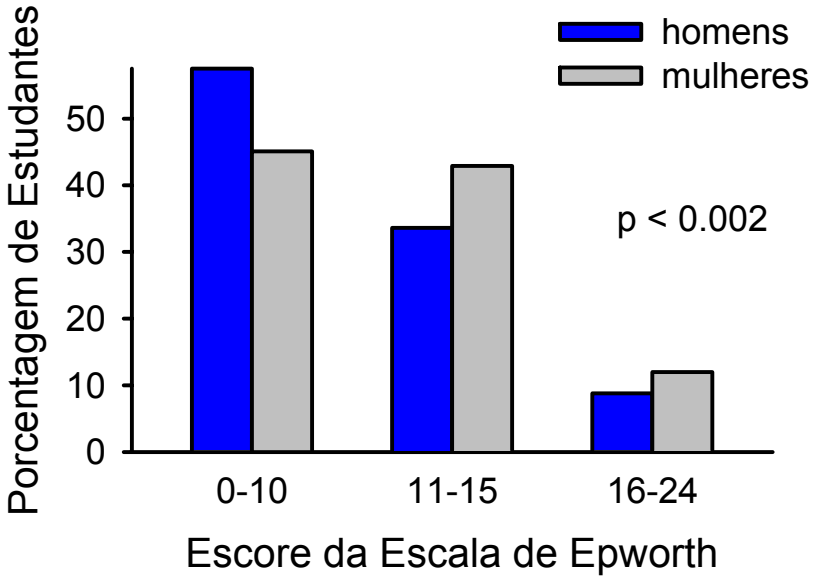


Figura 10 – Distribuição de escores na Escala de Sonolência Diurna de Epworth por sexo

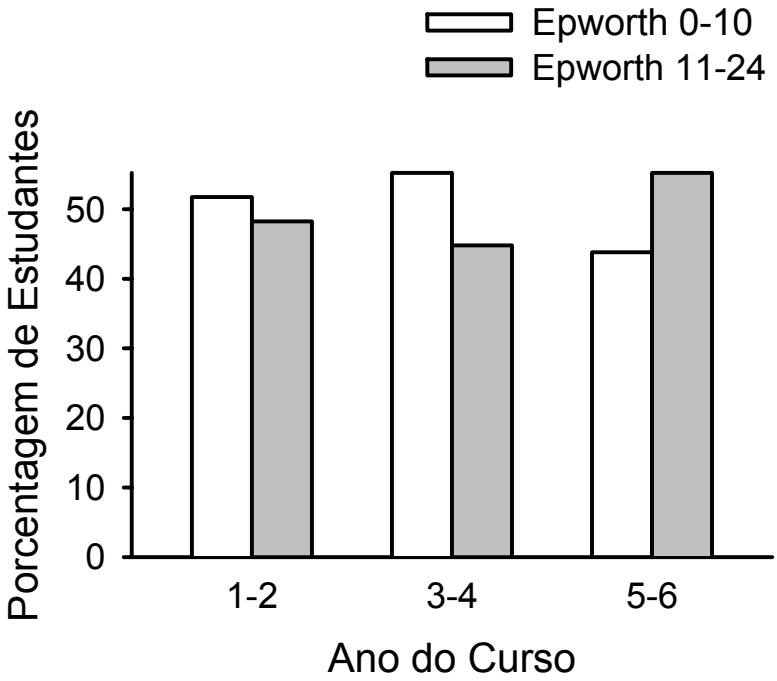


Figura 11 - Distribuição de escores na Escala de Sonolência Diurna de Epworth por ano do curso

Tabela 14 – Distribuição dos escores na Escala de Sonolência Diurna de Epworth por ano do curso

Domínio	Anos 1 e 2	Anos 3 e 4	Anos 5 e 6	Valor de p
	Média ± dp	Média ± dp	Média ± dp	
N	313	333	133	
Epworth	10,35 ± 3,44	10,61 ± 4,14	10,95 ± 3,62	0,303

Tabela 15 - Distribuição de escores na Escala de Sonolência Diurna de Epworth em escolas públicas e privadas

Domínio	Pública	Privada	Valor de p
	Média ± dp	Média ± dp	
N	612	167	
Epworth	10,48 ± 3,83	10,88 ± 3,58	0,221

Análise comparativa entre os instrumentos aplicados e correlações

A população estudada foi dividida em dois grupos: grupo com escores não patológicos de sonolência diurna (0 a 10) (n = 391) e grupo com escores patológicos (11 a 24) (n = 357). Neles foram analisados os escores dos domínios do WHOQOL - abreviado. Observou-se uma diminuição dos escores dos Domínios Físico, Psicológico e Ambiental no grupo com escores

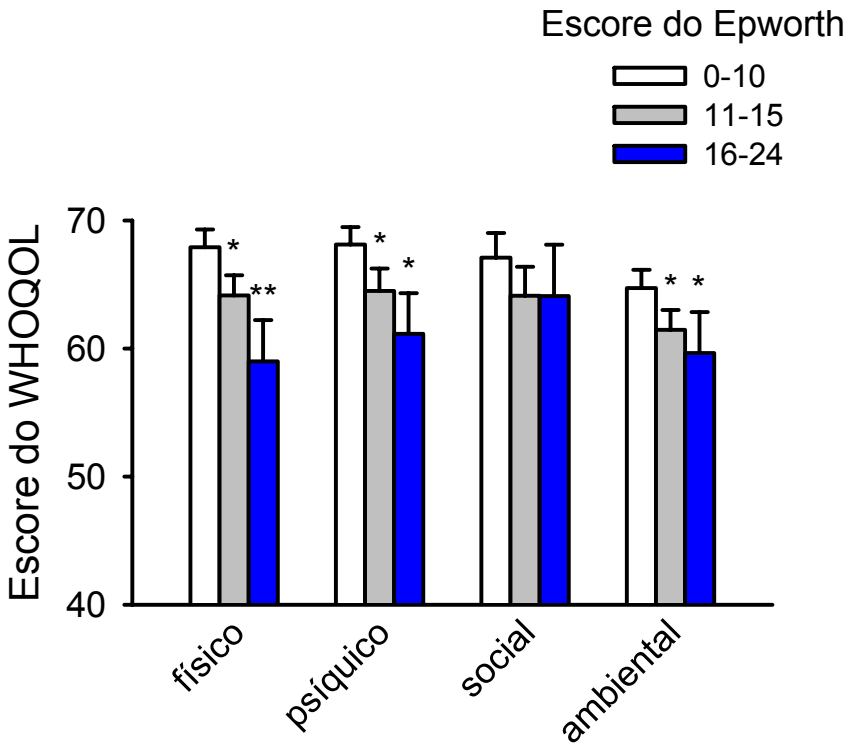
patológicos de sonolência diurna em relação ao grupo com escores não patológicos (Tabela 16, Figura 12). A mesma análise, feita isoladamente no sexo feminino e masculino, demonstrou queda nos escores dos Domínios Físicos e Psicológicos nos homens com escores patológicos de sonolência diurna em relação aos homens com escores não patológicos. Nas mulheres a diminuição dos escores ocorreu nos quatro Domínios do WHOQOL - abreviado, demonstrando queda também no escore do Domínio de Relações Sociais e Ambiental, além de queda nos Domínios Físico e Psicológico, como nos homens, no grupo com sonolência diurna patológica em relação ao grupo de mulheres com escores de sonolência não patológicos (Tabelas 17 e 18).

Considerando-se o grupo com escores patológicos (n = 357), para cada um dos domínios do WHOQOL, encontraram-se escores menores no Domínio Físico no grupo com escores de sonolência diurna muito patológicos (16 a 24) (n = 75) em relação ao grupo com escores patológicos (11 a 15) (n = 282) (Tabela 19). A mesma análise feita isoladamente no sexo feminino e masculino não demonstrou diferença estatisticamente significativa entre eles (Tabelas 20 e 21).

Comparando-se a nota de qualidade de vida no curso e os escores de sonolência diurna foram observadas notas menores no grupo com escores de sonolência diurna muito patológicos (Tabela 22).

Tabela 16 - Comparação dos escores de Sonolência Diurna de Epworth e dos valores alcançados nos domínios do WHOQOL - abreviado nos grupos com escores de sonolência diurna não patológicos e patológicos

Domínio	Não patológico	Patológico	Valor de p
	Média ± dp	Média ± dp	
N	391	357	
Físico	67,83 ± 14,26	63,01 ± 14,35	< 0,001
Psicológico	68,14 ± 14,12	63,94 ± 15,43	< 0,001
Relações Sociais	66,90 ± 19,66	64,22 ± 19,83	0,064
Ambiental	64,65 ± 14,53	61,20 ± 13,93	0,001



* p < 0,05 comparado ao grupo 0-10
** p < 0,05 comparado aos outros dois grupos

Figura 12 – Correlação entre os escores da Escala de Sonolência Diurna de Epworth e os domínios do WHOQOL – abreviado

Tabela 17 – Comparação dos escores de Sonolência Diurna de Epworth e dos valores alcançados nos domínios do WHOQOL - abreviado no grupos com escores de sonolência diurna não patológicos e patológicos no sexo masculino

Domínio	Não patológico	Patológico	Valor de p
	Média ± dp	Média ± dp	
N	238	171	
Físico	69,81 ± 14,56	65,56 ± 14,23	0,003
Psicológico	70,40 ± 13,66	67,35 ± 14,67	0,032
Relações Sociais	67,30 ± 20,47	66,96 ± 20,71	0,870
Ambiental	65,64 ± 14,95	63,12 ± 13,74	0,083

Tabela 18 - Comparação dos escores de Sonolência Diurna de Epworth e dos valores alcançados nos domínios do WHOQOL - abreviado nos grupos com escores de sonolência diurna não patológicos e patológicos no sexo feminino

Domínio	Não patológico	Patológico	Valor de p
	Média ± dp	Média ± dp	
N	153	186	
Físico	64,75 ± 13,25	60,66 ± 14,09	0,007
Psicológico	64,62 ± 14,16	60,80 ± 15,48	0,019
Relações Sociais	66,29 ± 18,37	61,69 ± 18,69	0,024
Ambiental	63,11 ± 13,74	59,43 ± 13,91	0,015

Tabela 19 - Comparação dos escores de Sonolência Diurna na Escala de Epworth e dos valores alcançados nos domínios do WHOQOL - abreviado nos grupos com escores de sonolência diurna patológicos e muito patológicos

Domínio	Patológico (n = 282)	Muito patológico (n = 75)	Valor de p
	Média ± dp	Média ± dp	
Físico	64,10 ± 13,98	58,90 ± 15,08	0,005
Psicológico	64,57 ± 15,57	61,56 ± 14,75	0,133
Relações Sociais	64,24 ± 20,19	64,11 ± 18,53	0,959
Ambiental	61,64 ± 13,73	59,54 ± 14,67	0,248

Tabela 20 - Comparação dos escores de Sonolência Diurna na Escala de Epworth e dos valores alcançados nos domínios do WHOQOL - abreviado nos grupos com escores de sonolência diurna patológicos e muito patológicos no sexo masculino

Domínio	Patológico (n = 282)	Muito patológico (n = 75)	Valor de p
	Média ± dp	Média ± dp	
N	135	36	
Físico	66,67 ± 14,04	61,41 ± 14,38	0,049
Psicológico	67,84 ± 14,70	65,51 ± 14,63	0,399
Relações Sociais	67,65 ± 20,89	64,35 ± 20,08	0,397
Ambiental	63,50 ± 13,32	61,72 ± 15,35	0,492

Tabela 21 - Comparação dos escores de Sonolência Diurna na Escala de Epworth e dos valores alcançados nos domínios do WHOQOL - abreviado nos grupos com escores de sonolência diurna patológicos e muito patológicos no sexo feminino

Domínio	Patológico	Muito Patológico	Valor de p
	Média ± dp	Média ± dp	
N	147	39	
Físico	61,73 ± 13,54	56,59 ± 13,54	0,043
Psicológico	61,56 ± 15,79	57,91 ± 14,07	0,190
Relações Sociais	61,11 ± 19,07	63,89 ± 17,24	0,411
Ambiental	59,93 ± 13,92	57,53 ± 13,90	0,340

Tabela 22 - Comparação dos escores da Escala de Sonolência Diurna de Epworth e da nota atribuída à qualidade de vida no curso de medicina nos grupos com escores de sonolência diurna patológicos e não patológicos

Domínio	Não patológico	Patológico	Valor de p
	Média ± dp	Média ± dp	
N	405	374	
Auto-avaliação	68,56 ± 14,87	65,22 ± 15,82	0,002

Considerando os instrumentos aplicados, foram estimados os coeficientes de correlação de Pearson. Encontrou-se correlação negativa entre a Escala de Epworth e os Domínios Físico, Psicológico e Ambiental do WHOQOL - abreviado (Tabela 23).

Houve correlação positiva entre os domínios do WHOQOL - abreviado e a nota atribuída pelos estudantes à qualidade de vida no curso (Tabela 24) e correlação negativa entre a Escala de Epworth e a nota de qualidade de vida no curso médico, atribuída por auto-avaliação (Tabela 25). Somando-se as 90 afirmações do IQVEM chega-se a um escore total que tem correlação positiva com a nota de auto-avaliação de qualidade de vida no curso (coeficiente de Spearman = 0,557), o que sugere existir uma avaliação coerente por parte do IQVEM.

Tabela 23 – Correlação entre escores da Escala de Epworth e os domínios do WHOQOL - abreviado

Domínios do WHOQOL	Escala de Epworth	
	Coeficiente de correlação (r)	Valor de p
Físico	-0,219	< 0,001
Psicológico	-0,187	< 0,001
Relações Sociais	-0,068	0,099
Ambiental	-0,159	< 0,001

Tabela 24 – Correlação entre a nota atribuída à qualidade de vida no curso médico na auto-avaliação e os domínios do WHOQOL – abreviado

Domínios do WHOQOL	Auto-avaliação	
	Coeficiente de correlação (r)	Valor de p
Físico	0,515	< 0,001
Psicológico	0,540	< 0,001
Relações Sociais	0,307	< 0,001
Ambiental	0,423	< 0,001

Tabela 25 – Correlação entre a Escala de Epworth e a nota atribuída à qualidade de vida no curso médico por auto-avaliação.

Coeficiente de correlação (r)	Valor de p
- 0,149	< 0,001

Avaliação da qualidade de vida através do inventário de avaliação de qualidade de vida do estudante no curso de medicina - IQVEM

Foram considerados para esta análise 778 questionários, respondidos por 355 estudantes do sexo feminino e 421 do sexo masculino. Destes, 311 estavam matriculados no ciclo básico, 333 no profissionalizante e 133 no internato. A distribuição de freqüências simples de cada uma das 90 afirmações foi analisada individualmente, por porcentagem geral (Tabela

26, Figuras 13 a 27), por sexo (Tabela 27), em escolas públicas e privadas (Tabela 28) e por ano do curso (Tabela 29). Para a análise, as respostas “concordo” e “concordo totalmente” foram agrupadas, assim como as respostas “discordo” e “discordo totalmente”.

Tabela 26 - Distribuições de freqüências simples do Inventário de avaliação da qualidade de vida do estudante no curso de medicina (IQVEM).

Afirmação	Resposta			Total N(%)
	Concordo N(%)	Indiferente N(%)	Discordo N(%)	
1	536 (69,1)	56 (7,2)	184 (23,7)	776 (100)
2	388 (50,1)	74 (9,6)	312 (40,3)	774 (100)
3	395 (51,1)	115 (14,9)	263 (34,0)	773 (100)
4	177 (22,9)	282 (36,5)	314 (40,6)	773 (100)
5	528 (68,5)	159 (20,6)	84 (10,9)	771 (100)
6	342 (44,8)	92 (12,1)	329 (43,1)	763 (100)
7	148 (19,2)	68 (8,8)	556 (72,0)	772 (100)
11	224 (28,9)	122 (15,7)	430 (55,4)	776 (100)
12	321 (41,4)	104 (13,4)	351 (45,2)	776 (100)
13	508 (65,7)	103 (13,3)	162 (21,0)	773 (100)
15	316 (40,7)	99 (12,8)	361 (46,5)	776 (100)
16	170 (22,0)	61 (7,9)	543 (70,2)	774 (100)
17	191 (24,8)	84 (10,9)	496 (64,3)	771 (100)
18	651 (83,8)	31 (4,0)	95 (12,2)	777 (100)
19	612 (78,9)	57 (7,3)	107 (13,8)	776 (100)
20	372 (47,9)	93 (12)	311 (40,1)	776 (100)
21	373 (48,0)	144 (18,5)	260 (33,5)	777 (100)
22	352 (45,2)	127 (16,3)	299 (38,4)	778 (100)
23	668 (86,1)	46 (5,9)	62 (8,0)	776 (100)

Afirmação	Resposta			Total N(%)
	Concordo N(%)	Indiferente N(%)	Discordo N(%)	
26	421 (54,5)	77 (10,0)	275 (35,6)	773 (100)
29	501 (64,9)	97 (12,6)	174 (22,5)	772 (100)
30	631 (81,4)	72 (9,3)	72 (9,3)	775 (100)
31	602 (77,8)	86 (11,1)	86 (11,1)	774 (100)
32	705 (91,3)	49 (6,3)	18 (2,3)	772 (100)
33	690 (89,0)	63 (8,1)	22 (2,8)	775 (100)
34	709 (91,4)	45 (5,8)	22 (2,8)	776 (100)
35	712 (91,8)	45 (5,8)	19 (2,4)	776 (100)
36	656 (84,9)	75 (9,7)	42 (5,4)	773 (100)
37	464 (60,5)	112 (14,6)	191 (24,9)	767 (100)
38	302 (39,1)	120 (15,5)	350 (45,3)	772 (100)
39	239 (30,9)	126 (16,3)	408 (52,8)	773 (100)
40	326 (42,1)	97 (12,5)	352 (45,4)	775 (100)
41	330 (42,8)	122 (15,8)	319 (41,4)	771 (100)
42	288 (37,5)	113 (14,7)	367 (47,8)	768 (100)
43	403 (52,1)	132 (17,1)	239 (30,9)	774 (100)
44	397 (51,6)	137 (17,8)	235 (30,6)	769 (100)
45	247 (32,0)	104 (13,5)	421 (54,5)	772 (100)
46	313 (40,5)	116 (15,0)	344 (44,5)	773 (100)
47	128 (16,6)	67 (8,7)	576 (74,7)	771 (100)
48	658 (84,9)	41 (5,3)	76 (9,8)	775 (100)
49	654 (84,3)	75 (9,7)	47 (6,1)	776 (100)
50	672 (86,7)	84 (10,8)	19 (2,5)	775 (100)
51	700 (90,1)	64 (8,2)	13 (1,7)	777 (100)
52	736 (94,8)	24 (3,1)	16 (2,1)	776 (100)
53	599 (77,3)	117 (15,1)	59 (7,6)	775 (100)
55	657 (85,0)	69 (8,9)	47 (6,1)	773 (100)
56	98 (12,6)	162 (20,9)	516 (66,5)	776 (100)
57	361 (46,6)	281 (36,3)	133 (17,2)	775 (100)
58	594 (76,8)	136 (17,6)	43 (5,6)	773 (100)

Afirmação	Resposta			Total N(%)
	Concordo N(%)	Indiferente N(%)	Discordo N(%)	
59	370 (47,7)	290 (37,4)	115 (14,8)	775 (100)
60	574 (74,0)	170 (21,9)	32 (4,1)	776 (100)
61	534 (68,6)	167 (21,5)	77 (9,9)	778 (100)
62	276 (35,6)	177 (22,8)	322 (41,5)	775 (100)
63	59 (7,6)	61 (7,9)	656 (84,5)	776 (100)
64	586 (75,5)	128 (16,5)	62 (8,0)	776 (100)
65	71 (9,2)	426 (55,0)	278 (35,9)	775 (100)
66	586 (75,7)	82 (10,6)	106 (13,7)	774 (100)
68	539 (69,8)	68 (8,8)	165 (21,4)	772 (100)
69	480 (62,1)	89 (11,5)	204 (26,4)	773 (100)
70	400 (51,6)	113 (14,6)	262 (33,8)	775 (100)
71	486 (62,6)	103 (13,3)	187 (24,1)	776 (100)
72	542 (69,7)	109 (14,0)	127 (16,3)	778 (100)
73	580 (74,7)	67 (8,6)	129 (16,6)	776 (100)
74	280 (36,1)	177 (22,8)	318 (41,0)	775 (100)
75	443 (57,2)	201 (25,9)	131 (16,9)	775 (100)
76	463 (59,7)	122 (15,7)	190 (24,5)	775 (100)
77	412 (53,3)	119 (15,4)	242 (31,3)	773 (100)
78	376 (48,3)	91 (11,7)	311 (40,0)	778 (100)
79	385 (49,7)	115 (14,8)	275 (35,5)	775 (100)
80	462 (59,6)	118 (15,2)	195 (25,2)	775 (100)
81	661 (85,3)	82 (10,6)	32 (4,1)	775 (100)
82	343 (44,6)	139 (18,1)	287 (37,3)	769 (100)
83	285 (36,9)	174 (22,5)	314 (40,6)	773 (100)
84	333 (42,9)	188 (24,2)	255 (32,9)	776 (100)
85	579 (74,5)	88 (11,3)	110 (14,2)	777 (100)
88	542 (69,9)	122 (15,7)	111 (14,3)	775 (100)
89	358 (46,1)	224 (28,8)	195 (25,1)	777 (100)
90	486 (62,5)	158 (20,3)	134 (17,2)	778 (100)

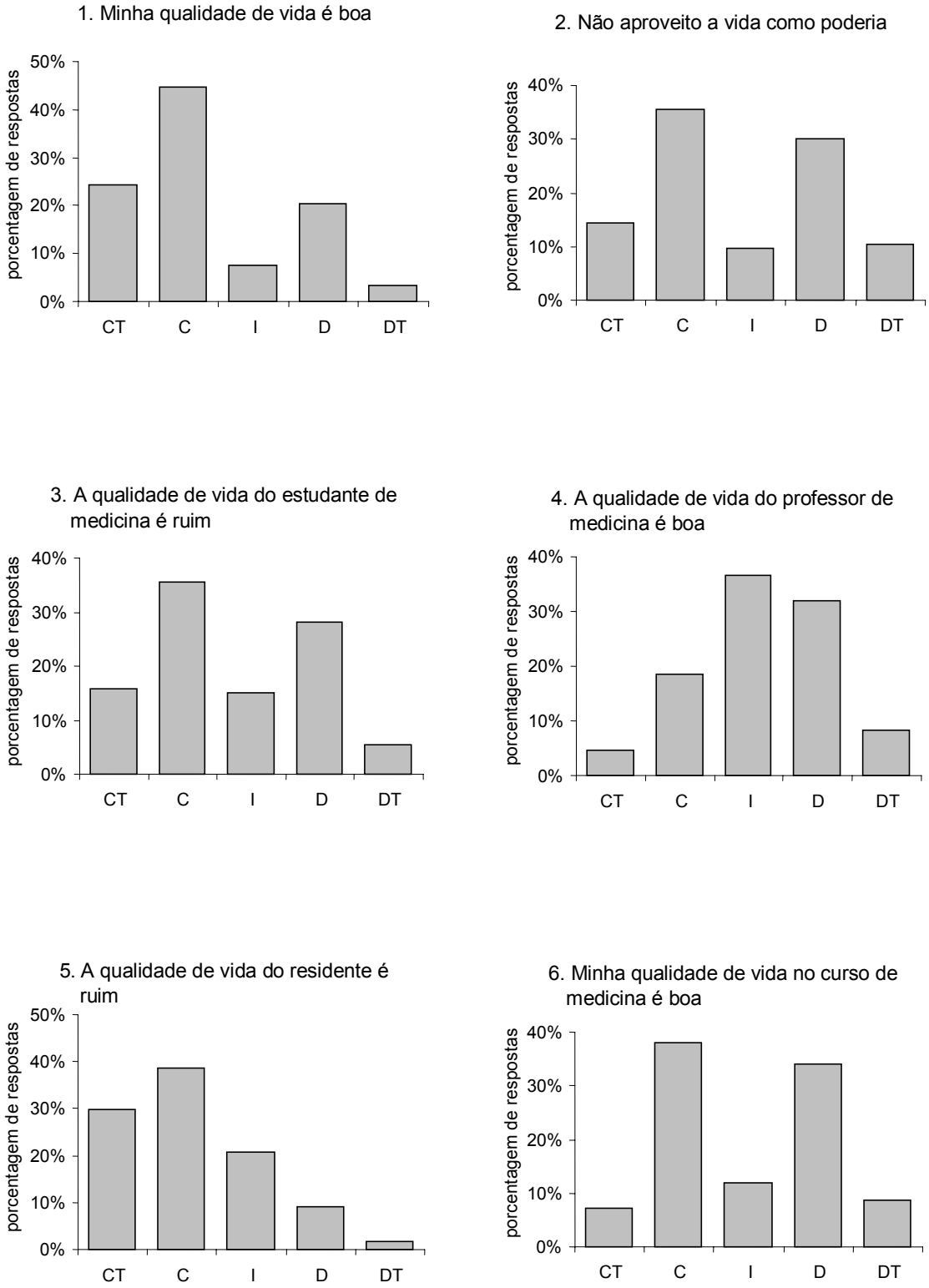


Figura 13 – Distribuição de freqüência das respostas às afirmações 1 a 6 do IQVEM (CT, concordo totalmente; C, concordo; I, sou indiferente; D, discordo; DT, discordo totalmente)

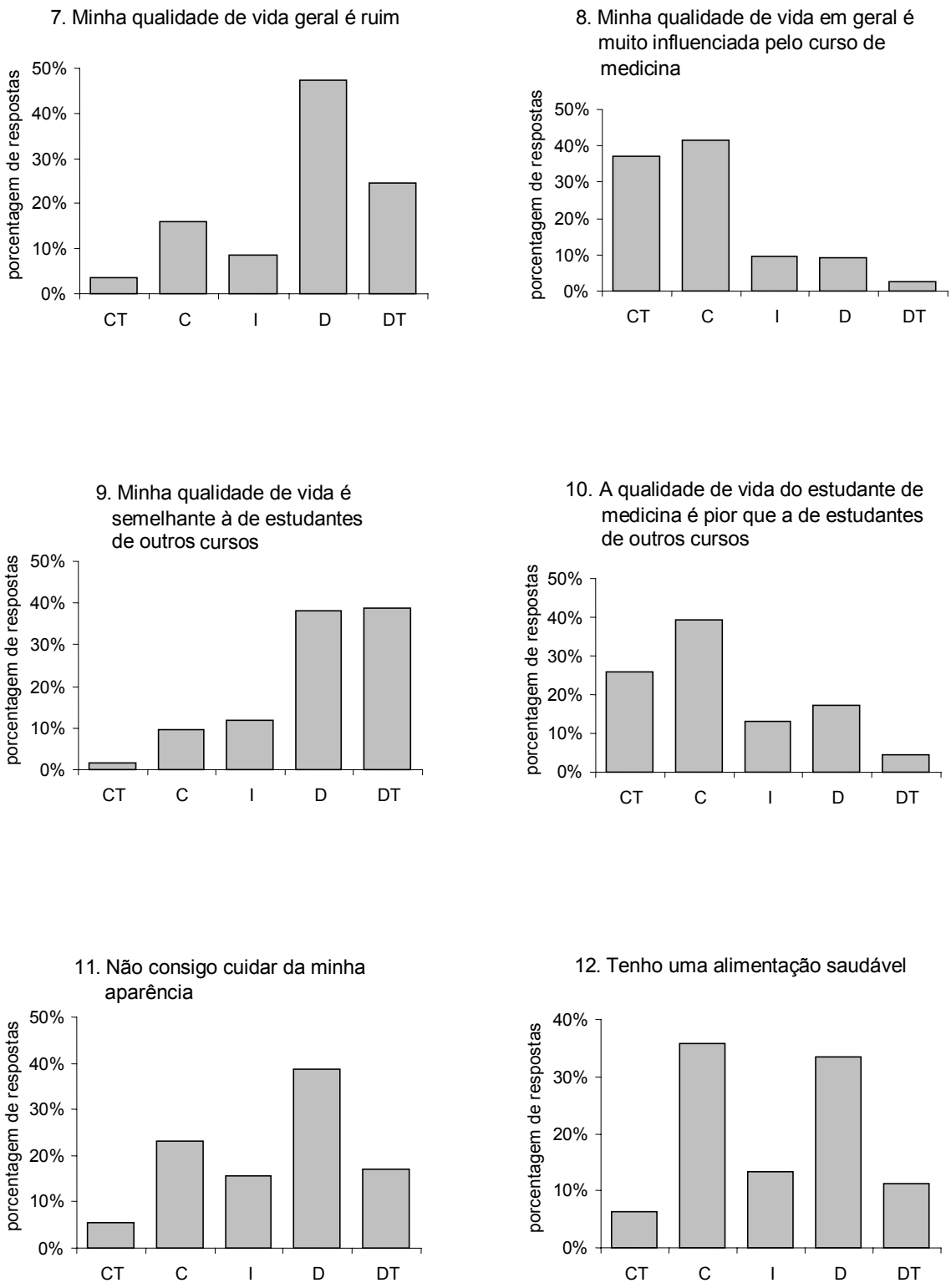


Figura 14 – Distribuição de freqüência das respostas às afirmações 7 a 12 do IQVEM (CT, concordo totalmente; C, concordo; I, sou indiferente; D, discordo; DT, discordo totalmente)

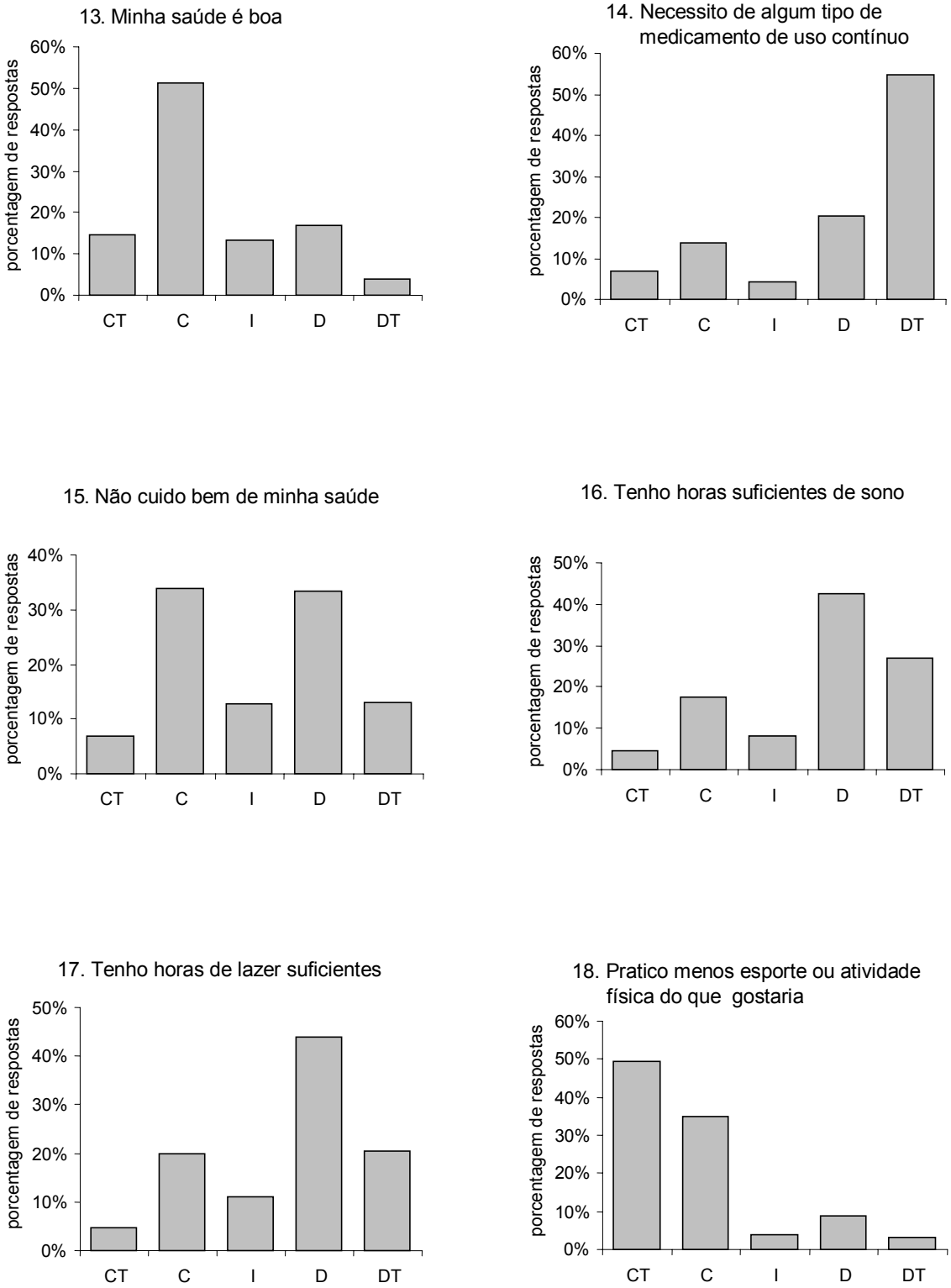


Figura 15 – Distribuição de freqüência das respostas às afirmações 13 a 18 do IQVEM (CT, concordo totalmente; C, concordo; I, sou indiferente; D, discordo; DT, discordo totalmente)

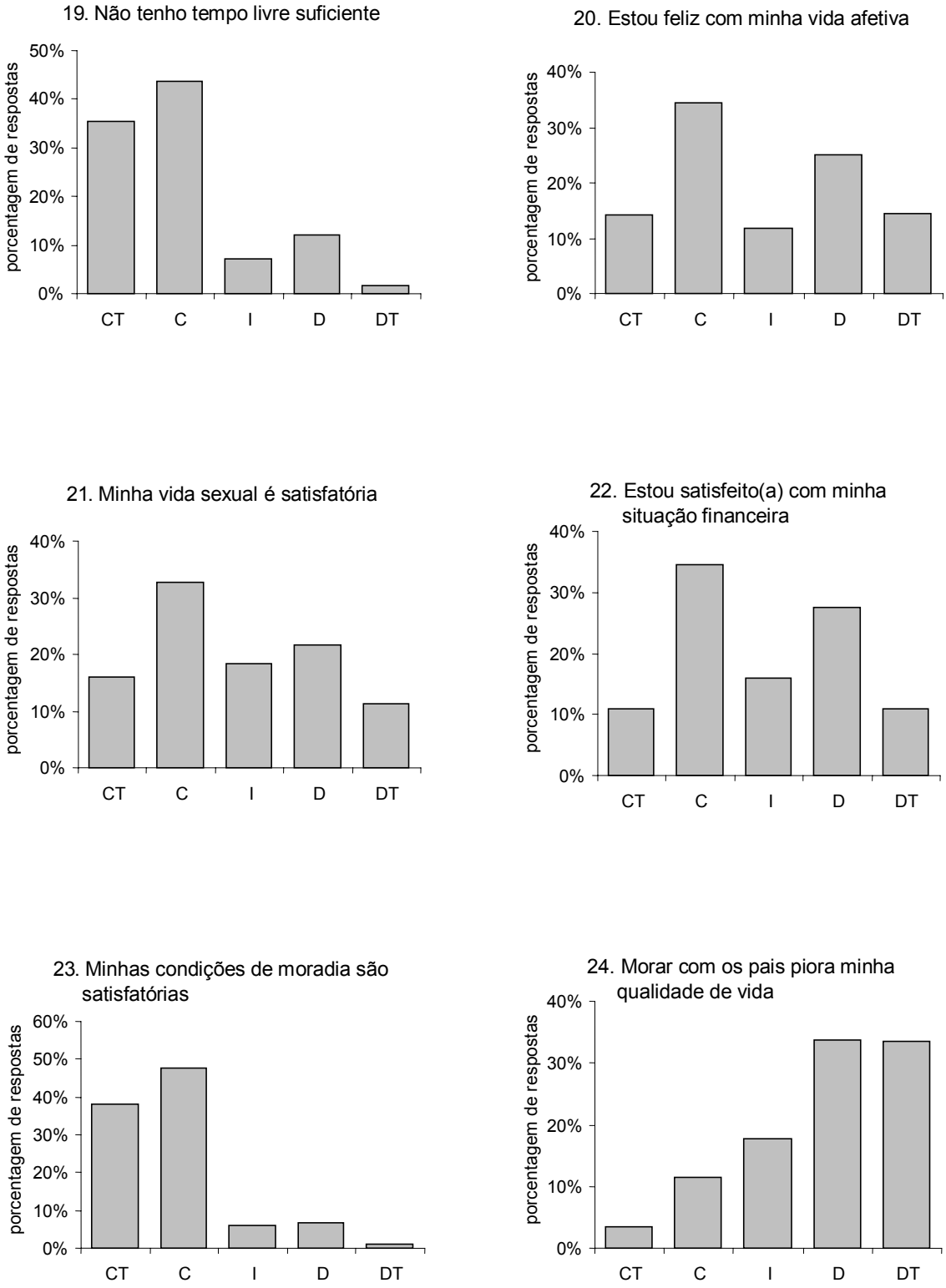


Figura 16 – Distribuição de freqüência das respostas às afirmações 19 a 24 do IQVEM (CT, concordo totalmente; C, concordo; I, sou indiferente; D, discordo; DT, discordo totalmente)

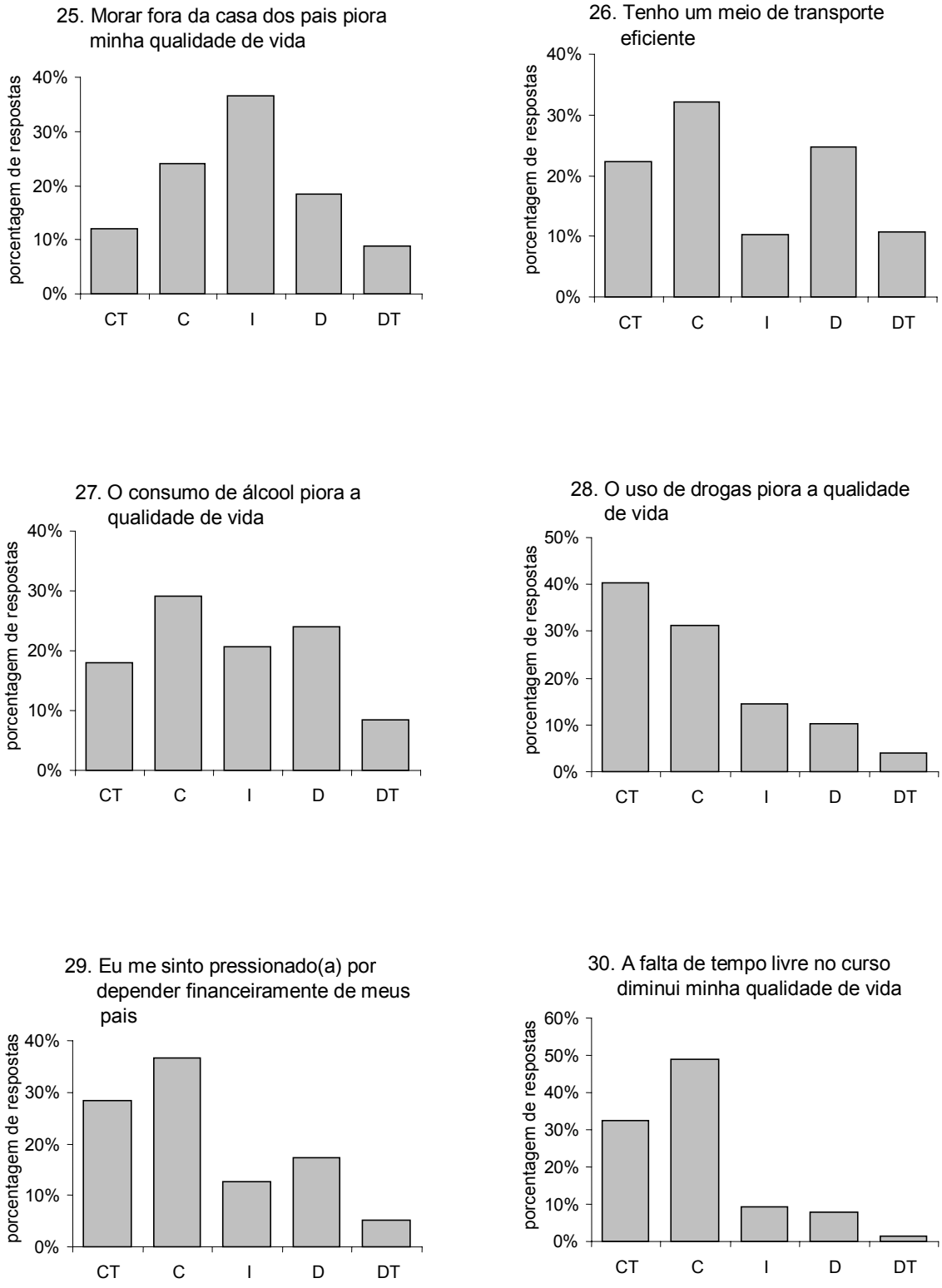
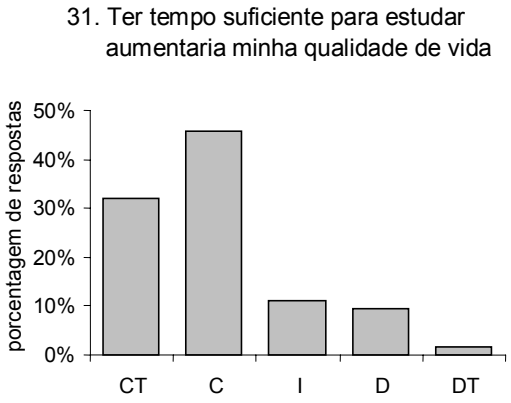
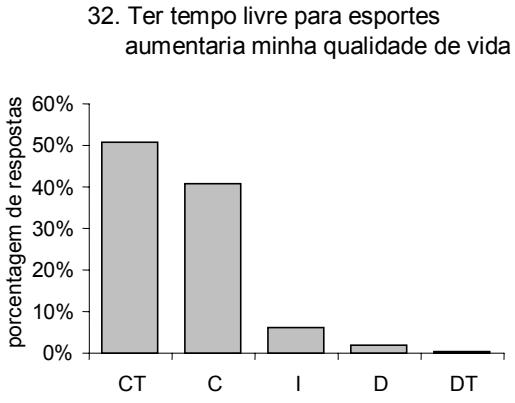
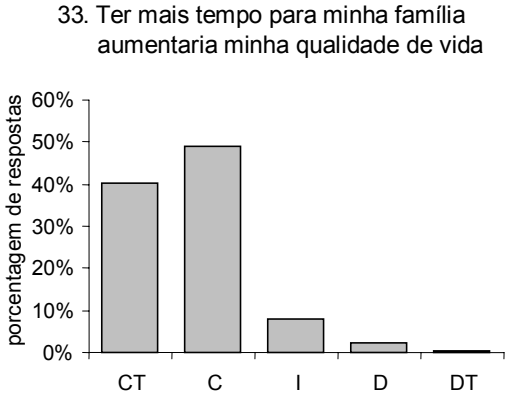
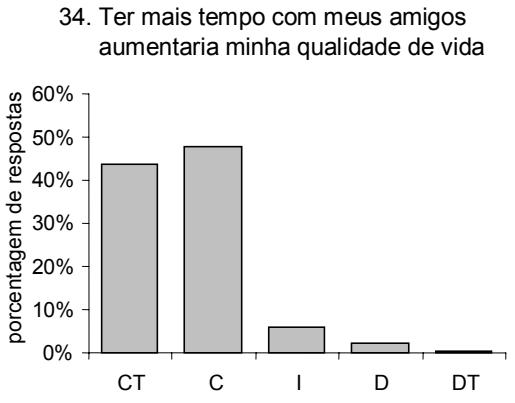


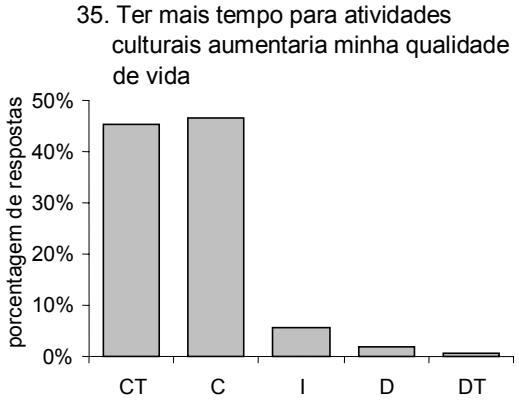
Figura 17 – Distribuição de freqüência das respostas às afirmações 25 a 30 do IQVEM (CT, concordo totalmente; C, concordo; I, sou indiferente; D, discordo; DT, discordo totalmente)











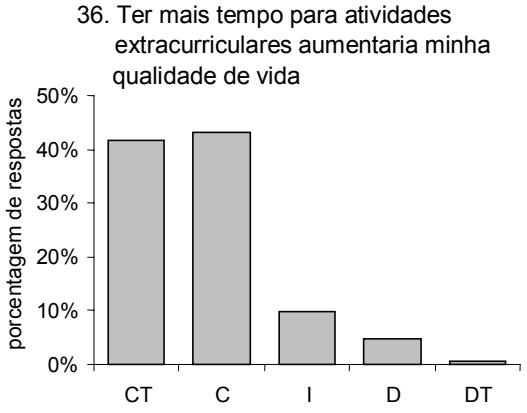


Figura 18 – Distribuição de freqüência das respostas às afirmações 31 a 36 do IQVEM (CT, concordo totalmente; C, concordo; I, sou indiferente; D, discordo; DT, discordo totalmente)

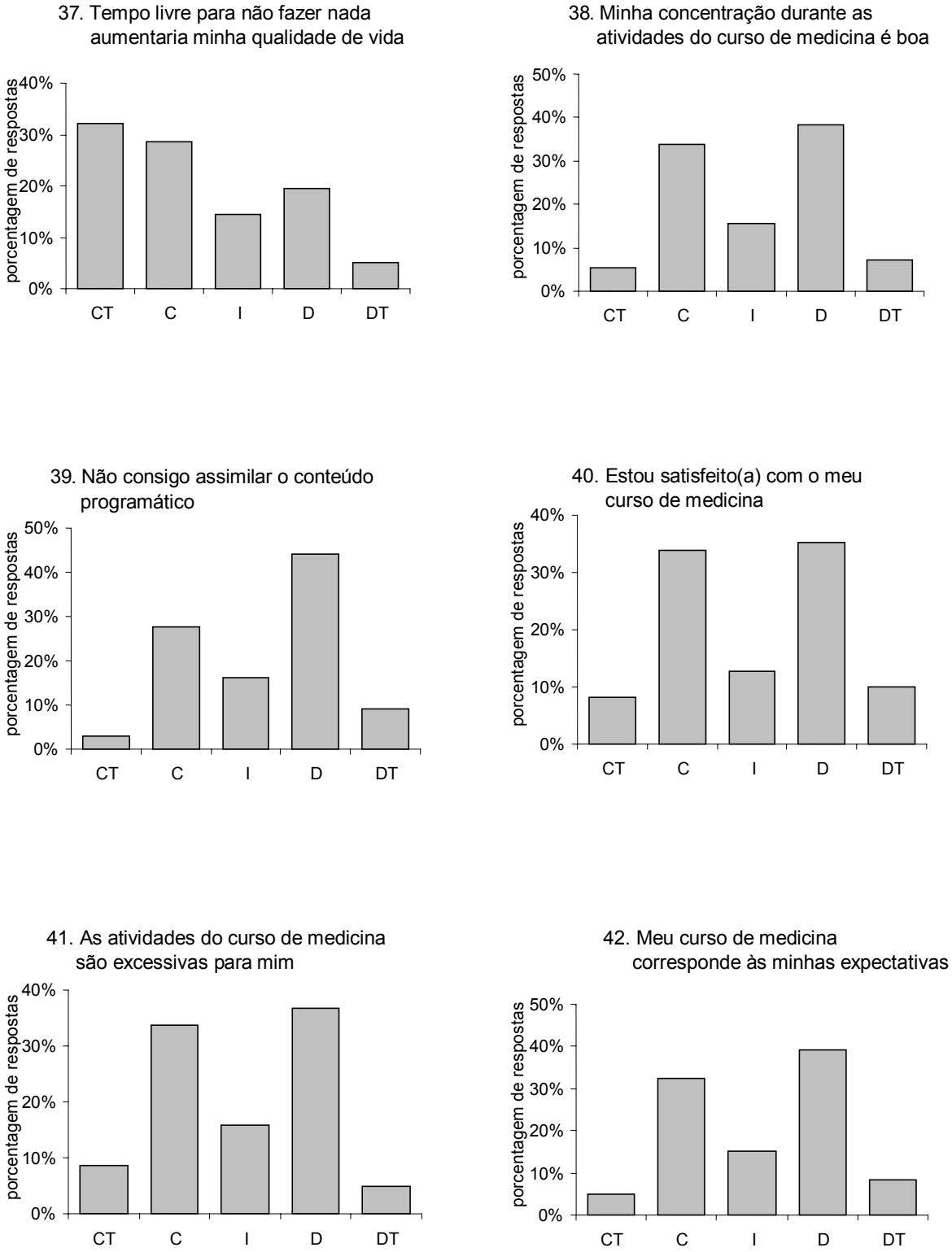


Figura 19 – Distribuição de freqüência das respostas às afirmações 37 a 42 do IQVEM (CT, concordo totalmente; C, concordo; I, sou indiferente; D, discordo; DT, discordo totalmente)

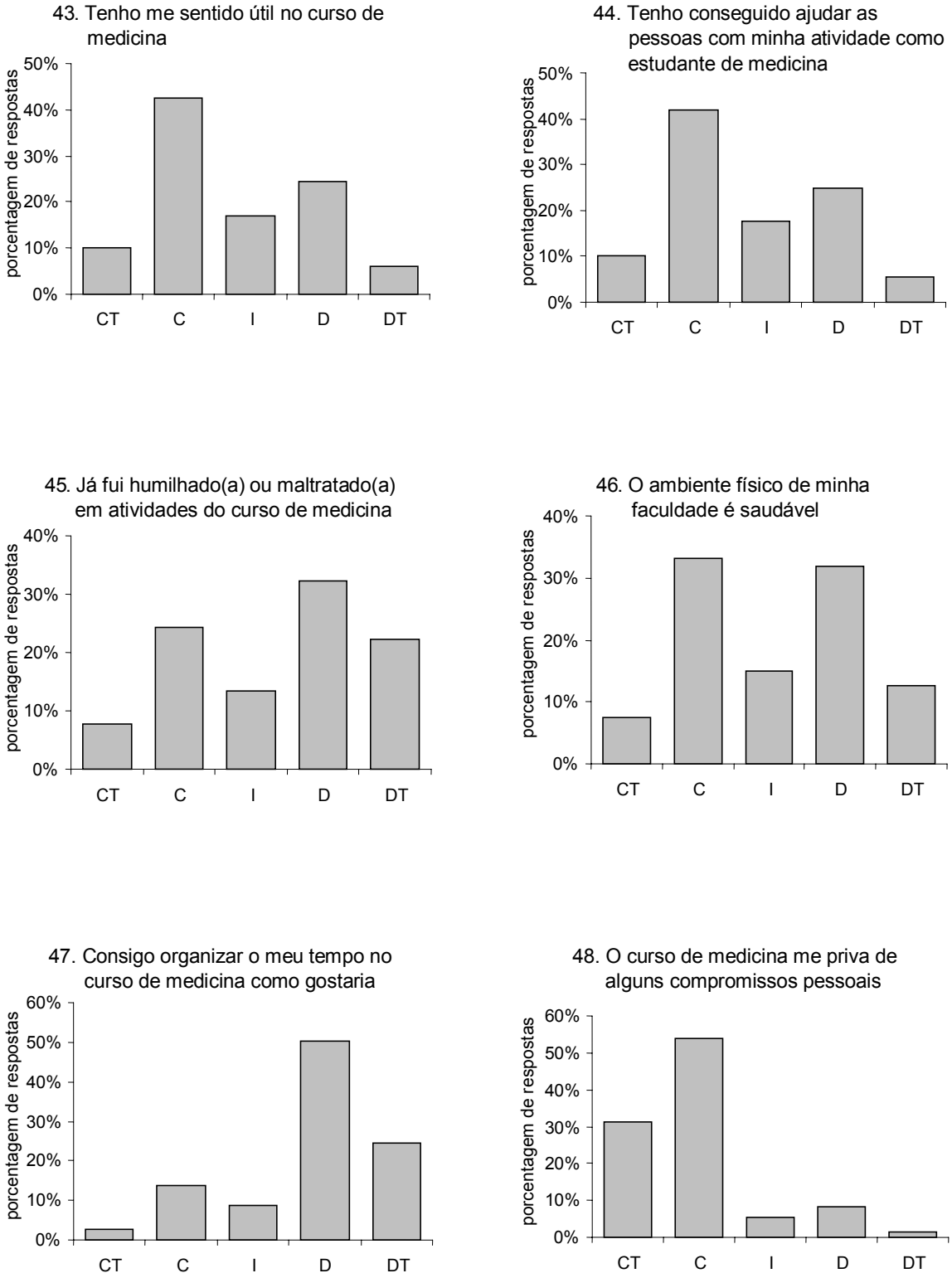


Figura 20 – Distribuição de freqüência das respostas às afirmações 43 a 48 do IQVEM (CT, concordo totalmente; C, concordo; I, sou indiferente; D, discordo; DT, discordo totalmente)

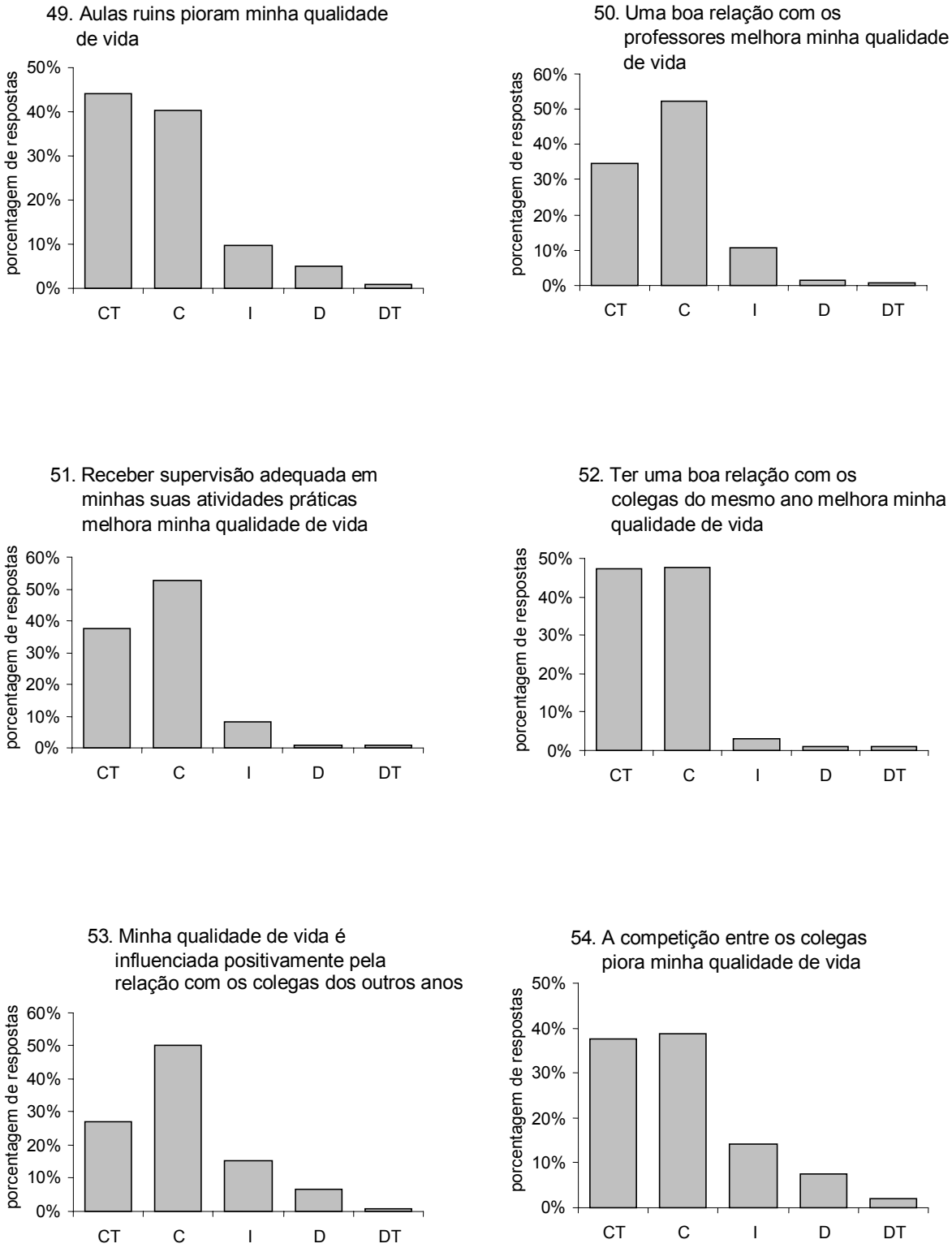


Figura 21 – Distribuição de freqüência das respostas às afirmações 49 a 54 do IQVEM (CT, concordo totalmente; C, concordo; I, sou indiferente; D, discordo; DT, discordo totalmente)

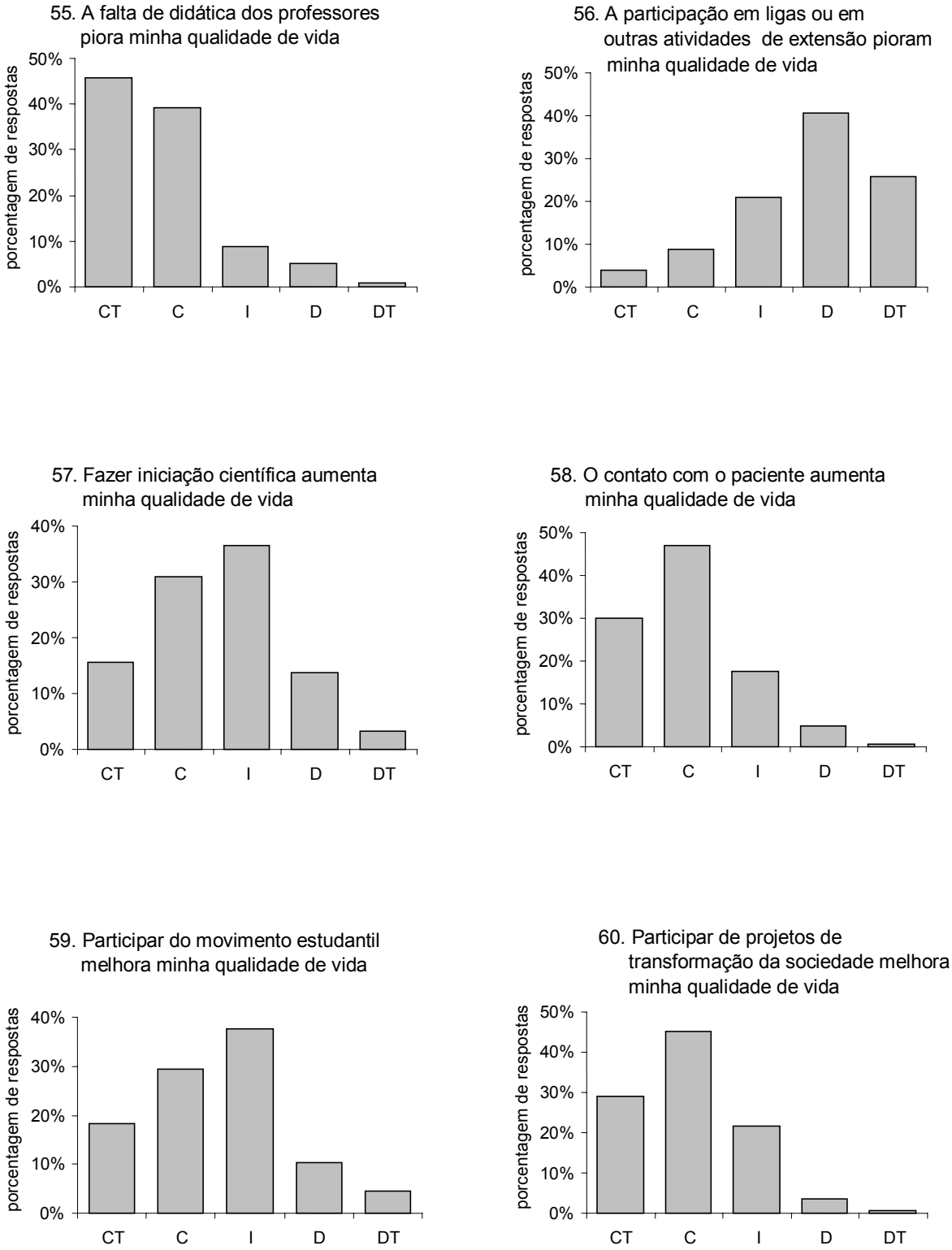


Figura 22 – Distribuição de freqüência das respostas às afirmações 55 a 60 do IQVEM (CT, concordo totalmente; C, concordo; I, sou indiferente; D, discordo; DT, discordo totalmente)

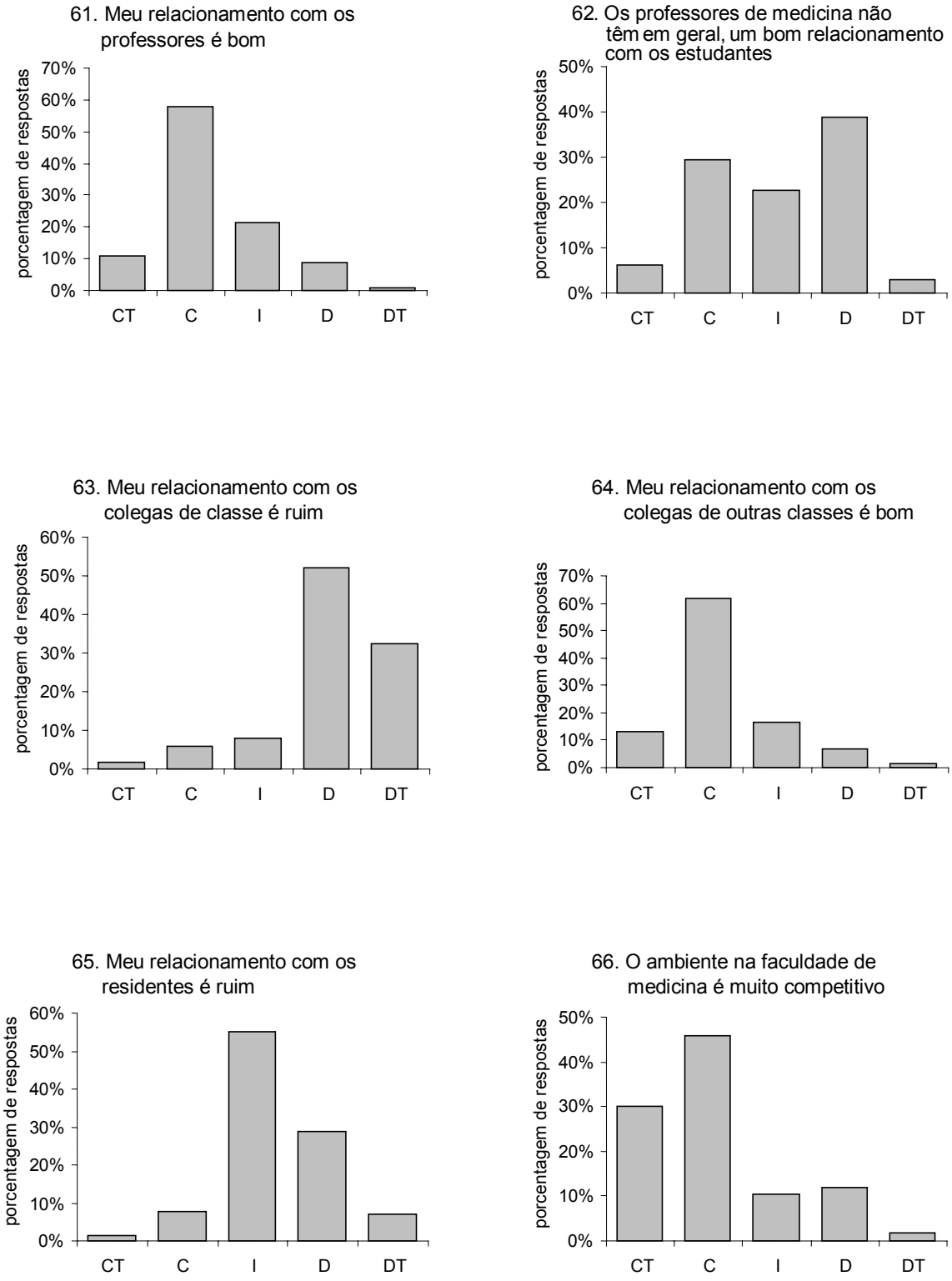


Figura 23 – Distribuição de freqüência das respostas às afirmações 61 a 66 do IQVEM (CT, concordo totalmente; C, concordo; I, sou indiferente; D, discordo; DT, discordo totalmente)

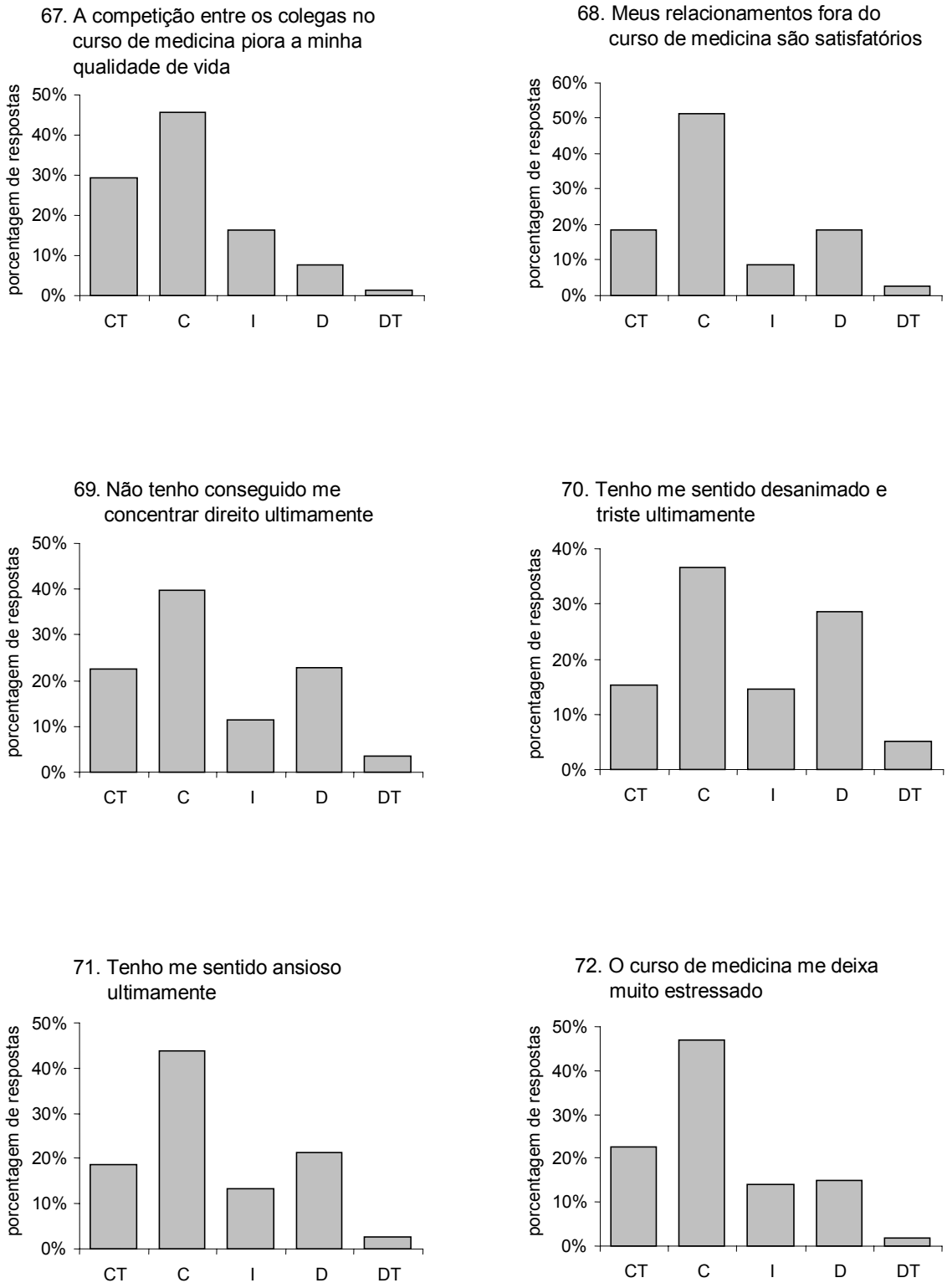
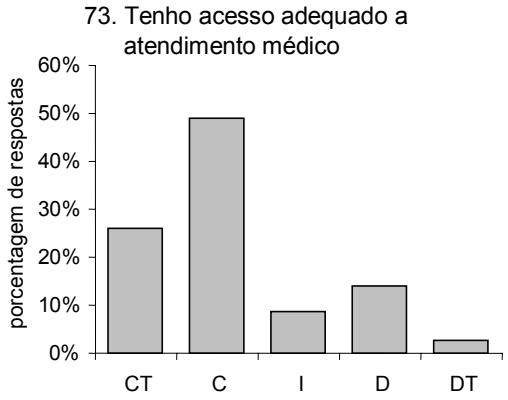
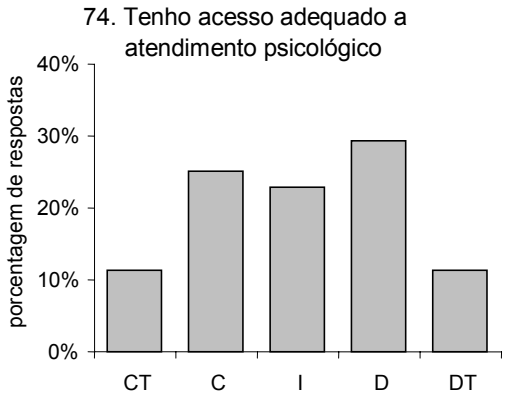
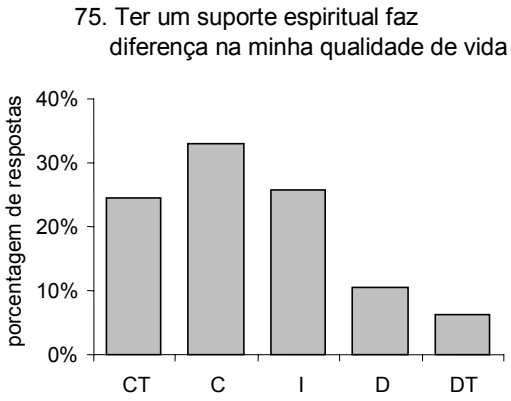
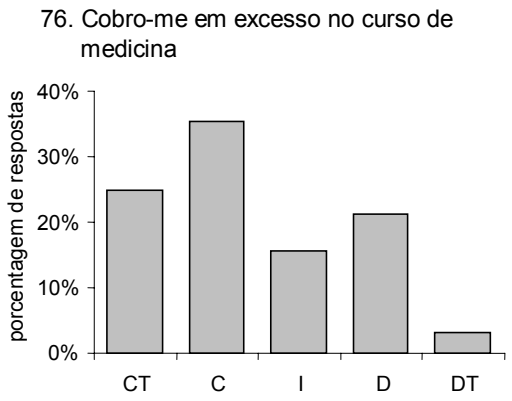


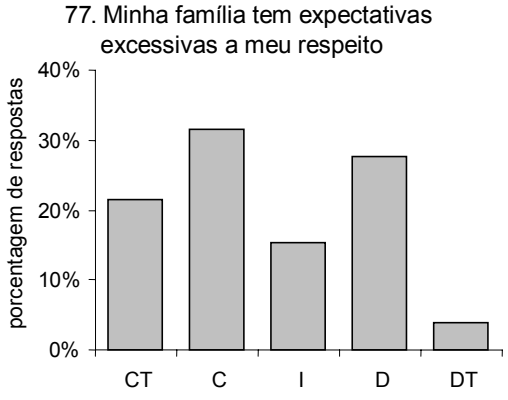
Figura 24 – Distribuição de freqüência das respostas às afirmações 67 a 72 do IQVEM (CT, concordo totalmente; C, concordo; I, sou indiferente; D, discordo; DT, discordo totalmente)











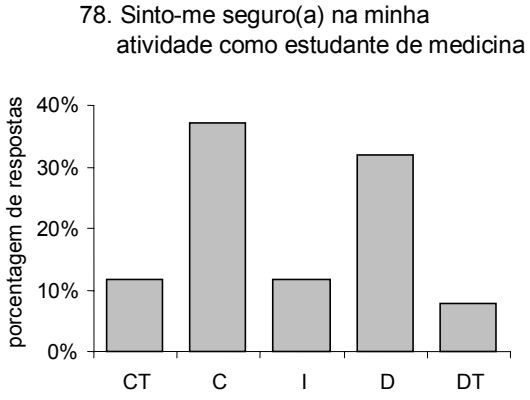


Figura 25 – Distribuição de freqüência das respostas às afirmações 73 a 78 do IQVEM (CT, concordo totalmente; C, concordo; I, sou indiferente; D, discordo; DT, discordo totalmente)

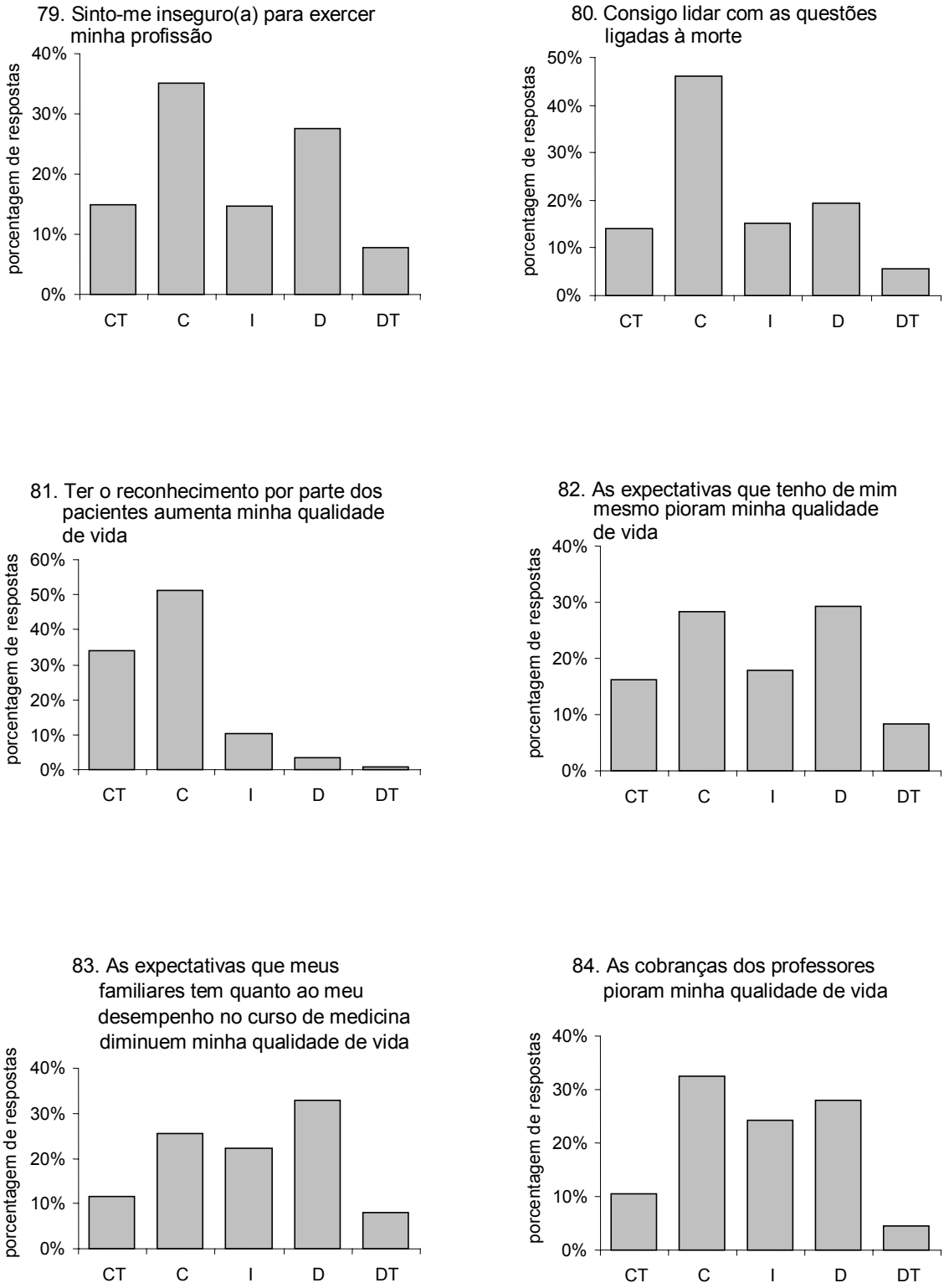


Figura 26 – Distribuição de freqüência das respostas às afirmações 79 a 84 IQVEM (CT, concordo totalmente; C, concordo; I, sou indiferente; D, discordo; DT, discordo totalmente)

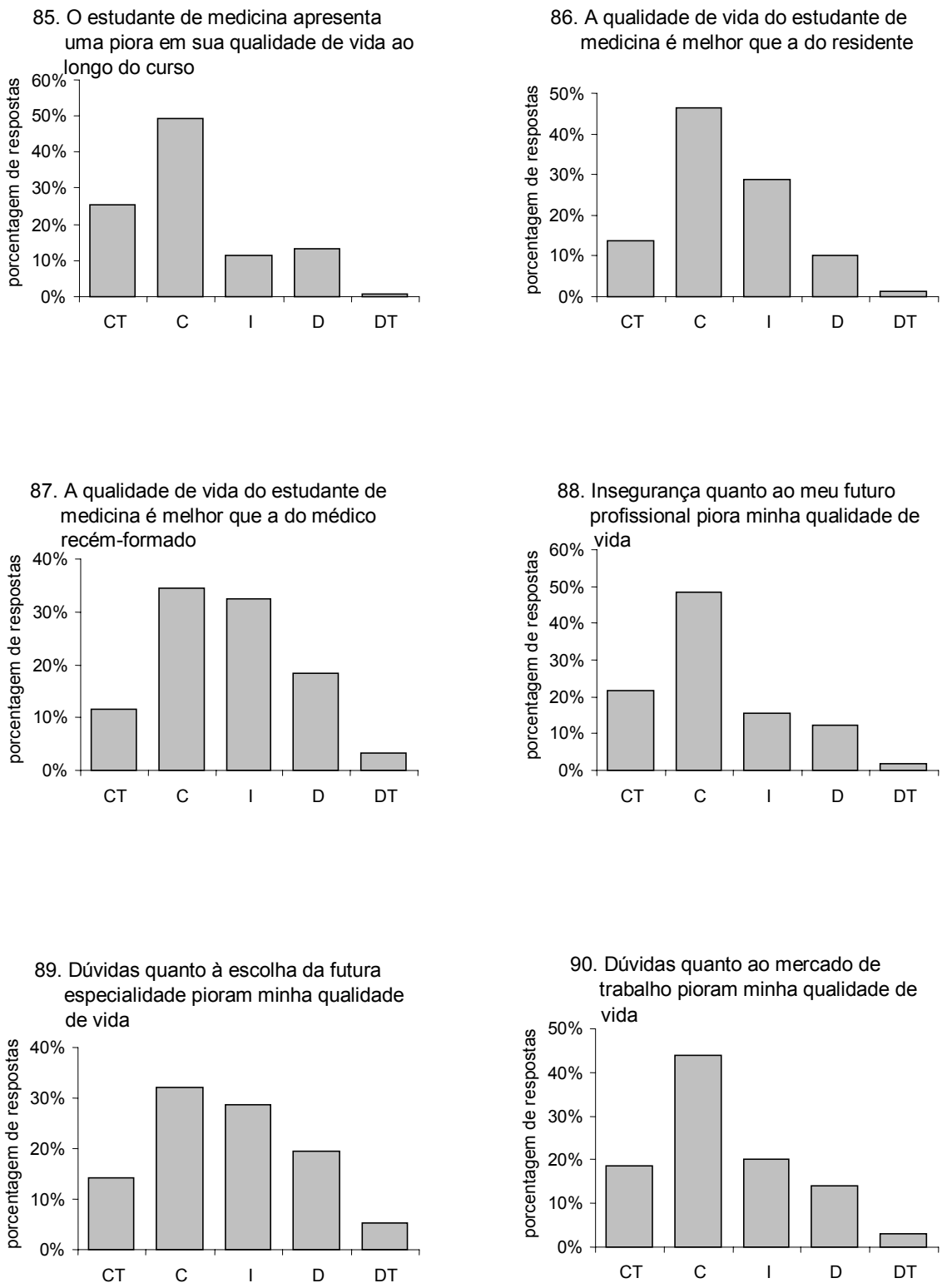


Figura 27 – Distribuição de freqüência das respostas às afirmações 85 a 90 do IQVEM (CT, concordo totalmente; C, concordo; I, sou indiferente; D, discordo; DT, discordo totalmente)

Tabela 27 - Distribuições de freqüências simples das respostas do Inventário de avaliação da qualidade de vida do estudante no curso de medicina (IQVEM) por sexo (A = afirmação).

A	Feminino			Masculino		
	Concordo N(%)	Indiferente N(%)	Discordo N(%)	Concordo N(%)	Indiferente N(%)	Discordo N(%)
1	236 (66,7)	18 (5,1)	100 (28,2)	298 (71)	38 (9)	84 (20)
2	194 (54,8)	33 (9,3)	127 (35,9)	194 (46,4)	41 (9,8)	183 (43,8)
3	198 (56,1)	43 (12,2)	112 (31,7)	196 (46,9)	72 (17,2)	150 (35,9)
4	71 (20,2)	121 (34,5)	159 (45,3)	104 (24,8)	161 (38,3)	155 (36,9)
5	257 (73)	60 (17)	35 (9,9)	271 (65)	98 (23,5)	48 (11,5)
6	144 (41,4)	31 (8,9)	173 (49,7)	196 (47,5)	61 (14,8)	156 (37,8)
7	73 (20,7)	31 (8,8)	248 (70,5)	75 (17,9)	37 (8,9)	306 (73,2)
11	130 (36,7)	55 (15,5)	169 (47,7)	94 (22,4)	67 (16)	259 (61,7)
12	142 (40,1)	44 (12,4)	168 (47,5)	178 (42,4)	60 (14,3)	182 (43,3)
13	216 (61,2)	48 (13,6)	89 (25,2)	290 (69,4)	55 (13,2)	73 (17,5)
15	161 (45,4)	37 (10,4)	157 (44,2)	153 (36,5)	62 (14,8)	204 (48,7)
16	58 (16,3)	20 (5,6)	277 (78)	112 (26,9)	41 (9,8)	264 (63,3)
17	71 (20,1)	31 (8,8)	252 (71,2)	120 (28,8)	53 (12,7)	243 (58,4)
18	298 (84,2)	13 (3,7)	43 (12,1)	351 (83,4)	18 (4,3)	52 (12,4)
19	296 (83,6)	16 (4,5)	42 (11,9)	315 (75)	41 (9,8)	64 (15,2)
20	149 (42,1)	45 (12,7)	160 (45,2)	222 (52,9)	48 (11,4)	150 (35,7)
21	139 (39,3)	77 (21,8)	138 (39)	232 (55,1)	67 (15,9)	122 (29)
22	152 (42,8)	58 (16,3)	145 (40,8)	198 (47)	69 (16,4)	154 (36,6)
23	307 (86,5)	17 (4,8)	31 (8,7)	359 (85,7)	29 (6,9)	31 (7,4)
26	190 (53,5)	36 (10,1)	129 (36,3)	231 (55,5)	40 (9,6)	145 (34,9)
29	239 (67,7)	38 (10,8)	76 (21,5)	262 (62,8)	59 (14,1)	96 (23,0)
30	302 (85,3)	29 (8,2)	23 (6,5)	327 (78)	43 (10,3)	49 (11,7)
31	290 (81,7)	33 (9,3)	32 (9)	310 (74,3)	53 (12,7)	54 (12,9)
32	326 (92,1)	24 (6,8)	4 (1,1)	377 (90,6)	25 (6)	14 (3,4)
33	325 (91,5)	22 (6,2)	8 (2,3)	364 (87,1)	40 (9,6)	14 (3,3)
34	335 (94,6)	15 (4,2)	4 (1,1)	373 (88,8)	29 (6,9)	18 (4,3)
35	338 (95,2)	10 (2,8)	7 (2)	372 (88,8)	35 (8,4)	12 (2,9)
36	318 (89,8)	21 (5,9)	15 (4,2)	336 (80,6)	54 (12,9)	27 (6,5)
37	226 (64)	47 (13,3)	80 (22,7)	236 (57,3)	65 (15,8)	111 (26,9)

A	Feminino			Masculino		
	Concordo N(%)	Indiferente N(%)	Discordo N(%)	Concordo N(%)	Indiferente N(%)	Discordo N(%)
38	140 (39,8)	38 (10,8)	174 (49,4)	160 (38,3)	82 (19,6)	176 (42,1)
39	116 (32,8)	55 (15,5)	183 (51,7)	122 (29,3)	71 (17)	224 (53,7)
40	144 (40,7)	40 (11,3)	170 (48)	181 (43,2)	57 (13,6)	181 (43,2)
41	164 (46,7)	49 (14)	138 (39,3)	165 (39,5)	72 (17,2)	181 (43,3)
42	134 (38)	44 (12,5)	175 (49,6)	152 (36,8)	69 (16,7)	192 (46,5)
43	174 (49,2)	56 (15,8)	124 (35)	228 (54,5)	76 (18,2)	114 (27,3)
44	168 (47,9)	63 (17,9)	120 (34,2)	228 (54,8)	73 (17,5)	115 (27,6)
45	124 (35,3)	45 (12,8)	182 (51,9)	122 (29,1)	59 (14,1)	238 (56,8)
46	145 (40,8)	47 (13,2)	163 (45,9)	167 (40,1)	69 (16,6)	180 (43,3)
47	55 (15,6)	14 (4)	283 (80,4)	72 (17,3)	53 (12,7)	292 (70)
48	311 (88,1)	15 (4,2)	27 (7,6)	346 (82,4)	26 (6,2)	48 (11,4)
49	306 (86,2)	30 (8,5)	19 (5,4)	347 (82,8)	45 (10,7)	27 (6,4)
50	319 (90,1)	30 (8,5)	5 (1,4)	351 (83,8)	54 (12,9)	14 (3,3)
51	323 (91)	29 (8,2)	3 (0,8)	375 (89,3)	35 (8,3)	10 (2,4)
52	337 (94,9)	12 (3,4)	6 (1,7)	397 (94,7)	12 (2,9)	10 (2,4)
53	276 (78)	50 (14,1)	28 (7,9)	321 (76,6)	67 (16)	31 (7,4)
55	305 (85,9)	32 (9)	18 (5,1)	350 (84,1)	37 (8,9)	29 (7,0)
56	42 (11,9)	64 (18,1)	248 (70,1)	56 (13,3)	98 (23,3)	266 (63,3)
57	178 (50,1)	121 (34,1)	56 (15,8)	182 (43,5)	159 (38)	77 (18,4)
58	289 (81,6)	48 (13,6)	17 (4,8)	304 (72,9)	87 (20,9)	26 (6,2)
59	181 (51)	129 (36,3)	45 (12,7)	188 (45)	160 (38,3)	70 (16,7)
60	278 (78,3)	64 (18)	13 (3,7)	295 (70,4)	105 (25,1)	19 (4,5)
61	247 (69,6)	72 (20,3)	36 (10,1)	286 (67,9)	94 (22,3)	41 (9,7)
62	118 (33,2)	69 (19,4)	168 (47,3)	157 (37,6)	108 (25,8)	153 (36,6)
63	29 (8,2)	23 (6,5)	302 (85,3)	30 (7,1)	38 (9)	352 (83,8)
64	267 (75,4)	58 (16,4)	29 (8,2)	317 (75,5)	70 (16,7)	33 (7,9)
65	25 (7,1)	198 (56,1)	130 (36,8)	46 (11)	226 (53,8)	148 (35,2)
66	275 (77,7)	30 (8,5)	49 (13,8)	310 (74,2)	52 (12,4)	56 (13,4)
68	251 (71,5)	27 (7,7)	73 (20,8)	287 (68,5)	41 (9,8)	91 (21,7)
69	226 (64,2)	31 (8,8)	95 (27)	254 (60,6)	58 (13,8)	107 (25,5)
70	208 (58,6)	41 (11,5)	106 (29,9)	192 (45,9)	72 (17,2)	154 (36,8)
71	265 (74,6)	31 (8,7)	59 (16,6)	221 (52,7)	72 (17,2)	126 (30,1)

A	Feminino			Masculino		
	Concordo N(%)	Indiferente N(%)	Discordo N(%)	Concordo N(%)	Indiferente N(%)	Discordo N(%)
72	280 (78,9)	32 (9)	43 (12,1)	261 (62)	77 (18,3)	83 (19,7)
73	266 (74,9)	23 (6,5)	66 (18,6)	313 (74,7)	44 (10,5)	62 (14,8)
74	124 (35,1)	63 (17,8)	166 (47)	155 (36,9)	114 (27,1)	151 (36)
75	232 (65,7)	75 (21,2)	46 (13)	210 (50)	126 (30)	84 (20)
76	237 (67,1)	40 (11,3)	76 (21,5)	226 (53,8)	82 (19,5)	112 (26,7)
77	197 (56,1)	45 (12,8)	109 (31,1)	215 (51,2)	73 (17,4)	132 (31,4)
78	152 (42,8)	34 (9,6)	169 (47,6)	222 (52,7)	57 (13,5)	142 (33,7)
79	196 (55,5)	48 (13,6)	109 (30,9)	189 (45)	67 (16)	164 (39)
80	179 (50,7)	41 (11,6)	133 (37,7)	282 (67,1)	76 (18,1)	62 (14,8)
81	311 (88,1)	28 (7,9)	14 (4)	349 (83,1)	53 (12,6)	18 (4,3)
82	183 (52,1)	44 (12,5)	124 (35,3)	160 (38,5)	95 (22,8)	161 (38,7)
83	128 (36,5)	69 (19,7)	154 (43,9)	157 (37,4)	105 (25)	158 (37,6)
84	156 (43,9)	80 (22,5)	119 (33,5)	177 (42,2)	107 (25,5)	135 (32,2)
85	277 (78)	37 (10,4)	41 (11,5)	301 (71,7)	51 (12,1)	68 (16,2)
88	274 (77,2)	39 (11)	42 (11,8)	267 (63,9)	83 (19,9)	68 (16,3)
89	173 (48,9)	102 (28,8)	79 (22,3)	185 (43,9)	122 (29)	114 (27,1)
90	244 (68,7)	65 (18,3)	46 (13)	241 (57,2)	93 (22,1)	87 (20,7)

Tabela 28 - Distribuições de freqüências simples das respostas do Inventário de avaliação da qualidade de vida do estudante no curso de medicina (IQVEM) em escolas médicas públicas e privadas (A = afirmação).

A	Privada			Pública		
	Concordo N(%)	Indiferente N(%)	Discordo N(%)	Concordo N(%)	Indiferente N(%)	Discordo N(%)
1	122(73,5)	9(5,4)	35(21,1)	411(67,7)	47(7,7)	149(24,5)
2	85(51,2)	12(7,2)	69(41,6)	303(50,1)	62(10,2)	240(39,7)
3	76(45,8)	25(15,1)	65(39,2)	318(52,6)	90(14,9)	196(32,5)
4	45(27,1)	67(40,4)	54(32,5)	129(21,4)	215(35,6)	260(43)
5	121(72,5)	32(19,2)	14(8,4)	407(67,7)	126(21)	68(11,3)
6	90(55,6)	13(8)	59(36,4)	249(41,6)	79(13,2)	270(45,2)
7	31(18,8)	14(8,5)	120(72,7)	117(19,4)	54(8,9)	433(71,7)
11	49(29,3)	24(14,4)	94(56,3)	175(28,9)	98(16,2)	333(55)
12	65(38,9)	22(13,2)	80(47,9)	254(41,9)	82(13,5)	270(44,6)
13	107(64,5)	18(10,8)	41(24,7)	398(65,9)	85(14,1)	121(20)
15	69(41,6)	24(14,5)	73(44)	245(40,4)	75(12,4)	287(47,3)
16	38(23)	12(7,3)	115(69,7)	132(21,8)	48(7,9)	426(70,3)
17	39(23,8)	14(8,5)	111(67,7)	151(25)	70(11,6)	384(63,5)
18	137(82)	6(3,6)	24(14,4)	511(84,2)	25(4,1)	71(11,7)
19	130(77,8)	11(6,6)	26(15,6)	481(79,4)	46(7,6)	79(13)
20	75(45,5)	25(15,2)	65(39,4)	295(48,5)	68(11,2)	245(40,3)
21	77(46,1)	30(18)	60(35,9)	293(48,3)	114(18,8)	200(32,9)
22	69(41,3)	30(18)	68(40,7)	280(46,1)	97(16)	231(38)
23	145(86,8)	11(6,6)	11(6,6)	520(85,8)	35(5,8)	51(8,4)
26	83(50,3)	16(9,7)	66(40)	338(55,9)	59(9,8)	208(34,4)
29	120(72,7)	16(9,7)	29(17,6)	381(63,1)	80(13,2)	143(23,7)
30	132(79)	17(10,2)	18(10,8)	497(82,1)	54(8,9)	54(8,9)
31	122(73,9)	23(13,9)	20(12,1)	478(78,9)	62(10,2)	66(10,9)
32	149(89,8)	13(7,8)	4(2,4)	553(91,7)	36(6)	14(2,3)
33	153(91,6)	9(5,4)	5(3)	535(88,4)	53(8,8)	17(2,8)
34	147(88)	16(9,6)	4(2,4)	560(92,4)	28(4,6)	18(3)
35	156(93,4)	7(4,2)	4(2,4)	553(91,3)	38(6,3)	15(2,5)
36	139(84,2)	13(7,9)	13(7,9)	514(85)	62(10,2)	29(4,8)
37	93(55,7)	20(12)	54(32,3)	369(61,8)	92(15,4)	136(22,8)

A	Privada			Pública		
	Concordo N(%)	Indiferente N(%)	Discordo N(%)	Concordo N(%)	Indiferente N(%)	Discordo N(%)
38	70(42,2)	23(13,9)	73(44)	230(38,1)	96(15,9)	277(45,9)
39	50(30,1)	29(17,5)	87(52,4)	188(31,1)	97(16,1)	319(52,8)
40	70(41,9)	22(13,2)	75(44,9)	254(42)	75(12,4)	276(45,6)
41	57(34,3)	27(16,3)	82(49,4)	272(45,2)	94(15,6)	236(39,2)
42	64(38,3)	29(17,4)	74(44,3)	222(37,1)	83(13,9)	293(49)
43	95(57,2)	23(13,9)	48(28,9)	306(50,6)	109(18)	190(31,4)
44	101(60,8)	20(12)	45(27,1)	295(49,1)	116(19,3)	190(31,6)
45	55(33,1)	20(12)	91(54,8)	191(31,7)	84(13,9)	328(54,4)
46	77(46,4)	29(17,5)	60(36,1)	235(38,9)	86(14,2)	283(46,9)
47	25(15)	15(9)	127(76)	102(17)	52(8,7)	447(74,4)
48	142(85,5)	6(3,6)	18(10,8)	514(84,8)	35(5,8)	57(9,4)
49	138(83,1)	16(9,6)	12(7,2)	514(84,7)	59(9,7)	34(5,6)
50	147(88)	14(8,4)	6(3,6)	522(86,3)	70(11,6)	13(2,1)
51	151(90,4)	15(9)	1(0,6)	546(90)	49(8,1)	12(2)
52	154(92,2)	10(6)	3(1,8)	579(95,5)	14(2,3)	13(2,1)
53	125(74,9)	31(18,6)	11(6,6)	471(77,9)	86(14,2)	48(7,9)
55	139(83,7)	12(7,2)	15(9)	515(85,3)	57(9,4)	32(5,3)
56	16(9,6)	31(18,7)	119(71,7)	82(13,5)	131(21,6)	394(64,9)
57	83(50)	57(34,3)	26(15,7)	276(45,5)	223(36,8)	107(17,7)
58	131(78,4)	27(16,2)	9(5,4)	462(76,6)	107(17,7)	34(5,6)
59	88(52,7)	56(33,5)	23(13,8)	280(46,3)	233(38,5)	92(15,2)
60	124(74,3)	36(21,6)	7(4,2)	448(73,9)	133(21,9)	25(4,1)
61	119(71,3)	32(19,2)	16(9,6)	413(67,9)	134(22)	61(10)
62	56(33,5)	38(22,8)	73(43,7)	219(36,2)	139(23)	247(40,8)
63	22(13,3)	11(6,6)	133(80,1)	37(6,1)	50(8,2)	520(85,7)
64	119(71,3)	30(18)	18(10,8)	464(76,6)	98(16,2)	44(7,3)
65	16(9,6)	85(50,9)	66(39,5)	55(9,1)	339(56)	211(34,9)
66	118(71,1)	23(13,9)	25(15,1)	467(77,2)	59(9,8)	79(13,1)
68	114(69,1)	10(6,1)	41(24,8)	423(70)	58(9,6)	123(20,4)
69	100(60,6)	15(9,1)	50(30,3)	380(62,8)	73(12,1)	152(25,1)
70	94(56,3)	15(9)	58(34,7)	306(50,6)	98(16,2)	201(33,2)

A	Privada			Pública		
	Concordo N(%)	Indiferente N(%)	Discordo N(%)	Concordo N(%)	Indiferente N(%)	Discordo N(%)
71	113(68,1)	10(6)	43(25,9)	373(61,4)	93(15,3)	141(23,2)
72	126(75,4)	19(11,4)	22(13,2)	414(68,1)	90(14,8)	104(17,1)
73	126(75,4)	15(9)	26(15,6)	452(74,6)	52(8,6)	102(16,8)
74	63(38)	32(19,3)	71(42,8)	215(35,5)	145(23,9)	246(40,6)
75	103(62)	41(24,7)	22(13,3)	339(55,9)	160(26,4)	107(17,7)
76	113(68,1)	23(13,9)	30(18,1)	349(57,6)	99(16,3)	158(26,1)
77	94(56,6)	24(14,5)	48(28,9)	317(52,5)	94(15,6)	193(32)
78	91(54,5)	17(10,2)	59(35,3)	283(46,5)	74(12,2)	251(41,3)
79	77(46,4)	19(11,4)	70(42,2)	308(50,8)	96(15,8)	202(33,3)
80	98(58,7)	30(18)	39(23,4)	362(59,8)	87(14,4)	156(25,8)
81	143(86,1)	11(6,6)	12(7,2)	516(85,1)	70(11,6)	20(3,3)
82	82(50)	21(12,8)	61(37,2)	261(43,4)	118(19,6)	223(37)
83	62(37,3)	35(21,1)	69(41,6)	223(36,9)	139(23)	242(40,1)
84	73(43,7)	32(19,2)	62(37,1)	260(42,9)	155(25,6)	191(31,5)
85	129(77,2)	16(9,6)	22(13,2)	449(74)	72(11,9)	86(14,2)
88	120(72,3)	21(12,7)	25(15,1)	421(69,5)	101(16,7)	84(13,9)
89	81(48,5)	51(30,5)	35(21)	277(45,6)	173(28,5)	157(25,9)
90	112(67,1)	33(19,8)	22(13,2)	373(61,3)	125(20,6)	110(18,1)

Tabela 29 - Distribuições de freqüências simples das respostas do Inventário de avaliação da qualidade de vida do estudante no curso de medicina (IQVEM) por ano do curso (A = afirmação).

A	1º e 2º anos			3º e 4º anos			5º e 6º anos		
	Concordo N(%)	Indiferente N(%)	Discordo N(%)	Concordo N(%)	Indiferente N(%)	Discordo N(%)	Concordo N(%)	Indiferente N(%)	Discordo N(%)
1	231(74,5)	16(5,2)	63(20,3)	212(63,9)	31(9,3)	89(26,8)	91(68,9)	9(6,8)	32(24,2)
2	135(43,7)	31(10)	143(46,3)	184(55,4)	31(9,3)	117(35,2)	69(52,7)	12(9,2)	50(38,2)
3	109(35,4)	53(17,2)	146(47,4)	205(61,7)	47(14,2)	80(24,1)	80(61,1)	15(11,5)	36(27,5)
4	96(30,9)	115(37)	100(32,2)	58(17,7)	121(37)	149(45,4)	21(15,9)	46(34,8)	65(49,2)
5	191(61,8)	76(24,6)	42(13,6)	231(70,4)	69(21)	28(8,5)	106(80,3)	13(9,8)	13(9,8)
6	169(55,4)	30(9,8)	106(34,8)	118(36,1)	44(13,5)	165(50,5)	53(41,1)	18(14)	58(45)
7	48(15,5)	23(7,4)	238(77)	73(22,2)	37(11,2)	219(66,6)	27(20,5)	8(6,1)	97(73,5)
11	85(27,3)	41(13,2)	185(59,5)	109(32,8)	58(17,5)	165(49,7)	30(22,9)	23(17,6)	78(59,5)
12	128(41,3)	41(13,2)	141(45,5)	135(40,7)	43(13)	154(46,4)	57(43,2)	20(15,2)	55(41,7)
13	215(69,6)	41(13,3)	53(17,2)	202(61,2)	50(15,2)	78(23,6)	89(67,4)	12(9,1)	31(23,5)
15	110(35,4)	36(11,6)	165(53,1)	154(46,5)	46(13,9)	131(39,6)	50(37,9)	17(12,9)	65(49,2)
16	71(23)	24(7,8)	214(69,3)	72(21,6)	28(8,4)	233(70)	27(20,8)	9(6,9)	94(72,3)
17	92(29,7)	34(11)	184(59,4)	71(21,5)	36(10,9)	223(67,6)	28(21,5)	14(10,8)	88(67,7)
18	259(83,5)	12(3,9)	39(12,6)	286(85,9)	12(3,6)	35(10,5)	104(78,8)	7(5,3)	21(15,9)
19	236(75,9)	22(7,1)	53(17)	270(81,3)	27(8,1)	35(10,5)	105(80,2)	8(6,1)	18(13,7)
20	145(46,8)	33(10,6)	132(42,6)	162(48,8)	42(12,7)	128(38,6)	64(48,5)	18(13,6)	50(37,9)
21	153(49,2)	66(21,2)	92(29,6)	146(43,8)	58(17,4)	129(38,7)	72(55)	20(15,3)	39(29,8)
22	148(47,6)	46(14,8)	117(37,6)	150(45)	58(17,4)	125(37,5)	52(39,4)	23(17,4)	57(43,2)
23	265(85,5)	18(5,8)	27(8,7)	291(87,4)	18(5,4)	24(7,2)	110(84)	10(7,6)	11(8,4)
26	156(50,6)	30(9,7)	122(39,6)	191(57,5)	30(9)	111(33,4)	74(56,5)	16(12,2)	41(31,3)
29	196(63,6)	41(13,3)	71(23,1)	219(66,2)	39(11,8)	73(22,1)	86(65,6)	17(13)	28(21,4)
30	240(77,2)	32(10,3)	39(12,5)	276(83,4)	30(9,1)	25(7,6)	113(86,3)	10(7,6)	8(6,1)
31	224(72,7)	43(14)	41(13,3)	276(82,9)	28(8,4)	29(8,7)	100(76,3)	15(11,5)	16(12,2)
32	277(90,2)	21(6,8)	9(2,9)	308(92,8)	17(5,1)	7(2,1)	118(90,1)	11(8,4)	2(1,5)

A	1º e 2º anos			3º e 4º anos			5º e 6º anos		
	Concordo N(%)	Indiferente N(%)	Discordo N(%)	Concordo N(%)	Indiferente N(%)	Discordo N(%)	Concordo N(%)	Indiferente N(%)	Discordo N(%)
33	272(87,5)	27(8,7)	12(3,9)	300(90,4)	25(7,5)	7(2,1)	117(90)	10(7,7)	3(2,3)
34	280(90,3)	15(4,8)	15(4,8)	306(91,9)	22(6,6)	5(1,5)	122(93,1)	7(5,3)	2(1,5)
35	284(91,3)	18(5,8)	9(2,9)	303(91,3)	21(6,3)	8(2,4)	123(93,9)	6(4,6)	2(1,5)
36	267(86,4)	27(8,7)	15(4,9)	273(82)	38(11,4)	22(6,6)	114(88,4)	10(7,8)	5(3,9)
37	177(57,7)	41(13,4)	89(29)	202(61,6)	56(17,1)	70(21,3)	83(63,8)	15(11,5)	32(24,6)
38	144(46,9)	44(14,3)	119(38,8)	100(30,1)	57(17,2)	175(52,7)	56(42,7)	19(14,5)	56(42,7)
39	72(23,2)	58(18,7)	180(58,1)	119(36)	52(15,7)	160(48,3)	47(36,2)	16(12,3)	67(51,5)
40	160(51,6)	44(14,2)	106(34,2)	110(33,1)	40(12)	182(54,8)	55(42)	13(9,9)	63(48,1)
41	113(36,6)	51(16,5)	145(46,9)	159(48,3)	54(16,4)	116(35,3)	57(43,5)	16(12,2)	58(44,3)
42	139(45,3)	50(16,3)	118(38,4)	105(32)	44(13,4)	179(54,6)	42(32,1)	19(14,5)	70(53,4)
43	155(50)	70(22,6)	85(27,4)	160(48,3)	51(15,4)	120(36,3)	87(66,4)	11(8,4)	33(25,2)
44	124(40,3)	69(22,4)	115(37,3)	176(53,3)	57(17,3)	97(29,4)	96(74,4)	10(7,8)	23(17,8)
45	70(22,7)	36(11,7)	202(65,6)	117(35,3)	48(14,5)	166(50,2)	59(45)	20(15,3)	52(39,7)
46	162(52,3)	38(12,3)	110(35,5)	115(34,6)	54(16,3)	163(49,1)	35(27,1)	24(18,6)	70(54,3)
47	61(19,7)	32(10,4)	216(69,9)	47(14,2)	24(7,3)	259(78,5)	19(14,6)	11(8,5)	100(76,9)
48	263(84,6)	18(5,8)	30(9,6)	281(84,9)	19(5,7)	31(9,4)	113(86,3)	4(3,1)	14(10,7)
49	253(81,6)	36(11,6)	21(6,8)	286(85,9)	31(9,3)	16(4,8)	114(87)	8(6,1)	9(6,9)
50	269(86,5)	34(10,9)	8(2,6)	286(86,1)	38(11,4)	8(2,4)	115(88,5)	12(9,2)	3(2,3)
51	271(87,1)	35(11,3)	5(1,6)	307(92,2)	19(5,7)	7(2,1)	120(91,6)	10(7,6)	1(0,8)
52	290(93,5)	14(4,5)	6(1,9)	319(95,8)	7(2,1)	7(2,1)	125(95,4)	3(2,3)	3(2,3)
53	244(78,7)	42(13,5)	24(7,7)	247(74,4)	55(16,6)	30(9)	106(80,9)	20(15,3)	5(3,8)
55	250(80,9)	35(11,3)	24(7,8)	289(87)	26(7,8)	17(5,1)	116(89,2)	8(6,2)	6(4,6)
56	39(12,6)	65(21)	206(66,5)	40(12)	68(20,4)	225(67,6)	19(14,5)	29(22,1)	83(63,4)
57	160(51,8)	120(39)	29(9,4)	146(43,8)	119(36)	68(20,4)	54(41,2)	41(31,3)	36(27,5)
58	228(73,5)	71(22,9)	11(3,5)	263(79,7)	47(14,2)	20(6,1)	102(77,9)	17(13)	12(9,2)

A	1º e 2º anos			3º e 4º anos			5º e 6º anos		
	Concordo N(%)	Indiferente N(%)	Discordo N(%)	Concordo N(%)	Indiferente N(%)	Discordo N(%)	Concordo N(%)	Indiferente N(%)	Discordo N(%)
59	154(49,5)	120(39)	37(11,9)	157(47,4)	118(36)	56(16,9)	58(44,3)	51(38,9)	22(16,8)
60	229(73,6)	68(21,9)	14(4,5)	250(75,5)	69(20,8)	12(3,6)	94(71,2)	32(24,2)	6(4,5)
61	212(68,2)	70(22,5)	29(9,3)	228(68,5)	72(21,6)	33(9,9)	93(70,5)	24(18,2)	15(11,4)
62	105(34)	69(22,3)	135(43,7)	121(36,4)	80(24,1)	131(39,5)	49(37,1)	28(21,2)	55(41,7)
63	19(6,1)	20(6,4)	272(87,5)	29(8,8)	25(7,6)	277(83,7)	11(8,3)	16(12,1)	105(79,5)
64	232(75,1)	49(15,9)	28(9,1)	254(76,3)	54(16,2)	25(7,5)	98(74,2)	25(18,9)	9(6,8)
65	24(7,7)	203(66)	83(26,8)	29(8,8)	180(54)	122(36,9)	18(13,6)	41(31,1)	73(55,3)
66	216(69,7)	32(10,3)	62(20)	263(79,2)	39(11,7)	30(9)	106(81,5)	11(8,5)	13(10)
68	227(73,5)	21(6,8)	61(19,7)	219(66,4)	35(10,6)	76(23)	92(70,2)	12(9,2)	27(20,6)
69	182(58,7)	37(11,9)	91(29,4)	217(65,6)	40(12,1)	74(22,4)	81(62,3)	12(9,2)	37(28,5)
70	155(50,3)	44(14,3)	109(35,4)	183(55)	47(14,1)	103(30,9)	62(47)	22(16,7)	48(36,4)
71	193(62,3)	42(13,5)	75(24,2)	205(61,6)	48(14,4)	80(24)	88(67,2)	13(9,9)	30(22,9)
72	209(67,2)	43(13,8)	59(19)	242(72,7)	45(13,5)	46(13,8)	90(68,2)	21(15,9)	21(15,9)
73	241(77,7)	20(6,5)	49(15,8)	242(72,7)	39(11,7)	52(15,6)	96(73,3)	8(6,1)	27(20,6)
74	130(41,9)	80(25,8)	100(32,3)	102(30,8)	73(22,1)	156(47,1)	47(35,6)	24(18,2)	61(46,2)
75	177(57,1)	90(29)	43(13,9)	186(56)	78(23,5)	68(20,5)	79(60,3)	33(25,2)	19(14,5)
76	182(58,5)	51(16,4)	78(25,1)	196(59,4)	52(15,8)	82(24,8)	85(64,4)	19(14,4)	28(21,2)
77	153(49,7)	46(14,9)	109(35,4)	187(56,5)	53(16)	91(27,5)	72(54,5)	19(14,4)	41(31,1)
78	166(53,4)	43(13,8)	102(32,8)	145(43,5)	38(11,4)	150(45)	63(47,7)	10(7,6)	59(44,7)
79	120(38,6)	55(17,7)	136(43,7)	187(56,7)	50(15,2)	93(28,2)	78(59,1)	10(7,6)	44(33,3)
80	197(63,5)	43(13,9)	70(22,6)	187(56,3)	60(18,1)	85(25,6)	77(58,8)	14(10,7)	40(30,5)
81	254(82,2)	44(14,2)	11(3,6)	291(87,4)	30(9)	12(3,6)	115(87,8)	7(5,3)	9(6,9)
82	129(41,9)	52(16,9)	127(41,2)	157(48)	59(18)	111(33,9)	57(43,2)	28(21,2)	47(35,6)
83	102(33)	70(22,7)	137(44,3)	125(37,8)	79(23,9)	127(38,4)	58(44,3)	25(19,1)	48(36,6)
84	106(34,2)	85(27,4)	119(38,4)	162(48,8)	74(22,3)	96(28,9)	65(49,2)	28(21,2)	39(29,5)
85	205(66,1)	46(14,8)	59(19)	271(81,4)	26(7,8)	36(10,8)	102(77,3)	16(12,1)	14(10,6)

A	1º e 2º anos			3º e 4º anos			5º e 6º anos		
	Concordo N(%)	Indiferente N(%)	Discordo N(%)	Concordo N(%)	Indiferente N(%)	Discordo N(%)	Concordo N(%)	Indiferente N(%)	Discordo N(%)
88	196(63,6)	56(18,2)	56(18,2)	246(73,9)	44(13,2)	43(12,9)	99(75)	22(16,7)	11(8,3)
89	112(36,1)	108(35)	90(29)	168(50,5)	82(24,6)	83(24,9)	78(59,1)	34(25,8)	20(15,2)
90	174(55,9)	76(24,4)	61(19,6)	217(65,2)	62(18,6)	54(16,2)	94(71,2)	20(15,2)	18(13,6)

A análise univariada de cada pergunta foi feita comparando dois grupos: os estudantes que deram nota para sua qualidade de vida no curso de medicina maior que 7 (54,7 %) e os estudantes que deram nota menor ou igual 7 (44,3%). Isso permitiu observar quais fatores no curso de medicina apresentavam-se de modo diferente entre o grupo com maior nota de qualidade de vida no curso e o grupo com nota menor (Tabela 30).

No grupo com qualidade de vida no curso menor que 7 somente 18,7% afirmaram que sua qualidade de vida no curso era boa contra 61,2% no grupo com nota acima de 7 ($p < 0,001$). No mesmo grupo 68,1% concordavam que não aproveitavam a vida como deveriam e no grupo acima de sete somente 38,7% ($p < 0,001$). No grupo com qualidade de vida no curso menor que sete 13,6% dos entrevistados achavam que tinham horas suficientes de sono contra 27,3% no outro grupo ($p < 0,001$). Quanto às horas de lazer 15,9% responderam que tinha tempo suficiente para lazer no grupo com menor qualidade de vida, enquanto no grupo de maior qualidade de vida 30,3% concordavam com essa afirmação ($p < 0,001$). A satisfação com a vida afetiva e sexual também foi maior no grupo com melhor qualidade de vida (53,6 % e 54,4%) do que no grupo com pior qualidade de vida (39% e 37,9%, $p < 0,001$). No grupo com nota menor que sete 67,8% dos estudantes estavam sentindo-se desanimados e tristes, 74,7% ansiosos e 85,7% estressados e no outro grupo 41,4%, 55% e 59,5% ($p < 0,001$), respectivamente. O grupo com maior qualidade de vida tinha mais acesso a atendimento psicológico (38,8%) do que no grupo com menor qualidade de vida (32,7%) ($p < 0,001$).

Observaram-se também diferenças significativas nos aspectos psico-pedagógicos entre os dois grupos. A capacidade de assimilação era maior no grupo com melhor qualidade de vida (61,8%) do que no outro grupo (38,5%) ($p < 0,001$), assim como a capacidade de organizar seu tempo 21,8% e 8,4%, respectivamente ($p < 0,001$). O relacionamento com docentes também era melhor no grupo com melhor qualidade de vida (72,3% e 62,8%, $p < 0,001$), além de apresentarem maior segurança no exercício profissional (56,8%) e em lidarem com questões ligadas a morte (62,9%) em relação ao outro grupo (34,9% e 54,4%, $p < 0,001$).

Foi calculado um escore total do Inventário de Qualidade de Vida do Estudante de Medicina, como a soma dos valores atribuídos às classificações das respostas (1 = concordo totalmente, 2 = concordo, 3 = indiferente, 4 = discordo, 5 = discordo totalmente). Afirmações que representavam aspectos negativos em relação à qualidade de vida tiveram seus valores invertidos. Exemplo: questão 11 – “Não consigo cuidar da minha aparência”; nessa questão o concordo totalmente vale 1 e o discordo totalmente vale 5. Inveteram-se os valores das seguintes questões: 2, 3, 5, 7, 11, 15, 18, 19, 29, 30, 39, 41, 45, 48, 49, 55, 56, 62, 63, 65, 66, 69, 70, 71, 72, 76, 77, 79, 82, 83, 84, 85, 88, 89,90.

Encontraram-se coeficientes de correlação positivos e estatisticamente significativos entre a nota que o estudante deu à qualidade de vida no curso de medicina e o escore total do inventário de avaliação de qualidade de vida do estudante no curso de medicina. O mesmo ocorre para a nota para a qualidade de vida em geral (Tabela 31).

Tabela 30 – Análise univariada das afirmações do Inventário de avaliação da qualidade de vida do estudante no curso de medicina (IQVEM) comparando estudantes com nota para a auto-avaliação da qualidade de vida no curso de medicina menor do que 7 e estudantes com nota maior ou igual a 7 (A = afirmação).

A	QV como estudante de medicina (menor que 7)			QV como estudante de medicina (maior ou igual a 7)			Valor de p
	Concordo totalmente ou concordo N (%)	Indiferente N (%)	Discordo totalmente ou discordo N (%)	Concordo totalmente ou concordo N (%)	Indiferente N (%)	Discordo totalmente ou discordo N (%)	
1	133 (44,3)	37 (12,3)	130 (43,3)	403 (84,7)	19 (4)	54 (11,3)	<0,001
2	205 (68,1)	26 (8,6)	70 (23,3)	183 (38,7)	48 (10,1)	242 (51,2)	<0,001
3	230 (76,9)	25 (8,4)	44 (14,7)	165 (34,8)	90 (19)	219 (46,2)	<0,001
4	39 (13)	98 (32,7)	163 (54,3)	138 (29,2)	184 (38,9)	151 (31,9)	<0,001
5	227 (75,7)	46 (15,3)	27 (9)	301 (63,9)	113 (24)	57 (12,1)	0,003
6	55 (18,7)	28 (9,5)	211 (71,8)	287 (61,2)	64 (13,6)	118 (25,2)	<0,001
7	95 (31,8)	35 (11,7)	169 (56,5)	53 (11,2)	33 (7)	387 (81,8)	<0,001
11	128 (42,5)	49 (16,3)	124 (41,2)	96 (20,2)	73 (15,4)	306 (64,4)	<0,001
12	101 (33,7)	33 (11)	166 (55,3)	220 (46,2)	71 (14,9)	185 (38,9)	<0,001
13	146 (48,8)	53 (17,7)	100 (33,4)	362 (76,4)	50 (10,5)	62 (13,1)	<0,001
15	173 (57,7)	29 (9,7)	98 (32,7)	143 (30)	70 (14,7)	263 (55,3)	<0,001
16	41 (13,6)	12 (4)	248 (82,4)	129 (27,3)	49 (10,4)	295 (62,4)	<0,001
17	47 (15,9)	16 (5,4)	233 (78,7)	144 (30,3)	68 (14,3)	263 (55,4)	<0,001
18	263 (87,7)	8 (2,7)	29 (9,7)	388 (81,3)	23 (4,8)	66 (13,8)	0,060
19	263 (88)	12 (4)	24 (8)	349 (73,2)	45 (9,4)	83 (17,4)	<0,001
20	117 (39)	36 (12)	147 (49)	255 (53,6)	57 (12)	164 (34,5)	<0,001
21	114 (37,9)	61 (20,3)	126 (41,9)	259 (54,4)	83 (17,4)	134 (28,2)	<0,001
22	119 (39,5)	42 (14)	140 (46,5)	233 (48,8)	85 (17,8)	159 (33,3)	0,001
23	245 (81,4)	22 (7,3)	34 (11,3)	423 (89,1)	24 (5,1)	28 (5,9)	0,008
26	168 (56)	26 (8,7)	106 (35,3)	253 (53,5)	51 (10,8)	169 (35,7)	0,593

A	QV como estudante de medicina (menor que 7)			QV como estudante de medicina (maior ou igual a 7)			Valor de p
	Concordo totalmente ou concordo N (%)	Indiferente N (%)	Discordo totalmente ou discordo N (%)	Concordo totalmente ou concordo N (%)	Indiferente N (%)	Discordo totalmente ou discordo N (%)	
29	213 (71)	34 (11,3)	53 (17,7)	288 (61)	63 (13,3)	121 (25,6)	0,014
30	280 (93)	11 (3,7)	10 (3,3)	351 (74,1)	61 (12,9)	62 (13,1)	<0,001
31	251 (83,4)	29 (9,6)	21 (7)	351 (74,2)	57 (12,1)	65 (13,7)	0,005
32	285 (95,3)	11 (3,7)	3 (1)	420 (88,8)	38 (8)	15 (3,2)	0,007
33	274 (91,3)	18 (6)	8 (2,7)	416 (87,6)	45 (9,5)	14 (2,9)	0,215
34	281 (93,4)	14 (4,7)	6 (2)	428 (90,1)	31 (6,5)	16 (3,4)	0,278
35	286 (95)	8 (2,7)	7 (2,3)	426 (89,7)	37 (7,8)	12 (2,5)	0,011
36	269 (90)	16 (5,4)	14 (4,7)	387 (81,6)	59 (12,4)	28 (5,9)	0,003
37	195 (65,4)	40 (13,4)	63 (21,1)	269 (57,4)	72 (15,4)	128 (27,3)	0,074
38	84 (28,1)	37 (12,4)	178 (59,5)	218 (46,1)	83 (17,5)	172 (36,4)	<0,001
39	134 (44,8)	50 (16,7)	115 (38,5)	105 (22,2)	76 (16)	293 (61,8)	<0,001
40	92 (30,6)	33 (11)	176 (58,5)	234 (49,4)	64 (13,5)	176 (37,1)	<0,001
41	172 (57,3)	44 (14,7)	84 (28)	158 (33,5)	78 (16,6)	235 (49,9)	<0,001
42	83 (28)	38 (12,8)	175 (59,1)	205 (43,4)	75 (15,9)	192 (40,7)	<0,001
43	142 (47,3)	44 (14,7)	114 (38)	261 (55,1)	88 (18,6)	125 (26,4)	0,003
44	141 (47,2)	51 (17,1)	107 (35,8)	256 (54,5)	86 (18,3)	128 (27,2)	0,040
45	118 (39,5)	37 (12,4)	144 (48,2)	129 (27,3)	67 (14,2)	277 (58,6)	0,002
46	92 (30,7)	39 (13)	169 (56,3)	221 (46,7)	77 (16,3)	175 (37)	<0,001
47	25 (8,4)	14 (4,7)	259 (86,9)	103 (21,8)	53 (11,2)	317 (67)	<0,001
48	265 (88,6)	15 (5)	19 (6,4)	393 (82,6)	26 (5,5)	57 (12)	0,034
49	261 (86,7)	27 (9)	13 (4,3)	393 (82,7)	48 (10,1)	34 (7,2)	0,218
50	265 (88,3)	27 (9)	8 (2,7)	407 (85,7)	57 (12)	11 (2,3)	0,413
51	273 (90,7)	21 (7)	7 (2,3)	427 (89,7)	43 (9)	6 (1,3)	0,330
52	290 (96,3)	4 (1,3)	7 (2,3)	446 (93,9)	20 (4,2)	9 (1,9)	0,073

A	QV como estudante de medicina (menor que 7)			QV como estudante de medicina (maior ou igual a 7)			Valor de p
	Concordo totalmente ou concordo N (%)	Indiferente N (%)	Discordo totalmente ou discordo N (%)	Concordo totalmente ou concordo N (%)	Indiferente N (%)	Discordo totalmente ou discordo N (%)	
53	229 (76,3)	42 (14)	29 (9,7)	370 (77,9)	75 (15,8)	30 (6,3)	0,206
55	272 (90,4)	18 (6)	11 (3,7)	385 (81,6)	51 (10,8)	36 (7,6)	0,004
56	36 (12)	52 (17,3)	212 (70,7)	62 (13)	110 (23,1)	304 (63,9)	0,112
57	127 (42,2)	117 (38,9)	57 (18,9)	234 (49,4)	164 (34,6)	76 (16)	0,145
58	223 (74,6)	55 (18,4)	21 (7)	371 (78,3)	81 (17,1)	22 (4,6)	0,305
59	153 (50,8)	104 (34,6)	44 (14,6)	217 (45,8)	186 (39,2)	71 (15)	0,353
60	236 (78,4)	50 (16,6)	15 (5)	338 (71,2)	120 (25,3)	17 (3,6)	0,014
61	189 (62,8)	63 (20,9)	49 (16,3)	345 (72,3)	104 (21,8)	28 (5,9)	<0,001
62	137 (45,7)	59 (19,7)	104 (34,7)	139 (29,3)	118 (24,8)	218 (45,9)	<0,001
63	27 (9)	23 (7,6)	251 (83,4)	32 (6,7)	38 (8)	405 (85,3)	0,518
64	216 (71,8)	58 (19,3)	27 (9)	370 (77,9)	70 (14,7)	35 (7,4)	0,149
65	33 (11)	161 (53,5)	107 (35,5)	38 (8)	265 (55,9)	171 (36,1)	0,376
66	253 (84,1)	24 (8)	24 (8)	333 (70,4)	58 (12,3)	82 (17,3)	<0,001
68	186 (62,4)	24 (8,1)	88 (29,5)	353 (74,5)	44 (9,3)	77 (16,2)	<0,001
69	228 (76,5)	23 (7,7)	47 (15,8)	252 (53,1)	66 (13,9)	157 (33,1)	<0,001
70	204 (67,8)	43 (14,3)	54 (17,9)	196 (41,4)	70 (14,8)	208 (43,9)	<0,001
71	224 (74,7)	35 (11,7)	41 (13,7)	262 (55)	68 (14,3)	146 (30,7)	<0,001
72	258 (85,7)	19 (6,3)	24 (8)	284 (59,5)	90 (18,9)	103 (21,6)	<0,001
73	216 (71,8)	27 (9)	58 (19,3)	364 (76,6)	40 (8,4)	71 (14,9)	0,257
74	98 (32,7)	53 (17,7)	149 (49,7)	182 (38,3)	124 (26,1)	169 (35,6)	<0,001
75	178 (59,3)	71 (23,7)	51 (17)	265 (55,8)	130 (27,4)	80 (16,8)	0,502
76	209 (69,7)	28 (9,3)	63 (21)	254 (53,5)	94 (19,8)	127 (26,7)	<0,001
77	177 (59)	46 (15,3)	77 (25,7)	235 (49,7)	73 (15,4)	165 (34,9)	0,019

A	QV como estudante de medicina (menor que 7)			QV como estudante de medicina (maior ou igual a 7)			Valor de p
	Concordo totalmente ou concordo N (%)	Indiferente N (%)	Discordo totalmente ou discordo N (%)	Concordo totalmente ou concordo N (%)	Indiferente N (%)	Discordo totalmente ou discordo N (%)	
78	105 (34,9)	27 (9)	169 (56,1)	271 (56,8)	64 (13,4)	142 (29,8)	<0,001
79	179 (59,9)	37 (12,4)	83 (27,8)	206 (43,3)	78 (16,4)	192 (40,3)	<0,001
80	162 (54,4)	36 (12,1)	100 (33,6)	300 (62,9)	82 (17,2)	95 (19,9)	<0,001
81	267 (88,7)	25 (8,3)	9 (3)	394 (83,1)	57 (12)	23 (4,9)	0,099
82	176 (59,3)	40 (13,5)	81 (27,3)	167 (35,4)	99 (21)	206 (43,6)	<0,001
83	144 (48)	60 (20)	96 (32)	141 (29,8)	114 (24,1)	218 (46,1)	<0,001
84	166 (55,1)	65 (21,6)	70 (23,3)	167 (35,2)	123 (25,9)	185 (38,9)	<0,001
85	255 (84,7)	27 (9)	19 (6,3)	324 (68,1)	61 (12,8)	91 (19,1)	<0,001
90	208 (69,1)	57 (18,9)	36 (12)	278 (58,3)	101 (21,2)	98 (20,5)	0,003

Tabela 31 – Correlação entre as notas da qualidade de vida do estudante no curso de medicina e qualidade de vida geral e o escore total do inventário de avaliação da qualidade de vida do estudante no curso de medicina (IQVEM)

Variáveis	n	Coeficiente de correlação de Spearman	P
Escore total IQVEM x QV curso	778	0,557	<0,001
Escore total IQVEM x QV geral	778	0,518	<0,001
QV curso x QV geral	778	0,611	<0,001

Após a análise inicial dos resultados foram suprimidas 12 questões, consideradas não conclusivas. Seguiu-se uma análise fatorial e rotação varimax, que delimitou 22 domínios ou fatores, que explicam 62,55% da variabilidade total. A análise do inventário foi feita usando apenas 17 fatores que resultaram do agrupamento de alguns fatores, após análise de significados. Essa foi uma interferência dos pesquisadores para reduzir o número de fatores sem alterar o percentual de explicação da variância. A Tabela 32 mostra como foram distribuídas as 78 afirmações do inventário dentro de cada fator e a Tabela 33 demonstra a contribuição de cada fator na análise fatorial. O Fator 1 explica 14,99% e os demais explicam um percentual menor. Nessa análise observou-se que os fatores mais importantes na determinação da qualidade de vida do estudante foram: aspectos de qualidade de vida geral, gestão de tempo, interação social e satisfação com o curso.

Os 17 fatores ou domínios foram denominados da seguinte forma:

F1 – Qualidade de vida geral

F2 – Gestão do tempo

F3 – Interação social

F4 – Satisfação com o curso

F5 – Insegurança quanto ao futuro profissional

F6 – Saúde mental

F7 - Aspectos financeiros

F8 – Aspectos didático-pedagógicos

F9 – Capacidade de concentração e assimilação

F10 – Relacionamento afetivo

F11 – Suporte à saúde

F12 – Satisfação em ajudar o outro

F13 – Relacionamento inter-pares

F14 – Qualidade de vida do profissional médico

F15 – Relacionamento com docentes

F16 – Segurança no exercício profissional

F17 – Cobrança quanto ao desempenho

Tabela 32 – Análise fatorial do inventário de avaliação da qualidade de vida do estudante no curso de medicina (IQVEM)

Qualidade de Vida Geral
1. Minha qualidade de vida é boa.
2. Não aproveito a vida como poderia.
6. Minha qualidade de vida no curso de Medicina é boa.
7. Minha qualidade de vida geral é ruim.
11. Não consigo cuidar da minha aparência.
12. Tenho uma alimentação saudável.
13. Minha saúde é boa.
15. Não cuido bem de minha saúde.
Gestão do tempo
16. Tenho horas suficientes de sono.
17. Tenho horas de lazer suficientes.
18. Pratico menos esporte ou atividade física do que gostaria.
19. Não tenho tempo livre suficiente.
30. A falta de tempo livre no curso diminui minha qualidade de vida.
31. Ter tempo suficiente para estudar aumentaria minha qualidade de vida.
32. Ter tempo livre para esportes aumentaria minha qualidade de vida.
33. Ter mais tempo para minha família aumentaria minha qualidade de vida.
34. Ter mais tempo com meus amigos aumentaria minha qualidade de vida.
35. Ter mais tempo para atividades culturais aumentaria minha qualidade de vida.
36. Ter mais tempo para atividades extracurriculares aumentaria

minha qualidade de vida.

37. Tempo livre para não fazer nada aumentaria minha qualidade de vida.

47. Consigo organizar o meu tempo no curso de medicina como gostaria.

48. O curso de medicina me priva de alguns compromissos pessoais.

Interação social

59. Participar do movimento estudantil melhora minha qualidade de vida.

60. Participar de projetos de transformação da sociedade melhora minha qualidade de vida.

Satisfação com o curso

40. Estou satisfeito (a) com o meu curso de medicina.

42. Meu curso de medicina corresponde às minhas expectativas.

Insegurança quanto ao futuro profissional

88. Insegurança quanto ao meu futuro profissional piora minha qualidade de vida.

89. Dúvidas quanto à escolha da futura especialidade pioram minha qualidade de vida.

90. Dúvidas quanto ao mercado de trabalho pioram minha QV.

Saúde Mental

70. Tenho me sentido desanimado e triste ultimamente.

71. Tenho me sentido ansioso ultimamente.

72. O curso de medicina me deixa muito estressado.

75. Ter um suporte espiritual faz diferença na minha qualidade de vida.

Aspectos financeiros

22. Estou satisfeito (a) com minha situação financeira.

23. Minhas condições de moradia são satisfatórias.

26. Tenho um meio de transporte eficiente.

29. Eu me sinto pressionado (a) por depender financeiramente de meus pais.

41. As atividades do curso de medicina são excessivas para mim.

Aspectos didáticos pedagógicos

---

46. O ambiente físico de minha faculdade é saudável.

49. Aulas ruins pioram minha qualidade de vida.

50. Uma boa relação com os professores melhora minha qualidade de vida.

51. Receber supervisão adequada em minhas suas atividades práticas melhora minha qualidade de vida.

52. Ter uma boa relação com os colegas do mesmo ano melhora minha qualidade de vida.

56. A participação em ligas ou em outras atividades de extensão pioram minha qualidade de vida.

57. Fazer iniciação científica aumenta minha qualidade de vida.

58. O contato com o paciente aumenta minha qualidade de vida.

66. O ambiente na faculdade de medicina é muito competitivo.

55. A falta de didática dos professores piora minha qualidade de vida.

81. Ter o reconhecimento por parte dos pacientes aumenta minha qualidade de vida.

Concentração e assimilação

---

38. Minha concentração durante as atividades do curso de medicina é boa.

39. Não consigo assimilar o conteúdo programático.

69. Não tenho conseguido me concentrar direito ultimamente.

Relacionamento afetivo

---

20. Estou feliz com minha vida afetiva.

21. Minha vida sexual é satisfatória.

68. Meus relacionamentos fora do curso de medicina são satisfatórios.

Suporte à saúde

73. Tenho acesso adequado a atendimento médico.

74. Tenho acesso adequado a atendimento psicológico.

Satisfação em ajudar o outro

43. Tenho me sentido útil no curso de medicina.

44. Tenho conseguido ajudar as pessoas com minha atividade como estudante de medicina.

Relacionamento interpares

45. Já fui humilhado (a) ou maltratado (a) em atividades do curso de medicina.

53. Minha qualidade de vida é influenciada positivamente pela relação com os colegas dos outros anos.

63. Meu relacionamento com os colegas de classe é ruim.

64. Meu relacionamento com os colegas de outras classes é bom.

65. Meu relacionamento com os residentes é ruim.

QV do profissional médico (estudante, professor e residente)

3. A qualidade de vida do estudante de Medicina é ruim.

4. A qualidade de vida do professor de Medicina é boa.

5. A qualidade de vida do residente é ruim.

85. O estudante de Medicina apresenta uma piora em sua qualidade de vida ao longo do curso.

Relacionamento com docentes

61. Meu relacionamento com os professores é bom.

62. Os professores de medicina não têm, em geral, um bom

relacionamento com os estudantes.
Segurança no exercício profissional
78. Sinto-me seguro (a) na minha atividade como estudante de medicina.
79. Sinto-me inseguro (a) para exercer minha profissão.
80. Consigo lidar com as questões ligadas à morte.
Cobrança quanto ao desempenho
76. Cobro-me em excesso no curso de medicina.
77. Minha família tem expectativas excessivas a meu respeito.
82. As expectativas que tenho de mim mesmo pioram minha qualidade de vida.
83. As expectativas que meus familiares têm quanto ao meu desempenho no curso de medicina diminuem minha qualidade de vida.
84. As cobranças dos professores pioram minha qualidade de vida.

Os resultados obtidos nas avaliações do inventário foram expressos por médias e desvios padrões dos escores transformados (percentuais) calculados previamente para cada um dos fatores (o escore de cada fator foi obtido somando-se as respostas de cada pergunta do fator e, em seguida, transformando-o para assumir valores na escala de 0 a 100%) (Tabela 34).

Os fatores foram ainda comparados por sexo (Tabela 35), ano do curso (Tabela 36) e escolas médicas públicas e privadas (Tabela 37). O fator de gestão do tempo (F2) e interação social (F3) foram maiores nas mulheres em relação aos homens, mas não apresentou mudança ao longo do curso.

O Fator 4 que diz respeito à satisfação com o curso diminui ao longo do curso, sendo pior no grupo do 3º e 4º anos e nas mulheres. O Fator 5 que incluía perguntas sobre insegurança quanto ao futuro profissional aumentou ao longo do curso sendo maior no grupo do 5º e 6º anos e nas mulheres. As perguntas sobre depressão, estresse e ansiedade que constituíam o Fator 6 tiveram escores mais alto no sexo feminino. Quanto ao acesso a atendimento médico e psicológico avaliados pelo Fator 11, observou-se que diminui ao longo do curso sendo pior no 3º e 4º anos do curso. A satisfação m ajudar o outro no Fator 12 foi maior no grupo do 5º e 6º anos, assim como houve melhoria da relação inter-pares neste mesmo grupo, que foi avaliada pelo Fator 13. A sensação de segurança para exercer a profissão foi maior no sexo masculino e não sofreu mudança ao longo do curso, como mostrou o fator 16. Já a cobrança quanto ao desempenho (F17) foi pior nas mulheres e no grupo do 3º e 4º anos.

Tabela 33 – Contribuição de cada fator obtido através da análise fatorial para a variabilidade total do Inventário de Qualidade de Vida do Estudante no Curso de Medicina

Fator	% da variância explicada
1	14,99
2	7,05
3	3,60
4	3,41
5	3,02
6	2,76
7	2,46
8	2,31
9	2,14
10	2,08
11	2,02
12	1,75
13	1,73
14	1,67
15	1,60
16	1,55
17	1,51
18	1,45
19	1,42
20	1,39
21	1,34
22	1,30
Total	62,55

Tabela 34 – Análise dos fatores do Inventário de avaliação da qualidade de vida do estudante no curso de medicina (IQVEM)

Domínio	Descrição do fator	Média±dp
N		778
F1	QV geral	50,08 ± 8,15
F2	Gestão do tempo	68,45 ± 9,46
F3	Interação social	68,13 ± 20,33
F4	Satisfação com o curso	47,72 ± 25,94
F5	Insegurança quanto ao futuro profissional	63,88 ± 22,31
F6	Saúde mental	63,43 ± 18,95
F7	Aspectos financeiros	61,06 ± 14,35
F8	Aspectos didático-pedagógicos	70,35 ± 9,64
F9	Capacidade de concentração e assimilação	51,64 ± 12,44
F10	Relacionamento afetivo	57,57 ± 24,34
F11	Suporte a sua saúde	59,46 ± 23,22
F12	Satisfação em ajudar o outro	57,15 ± 34,23
F13	Relacionamento inter-pares	49,82 ± 10,67
F14	QV do profissional de Medicina (estudante, professor e residente)	61,27 ± 14,89
F15	Relacionamento com docentes	58,34 ± 13,39
F16	Segurança no exercício profissional	56,39 ± 14,44
F17	Cobrança quanto ao desempenho	56,32 ± 19,56
R total	Todas as perguntas do inventário	60,71 ± 5,51

Tabela 35 – Análise dos fatores do inventário de avaliação da qualidade de vida do estudante no curso de medicina (IQVEM) por sexo

Domínio	Feminino	Masculino	Valor de p
	Média±dp	Média±dp	
N	355	421	
F1	50,46 ± 8,38	49,73 ± 7,95	0,229
F2	69,44 ± 9,31	67,6 ± 9,52	0,008
F3	70,04 ± 19,83	66,47 ± 20,59	0,015
F4	46,88 ± 25,88	48,36 ± 26,03	0,430
F5	67,18 ± 21,54	61,18 ± 22,57	< 0,001
F6	69,00 ± 18,18	58,83 ± 18,28	< 0,001
F7	61,55 ± 14,54	60,67 ± 14,22	0,401
F8	71,19 ± 9,34	69,65 ± 9,86	0,029
F9	52,32 ± 12,41	51,09 ± 12,44	0,172
F10	55,04 ± 24,54	59,69 ± 24,02	0,008
F11	58,6 ± 23,87	60,23 ± 22,64	0,334
F12	55,38 ± 43,28	58,67 ± 24,06	0,186
F13	50,26 ± 10,47	49,45 ± 10,85	0,296
F14	62,37 ± 14,35	60,36 ± 15,25	0,063
F15	57,61 ± 13,46	58,94 ± 13,31	0,167
F16	53,87 ± 14,93	58,51 ± 13,71	< 0,001
F17	58,14 ± 20,07	54,95 ± 18,98	0,026
R total	61,53 ± 5,33	60,04 ± 5,56	< 0,001

Tabela 36 – Análise dos fatores do Inventário de avaliação da qualidade de vida do estudante no curso de medicina (IQVEM) por ano do curso

Domínio	Ano 1º/2º	Ano 3º/4º	Ano 5º/6º	Valor de p
	Média ± dp	Média ± dp	Média ± dp	
N	311	333	133	
F1	50,02 ± 7,95	50,3 ± 8,5	49,61 ± 7,78	0,719
F2	67,81 ± 9,37	68,92 ± 9,38	68,79 ± 9,87	0,315
F3	68,29 ± 19,23	68,39 ± 20,96	66,98 ± 21,26	0,784
F4	54,53 ± 24,72	42,32 ± 25,24	45,04 ± 27,06	< 0,001
F5	59,26 ± 21,91	65,44 ± 22,39	71,02 ± 20,61	< 0,001
F6	62,64 ± 18,15	64,19 ± 19,21	63,75 ± 19,95	0,578
F7	59,24 ± 13,43	62,9 ± 14,97	60,76 ± 14,48	0,006
F8	69,37 ± 9,21	71,25 ± 9,87	70,44 ± 9,92	0,052
F9	51,2 ± 12,51	51,75 ± 11,97	52,47 ± 13,45	0,611
F10	57,49 ± 22,71	56,71 ± 25,18	59,94 ± 25,96	0,441
F11	62,01 ± 22,94	57,7 ± 22,87	58,02 ± 24,32	0,046
F12	54,56 ± 25,15	54,95 ± 24,23	68,85 ± 61,62	< 0,001
F13	48,08 ± 9,46	50,55 ± 11,28	52,02 ± 11,25	< 0,001
F14	57,97 ± 15,1	63,51 ± 13,95	63,5 ± 15,19	< 0,001
F15	57,65 ± 13,5	58,62 ± 12,98	59,19 ± 14,14	0,472
F16	56,18 ± 13,85	56,59 ± 14,8	56,42 ± 15,07	0,940
F17	53,69 ± 19,27	58,31 ± 19,89	57,98 ± 18,62	0,008
R Total	59,76 ± 5,09	61,27 ± 5,45	61,64 ± 6,23	< 0,001

Comparações	F4	F5	F7	F11	F12	F13	F14	F17	F total
Ano 1/2 x 3/4	<0,001	<0,001	0,001	0,019	0,884	0,003	<0,001	0,003	<0,001
Ano 1/2 x 5/6	<0,001	<0,001	0,309	0,098	<0,001	<0,001	<0,001	0,035	0,001
Ano 1/2 x 5/6	0,299	0,013	0,149	0,896	<0,001	0,178	0,996	0,870	0,508

Tabela 37 – Análise dos fatores do Inventário de avaliação da qualidade de vida do estudante no curso de medicina (IQVEM) em escolas públicas e privadas

Domínio	Pública	Privada	Valor de p
	Média ± dp	Média ± dp	
N	608	167	
F1	49,9 ± 8,30	50,7 ± 7,6	0,277
F2	68,77 ± 9,26	67,35 ± 10,13	0,093
F3	67,7 ± 20,36	69,54 ± 20,19	0,303
F4	47,4 ± 26,25	48,58 ± 24,98	0,605
F5	63,54 ± 22,43	65,61 ± 21,62	0,288
F6	63,1 ± 19,04	65,15 ± 18,29	0,217
F7	61,2 ± 14,67	60,64 ± 13,25	0,662
F8	70,42 ± 9,38	70,2 ± 10,58	0,796
F9	51,8 ± 12,65	51,17 ± 11,67	0,565
F10	57,79 ± 24,04	56,65 ± 25,56	0,594
F11	59,25 ± 22,8	60,24 ± 24,74	0,627
F12	56,54 ± 36,41	59,39 ± 24,9	0,344
F13	49,72 ± 10,66	50,18 ± 10,8	0,626
F14	61,12 ± 14,8	62,01 ± 15,09	0,496
F15	58,39 ± 13,59	58,16 ± 12,72	0,845
F16	56,27 ± 14,34	56,93 ± 14,9	0,606
F17	55,99 ± 19,59	57,95 ± 19,31	0,260
R total	60,67 ± 5,56	60,98 ± 5,27	0,509

Discussão

DISCUSSÃO

O presente estudo mostrou originalidade em diversas dimensões. Primeiro, ao fornecer dados que avaliam a qualidade de vida do estudante de medicina, inexistentes até o momento no país. Segundo, inovou no desenho da pesquisa, ao articular a modalidade qualitativa de produção de dados com questionários de abordagem quantitativa. Embora a primeira modalidade tivesse como um dos seus objetivos construir um instrumento próprio e brasileiro de avaliação de qualidade de vida do estudante de medicina, a pesquisa por grupos focais efetivada revelou-se de riqueza própria na produção de dados adicionais a esse objetivo. Alerte-se, porém, que nessa tese esses dados encontram-se em anexo e serão analisados futuramente. Por fim, a originalidade do estudo está na combinação de um instrumento internacional de avaliação de qualidade de vida, com uma escala de sonolência diurna, uma nota de auto-avaliação e o questionário ora elaborado. Esta seleção de instrumentos e forma de correlacioná-los representa, em si, também uma inovação de caráter metodológico. Nesse sentido, o modelo do caderno de respostas pode ser reproduzido mantendo suas características psicométricas, sua confiabilidade, validade e responsividade em outros estudos.

Os estudos de qualidade de vida têm em geral limitações intrínsecas de avaliação, tanto no que tange à cobertura, pelo instrumento de avaliação, das diferentes dimensões envolvidas na qualidade de vida, quanto pela forma auto-referida e de apreensão das percepções dos

entrevistados, através das quais os resultados são obtidos. Isto leva à dependência do estado cognitivo do entrevistado, mudanças de respostas devido à adaptação ou mudança de valores pessoais e o padrão de valorização dos eventos que o entrevistado detém. Frente a isso recomenda-se que se utilizem diferentes instrumentos de medida da qualidade de vida (Diniz e Schor, 2006). A construção do caderno de respostas seguiu essa recomendação.

Pode-se afirmar que tal desenho de pesquisa conseguiu alcançar os objetivos propostos pelo estudo. Não obstante, o estudo apresenta algumas limitações. Admite-se que os resultados obtidos são representativos da população de estudantes de medicina que participou do ECEM-2004, mas não se pode afirmar que sejam generalizáveis para todos os estudantes de medicina do Brasil, por se tratar de uma amostra de conveniência. No entanto, houve variações nas características dos indivíduos nesta amostra, no que tange sexo, ano do curso, localização e natureza jurídica da escola médica, sugerindo uma ampla abrangência de contextos diversos dos estudantes brasileiros.

A distribuição da amostra quanto ao sexo (54,3% masculino e 45,7% feminino) foi similar à distribuição encontrada por Marins e colaboradores (2005) ao estudaram os egressos do universo das escolas médicas brasileiras no período de 1982 a 2003 (54,6% masculino e 45,3% feminino). Este mesmo estudo demonstrou a concentração de escolas médicas na região sudeste, seguida da região nordeste e sul. Similar distribuição também obteve o presente estudo: 402 estudantes eram

oriundos de escolas da região sudeste, 196 do nordeste e 95 do sul, seguidos por 73 estudantes do centro-oeste e 13 do norte.

No que tange à análise estatística dos diferentes instrumentos aplicados, cada um desses instrumentos do caderno de respostas foi analisado individualmente e em correlação com os demais. As análises iniciais demonstraram não haver diferenças entre escolas de natureza jurídica pública e privada. Este dado sugere que há bastante similaridade entre os estudantes de escolas públicas e privadas, bem como nas experiências vividas pelos dois grupos. Se a escola médica privada seleciona seus alunos pela situação econômica, o que lhes possibilita arcar com ônus do curso, a escola pública igualmente seleciona, na maioria dos casos, aqueles estudantes com boas condições econômicas, que tiveram preparo em curso pré-vestibular também dispendioso. É importante frisar que os estudantes que participaram desse estudo eram oriundos de escolas médicas privadas tradicionais, e que a similaridade de condições de oferta de ensino e da população de estudantes encontrada não se pode generalizar a todas as escolas privadas hoje existentes no Brasil. Sobretudo, tendo em vista o aumento no número de escolas médicas, que hoje somam 166 escolas, e as desigualdades entre elas.

A Organização Mundial da Saúde define qualidade de vida como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHOQOL group, 1998). Partindo dessa definição é o individuo quem melhor percebe qualitativa e

quantitativamente se tem ou não qualidade de vida e em que medida a possui. Portanto, o ponto de partida desse estudo foi conhecer qual a nota que o estudante atribui para sua qualidade de vida no curso e fora dele. Nessa auto-avaliação a nota fora do curso (7,6 ± 1,5) foi maior que dentro do curso (6,7 ± 1,5). A auto-avaliação da qualidade de vida no curso foi maior nos homens (6,8 ± 1,6) que nas mulheres (6,5 ± 1,5) e mais baixa para os estudantes do terceiro e quarto anos (6,5 ± 1,5). A nota atribuída à qualidade de vida no curso foi maior nos dois primeiros anos do curso (6,9 ± 1,5). Todas essas notas diferiram estatisticamente entre si. Não foi encontrada diferença entre a nota da auto-avaliação da qualidade de vida no curso quanto a escolas públicas e privadas.

Atribuir valor a qualidade de vida dentro do curso menor que o valor de qualidade de vida geral é uma forma de demonstrar a insatisfação com o curso, que também foi apontada nas respostas ao IQVEM, quando 45,4% dos estudantes declararam estar insatisfeitos com seu curso de medicina. Tal insatisfação está relacionada com as condições gerais, estrutura e projeto pedagógico do curso. Porém, assume-se como outra hipótese de explicação a possível visão dos estudantes da escola médica como um local de “deveres” ou de “trabalho”. Nesse sentido, esta insatisfação pode estar refletindo, ainda, a visão contemporânea relativa a tais atividades, incluindo o estudo como dever ou trabalho. Esses deveres seriam vistos como um “tempo roubado”, isto é, tempo que não estaria mais sob o domínio do sujeito em questão, neste caso o estudante. Diante desse fato, este sujeito sente-se expropriado do tempo que seria seu: não pode

servir às suas vontades ou desejos e deve servir ao outro, o patrão ou a escola, então tornados donos de seu tempo. Isto é o que mostra Schraiber (1993) em seu estudo sobre a profissão médica.

Nesta visão, o que se confirma nos achados do presente estudo, o viver intensamente está fora do curso, pois a vida na faculdade representa o cansaço e o roubo do seu tempo de vida (de lazer). Representa as muitas renúncias que a vida acadêmica impõe. Esta forma de ver o trabalho e o estudo no caso do estudante, como mostra a mencionada autora, isto é, o trabalho estando fora da qualidade de vida e da felicidade, contrasta muito com a visão acerca das atividades de produção no século XIX. A industrialização trouxe mudanças de posicionamento perante a vida, o produzir passa a não ser felicidade, mas roubo de tempo e a retomada do tempo e da autonomia de utilizá-lo, hoje, se dá fora do trabalho (Bosi, 1983). A analogia que aqui se faz é no sentido de tomar a formação escolar como um “trabalho”.

Em relação com a insatisfação com o curso, Parkerson (1990) obteve resultados semelhantes aos deste estudo, pesquisando a saúde geral e a satisfação de 286 ingressantes no curso de medicina da Duke Universty. Observou escores de satisfação com a saúde e com o curso mais baixos no sexo feminino e com tendência à piora em ambos os sexos no decorrer do ano letivo. Os estudantes muito satisfeitos com a sua vida apresentavam menos sintomas depressivos e ansiedade, auto-estima elevada, melhores condições de saúde física, mental e social. Tinham uma

maior rede de relação social, praticavam mais atividade física, dormiam mais horas e apresentavam menos sintomas de estresse.

A segunda aproximação aqui realizada à qualidade de vida do estudante de medicina foi através do questionário da OMS – WHOQOL – abreviado, também respondido por meio da auto-percepção da qualidade de vida através 26 afirmações correspondentes a quatro domínios da vida: físico, psicológico, relações sociais e ambiental. O WHOQOL – abreviado foi traduzido e validado para o Brasil por Fleck e colaboradores (1999). Mesmo tendo sido aplicado o WHOQOL em pesquisas com diferentes grupos, a OMS não determina escores mínimos para cada grupo. As avaliações fazem-se em geral por comparação entre eles. Os resultados são analisados dentro de cada domínio, pois não existe um escore total para esse questionário.

A análise geral dos domínios do WHOQOL feita neste estudo foi de 65,6% ± 14,5 no domínio físico, 66,1% ± 14,9 no domínio psicológico, 65,6% ± 19,8 no domínio de relação social e 62,9% ± 14,3 no domínio ambiental. A análise geral demonstrou não haver diferenças entre escolas públicas e privadas.

Observaram-se escores menores em todos os domínios no sexo feminino como mostram outras pesquisas na literatura que ao compararem os sexos percebem diferenças no que tange os cuidados à saúde. Da perspectiva de gênero, os estudos mostram que o gênero masculino, em comparação com o feminino, apresenta diversos comportamentos de risco e que os homens percebem menos os cuidados com a saúde como

importantes. Também mostram que eles valorizam menos sintomas físicos e psicológicos, a não ser em situações mais graves de danos à saúde (Schraiber, Gomes e Couto, 2005).

Quanto ao ano de curso, houve uma queda nos valores dos domínios psicológico e de relação social, no grupo de terceiro e quarto anos, enquanto que no grupo do quinto e sexto anos o domínio de relações sociais apresentou maior escore. A análise pareada de sexo e ano de curso demonstra que o sexo feminino é o maior responsável pela queda dos escores no grupo do terceiro e quarto anos, pois o grupo masculino desses anos apresentou queda somente no domínio psicológico quando comparado aos outros anos do curso. Este resultado tanto confirma a perspectiva de gênero acima delineada, quanto também sugere que seguindo os comportamentos de gênero, as mulheres podem estar tendo mais dificuldades para lidar com as atribuições acadêmicas que os homens neste período.

Quanto à privação do sono levando à sonolência diurna, a literatura aponta que essa privação causa progressiva deterioração mental, psicológica e física, que inclui mudanças de humor, diminuição da coordenação motora e da capacidade de raciocínio, problemas de memória, de aprendizado e da fala, alucinações, paranóia e danos físicos como alterações de batimentos cardíacos e temperatura corporal (Coren, 1996). Devido a essa correlação entre a sonolência diurna e qualidade de vida foi introduzida no caderno de respostas a escala de sonolência diurna de Epworth.

Neste estudo a média geral dessa escala de sonolência foi 10,6 ± 3,8, sendo que 48,1% dos estudantes de medicina apresentaram escores entre 11 e 16, considerados patológicos, enquanto 10,3% dos estudantes tinham escores acima de 16, o que é considerado muito patológico. Esses resultados são similares àqueles descritos por Alóe (1997), pesquisando 616 estudantes do curso de Medicina na Universidade de São Paulo, cuja média na escala de sonolência diurna de Epworth foi 10,0 ± 3,7, maior que aquela encontrada nos estudantes de medicina australianos, de 7,6 ± 3,9 (Johns, 1992). Os escores encontrados no atual estudo e no de Alóe são muito superiores aos encontrados no estudo com estudantes australianos, porém mesmo esses resultados são superiores à média de sonolência diurna de indivíduos fora do curso de medicina (5,9 ± 2,2), segundo Johns (1992). As principais causas de sonolência excessiva são a obstrução de vias aéreas (apnéia obstrutiva) e a privação de sono, aquela mais comum na população mais idosa e esta mais comum em jovens. Por se tratar de um grupo jovem acredita-se que a sonolência diurna acentuada em estudantes de medicina nos dois estudos brasileiros possa estar relacionada à privação de sono. Tal privação pode dever-se a várias razões, entre elas as ligadas à extensa carga horária do curso, o que é tradicional nas escolas médicas brasileiras. O excesso de carga horária, o amplo conteúdo e as atividades complementares ao curso obrigam o estudante a diminuir suas horas de sono.

Além desses fatores intrínsecos à vida acadêmica, o estudante de medicina contemporâneo, sendo um “nativo digital” (*), já tem incorporado no seu cotidiano as tecnologias de comunicação e pesquisa, utilizando o ambiente virtual durante várias horas por dia, encurtando ainda mais suas horas de sono. Esta questão do uso intenso da Internet e do computador, sobretudo nos anos mais recentes, pode também ser uma das razões das diferenças encontradas nos dados acima, se analisados da perspectiva cronológica quanto às épocas em que foram produzidos.

O presente estudo, quanto à sonolência diurna, demonstrou prevalência ainda maior de escores patológicos na escala de Epworth (48,1%) em relação aos achados do estudo de Rodrigues (2002), em que 39,5% dos 172 estudantes de medicina da Universidade de Brasília apresentavam escores acima de 10. Além disso, também se encontrou maior prevalência de escores patológicos de sonolência diurna no sexo feminino (66,1%) relativamente ao masculino (54,8%).

Alguns pesquisadores acreditam que a escala de sonolência diurna de Epworth, da forma como foi construída, está mais voltada ao sexo masculino, pelo tipo de atividades que propõe nas suas afirmativas (Baldwin et al., 2004). Mesmo com essa construção, os escores nas mulheres ainda foram maiores no presente estudo.

---

* Prensky M. *Don’t bother me I’m learning*. Conferência proferida no Congresso AMEE (An Internacional Association for Medical Education) Trondheim, 2007.

Cabe ainda destacar que não foi encontrada diferença nos escores da escala de sonolência entre alunos de diferentes anos do curso e entre os de escolas públicas em relação às privadas.

A literatura descreve através de muitos estudos que a privação do sono em estudantes de medicina reduz a capacidade de raciocínio em testes de memória, linguagem e matemática. A privação do sono piora também a capacidade de retenção de informações, resolução de problemas, concentração, atenção visual e interpretação de eletrocardiogramas. Ocorrem ainda alterações do humor, depressão e menor motivação (Green, 1995; Hidalgo, 2002). A associação com estas últimas pode ser avaliada indiretamente pela correlação feita nesse estudo entre a auto-avaliação da qualidade de vida e a presença de sonolência diurna.

O grupo com sonolência diurna (escores acima de 10) atribuiu notas inferiores a qualidade de vida no curso (6,5 ± 1,6) em relação ao grupo sem sonolência diurna (6,9 ± 1,5). Houve também correlação negativa entre a escala de sonolência diurna de Epworth e a auto-avaliação da qualidade de vida no curso (coeficiente de correlação de Pearson = -0,149). A análise de correlação de Pearson entre o WHOQOL – abreviado e a escala de sonolência diurna de Epworth foi negativa para os domínios físico, psicológico e ambiental (r= -0,21, -0,187, -0,159, respectivamente).

Entendendo o sono como função fisiológica necessária à manutenção da saúde física e mental, buscou-se avaliar a correlação entre a presença de sonolência diurna e os escores encontrados nos domínios do WHOQOL - abreviado. O grupo de estudantes com escores patológicos de

sonolência diurna apresentou queda nos valores do domínio físico, psicológico e ambiental em relação ao grupo sem sonolência diurna. O domínio de relações sociais não apresentou diferença entre o grupo com sonolência diurna e o grupo sem sonolência diurna. Esse domínio possui três afirmativas: sobre a satisfação com as relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos), satisfação com a vida sexual e com o apoio que recebe dos amigos. Poder-se-ia pensar frente a isso que as relações pessoais não tenham prejuízos com a sonolência diurna.

No grupo considerado muito patológico, com escores entre 16 e 24 notou-se uma diferença significativa na diminuição dos valores do domínio físico quando comparado ao grupo patológico com escores de sonolência diurna entre 11 e 15. Portanto, a sonolência diurna afeta a qualidade de vida do estudante, principalmente no seu aspecto físico.

A relação entre sonolência diurna e o estado geral de saúde foi anteriormente verificada utilizando-se o instrumento SF-36 e a escala de sonolência diurna de Epworth. Estudando um grupo de adultos com apnéia do sono, a Academia Americana de Medicina do Sono (1999) observou piora da qualidade de vida nos domínios de vitalidade, saúde emocional e características sociais no SF-36.

A análise de correlação entre escores patológicos de sonolência diurna e os domínios do WHOQOL feita isoladamente no sexo feminino e masculino demonstrou nas mulheres que a queda ocorreu nos quatro domínios, enquanto nos homens esta queda foi apenas nos domínios psicológico e físico. Estes dados sugerem que as estudantes de medicina

têm um prejuízo maior na qualidade de vida quando apresentam sonolência diurna do que seus colegas do sexo masculino.

A literatura mostra uma tendência a escores mais altos em escalas de depressão e ansiedade ao serem respondidos pelo sexo feminino, o que pode ser explicado por um maior cuidado das mulheres nas respostas, por apresentarem uma visão mais crítica do tema, por dedicarem maiores cuidados e terem maiores preocupações com a sua saúde e com a dos outros (Dickstein et al. 1990, Parkerson et al., 1990, Baldwin et al., 2004). Espera-se também, da mesma forma, resultados mais baixos nos instrumentos de avaliação da qualidade de vida em mulheres.

Os resultados mais baixos encontrados no sexo feminino neste estudo, mesmo esperados, reforçam a idéia que existe uma dificuldade maior das mulheres de lidarem com as diferentes vicissitudes ligadas a esse período letivo. Cabe destacar nesse sentido o esforço maior das mulheres que estão na medicina para serem valorizadas, diante da tradicional qualificação dessa área como domínio masculino. Mesmo já existindo nos dias de hoje uma feminização da profissão (Machado, 1997), as mulheres foram historicamente mais desvalorizadas que os homens para atuarem como profissionais (Scott, 1995) e por isso necessitam esforços compensatórios para serem consideradas de modo mais simétrico que os homens em termos das competências técnico-científicas (Montagner, 2007). Como se discutirá adiante, isso implica para as mulheres cobranças pessoais muito maiores de desempenho.

Outro problema encontrado na população estudada foi que a percepção de satisfação com o sono não foi garantia de ausência de sonolência diurna, ou seja, o estudante pode não perceber que seu sono está prejudicado a ponto de gerar sonolência diurna. Quando indagados na questão 16 do WHOQOL: “quão satisfeitos estavam com seu sono?”, 37% dos estudantes responderam satisfeitos ou muito satisfeitos. Nesse grupo 55% apresentavam escore patológico na escala de sonolência diurna de Epworth. Observando a mesma abordagem no IQVEM, 70,2% dos estudantes afirmam ter horas insuficientes de sono, sendo pior nas mulheres e no grupo do quinto e sexto ano.

Todas essas interpretações reforçam a literatura, que afirma que a privação do sono em estudantes de medicina, residentes e médicos é muitas vezes interpretada como símbolo de dedicação à profissão. Porém, potencialmente pode provocar queda da produtividade, déficit cognitivo, desmotivação, desordens psiquiátricas menores, enfim, prejuízo da saúde geral e da qualidade de vida, tal como se encontrou em depoimento registrado nos grupos focais dito por um aluno de 19 anos:

“Qualidade de vida é dormir”!

Após análise dos dados fornecidos pelos instrumentos: nota de auto-avaliação da qualidade de vida no curso, WHOQOL – abreviado e a escala de sonolência diurna de Epworth, uma maior compreensão dos aspectos relacionados com a qualidade de vida dos estudantes de medicina

foi buscada pelo inventário especialmente elaborado neste estudo, o IQVEM (Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida do Estudante no Curso de Medicina). As 90 afirmações deste instrumento tiveram como objetivo cobrir o universo do curso de medicina, além de aspectos da saúde geral. As perguntas formuladas relacionaram-se aos aspectos de: capacidade funcional, funções fisiológicas, comportamento afetivo, emocional e interações sociais, trabalho, família, situação econômica, aspectos didático-pedagógicos, ambiente físico da instituição de ensino, crenças e expectativas quanto ao futuro profissional.

Os instrumentos atuais de avaliação da qualidade de vida baseiam-se na percepção subjetiva das condições físicas, psicológica e social do entrevistado e da satisfação quanto a outros aspectos da vida, conferindo caráter multidimensional ao instrumento (Bullinger, 1997). Essa preocupação esteve presente na construção do IQVEM, que depende da percepção subjetiva do entrevistado quanto à satisfação dos diferentes aspectos da sua vida, incluindo também questões referentes à qualidade de vida geral.

A partir dos resultados do IQVEM foram feitas análises de freqüências gerais de cada uma das 90 afirmações, comparação por sexo, ano do curso e escolas públicas e privadas. Foi então realizada análise univariada, comparando os estudantes com auto-avaliação da qualidade de vida no curso maior e menor do que sete. Em seguida foi realizada também uma análise fatorial, que apontou 22 fatores, reagrupados em 17 fatores ou domínios que explicam 62,6% da variabilidade total. Utilizando-se, então, os

17 domínios, foram realizadas as análises por sexo, ano do curso e natureza jurídica da escola. Da totalidade de resultados obtidos através do IQVEM serão discutidos os dados mais significativos, pois a análise profunda de cada uma das afirmações constitui objeto de estudos futuros.

Na sondagem inicial do IQVEM buscou-se conhecer o posicionamento geral dos estudantes de medicina analisando as médias obtidas em cada afirmação. Alguns desses dados merecem menção, como por exemplo, o fato de que 45,4% dos estudantes estão insatisfeitos com seu curso de medicina. Esse valor chega a 54,8% no grupo do terceiro e quarto anos e é maior no sexo feminino (48%). Além disso, 45,3% dos entrevistados afirmam não ter uma boa concentração durante o curso. Tais posicionamentos pedem uma reflexão por parte das escolas médicas, principalmente no momento histórico atual, em que a maioria das escolas está em processo de transformação e adequação dos seus currículos às diretrizes curriculares nacionais para o curso de graduação em medicina, homologadas em 2001 (Almeida, 2003). Quais as mudanças necessárias para que o estudante se perceba mais satisfeito com o curso que escolheu? Que princípios da pedagogia deveriam ser utilizados no curso médico? O curso médico ofertado atualmente acompanha a realidade desses estudantes adeptos da tecnologia digital? Essas e outras indagações se fazem pertinentes frente aos resultados apresentados acima.

Cerca de 70% dos estudantes afirmam que têm uma boa qualidade de vida geral, mas somente 44,8% afirmam que a qualidade de vida no curso é boa, confirmando os achados das notas de auto-avaliação da

qualidade de vida geral e no curso. A análise de freqüências simples das afirmações do IQVEM mostrou, ainda, que 50% dos estudantes acreditam que não aproveitam a vida como poderiam. Esse sentimento é mais freqüente no grupo do terceiro e quarto anos e nas mulheres. Somente 41,7% dos estudantes consideram ter uma alimentação saudável e 40,7% dizem não cuidar da sua saúde, estes dois dados são mais prevalentes no grupo do terceiro e quarto anos.

Esse aspecto pode ser ilustrado com o depoimento de aluna de 22 anos obtido em grupo focal:

"Eu aprendi com um residente a colocar muito açúcar no café para enganar a fome. A gente não tem tempo para almoçar".

O sentimento de tristeza e desânimo tem prevalência de 51,6% nos estudantes, estando 40,1% deles insatisfeitos com sua vida afetiva e 69,7% sentem-se estressados no curso de medicina. Para essas três afirmações a prevalência é maior no grupo do terceiro e quarto anos e nas mulheres.

Muitas das afirmações interpretadas como indicativas de boa qualidade de vida se apresentam com resultados inferiores no grupo das mulheres do terceiro e quarto anos, o que reafirma os achados anteriormente descritos nesse estudo, em que a auto-avaliação e os domínios do WHOQOL apresentaram queda dos valores no mesmo grupo. Frente a isso se poderia interpretar que os estudantes do terceiro e quarto anos do curso médico, principalmente do sexo feminino, seriam um grupo

prioritário para as ações de suporte, prevenção e promoção da saúde na escola médica. A essa situação de diminuição da qualidade de vida no terceiro e quarto anos do curso denominou-se neste estudo de “Crise do Meio”.

Para melhor entender e identificar os fatores associados a esta crise, foram retomadas as análises dos grupos focais da fase I do estudo, buscando os significados e vivências que justificassem os sofrimentos maiores e conseqüentes piores índices de qualidade de vida nesse grupo. A partir do observado nos grupos focais pondera-se que a crise do meio pode estar relacionada ao inicio do ciclo profissionalizante. Nesse momento as disciplinas ligadas à prática profissionalizante são ofertadas, exigindo retomada dos conhecimentos do ciclo básico, o que desperta a fantasia do “nada sei” e também frustração pela constatação de que muito desse conhecimento pode ter sido perdido.

Outro fato que reforça a idéia da crise do meio é o grande número de conteúdos ofertado, em que cada aula exige do estudante longo tempo de estudo para compreensão e assimilação. Além disso, aumenta também o número de disciplinas e consequentemente de avaliações, gerando maior estresse. Outro fator importante de diminuição da qualidade de vida nesse momento é a formação dos grupos de internato, “as panelas”, no quarto ano do curso. Estes agrupamentos, em geral, são feitos por afinidades. Cada grupo tem número fixo de componentes. Agregar pessoas e compor os grupos é fator gerador de estresse tanto para o estudante que tem que optar em qual agrupamento estará, quanto para aquele que se vê excluído.

Os depoimentos abaixo ilustram esse período da formação médica:

“Prova todo dia deixa a vida uma droga”. Aluna, 20 anos.

“Pra formar panela acaba sempre dando briga, quando você chega no quarto ano....mas é o melhor jeito se a panela for por afinidade. Dá um grande estresse pra formar, mas eu acho importante ter um grupo de amigos ou um grupo por afinidade durante dois anos”. Aluno, 23 anos.

Também ocorre, nesse momento do curso, a possibilidade de comparar-se com colegas de outros cursos que não a medicina, cuja menor carga horária e menor duração permitem a esses colegas manterem um emprego e conseguirem independência financeira, o que não é possível dentro do curso médico. A pressão sentida por depender financeiramente dos pais foi maior entre estudantes de escolas privadas (72,7%) do que de escolas públicas (63,1%).

Dificuldades nas questões de ordem afetiva e de auto-estima são mais prevalentes no grupo de estudantes do terceiro e quarto anos, que deixam de ser foco da atenção do grupo com a entrada de novos ingressantes, que na condição de “calouros” ganham maior visibilidade. É ilustrativo, por exemplo, o depoimento a seguir:

“Você está com uma carinha de acabada (disse a amiga)*... e eu falei: “obrigada! Não dormi essa noite e fiquei o dia inteiro na faculdade”. Bom, ela já vai casar e eu nem tempo para arranjar namorado tenho”.* Aluna, 22 anos.

Segundo Simpson e Budd (1996), o estudante de medicina experimenta os mesmo fatores estressores de estudantes de outros cursos como: exames, excesso de conteúdo, problemas financeiros, preocupação

com o futuro profissional e dificuldades relacionais. Porém os estudantes de medicina têm sofrimento adicional por estarem frequentemente em contato com situações de doença e morte, sendo testemunhas de muito sofrimento, além de vivenciarem dilemas éticos. Bonne (2003) pesquisou sintomas de estresse em estudante de medicina em Jerusalém e verificou que eles apresentavam índices mais elevados que a população em geral e que os níveis mais altos estavam entre estudantes do terceiro ano do curso, o que confirma os resultados acima expostos.

A análise geral do IQVEM serviu ainda para determinar alguns aspectos pedagógicos do curso como: a importância de supervisão em atividades práticas, apontada por 86,7% dos estudantes como fator de aumento da sua qualidade de vida no curso; aulas ruins diminuem a qualidade de vida no curso para 84,3% dos estudantes; assim como a falta de didática dos professores foi apontada por 86,7% dos estudantes. Atividades de extensão universitária aumentam a qualidade de vida para 66,5% dos estudantes e 76,8% deles afirmam ter sua qualidade de vida aumentada pelo contato com os pacientes. Uma participante do grupo focal afirmou:

"Contato com o paciente faz a gente se sentir útil. O contato com o paciente contextualiza o estudo". Aluna, 22 anos.

Alguns estudos afirmam que o contato do estudante com o paciente é fator gerador de estresse e angústia (Dickstein et al. 1990, Martins,1991, Rocco1992, Sayd, 1993, Millan, 1999, Cerqueira e Lima,

2002). Atualmente, se preconiza que o contato com o paciente aconteça desde os primeiros anos do curso, o que tradicionalmente acontecia somente a partir do ciclo profissionalizante. O contato com o paciente auxilia a contextualização do estudo, permite a correlação da teoria com a prática, auxilia a formação da identidade profissional e melhora a qualidade de vida, além de conferir ao estudante a sensação de estar sendo útil, conforme foi afirmado pelos estudantes do grupo focal e nas respostas do IQVEM. Porém este contato também desafia o estudante ao aprendizado de um novo papel, o de “cuidador”. Esta nova realidade e o novo ambiente de aprendizado podem conter carga extra de estresse e angústia uma vez que colocam o estudante frente à situações difíceis, onde suas competências são constantemente exigidas, deixando seus erros e acertos evidentes (Martins, 2002).

As questões pedagógicas inerentes ao curso foram mais criticadas por estudantes do quinto e sexto anos. Também foi nesse grupo que a percepção de uma boa relação com os docentes foi maior, assim como a percepção de que o curso de medicina é um ambiente competitivo. Ela aumenta no decorrer do curso, tendo sido de 69,7% no grupo do primeiro e segundo anos, 79,2% no grupo do terceiro e quarto anos e 81,5% no grupo do quinto e sexto anos.

O amadurecimento do estudante nos últimos anos do curso é notado pelos posicionamentos adotados pelo grupo do quinto e sexto anos, que se sentem mais úteis, mais seguros em exercer a profissão e apresentam maior cobrança pessoal de desempenho em relação aos anos

anteriores. Esse amadurecimento pode ser percebido no domínio de relação social no WHOQOL, que teve um escore maior no grupo do quinto e sexto anos do curso.

O internato é visto pelos estudantes como momento de aplicar os conhecimentos adquiridos durante o curso básico e profissionalizante. Há também, como no depoimento abaixo, uma maior satisfação com o aprendizado, em que o estudante se sente mais estimulado pelo curso:

"Internato é uma coisa mais estimulante. Você tem aquela equipe, se estimula, quer estudar, quer ver tudo. Se todo o nosso curso fosse assim, nós seríamos médicos muito melhores". Aluno, 22 anos.

A análise das afirmações do IQVEM confirmou os dados qualitativos dos grupos focais que colocavam a falta de tempo como fator de diminuição da qualidade de vida no curso de medicina, tal qual assinalaram 81,4% dos estudantes. A queixa de falta de tempo para estudar, para atividades culturais, para praticar esportes e para estar com a família e amigos esteve presente tanto nos dados qualitativos como nos quantitativos. Esta questão se coloca como central na discussão da qualidade de vida do estudante de medicina. Os currículos médicos são estruturados de forma que o estudante, em geral, permanece em dedicação exclusiva ao curso. Algumas escolas chegam a oferecer 35 horas de aula semanais ou mais, não prevendo tempo para estudo. Somam-se a isso atividades complementares, monitorias, ligas acadêmicas, congressos, projetos de extensão e iniciação científica. Comprimido nessa grade horária, não sobra ao estudante, tempo para amadurecer e refletir sobre a qualidade de vida

para além dos muros da faculdade. Repensar o conteúdo ofertado e garantir tempo ao estudante para estudo dentro do horário previsto para o curso seriam avanços no sentido de melhorar a qualidade de vida do estudante, além de oportunizar ao estudante que este aprenda e exercite a gestão do seu tempo. Talvez uma mudança curricular no sentido de prever tempo de estudo, possa inclusive mudar a visão do estudante, antes comentada, acerca do significado dos deveres e do estudo na sua vida, eventualmente conferindo a eles uma valorização também positiva quanto à qualidade de vida e felicidade.

Em relação à falta de tempo abordada nos grupos focais, os estudantes acreditam que não aproveitam a vida como poderiam e não vivem as coisas próprias da idade, mencionando que, ao término da graduação, a idade será outra. Também o afirmam quanto aos interesses próprios desse momento de vida, deixando neles a nostalgia pelo não vivido, sem perceberem que estar no curso é igualmente próprio da idade. Neste sentido os estudantes no grupo focal assim se expressaram:

"No curso de medicina falta tempo até para sofrer, para sonhar e pensar na namorada que perdeu". Aluno, 21 anos.

"Ter tempo de lazer, tempo de aproveitar fora da faculdade, tempo para ir ao cinema, namorar, ficar com os pais... Ter tempo para si mesmo... Tempo para poder fazer esporte, ter tempo de comer. Isso é importante. Ter tempo para fazer as suas coisas". Aluna, 20 anos.

"Aproveitar as coisas próprias da idade". Aluno 23 anos.

"Se você quer fazer um projeto de extensão, uma iniciação científica, movimento estudantil ou outras atividades externas, você tem que se dobrar em três. E isso a gente dá conta, dá pra fazer, mas a qualidade de vida cai substancialmente". Aluno 20 anos.

"No final da faculdade você começa a supervalorizar cada tempinho mínimo que você tem. Tem aquele minutinho para ir ao banheiro e você já vai todo contente. Tem aquele segundinho para tomar um café (risos) e você vai tomar café feliz da vida. Tem 10 minutos para poder almoçar, você vai almoçar os seus 10 minutos. E no primeiro ano às vezes a gente não chega a valorizar isso, dormir, poder sair". Aluna, 22 anos.

A forma como o estudante é tratado durante o curso determina a forma como tratará o seu paciente futuramente. Partindo dessa afirmação de Martins (*), é preocupante que o estudante sofra abusos durante o curso. Não é incomum que se sinta ameaçado pelo abuso da autoridade de professores e residentes, ou receba agressões verbais, além de excesso de trabalho e em alguns casos, até abuso físico. Silver e Glicken (1990) entrevistando 431 estudantes de medicina quanto a referirem ter sido vítimas de abuso, encontraram uma prevalência de 46,4% de abusos referidos por alunos ao longo do curso. No presente estudo a prevalência foi de 32%, sendo as mulheres vítimas mais comuns (35,3%) do que os homens (29,1%).

A análise univariada de cada afirmação do IQVEM, comparando estudantes com auto-avaliação da qualidade de vida maior que sete e estudantes com auto-avaliação menor ou igual a sete, permitiu conhecer quais fatores no curso de medicina se diferenciavam nos dois grupos, que serão denominados de grupos com qualidade de vida melhor e pior.

Encontrou-se diferença estatisticamente significativa em 75 das 90 questões do IQVEM, sendo que em algumas delas a diferença foi bastante relevante.

---

* Martins AM (Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo) Palestra proferida no 45º Congresso Brasileiro de Educação Médica. Uberlândia 2007.

No grupo com qualidade de vida pior 68,1% dos estudantes acreditam não aproveitar a vida, somente 13,6% têm horas de sono suficiente, 15,9% afirmavam ter horas suficientes para lazer, 58,5% estavam insatisfeitos com o curso e 76,9% classificavam a vida de estudante como ruim.

Já no grupo com qualidade de vida melhor as mesmas afirmações tiverem valores que se aproximavam do dobro dos encontrados no grupo anterior nos aspectos positivos e metade nos aspectos negativos: 38,7% dos estudantes dizem não aproveitar a vida, 27,3% têm horas de sono suficientes, 30,3% afirmam ter horas suficientes para lazer. Também nesse grupo a freqüência de insatisfação com o curso foi menor (37,1%) e 34,8% classificam a vida de estudante como ruim.

Encontraram-se, ainda, diferenças significativas nos aspectos psicopedagógicos, sendo a capacidade de assimilação maior no grupo com melhor qualidade de vida (61,8%) do que no outro grupo (38,5%), assim como a capacidade de organizar o tempo (21,8% e 8,4%, respectivamente). A relação professor-estudante foi melhor no grupo com melhor qualidade de vida (72,3%), assim como seus participantes apresentavam mais segurança no exercício profissional (56,8%) e para lidar com questões relacionadas com a morte (62,9%). No outro grupo esses valores foram 62,8%, 34,9% e 54,4%, respectivamente.

Quanto às questões da vida afetiva e relacional o grupo com pior qualidade de vida apresentou: menor satisfação com a vida afetiva e sexual (39% e 37,9%); 67,8% sentiam-se desanimados e tristes; 74,7% ansiosos e

85,7% estavam estressados com o curso. Para o grupo com melhor qualidade de vida 53,6% estavam satisfeitos com sua vida afetiva e 54,4% com sua vida sexual, 41,4% sentiam-se desanimados e tristes, 55% ansiosos e 59,5% estressados.

Esses dados mostram a importância de se oferecer aos estudantes acompanhamento psicológico e pedagógico. Corrobora esta afirmação o fato de que a pesquisa tenha encontrado no grupo com pior qualidade de vida e piores condições psicológicas um menor acesso a serviços de suporte (35,6%, em contraste com 49,7% no grupo com qualidade de vida melhor). Graham (2003) aponta como outra dificuldade em relação ao atendimento psicológico de estudantes de medicina, além da falta de acesso, a falta de procura pelos estudantes que temem ficar estigmatizados. Esses achados confirmam a literatura (Bellodi e Martins, 2005) e justificam a importância dos serviços de apoio e suporte ao estudante e dos programas de *tutoria-mentoring*.

A análise fatorial do IQVEM delimitou 22 domínios ou fatores, reagrupados em 17. Em ordem decrescente de importância são eles: Qualidade de vida geral, Gestão do tempo, Interação social, Satisfação com o curso, Insegurança quanto ao futuro profissional, Saúde mental, Aspectos financeiros, Aspectos didático-pedagógicos, Capacidade de concentração e assimilação, Relacionamento afetivo, Suporte à saúde, Satisfação em ajudar o outro, Relacionamento inter-pares, Qualidade de vida do profissional médico, Relacionamento com docentes, Segurança no exercício profissional e Cobrança quanto ao desempenho.

Quando comparadas as médias de cada domínio por sexo observa-se que as mulheres têm melhor gestão de tempo e interação social e apresentam maior cobrança quanto ao seu desempenho. Os homens tem maior segurança quanto ao futuro e exercício profissional e melhor média no domínio de relacionamento afetivo.

Quanto à variação das médias dos domínios por ano de curso observa-se que a satisfação com o curso é menor no grupo do terceiro e quarto anos, este grupo apresenta as menores médias no domínio de suporte à saúde e maior cobrança quanto ao seu desempenho, confirmando os dados anteriormente expostos. A insegurança quanto ao futuro profissional é maior no grupo do primeiro e segundo anos e a relação inter-pares é pior nesse grupo. A satisfação em ajudar o outro é mais freqüente no grupo do quinto e sexto anos.

Pode-se considerar que o presente estudo aproximou-se da qualidade de vida do estudante através de diferentes abordagens. Cada instrumento utilizado revelou diferentes aspectos associados à vida acadêmica, sendo que o universo desses dados convida a uma reflexão sobre a realidade estudantil dentro da escola médica, sobre o tipo de curso que tem sido ofertado a eles e de que forma isso influência a formação e atuação do futuro médico.

Ingressar no curso de medicina exige do estudante adaptação, mudança de hábitos de vida e de estilo de aprendizado. O curso médico na maioria das vezes não corresponde às expectativas. Ele exige dedicação exclusiva e uma certa dose de sacrifício pessoal. Tem excesso de

conteúdos, cobranças, pressões, competitividade entre os colegas, o que gera sobrecarga emocional. Frente a tantas responsabilidades o estudante experimenta medo e insegurança quanto à sua capacidade de exercício profissional. Estudar medicina implica em entrar em contato com duras realidades sociais e com as questões ligadas ao adoecimento e à morte.

Durante o curso o estudante passa por momentos de crise. O inicio marca-se pela mudança do estilo de vida acompanhada pela frustração de ter um curso bastante teórico e distante da prática. Essas tantas renúncias são entendidas por muitos como necessárias e inerentes ao curso e por esse motivo resignificam suas vivências no curso, como afirmou um estudante no grupo focal:

"É como aquela propaganda do neném, sabe? Ele rouba a sua vida, rouba sua casa, rouba teu tempo, tua namorada, você não dorme. Só que você é completamente louco por aquilo que você faz. É desse jeito no curso de medicina. É muito legal". Aluno, 19 anos.

Autoras como Ball e Bax (2002) descrevem as principais dificuldades de adaptação dos ingressantes: diminuição da socialização e da prática de exercícios físicos, além de aumento da depressão e consumo de álcool. Essas dificuldades, segundo essas autoras, foram minimizadas através de intervenção educacional e de acompanhamento do tipo *mentoring*.

Greenberg (2002) afirma que a mudança de estilo de vida no inicio da vida universitária é o principal gerador de estresse para o estudante, que pode responder a isso com isolamento e abuso de álcool.

Antonello (2007) ao citar o livro *A face reversa da educação médica* descreve a educação médica como uma experiência forçada que tem inicio com o manuseio de cadáveres e se continua com estudos em laboratórios com exame das próprias fezes e visitas a hospitais com contato com a doença física e mental de forma concreta.

No Brasil praticamente todas as escolas médicas colocam os estudantes a partir do primeiro ano do curso em contato com as diversas realidades sociais, com amplo contato com a comunidade. Este contato com a realidade social pode também ser um fator que exige adaptação do estudante, conforme afirmaram os estudantes durante os grupos focais neste estudo.

No meio do curso, os estudantes têm um acúmulo de conteúdo e provas, além das pressões para se prepararem para o internato.

No último período do curso, o internato, o estudante experimenta incertezas quanto ao futuro profissional, insegurança em relação ao conteúdo apreendido e como utilizá-lo.

Não obstante, mesmo com essas crises e dificuldades, o curso de medicina representa, segundo eles, a realização da vocação e dos seus projetos de vida. Desperta sentimentos de humanidade, altruísmo e paixão pela profissão. Frente a tais experiências ambivalentes, o estudante deve aprender a sair desse emaranhado e discernir o bom do ruim na vida acadêmica. Pode-se dessa forma chegar à compreensão de que nesse misto de sacrifícios e renúncias existem também recompensas e satisfação. É necessário sobreviver a esse cenário e principalmente refletir sobre o

“viver” no curso médico. Alguns estudantes no grupo focal emergem desta ambivalência com as seguintes avaliações:

“A medicina faz o coração da gente bater mais forte”. Aluna, 22 anos.

“Qualidade de vida é poder realizar o meu projeto de vida”. Aluno, 18 anos.

“Quantas vezes que a gente tem que ficar o dia inteiro trabalhando 24 horas sem comer. Mas um monte de coisa que você aprende, você vive, se empolga. Daí é felicidade. É daí que a gente tira a alegria...a partir do momento em que eu estou fazendo o que eu gosto, que eu sempre quis fazer, a medicina, então vale a pena qualquer esforço. Então eu considero a minha qualidade de vida boa”. Aluna, 22 anos.

Metamorfosear as adversidades da vida é o foco do construto contemporâneo denominado resiliência. Desde 1970 esse conceito vem sendo estudado pela psicologia como a capacidade de resistir à adversidade, num processo dinâmico de interação entre processos sociais e intrapsíquicos de risco e de proteção. Nos últimos anos o conceito de resiliência foi assimilado pela Saúde Pública com conotação voltada à promoção de saúde, do bem estar e da qualidade de vida (Assis, 2006). São citados como fatores de resiliência a capacidade de reconhecer os problemas e limitações a serem enfrentados e comunicá-los, registrar os recursos pessoais existentes, organizar e reorganizar suas estratégias de ação revisando seu estado atual, manter a criatividade, otimismo e humor; ser flexível e capaz de adaptar-se; e ainda ter responsabilidade e ética (Melillo e Ojeda, 2001).

O conceito aponta, portanto, para a capacidade de reconstrução ou construção criativa de soluções pelos indivíduos, num processo interativo da

pessoa com o meio que a capacita e a fortalece para lidar positivamente com a adversidade. Pode-se então, aplicar esse conceito às experiências vividas no curso médico, buscando identificar as atividades que estimulam a criatividade do estudante na resolução de situações problema ou que permitem desenvolver autonomia responsável, a capacidade relacional e de tomada de decisão. Dentre essas atividades pode-se destacar a importância das atividades lúdicas em que se reconheça a importância do humor no cotidiano, além de momentos de discussão e reflexão que privilegiem o auto-conhecimento e aceitação de suas capacidades e limitações, bem como tolerância com a diversidade do seu meio.

"Conversoterapia, risadoterapia. O que a gente puder fazer da tragédia uma piada, a gente tenta". Aluna, 19 anos.

"O grupoTitãs é ótimo! Tem músicas que são músicas de interno. Eu estava no pronto socorro e ouvi: "Enquanto houver sol, enquanto houver sol, enquanto houver sol você vai ficar lá dentro..." É, a gente começa a cantar "Há tanta vida lá fora e aqui dentro sempre..." Essas músicas são do interno". Aluna, 22 anos.

"E a gente passa, a gente tenta tirar o lado bom de tudo. A gente dá muita risada, muita, muita. As pessoas acham que somos loucas. A gente faz piada da nossa vida. A gente canta pelo corredor e a gente dança. A gente sempre procura uma música que se encaixa. Aí acaba ficando tudo legal, tudo tranqüilo." Aluna, 21 anos.

Dependendo da postura adotada frente a realidade, da história de vida, da cultura, da resiliência, das crenças e das características pessoais, cada estudante encontrará maior ou menor dificuldade em se adaptar ao

curso médico e enfrentar suas vicissitudes e principalmente amadurecer, aprender e vir a ser médico ao final de seis anos.

Antonello (2207) cita o relato de uma estudante, que descreve o processo de formação médica: “educação é um caminho vivo, onde a partida nunca se faz num mesmo lugar e a chegada nunca é a mesma. É uma trilha pessoal de educandos e educadores, cabendo aos segundos a tarefa de acolher, orientar, facilitar, aconselhar e inspirar os primeiros”.

O curso médico faz mal à saúde, afirma Wolf (1994). Concordando com ele, Martins (1991) acredita que existam diferenças qualitativas e quantitativas em relação ao estresse nas diversas áreas da saúde, apontando que de modo geral o exercício profissional em saúde apresenta elevada “insalubridade psicológica”.

O diagnóstico firmado dentro da escola médica foi de insalubridade psicológica, com base nos sintomas apresentados neste e em outros estudos. Deve-se então, tal como na prática médica, buscar os agentes causais e indicar quais seriam as medidas para tratamento e prevenção desse problema.

Os resultados do presente estudo mostram que o curso médico influencia a qualidade de vida dos estudantes de forma variada ao longo dos anos de formação. A delimitação dos fatores principais que influenciam na qualidade de vida permite intervir nas escolas médicas, a fim de tornar o processo de aprendizado e as vivências no curso mais humanizadas.

Esse conhecimento é relevante principalmente no momento histórico atual de transformação da formação médica no Brasil. É

fundamental trazer a reflexão sobre a qualidade de vida do estudante no curso para o interior deste. As transformações da educação médica, além de se pautarem nos aspectos curriculares propriamente ditos, devem se importar também com a vida do estudante.

Como forma de aplicar os resultados aqui expostos, a pergunta que se coloca é: em que momento e através de quais atividades se pode atuar para melhorar a qualidade de vida do estudante?

Os novos currículos devem garantir tempo livre para estudo e outras atividades. Deve-se fazer um esforço no sentido de diminuir a competitividade, combater a extrema cobrança pessoal através de grupos de discussão, tutoria e grupos de suporte. Também devem ser oferecidos apoio psicológico, pedagógico e programas de *tutoria-mentoring*.

É importante aprimorar a relação entre estudantes e professores e valorizar o papel do professor como exemplo de saber viver e de qualidade de vida, porque é inevitável que ele sirva de modelo ao jovem em formação. Esse papel social e político do professor, na visão de Paulo Freire (1996, 2005), vai além de repassar conhecimentos, mas promove interação, orientação e formação de opiniões. O modelo de vida do professor quando adequado é transmitido aos estudantes com mais convicção.

O professor pode ainda desempenhar o papel de cuidador, como citado por Moreira (2007), identificando as dificuldades e orientando os estudantes individualmente.

A instituição de ensino deve manter programas de promoção da saúde com estímulo à alimentação saudável e ao exercício físico. Devem ser

criadas oportunidades para o estudante participar de projetos de desenvolvimento social, extensão universitária e iniciação científica, que imprimam no estudante o sentimento de ser útil, de estar contribuindo para a sociedade, estar produzindo conhecimento ou auxiliando alguém. Deve ser trabalhada a gestão do tempo desde o inicio do curso, pois a relação desse controle pode em muito minimizar o estresse inerente às tantas obrigações do curso ou alterar a visão do aluno frente a seus deveres estudantis. Por fim, devem ser introduzidos conteúdos que trabalhem a resiliência do estudante. Segundo Antonello (2007) não há como cuidar do estudante sem repercutir o cuidado no projeto político-pedagógico da escola de medicina.

Em parte já esperados, esses resultados constituem importante material de reflexão para coordenadores de curso, docentes e estudantes, uma vez que eles apontam para a necessidade de preservar e melhorar a saúde dos estudantes de medicina nessa fase difícil da suas vidas, marcada pela satisfação de realizar seu projeto de vida, mas também cercada por muitas dificuldades.

"O que melhora a qualidade de vida é a postura que você toma em relação à sua vida e seu curso, para que você mude o seu olhar em relação ao curso e a sua postura em relação a ele. A questão é utilizar melhor o horário, saber que as coisas que você gosta valem a pena. Quando você olha para você, pensa: não sou só um estudante de medicina, sou um cidadão que tem namorada, família, amigos, etc. Enfim você percebe isso e consegue andar bem com isso, você começa a organizar melhor o seu tempo, procurar fazer as coisas que você gosta no momento certo, procurando não ficar se cobrando tanto, mesmo que as pessoas ao redor te cobrem, não se deixa envolver por isso. E você vive melhor no curso ou apesar dele". Aluno, 21 anos.

Por fim, é importante ressaltar que este estudo tem como possíveis desdobramentos futuros a validação do Instrumento de avaliação da qualidade de vida do estudante no curso de medicina – IQVEM e sua aplicação de forma randomizada nas escolas médicas brasileiras, além de análises mais aprofundadas de alguns dados obtidos nos grupos focais e daqueles tirados das afirmações do IQVEM.

Este estudo gerou produtos de intervenção social. O primeiro diz respeito à sensibilização da diretoria da Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM) para a formação de uma comissão de suporte e qualidade de vida ao estudante, em 2004. O segundo produto de intervenção social veio com o 1º Concurso Foto-literário: Vida de Estudante, com o apoio da ABEM e o envolvimento de estudantes e professores de todo Brasil. Por fim, o terceiro desdobramento deste estudo foi a criação do primeiro site de tutoria virtual no Brasil em conjunto com a comissão de qualidade de vida e suporte ao estudante da ABEM (www.fm.usp/cedem/qv). A tutoria virtual é um relacionamento real, em que tutores especialmente selecionados orientam os estudantes que acessam o site e deixam suas dúvidas em aspectos relativos à vida acadêmica. Estas intervenções sociais do estudo confirmam o compromisso social que todo pesquisador tem ao produzir conhecimento.

Conclusões

CONCLUSÕES

A percepção que estudantes de medicina têm de sua qualidade de vida no curso é que esta seja pior que sua qualidade de vida fora do curso.

Estudantes de medicina do sexo feminino atribuem notas piores à auto-avaliação da sua qualidade de vida do que estudantes de medicina do sexo masculino.

Estudantes de medicina do sexo feminino apresentam piores escores nos quatro domínios avaliados pelo WHOQOL – abreviado quando comparados aos estudantes do sexo masculino.

Estudantes de medicina matriculados no terceiro e quarto anos do curso apresentam piores escores nos domínios psicológico e de relações sociais do WHOQOL – abreviado, quando comparados aos estudantes de outros anos do curso.

Estudantes de medicina do sexo feminino são os principais responsáveis pela queda dos escores gerais no grupo do terceiro e quarto anos. Apresentam escores mais baixos nos domínios psicológico e de relações sociais do WHOQOL – abreviado, enquanto os estudantes de medicina do sexo masculino matriculados nos mesmos anos têm escores mais baixos somente no domínio de relações sociais, quando comparados aos estudantes de outros anos do curso.

Não há diferenças significativas entre os escores dos domínios do WHOQOL – abreviado e das notas da auto-avaliação da qualidade de vida entre estudantes de escolas públicas e privadas.

Grande número dos estudantes apresenta escores patológicos de sonolência diurna na escala de Epworth.

Não há diferenças significativas de escores da escala de sonolência diurna de Epworth entre os anos do curso e entre estudantes de escolas públicas e privadas.

A porcentagem de estudantes de medicina do sexo feminino com escores de sonolência diurna patológicos é maior que a dos estudantes do sexo masculino.

Escores patológicos na escala de sonolência diurna estão associados a notas mais baixas de qualidade de vida no curso atribuídas por auto-avaliação.

Escores patológicos na escala de sonolência diurna estão associados à queda nos escores dos domínios físico, psicológico e ambiental no WHOQOL – abreviado em estudantes do sexo masculino, e queda nos escores dos quatro domínios do WHOQOL – abreviado em estudantes do sexo feminino.

A sonolência diurna afeta a qualidade de vida do estudante, principalmente no seu domínio físico.

Muitos estudantes com escores patológicos na escala de sonolência diurna não estão conscientes do seu estado, pois se dizem satisfeitos ou muito satisfeitos com seu sono ao responderem o WHOQOL - abreviado.

O IQVEM tem correlação positiva com a nota de auto-avaliação da qualidade de vida sugerindo existir uma avaliação coerente por parte do IQVEM.

Um grande número de estudantes está insatisfeito com o curso, principalmente estudantes do 3º e 4º anos do curso.

Muitos estudantes afirmam que não aproveitam a vida como deveriam, alimentam-se mal e não cuidam da sua saúde.

São comuns os sentimentos de tristeza e desânimo, além de insatisfação com a vida afetiva e sexual, sendo esses sentimentos mais comuns entre as alunas do 3º e 4º anos.

Quanto aos aspectos pedagógicos do curso, os estudantes afirmam que ter supervisão em atividades práticas, participar de projetos de desenvolvimento social, ter boas aulas e professores com didática são fatores que aumentam a qualidade de vida do estudante no curso.

Os estudantes afirmam que o contato com o paciente melhora a qualidade de vida no curso e contextualiza o estudo.

Estudantes do 5º e 6º anos têm melhor relação com os professores, percebem mais o ambiente da escola médica como sendo competitivo, sentem-se mais úteis e seguros para exercer a profissão e têm melhores escores no domínio de relações sociais no WHOQOL – abreviado em comparação com os estudantes dos outros anos.

Grande número de estudantes refere ter sofrido abuso psicológico, de poder ou físico por parte de pacientes, professores, residentes ou colegas ao longo do curso.

A falta de tempo livre para estudo, para lazer, para seus relacionamentos e descanso foi apontada pelos estudantes como importante fator de diminuição de qualidade de vida no curso.

Estudantes com auto-avaliação da qualidade de vida no curso maior ou igual a 7 apresentam maior assimilação do conteúdo, mais capacidade de organizar seu tempo, melhor relacionamento com os docentes, mais segurança para o exercício profissional e maior facilidade de lidar com questões relacionadas à morte em comparação com os estudantes com nota menor que sete.

Estudantes com nota da auto-avaliação da qualidade de vida no curso menor que 7 têm menos acesso a atendimento psicológico se comparados ao grupo com qualidade de vida maior ou igual a 7.

A análise fatorial do IQVEM indicou como principais fatores determinantes de qualidade de vida no curso os aspectos de qualidade de vida geral, gestão do tempo, interação social, satisfação com o curso, segurança quanto ao futuro profissional e saúde mental.

As estudantes de medicina têm maiores escores nos domínios do IQVEM de gestão de tempo, de interação social e de cobrança quanto ao desempenho.

Os estudantes de medicina do sexo masculino têm maior escore no domínio de segurança para o exercício profissional do IQVEM.

O grupo do 3º e 4º anos apresentou escores menores no domínio de satisfação com o curso e escores maiores no domínio de cobrança quanto ao desempenho do IQVEM em relação aos outros anos do curso.

A “crise do meio” que acontece entre o 3º e 4º anos é sugerida pela queda dos escores de qualidade de vida dos domínios do WHOQOL, dos domínios do IQVEM e da auto-avaliação.

Como considerações finais, acreditamos que, em seu conjunto, os resultados desse estudo sugerem que melhorar a percepção de qualidade de vida no curso de medicina depende de medidas de desenvolvimento pessoal e de desenvolvimento institucional.

Ensinar o estudante de medicina a valorizar a vida, cuidar da sua saúde física e mental, estabelecer e manter seus relacionamentos, gerir seu tempo e desenvolver resiliência é fundamental para que eles possam amadurecer sem prejudicar a saúde no processo de vir a ser médico.

Além destas medidas de desenvolvimento pessoal as escolas médicas devem pensar seus projetos político-pedagógicos de forma que eles garantam melhor qualidade de vida ao estudante. Isso implica em desenvolvimento docente, diminuição da competitividade no curso, tempo livre para estudo, oferta de serviços de suporte ao estudante, supervisão em atividades práticas, oportunidade de participar de projetos de desenvolvimento social e iniciação científica.

Oferecer melhores condições de aprendizado, apoio e suporte aos estudantes de medicina tem como resultado final a melhoria da qualidade de vida dentro do curso de medicina e conseqüentemente a formação de médicos melhores.

Anexos

ANEXO I

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Projeto de Pesquisa

"Avaliação da qualidade de vida do estudante de medicina e da influência exercida pela formação acadêmica"

Este projeto será desenvolvido junto aos discentes matriculados em medicina, tem por objetivo conhecer a qualidade de vida desse estudante e compreender os fatores inter-relacionados. A fim de alcançar esse objetivo, o projeto se dividirá em duas etapas. A primeira será de pesquisa qualitativa, utilizando a técnica de grupo focal, com três alunos de cada série, aleatoriamente relacionados, totalizando 18 alunos em cada uma das instituições de ensino selecionadas. Essas entrevistas terão duração de 60 a 90 minutos e serão gravadas em fita cassete. Tendo por base os dados coletados na primeira etapa, será construído um instrumento de avaliação da qualidade de vida do estudante no curso de medicina. Esse instrumento fará parte de um caderno de respostas, constituído ainda pelo WHOQOL - abreviado, por uma escala de sonolência diurna e auto-avaliação da qualidade de vida geral e no curso. O caderno de resposta será aplicado aos participantes do ECEM-2004, na segunda fase do estudo com metodologia quantitativa. Esta pesquisa será realizada pela Professora Patricia Tempski

Fiedler, do curso de Medicina da FEPAR, sob a orientação da Professora Lilia Blima Schraiber (FMUSP), Professor Milton A. Martins (FMUSP) e da psicóloga Professora Patricia Bellodi (FMUSP).

Eu, _____,

RG _____, abaixo assinado (a), concordo em participar desse estudo a cerca da qualidade de vida do estudante de medicina, estando ciente de que:

1. Este projeto não implicará na utilização de métodos invasivos e não haverá risco a integridade física e mental.
2. As informações coletadas oralmente, serão gravadas, para análise posterior.
3. Fica garantido o direito de confidencialidade dos participantes.
4. O participante pode retirar seu consentimento e se abster de responder a entrevista e/ou ao questionário, quando desejar.
5. Fica garantido o acesso aos resultados do estudo, quando solicitado.
6. Não haverá nenhuma forma de pagamento aos participantes.

Data ____/_____/_____

_____

Assinatura do entrevistado

Pesquisadora – Patricia Tempski Fiedler - ptfiedler@hotmail.com

Rua Augusto Stellfeld, 1735

Curitiba – PR – 80730-150

ANEXO II

Comunicação às Instituições de Ensino Médico

Aos cuidados – Direção Acadêmica

Vimos por meio desta, solicitar sua autorização e apoio, a fim de desenvolvermos o projeto-pesquisa: “Avaliação da qualidade de vida do estudante de medicina e da influência exercida pela formação acadêmica”, junto a sua instituição de ensino. Este projeto tem por objetivo conhecer a qualidade de vida dos discentes durante o curso de medicina e identificar os fatores inter-relacionados.

Buscando conhecer melhor a realidade do aluno, sua percepção de qualidade de vida, seu contexto cultural, social e temporal, bem como os fatores de estresse que encontra durante sua formação, a pesquisa fará uso da metodologia qualitativa, com grupos focais, formado por 3 alunos de cada série, matriculados nesta instituição, aleatoriamente selecionados. Esta entrevista terá duração de 60 a 90 e deverá ser gravada em fita cassete para posterior análise dos dados. Esses dados nortearão a construção de instrumento de avaliação da qualidade de vida, específico para estudantes de medicina, do tipo auto-informe.

Este questionário em conjunto com o inventário de qualidade de vida da OMS (WHOQOL - abreviado), a escala de sonolência diurna de Epworth e a auto-avaliação da qualidade de vida geral e no curso constituirão um

caderno de respostas, que será aplicado na segunda etapa da coleta de dados, durante o ECEM-2004, utilizando metodologia quantitativa.

Esta pesquisa contará com a participação de escolas médicas públicas e privadas dos Estados de São Paulo, Paraná e Pernambuco, as quais terão acesso aos resultados gerais da pesquisa, ficando a pesquisadora à disposição para apresentá-los e discuti-los junto ao corpo docente e discente em questão.

Acredito que esta será uma oportunidade de discutir a formação médica através de uma nova perspectiva, a visão do aluno a cerca da sua qualidade de vida.

Agradeço antecipadamente sua parceria, por acreditar na filosofia dessa Instituição que apóia a produção científica

Cordialmente

Professora Patricia Tempski Fiedler

Pesquisadora – FEPAR

ANEXO III

Análise qualitativa dos grupos focais

1. Como é estudar medicina

CATEGORIAS ANALÍTICAS	ITENS	EXEMPLOS
Orgulho da profissão: prestígio e poder	Grande status, porque mesmo ainda estudante já se sente ou é tido como profissional	"Existe um poder na profissão, que atua na vida dos pacientes. Esse poder é teórico e prático, por isso alguns se sentem como semi-deuses".
Orgulho da profissão: Valor da profissão	o curso é difícil e o vestibular concorrido	"Então esse teórico poder que existe na mão do médico, quando a gente entra no hospital e vê a fragilidade entre a vida e a morte, de você estar atendendo um paciente e virar as costas ir até o final do corredor, quando você retornar, ele morreu, então cai a máscara quando você enfrenta a realidade". "É porque você não é só aquele que prescreve. Você também é o agente modificador da vida daquela pessoa". "Quando você passou, no primeiro período eu recebi três ligações às duas horas da manhã da minha tia dizendo que estava com dor de cabeça. Então a qualidade de vida já começa a pesar aí. Você não pode chegar em festa de família que todo mundo quer se consultar com você. Mesmo você sem saber nada. Você adquire um status na família e até mesmo na sociedade. É engraçado".
Sensação de onipotência	Reforçada pela prática profissional e visão do	"Não se admite, hoje em dia, que o médico erre. Porque ele está

	papel do médico na sociedade	lidando com a vida. Como se ele fosse Deus e não tivesse o direito de errar. O médico tem que saber tudo! Ele tem que saber tudo e saber resolver tudo. E se ele não souber resolver a coisa cai em cima dele”. “Eu acho que quando você escolhe prestar o vestibular e fazer o curso de medicina, você tem todos aqueles ideais. Você se imagina de branco e atendendo os pacientes e curando vidas. Acho que o Marcelo que entrou agora, veio muito com isso e até o sentimento de querer abraçar o mundo. Você acha que quando você entra, você está entrando na melhor profissão que existe, que é uma profissão que vai ter toda uma valorização. Tem um sentimento mesmo assim de onipotência”.
Entendimento da realidade social		“Não existe só a doença. Então lá, no programa de saúde da família eu tenho uma família que eu sou responsável por ela, que tem 5 crianças. As 5 são desnutridas. Elas não têm uma doença, uma patologia. Mas elas têm uma necessidade de saúde”.
Medo/ insegurança quanto ao futuro profissional	Lidar com a morte entender o processo de saúde/doença reter o conteúdo lidar com sofrimento cuidar do outro reconhecem a necesidade da residência	“Acho que a preocupação com a prova de residência existe porque todo mundo sabe que, tem cada vez menos lugar no mercado para quem não tem especialização”. “Será que levo jeito?”. “Não sei nada...”. “Eu tenho medo de pegar um plantão fora. Eu tenho medo de não ter conhecimento, de não ser capaz de cuidar daquela pessoa que está dependendo de mim. Não me acho preparada de exercer a medicina sem fazer uma residência médica antes”.
Humanitarismo com o outro (paciente)	Auxílio ao que sofre crescimento pessoal participação em projetos	“Eu tenho desejo de abraçar o mundo”.

	de extensão	“Eu quero ajudar”. “É importante ouvir o outro”. “Acho que a gente devia ter uma formação mais humanista”.
Iniciam o curso muito jovens	Imaturidade e mudança do estilo de vida	“Entrei com 17 anos. Então eu estou meio perdida agora”. “Então pra mim enquanto curso de medicina tem sido só uma mudança de cursinho para uma outra vida onde eu tenho que me estruturar”. “Devido ao período de mudança de cursinho pra faculdade, mudança de cidade, morar sozinho, um monte de coisa, pra mim foi um choque total. Tive um choque. Eu não me sentia o mesmo. Você está longe dos seus amigos, daí você quer voltar, você não consegue se concentrar, não consegue nem responder a primeira pergunta da tutoria. Agora eu estou melhor, mas mesmo assim ainda acho que não me encontrei. Eu acho que ainda não consegui me organizar direito”.
	Devem fazer escolhas no curso	“A gente já não tem tanta liberdade pras coisas que a gente quer fazer, a gente vai sair e não dá tempo porque vai ter prova”.
	Comparação com jovens da mesma idade	“Você está com uma carinha de acabada... e eu falei “Obrigada“ Não dormi essa noite e fiquei o dia inteiro na faculdade. Bom ela já vai casar e eu nem tempo para arranjar namorado eu tenho”. “Você vê suas amigas já trabalhando, já se formaram, já estão pensando em casar. E você ainda não se formou, não está ganhando dinheiro”. “Acho que ser estudante de medicina é realmente muito diferente de outras faculdades.

		Você está desde o começo aprendendo a viver com situações de pacientes que estão mal, que estão para morrer ou com outras situações que psicologicamente são bem pesadas. Então acho que isso faz com que você acabe amadurecendo mais rápido”. “Quantos amigos que se formaram no colegial comigo e que hoje já têm carro, casa comprada, fizeram publicidade, não desmerecendo a profissão. Mas tiveram oportunidades de ter essa remuneração precoce. Eu tive a oportunidade de trabalhar em banco antes de passar em medicina, e em um ano eu receberia um dinheiro que daria para eu comprar um carro. Sendo que hoje, eu tenho que estudar 6 anos pra começar a ganhar, se eu passar na residência! Então acho que essa parte financeira tem um peso muito grande na vida do estudante”.
Competição entre pares	Na graduação, na residência, na vida profissional Reforça o individualismo	“Tem muito médico no mercado”. “A competição é grande, na realidade a confraternização é só para a foto e o vídeo de formatura”. “Eu vejo que o que mudou muito na minha vida foi a competitividade É aquela disputa de nota, quem tirou a nota maior, disputa de conseguir monitoria, você que passou no primeiro lugar no estágio. Sempre essa disputa, essa competitividade”.
Vivência da doença, dor, sofrimento e morte	Ver a vida através da dor e da morte, que num contínuo faz parte da vida	“Não, e o que eu mais vejo é dor, sofrimento, angústia e eu estava procurando vida e encontrei mais a morte. É claro que muitos morrem, mas a morte como aquele símbolo mais de dor, angústia, isso foi uma coisa que me pegou. Eu quase saí até por isso, da medicina. Mas essa idéia de que você vai ver muito a vida fazendo a medicina,

		sei lá, acho que é mais através da morte, através da dor”.
Relação estudante-paciente	Preocupação em usar o paciente como objeto	“Nós temos um paciente para 20 alunos e vai lá o professor, vai lá todo mundo... Não vê se o paciente está gostando, se ele está sentindo-se à vontade. Daí o professor perguntou: “E então, vocês querem fazer?”E respondemos: “Não professor”. A gente já estava constrangendo demais o paciente. A gente deixa de aprender como faz para não constranger mais ainda o paciente”. “Teu compromisso maior é teu paciente... Nossa eu fiquei muito feliz em ver minha paciente melhorar, ficar melhor, sair do coma em que ela estava. Já está falando comigo”. “No terceiro ano eu gosto de praticamente 100% das aulas. A gente tem bastante contato com o paciente, o ensino é baseado no paciente. Você vê uma doença no paciente, depois você vai então discutir aquela doença. E aí você vê que tem uma contextualização”.

Responsabilidade	Reforçada na metodologia de aprendizagem baseada em problemas (PBL) trabalho em grupo trabalhada nos plantões exigida junto ao paciente	“Se você entra na faculdade com 17 anos e tem a tarde inteira livre, você não vai estudar. Se você entra com 25 anos pode ser que você tenha um pouco de consciência e vai usar teu tempo para estudar”. “Ser aluno de medicina é começar tomar várias responsabilidades que até então você não tinha. Você já começa a lidar com pessoas e assumir certas responsabilidades que você nunca teve principalmente na sua adolescência. Ao mesmo tempo muda todo o seu padrão de vida, uma vez que você tem que se dedicar bastante pra faculdade, perder muito tempo seu que você teria para fazer outras coisas, pela faculdade. Acho que são essas responsabilidades que você pega que mudam a tua vida radicalmente”.
Conteúdo	Extenso muito cobrado gerador de ansiedade e insegurança tempo excessivo dispendido no estudo	“Tem que estudar...”. “Ninguém pode ser feliz com prova todo dia”. “Medicina aliena, a gente só estuda”.
Metodologias de ensino	Dificuldade de adaptação no ensino suerior	“Eu comecei a fazer esse PBL. A gente começou nessas aulas totalmente perdido. O professor falava algumas coisas que a gente não entendia. Depois chegava em casa não sabia nem o que estudar”. “Naquele método PBL a gente não sabia o que estudar. A gente chegava em casa e pensava: “Eu tenho que estudar tudo?”. Em casa a gente estudava uma maneira superficial tudo. Daí a gente começava a ler, a se aprofundar e não sabia o que tirar daquilo. Você não sabe o que é importante. Você fica meio perdido”. “Acho que uma diferença é que no

		PBL eles têm tempo e não sabem o que estudar. No método tradicional a gente realmente sabe o que estudar, mas não tem o tempo”. “Você aprende a falar e crê no que você está falando. Você pesquisou, você viu, e o que outro viu também, ele vai falar. Então isso amadurece muito. E aqui as pessoas querem te ouvir. Porque elas precisam do seu conhecimento pra construir o delas. O PBL leva ao amadurecimento pessoal do aluno”.
Visão do curso e matriz curricular	Grade horária integral pouco espaço para estudo	“O curso, ele é estressante, ele é mal organizado, ele impõe um horário que às vezes é desumano, de uma certa forma, todo ele lhe trás um estresse. Mal estruturada é a questão de quantidade de aulas, pois você tem que estar na instituição o dia todo. Porque o que eu vejo muito é que a aula não necessariamente garante o aprendizado. Sou contra a aula teórica, acho que elas devem se organizar pontualmente e estrategicamente dentro do currículo para lhe guiar e você ter uma outra metodologia de aprendizado”. “Em relação à estruturação do curso, eu acho também que está muito mal estruturado. Deveria dar mais tempo para os estudantes estarem se dedicando às atividades extracurriculares e também às atividades curriculares”.
	Internato é mais estimulante para o estudante e em algumas escolas dependem deles como força de trabalho	“Internato é uma coisa mais estimulante Você tem aquela equipe, você se estimula, você chega em casa, quer estudar, você quer ver tudo. Se todo o nosso curso fosse assim, nós seríamos médicos muito melhores”.

Métodos de avaliação no curso	Consideram muito aspectos técnicos e teóricos	"Se basear muito na teoria e na nota da prova é errado, acho que a gente acaba se esquecendo o lado humano da medicina. A gente quer uma medicina mais humanizada, que a gente entenda o paciente por inteiro". "Eu acho que é claro que a gente tem que saber também dominar a teoria, mas na hora da seleção para a residência, as questões, você não medem a habilidade da pessoa, porque acho que ser médico não é ter só conhecimento teórico. Acho que tem que ter a prática humana também. Na teoria você não tem como avaliar se o estudante tem habilidade com o paciente, se ele entende o paciente por inteiro, se ele procura conhecer o paciente, se ele procura entender os problemas do paciente". "O tipo de avaliação feita no curso médico estimula a competitividade".
Iniciação científica e extensão universitária	Atividades extracurriculares e relevantes na formação médica	"Eu temo me arrepender por ter feito pesquisa. Porque a impressão que eu tenho é que talvez hoje eu seja mais fraca por ter me dedicado à pesquisa e ter deixado de dar um tempo a mais pra estudar. Eu me sinto um pouco mais fraca por isso".
Cobrança	De si mesmo Da família Dos veteranos Dos professores De assiduidade	"São diversos tipos de pressão. Da família: Ah, você ainda não escolheu a tua especialidade? Ou então se alguém fica doente na família liga pra você como se você já fosse formado, se já soubesse tudo, falam algumas coisinhas por telefone e já querem o diagnóstico, sendo que você não está preparado pra fazer isso ainda. A pressão da equipe médica no sentido de que você tenha mais responsabilidade com o paciente, eles querem o seu amadurecimento. E pressão da gente mesmo. De nós mesmos.

		Pressão de “eu preciso fazer bem, eu preciso ir lá, eu preciso ajudar, eu preciso saber, eu preciso ter uma boa imagem com o chefe, eu preciso...” São diversos tipos de pressão até por parte da gente mesmo”. “Eu acho que grande parte da pressão vem dos veteranos. Que agente tem que honrar o nome da escola”. “Daí chega o veterano da atlética, que é uma das referências do calouro e fala “Você não vai ficar aí assistindo aula, né? Você não precisa. Você passou na faculdade de medicina, você consegue ler” “.
Modelos	Professores e profissinais podem ser bons ou maus modelos	“É o que eles falaram, às vezes um exemplo de um professor ruim faz com você tenha mais satisfação em ver que você não quer ser daquele jeito. E querer seguir o professor bom”. “É prepotência também: “Ah, eu não preciso ir a aula, se eu estudar 15 minutos eu aprendo”. “Eu acho que tem uma coisa prepotência também eu não preciso daquela figura ali da frente”. “E a próxima semana, com certeza, vai ser a maior evasão que vai ter. E vai continuar, 6 a 8 pessoas vindo a aula, porque o pessoal vai preferir faltar para estudar”.
	Relação com residentes	“Eu acho que quem dá muito apoio pra gente é o residente. Você é também muito dependente de residente”. “Quero ser como Patch Adams”.

Frustações	Frieza de professores e colegas Impotência frente à morte/ doença	“Eu procurava vida na faculdade e só encontrei morte”. “O tratamento clínico às vezes leva à frustação porque você não resolve os problemas sociais geradores da doença”. “Eu fico frustrado quando eu sei que eu já aprendi a coisa ou já deveria ter aprendido numa matéria e não aprendi porque pensei que não precisaria aprender isso”. “O que era para ser um motivo de felicidade, que era estar na faculdade de repente se torna um motivo de depressão. Então você inverte o que você tinha na mente. Na mente a faculdade era sinônimo de felicidade, de realização, de ficar livre do cursinho, de ter até aceitação dos pais e de amigos. Isso na sua cabeça é um balde de água fria”.
Satisfação	Realizaçao pessoal x sacrifícios	“Estou num novo caminho, sendo alguém, construindo algo”. “Só a medicina não preenche todos os espaços que precisam ser preenchidos para que eu seja feliz”. “A medicina faz o coração da gente bater mais forte”.

2. Concepção de Qualidade de vida para o estudante de medicina

CATEGORIAS ANALÍTICAS	ITENS	EXEMPLOS
Satisfação	Realização dos objetivos	"Qualidade de vida é ser feliz". "Fazer o que gosto".
Liberdade	Escolhas limitadas pelo tempo ocupado pela formação médica	"Poder escolher o que eu quero fazer". "Não pode escolher quando fica doente, então você não pode ter um momento pra você ficar triste também, pra você também ter seus problemas... Você não pode. Não sobra esse tipo de momento. Você vai ter que se encaixar em algum lugar e fazer essas coisas". "Eu lembro quando eu entrei na faculdade, eu juro, eu chorava desesperada. Eu chorava, eu chorava... e falava "Que eu estou fazendo da minha vida, meu Deus do céu!". Porque era de manhã, o dia inteiro, começava 1hora e acabava às 8 da noite, três dias da semana".
Equilibrio/ harmonia	Trabalho e lazer em equilíbrio	"Existem muitas crises do desequilíbrio durante o curso". "Ter qualidade de vida é estar em harmonia e equilíbrio em todos os sentidos da minha vida". "É o equilíbrio entre os compromissos que a gente tem com a faculdade, com o estudo e plantão. E o equilíbrio também de poder namorar, poder ir no cinema, poder passar um domingo sem fazer nada, sem estudar".
Saúde	Sono Alimentação Exercício	"Qualidade de vida é poder dormir bem, comer bem, ter um bom momento de lazer". "Qualidade vida é dormir".

		"Qualidade de vida é pelo menos você conseguir fazer as coisas básicas de um ser humano. Ter um momento de você poder ir ao banheiro, poder comer, poder dormir, poder ficar doente".
Tempo livre	Lazer Relacionamento Estudo Atividade física	"Aproveitar as coisas próprias da idade". "Qualidade de vida é ter tempo para fazer bem as coisas". "Ter tempo de lazer, tempo de aproveitar fora da faculdade, tempo para ir ao cinema, namorar, ficar com os pais. Ter tempo para si mesmo, poder fazer esporte, ter tempo de comer. Isso é importante! Dormir, lazer. Ter tempo para fazer as suas coisas". "Qualidade de vida é usar bem o tempo".
Inter-relação dos vários aspectos da vida	Social, afetivo, de trabalho e saúde	"E poder fazer o meu projeto de vida". "Acho que qualidade de vida não é só você ter tempo de fazer o que você gosta de fazer. É também gostar do que você tem que fazer. É aprender a se adaptar de alguma forma. É ver o agradável em tudo. Qualidade de vida vai envolver um monte de coisas. O que você tem que fazer ou o que você gosta de fazer, o tempo que você tem para isso. E também é a relação com as pessoas com quem você convive, é saúde, são diversas coisas que vão dar um produto final de qualidade de vida positivo ou negativo". "Qualidade de vida é justamente isso: é que você tenha condições necessárias para que você mantenha seu físico, sua integridade, seu psicológico, principalmente, porque não adianta você estar bem fisicamente e a sua cabeça estar detonada. Pra mim isso não é qualidade de vida".

Felicidade	Ter uma visão positiva acerca da vida	"Qualidade de vida está muito relacionada à felicidade. Você buscar as coisas que te deixam feliz. Ter consciência que você está numa faculdade de medicina, isso vai te deixar feliz. Tendo consciência que o pouco tempo que você tem, tem que ser bem aproveitado. Poder escolher o que você quiser fazer. Não deixar que os outros decidam, que seja um rolo compressor, um dia atrás do outro... Que isso estressa muito e acaba baixando muito a qualidade de vida. Que você possa parar de vez em quando e fazer uma análise da vida e decida o que você quer fazer pra frente". "Qualidade de vida é você poder acordar de bom humor. Você achar que o seu dia vai ser bom".

3. Fatores que aumentam a qualidade de vida no curso de medicina

CATEGORIAS ANALÍTICAS	ITENS	EXEMPLOS
Sentir-se útil	Reconhecimento do paciente	"O contato com o paciente aumenta a qualidade de vida no internato". "Contato com o paciente faz a gente se sentir útil." "O contato com o paciente contextualiza o estudo".
Satisfação	Sentir prazer nas suas atividades	"Gostar do que faz aumenta a qualidade de vida".
Liberdade	Diminuída devido à carga horária Autonomia maior no Aprendizado Baseado em Problemas	"Escolher o que quer fazer e fazer aquilo". "No Aprendizado Baseado em Problemas, você não é guiado, adquire autonomia".

Relacionamento significativos	Amigos dentro e fora da faculdade Namorado (a) Família	“Poder tomar café com a minha mãe aumenta a qualidade de vida”. “Ter um bom convívio dentro da faculdade aumenta a qualidade de vida”.
Gerência do tempo	Exigida mais no Aprendizado Baseado em Problemas	“Quando você se organiza melhora sua qualidade de vida”. “Faço muitas coisas”. “É maior quando você entra na faculdade. É uma mudança muito grande que tem que se acostumar. Você tem que aprender a se organizar de uma forma diferente e organizar seu tempo, administrar todas as suas atividades, tudo que você quer fazer, tudo que você tem que fazer. E isso é não ter qualidade de vida”.
Vivências significativas com desenvolvimento pessoal	Aprender a falar, ouvir, relacionar-se, estudar e questionar	“A faculdade dá crescimento pessoal”. “Acho que a qualidade de vida é tudo que possa enriquecer você de alguma forma, então seja com as relações pessoais que você cria, seja com uma coisa que você aprende e fica “Nossa! Eu aprendi isso!”. São pequenas coisas que vão aliviando o que aconteceu de ruim, e vai melhorando a qualidade de vida e eu fico mais satisfeita”.
Professores	Bons exemplos, professores acessíveis e motivadores	“Bons professores aumentam a qualidade de vida”. “O professor tem que gostar de ensinar e aprender”. “Quando tem professores que te motivam a estudar, que você sente admiração pelo professor, que te proporciona momentos de descontração em sala de aula. Realmente aumenta a qualidade de vida. Não fica aquela cobrança tão forte, acaba diminuindo um pouco. Então você se sente melhor”.
Métodologia de ensino	Áreas verdes no PBL auxilio dos veteranos	“Pra mim aumentou. Porque eu tenho tempo pra fazer tudo que eu

		quero. Atividades extracurriculares, curso de línguas, etc e tal. Porque tenho tempo livre”. “O problema se divide em duas etapas. Uma primeira etapa de quando você vai conhecer o método, que tua qualidade de vida decai assustadoramente. Depois quando você conhece o método ela aumenta”. “O veterano é uma figura que aumenta a qualidade de vida, por apadrinhamento ele é praticamente uma orientação dicente-dicente”.
Atividades extras	Ligas Atlética Atividades culturais	“Quando você faz essas atividades, fica procurando um jeito de desestressar, relaxar distrair, e isso acaba melhorando muito a sua qualidade de vida”. “Eu me preocupo, porque eu estou me dedicando tanto tempo à outras coisas e não sei se esse tempo que eu estou me dedicando a outras coisas está sendo perdido. Só quando eu estou fazendo essas outras coisas, eu tenho uma gratificação em outro âmbito da minha vida, que não é relacionada a formação médica, o que é importante pra mim”.

4. Fatores que diminuem a qualidade de vida no curso de medicina

CATEGORIAS ANALÍTICAS	ITENS	EXEMPLOS
Professores	Ruins, maus exemplos, arrogantes e aulas ruins	”Algumas aulas a gente odeia, porque os professores são péssimos, eles não têm didática e não sabem ensinar ou te ensinam coisas que você não precisa saber. Você é obrigado a ir porque te cobram presença e tem provinha”.

		“Acho que nem todas as aulas são ruins, mas há o professor arrogante que se acha o centro do mundo, que só a matéria dele é importante. E não está nem um pouco se importando se você vai aprender ou não. Ele quer estar lá porque ele é pesquisador e precisa estar lá cumprindo. Ele fala “Prefiro estar lá no meu laboratório do que estar aqui dando aula pra vocês””.
Coordenadores de curso	Não comprometidos	“Coordenadores de curso ruins diminuem a qualidade de vida. O coordenador deve ser comprometido com a educação. Isso aí é um dom, isso aí não se ensina. Eu acho que ele não deve ser só pelo status de ser coordenador. Eu gostaria de poder olhar e admirar meu coordenador”.
Grupos de internato (“panelas”)	A formação dos grupos de internato gera estresse	“ Pra formar panela acaba sempre dando briga...mas é o melhor jeito. Se a panela for por afinidade...dá um grande estress pra formar, mas eu acho importante estar num grupo de amigos ou um grupo por afinidade durante dois anos”.
Abuso moral	Residentes Professores	“Existem professores arrogantes”.
Cobrança	Pessoal Familiar Instituicional Grupal Social	“Será que o médico tem que saber tudo?”. “O mínimo que posso fazer é me esforçar o máximo”. “A pressão é grande”. “ A cobrança aumenta no fase profissionalizante”.
Estresse	Estresse	“O estresse sou eu, o que eu penso”. “É a própria pessoa que gera”. “O estresse é virtual, mas é também real”.
Alimentação	Alimentação inadequada	“Eu aprendi com um residente a colocar muito açucar no café para enganar a fome”. “A gente não tem tempo para almoçar”.

Recursos financeiros	Dependência financeira comparação com amigos que trabalham	“Não dá para trabalhar durante o curso, me sinto mal por depender dos meus pais, ainda”.
Conteúdo extenso	Aula gravada Sensação de não saber nada Grade horária extensa	“Não dá pra estudar tudo”. “Acontece, pelo menos comigo aconteceu, de eu estar tendo que estudar para tal aula e tem outra que eu penso “estão gravando essa aula?, então...”. Estou muito cansado, estão gravando. Ou então você olha assim “poxa, vou assistir essa aula e sei lá, é aula gravada, e eu em casa, bem na boa, tranqüilo, daí vou ficar ali”. “Transcrever a aula gravada diminui a qualidade de vida, estressa e valoriza o estudante que estuda por apostila ou resumos, desmerecendo outras fontes”. “Uma das coisas que acabou com minha qualidade de vida, foi passar uma aula gravada. Foi uma das piores experiências da minha vida”. “O mais interessante disso foi o dia seguinte, porque eu moro num prédio onde minha tia mora no apartamento de cima. Daí eu fui almoçar na casa da minha tia, no dia seguinte, e minha prima virou para mim e disse “O pior é que essa noite tinha um homem falando a noite todinha”. Eu tentando passar a aula e tinha que botar alto por causa do barulho e vai e volta. Ela completou:“era uma conversa e eu não entendia nada”. A segunda aula que eu recebi pra passar, não passei. Eu gosto muito de desenhar. Minha irmã faz arquitetura, e pediram para ela projeto e eu troquei com ela. Eu vou fazer teu desenho e você vai passar minha aula. E ela me disse depois: “Nunca mais me peça pra fazer isso”.

Falta de cuidado com a saúde	Estudantes assumem estilos de vida pouco saudáveis	“Você vê muito estudante de medicina ficando doente, em baixa, descuidando do próprio corpo, não consegue refletir sobre essas coisas”. “Você não tem o direito de estar praticando um esporte, ter uma vida saudável. Porque não tem direito nem de ficar doente”.
Sono	Pouco sono (devido a estudo, aulas e plantões)	“Você acaba de fazer um plantão e ainda tem que estudar pra prova, você não consegue reter nada. Daí você fica com sono, fica estressada porque você não conseguiu aprender. Você não dorme, não estuda, não faz nada”. “Que nem aquela propaganda do neném, sabe? Ele rouba a sua vida, rouba sua casa, rouba teu tempo, você não dorme. Só que você é completamente louco por aquilo que você faz. Essa propaganda veio pra mim agora, é desse jeito como curso de medicina. É muito legal”.
Falta de tempo	Excesso de conteúdos e atividades exigidos na formação médica	“Falta tempo. Falta tempo pelo menos para mim. Falta muito tempo para fazer tudo que eu precisava. Estudar tudo que eu precisava estudar”. “Eu sempre fiz um monte de cursos, um monte de coisas, mesmo quando estava no cursinho. Agora não dá mais tempo de nada. Você para de sair... eu era super animada. Hoje o tempo que eu tenho é pra dormir, para arrumar o armário, fazer coisas assim. Acho esse um tempo precioso”. “Acho que excesso de carga horária é uma coisa que diminui bastante a qualidade de vida. Você estuda das 8h às 18h e você precisa estudar para as provas e ainda tem a sua vida, tem sua família e muitas outras coisas”.

		“Se você quer fazer um projeto de extensão, uma iniciação científica, movimento estudantil ou outras atividades externas, você tem que se dobrar em três. E isso a gente dá conta, dá pra fazer, mas a qualidade de vida cai substancialmente”. “Nem sempre as pessoas entendem a rotina. Daí o namoro acaba e a pessoal acaba namorando com outra pessoa dentro do curso, que daí entende mais a sua realidade”.
Distância do cenário de ensino	Dificuldade da acesso e diversidade de cenários num mesmo período	“Eu não sei, acho que aqui na faculdade é pior isso, e pros outros anos vai melhorando. Mas para mim que estou no primeiro ano, a gente tem uma parte das aulas aqui e uma parte das aulas na cidade universitária. E é um inferno! A maioria aqui ainda não tem carro. Tem que se virar para ficar indo e voltando, pegar trânsito. Eu demoro duas horas pra chegar em casa, duas horas para ir pra aula todo dia. Eu perco 4 horas do meu dia só para ir e voltar da escola. Isso é o que mais me quebra, o que mais me estressa é ficar perdendo todo esse tempo. Não é nem a faculdade. É o tempo perdido no transporte. E tinha algumas aulas que eu não tinha vontade de ir ”.

5. Estratégias de enfrentamento

CATEGORIAS ANALÍTICAS	ITENS	EXEMPLO
Melhorar a auto-estima	Valorização pessoal	"Eu sou mais importante que o curso".
Buscar formas de relaxamento/ descanso	Música (ouvir tocar instrumento coral)	"Qualquer coisa que deixe você mais relaxado, escutar uma música, ficar deitado sem fazer nada". "Titãs é ótimo! Tem músicas que são músicas de interno. Eu estava no pronto socorro e ouvi: "Enquanto houver sol, enquanto houver sol, enquanto houver sol você vai ficar lá dentro". A gente começa a cantar "Há tanta vida lá fora e aqui dentro sempre..." Essas músicas são do interno". "E a gente passa, a gente tenta tirar o lado bom de tudo. A gente dá muita risada, muita, muita. As pessoas acham que somos loucas. A gente faz piada da nossa vida. A gente canta. Canta pelo corredor, que nem louca. A gente canta, a gente dança. A gente sempre procura uma música que se encaixa em cada lugar. Aí acaba ficando tudo legal. Tudo tranqüilo".
Entretenimento	Entretenimentos: filmes de DVD; programas de televisão; novelas; cinema festas teatro	"Estou tão ligado ao curso que até quando assisto TV vejo programas ligados à saúde". "Vendo novela não penso em nada". "Eu vou tocar violão, vou ver a arte do Largo da Ordem, vou tomar um café na rua XV que eu adoro".
	Dormir	"Qualidade de vida é dormir e acordar bem".
	Fumar	"Quando estou estressado eu fumo".

	Conversar amigos, familiares, namorado (a), dividir angústias, falar de coisas diferentes, ressignificar acontecimentos difíceis	"Eu converso muito. Converso com minhas amigas, converso com minha mãe, converso com meus residentes. Eu choro também quando eu fico muito estressada. Daí não tem muito como segurar. Eu grito. Eu sou muito estressada". "Coisa que eu vejo que me faz bem é tomar café da manhã com a minha mãe, porque é a hora que eu converso com ela, é a única hora que a gente se vê, a gente não se vê muito todos os dias, a gente acaba conversando nessa hora e muitas vezes é lá que eu me desestresso". "Conversoterapia, risadoterapia. O que a gente puder fazer da tragédia uma piada, a gente tenta".
Atividade física	Futebol Academia Corrida Dança	"É interessante a gente fazer uma atividade física, porque a gente cansa muito a mente. E eu acho que a gente tem que se cansar fisicamente pra dar uma relaxada faço dança, faço jazz e ballet clássico de segunda à sexta das 20h às 22h". "Eu lido com o estress através do esporte. Eu adoro esporte, eu desligo, eu fico correndo, pulando e daí melhora tudo".
Aquisiçao de outros conhecimentos	Estudar outras assuntos; estudar idiomas; Viajar	" Leio filosofia nas horas vagas". "Sistematicamente tenho meu curso de francês que eu vou". "Uma vez por ano eu tenho que viajar. Nem que seja pra casa de alguém. Sair do ambiente".
Ampliação do grupo de apoio social	Culinártia: preparar e compartilhar com os colegas	"Eu cozinho e como muito. E ainda não satisfeito chamo os outros:" Vem comer, vamos engordar juntos"". " A gente fala de comer, porque para o pessoal daqui, a maioria se sente ser uma família, muitas

		vezes a gente fala: “Vamos almoçar em casa”, pra poder estar junto. Então você tem a comida como um fator de agregação social”.
Melhorar a autonomia/ (re)empoderar-se	Retomada do controle do tempo: a organizaçao do ensino permite a autonomia na gestão do tempo	“No PBL eu tenho tempo pra fazer tudo que eu quero. Atividades extracurriculares, curso de línguas, etc. Porque tenho tempo livre e depois eu estudo à noite. Eu não consigo estudar de dia. Pra mim foi melhor, depois que me adaptei”.
	Atividades que simbolizam a retomada da organização de sua vida : limpeza da casa/armários	“Eu sempre arranjo um tempinho e no fim de semana quando tenho tempo eu aproveito para arrumar minha casa que, geralmente no fim de semana já está uma zona”. “ Fazendo faxina em casa, eu chegava num limiar daquelas faxinas de você jogar mangueira com água na casa inteira, tirava tudo do lugar, porque você está querendo organizar alguma coisa na sua vida... Toda a faxina é simbólica. É um fator de mudança”.
	Posturas diante das situações da vida	“Eu penso na minha vida que a situação que eu estou fui eu mesmo que escolhi. Que eu tenho que arrumar uma maneira de sair. Tentar conhecer melhor minha situação, tentar me modificar para que eu consiga me adaptar melhor cada vez mais a essas dificuldades que acontecem”. “Tentar aproveitar ao máximo possível o tempo livre. Que a gente sabe que no futuro, muito provavelmente vai ser muito pior”. “Eu tenho muito sentimento de perda “ah, se eu não for eu vou perder” . Vivo toda a vida como se fosse o último momento. Se amanhã eu parar, pelo menos hoje eu fiz alguma coisa”.

Tutoria-mentoring	Desenvolvimento pessoal na interação com o tutor	“Acho que não existe fórmula de alguém chegar e falar: “Olha faça assim, assim e assim”. Acho que cada um tem que ir encontrando o seu caminho. Acho que apoio tem. Você conversa, você tem o tutor, você tem muitas figuras que você pode contar, conversar, mas eu acho que é um processo mais individual”.
Religiosidade	Religião/ prática religiosa como suporte psicológico: como agregadora de valores como geradora de conflito	“Quem tem formação religiosa tem uma melhor qualidade de vida”. “É eu estar estressada, que eu tenho que pegar a bíblia, tenho que rezar. E sempre vem um fator de alívio. Sempre. Desde que eu era pequena. Se eu preciso de alguma coisa, se eu não estou bem, eu rezo e no dia seguinte tudo inverte. Melhora, então é o que me ajuda muito”. “Pra mim religião é um fator de estresse. Eu sou judeu e a minha religião é um fator de estresse para mim”.
A “outra vida”: a vida da intesidade (outra vida relativamente à vida da escola médica, do estudo)	O outro mundo, em que se é feliz:festas, passeios, parque, shopping center	“Tentar viver o máximo e fazer o que quer”. “Fazer tudo com intensidade”. “Tem que ser feliz”.

6. Percepção da qualidade de vida no curso de medicina

CATEGORIAS ANALÍTICAS	ITENS	EXEMPLOS
Aspectos bons	Sentimento de progresso e desenvolvimento pessoal Sentimento de satisfação e concretizar projetos	“Pra mim é boa porque eu faço aquilo que eu gosto. Não é perfeita, porque eu não tenho todo o tempo que eu gostaria pra estar fazendo outras coisas”. “A minha qualidade de vida, acho que é boa também. Eu faço bastante coisa, às vezes acho que

		faço coisas demais, mas penso que o que eu estou fazendo agora é uma coisa que vai ser melhor pra mim no futuro”. “Ela é boa, mas ela tem um potencial muito maior. Que eu estou tentando buscar”. “Boa porque me sinto útil”. “Sinto que estou evoluindo”. “Boa, mas poderia ser melhor”. “É aquilo que a gente estava falando. Quantas vezes que a gente tem que ficar o dia inteiro trabalhando, teve dia que eu já fiquei 24h sem comer. Não tive tempo para parar e comer, mas um monte de coisa que você aprende, você vive, se empolga. Daí é felicidade. É daí que a gente tira a alegria”. “ ... a partir do momento em que eu estou fazendo o que eu gosto, que eu sempre quis fazer medicina, então vale a pena qualquer esforço. Então eu considero boa”.
Aspectos regulares	Frustração com a realidade do curso	“Eu achava que o mais difícil era passar no vestibular...”. “Eu sou escravo da Faculdade”. “Regular porque falta tempo”.
Aspectos ruins	Desânimo pelas vivências dentro do curso Ressignificação do ideal	“Na Faculdade falta vida para ter qualidade. Falta tempo para poder perder, para pensar na vida, nos planos, nos sonhos, na namorada que perdeu. Falta tempo até para sofrer”. “Esqueço que a Medicina foi um sonho e a vejo com árdua obrigação”.
Resignificação	Quando o que era ruim, torna-se bom : valorizar os momentos de descanso e lazer;	“Viver cada dia e aproveitar cada momento que você tem também. Se você tem um minutinho, vai aproveitar aquele minutinho,

	dar novo valor as atividades cotidianas como comer, dormir, estudar, aprender	porque depois você vai ter que ficar de plantão vai ter que fazer alguma coisa. Então é uma coisa que te consome pra caramba, mas é muito gratificante mesmo”. “No final da faculdade você começa a supervalorizar cada tempinho mínimo que você tem. Tem aquele minutinho para ir ao banheiro e você já vai todo contente. Tem aquele segundinho para tomar um café (risos) e você vai tomar café feliz da vida. Tem 10 minutos para poder almoçar, você vai almoçar os seus 10 minutos. E no primeiro ano às vezes a gente não chega a valorizar isso”. “Uma coisa que eu acho que tem que fazer para melhorar a qualidade de vida é a postura que você toma em relação a sua vida. Seu curso. Pra que você mude o seu olhar em relação ao curso, a sua postura em relação a ele. A questão de utilizar melhor o horário. Quando você olha, que você...não sou só um estudante de medicina, sou um cidadão que tem namorada, família, enfim, e você percebe isso e consegue andar bem com isso, você começa a organizar melhor o seu tempo, procurar fazer as coisas que você gosta no momento certo, procurando não ficar se cobrando tanto, que as pessoas ao redor te cobram, não se deixa envolver por isso. E você toma essa postura de não levar muito em consideração isso”.

ANEXO IV

CADERNO DE RESPOSTAS

PROJETO QUALIDADE DE VIDA

Avaliação da qualidade de vida do estudante de medicina e da influência exercida pela formação acadêmica

Este caderno de respostas consta de dois questionários de avaliação de qualidade de vida e uma auto-avaliação e uma escala de mensuração de sonolência diurna.

É importante que você responda todas as questões. Se nenhuma das alternativas contemplar a resposta que você gostaria, escolha aquela que mais se aproxima.

A confidencialidade das suas respostas fica garantida, pois não há necessidade da sua identificação.

Esta pesquisa tem por finalidade conhecer os fatores que influenciam a qualidade de vida o estudante de medicina. Os resultados serão divulgados e servirão de subsídio para discussões e transformações necessárias nas escolas.

Agradecemos a sua colaboração.

Preencha inicialmente, os campos abaixo:

Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino

Idade: _____ anos

Faculdade em que estuda:_____

Cidade em que se localiza a faculdade:_____

Ano que você está cursando:1º( ) 2º( ) 3º( ) 4º( ) 5º( ) 6º( )

AUTO-AVALIAÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA

Numa escala de zero a dez:

Minha qualidade de vida como estudante de medicina é: ___

Minha qualidade de vida geral é: ___

Para melhorar a qualidade de vida do estudante de Medicina é preciso: (coloque três fatores em ordem de importância)

1 -

2 -

3 -

O que poderia ser feito, no Curso de Medicina, para que os estudantes tenham melhor qualidade de vida?

WHOQOL – ABREVIADO
Versão em Português

Programa de Saúde Mental da Organização Mundial de Saúde – Genebra

Instruções
Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. **Por favor responda a todas as questões**. Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha. Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como como referência as **duas últimas semanas**. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

	nada	Muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas.
Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

	nada	Muito pouco	Médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio.

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

		muito ruim	Ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	Insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é

capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.						
		nada	muito pouco	médio	muito	Completa-mente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão às informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.						
		muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	Muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5
		muito insatisfeito	insatis-feito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	Muito satisfeito
16	Quão satisfeito (a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito (a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5

18	Quão satisfeito (a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito (a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito (a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito (a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito (a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito (a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito (a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito (a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que freqüência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		nunca	Algumas vezes	Freqüen-temente	muito freqüentemente	sempre
26	Com que freqüência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?
.....

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?
.....

ESCALA DE SONOLÊNCIA DIURNA DE EPWORTH

Qual a probabilidade de você “cochilar” ou adormecer nas situações apresentadas a seguir? Procure separar da condição de se sentir simplesmente cansado (a).

Responda pensando no seu modo de vida nas últimas semanas. Mesmo que você não tenha passado por alguma dessas situações recentemente, tente avaliar como se portaria frente a elas.

Utilize a escala apresentada a seguir para escolher o número mais apropriado para cada situação.

0 – Nenhuma chance de cochilar
1 – Pequena chance de cochilar
2 – Moderada chance de cochilar
3 – Alta chance de cochilar

Sentado e lendo.	
Vendo televisão.	
Sentado em lugar público sem atividades (sala de espera, cinema, teatro, reunião).	
Como passageiro de trem, carro ou ônibus, andando uma hora sem parar.	
Deitado para descansar á tarde, quando as circunstâncias permitem.	
Sentado e conversando com alguém.	
Sentado calmamente, após o almoço, sem álcool.	

Inventário de Avaliação de Qualidade de Vida

do Estudante no Curso de Medicina (IQVEM)

Por favor, para dar sua opinião, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida no curso de medicina. Para cada uma das afirmações abaixo assinale uma das seguintes alternativas:

CT – concordo totalmente
C – concordo
I – indiferente
D – discordo
DT – discordo totalmente

1. Minha qualidade de vida é boa.	CT	C	I	D	DT
2. Não aproveito a vida como poderia.	CT	C	I	D	DT
3. A qualidade de vida do estudante de Medicina é ruim.	CT	C	I	D	DT
4. A qualidade de vida do professor de Medicina é boa.	CT	C	I	D	DT
5. A qualidade de vida do residente é ruim.	CT	C	I	D	DT
6. Minha qualidade de vida no curso de Medicina é boa.	CT	C	I	D	DT
7. Minha qualidade de vida geral é ruim.	CT	C	I	D	DT
8. Minha qualidade de vida em geral é muito influenciada pelo curso de Medicina.	CT	C	I	D	DT
9. Minha qualidade de vida é semelhante à de estudantes de outros cursos.	CT	C	I	D	DT
10. A qualidade de vida do estudante de Medicina é pior que a de estudantes de outros cursos	CT	C	I	D	DT
11. Não consigo cuidar da minha aparência.	CT	C	I	D	DT
12. Tenho uma alimentação saudável.	CT	C	I	D	DT
13. Minha saúde é boa.	CT	C	I	D	DT
14. Necessito de algum tipo de medicamento de uso contínuo.	CT	C	I	D	DT
15. Não cuido bem de minha saúde.	CT	C	I	D	DT
16. Tenho horas suficientes de sono.	CT	C	I	D	DT
17. Tenho horas de lazer suficientes.	CT	C	I	D	DT

18. Pratico menos esporte ou atividade física do que gostaria.	CT	C	I	D	DT
19. Não tenho tempo livre suficiente.	CT	C	I	D	DT
20. Estou feliz com minha vida afetiva.	CT	C	I	D	DT
21. Minha vida sexual é satisfatória.	CT	C	I	D	DT
22. Estou satisfeito(a) com minha situação financeira.	CT	C	I	D	DT
23. Minhas condições de moradia são satisfatórias.	CT	C	I	D	DT
24. Morar com os pais piora minha qualidade de vida.	CT	C	I	D	DT
25. Morar fora da casa dos pais piora minha qualidade de vida.	CT	C	I	D	DT
26. Tenho um meio de transporte eficiente.	CT	C	I	D	DT
27. O consumo de álcool piora a qualidade de vida.	CT	C	I	D	DT
28. O uso de drogas piora a qualidade de vida.	CT	C	I	D	DT
29. Eu me sinto pressionado (a) por depender financeiramente de meus pais.	CT	C	I	D	DT
30. A falta de tempo livre no curso diminui minha qualidade de vida.	CT	C	I	D	DT
31. Ter tempo suficiente para estudar aumentaria minha qualidade de vida.	CT	C	I	D	DT
32. Ter tempo livre para esportes aumentaria minha qualidade de vida.	CT	C	I	D	DT
33. Ter mais tempo para minha família aumentaria minha qualidade de vida.	CT	C	I	D	DT
34. Ter mais tempo com meus amigos aumentaria minha qualidade de vida.	CT	C	I	D	DT
35. Ter mais tempo para atividades culturais aumentaria minha qualidade de vida.	CT	C	I	D	DT
36. Ter mais tempo para atividades extracurriculares aumentaria minha qualidade de vida.	CT	C	I	D	DT
37. Tempo livre para não fazer nada aumentaria minha qualidade de vida.	CT	C	I	D	DT
38. Minha concentração durante as atividades do curso de medicina é boa.	CT	C	I	D	DT
39. Não consigo assimilar o conteúdo programático.	CT	C	I	D	DT

40. Estou satisfeito (a) com o meu curso de medicina.	CT	C	I	D	DT
41. As atividades do curso de medicina são excessivas para mim.	CT	C	I	D	DT
42. Meu curso de medicina corresponde às minhas expectativas.	CT	C	I	D	DT
43. Tenho me sentido útil no curso de medicina.	CT	C	I	D	DT
44. Tenho conseguido ajudar as pessoas com minha atividade como estudante de medicina.	CT	C	I	D	DT
45. Já fui humilhado (a) ou maltratado (a) em atividades do curso de medicina.	CT	C	I	D	DT
46. O ambiente físico de minha faculdade é saudável.	CT	C	I	D	DT
47. Consigo organizar o meu tempo no curso de medicina como gostaria.	CT	C	I	D	DT
48. O curso de medicina me priva de alguns compromissos pessoais.	CT	C	I	D	DT
49. Aulas ruins pioram minha qualidade de vida.	CT	C	I	D	DT
50. Uma boa relação com os professores melhora minha qualidade de vida.	CT	C	I	D	DT
51. Receber supervisão adequada em minhas suas atividades práticas melhora minha qualidade de vida.	CT	C	I	D	DT
52. Ter uma boa relação com os colegas do mesmo ano melhora minha qualidade de vida.	CT	C	I	D	DT
53. Minha qualidade de vida é influenciada positivamente pela relação com os colegas dos outros anos.	CT	C	I	D	DT
54. A competição entre os colegas piora minha qualidade de vida.	CT	C	I	D	DT
55. A falta de didática dos professores piora minha qualidade de vida.	CT	C	I	D	DT
56. A participação em ligas ou em outras atividades de extensão piora minha qualidade de vida.	CT	C	I	D	DT
57. Fazer iniciação científica aumenta minha qualidade de vida.	CT	C	I	D	DT
58. O contato com o paciente aumenta minha qualidade de vida.	CT	C	I	D	DT
59. Participar do movimento estudantil melhora minha qualidade de vida.	CT	C	I	D	DT

60. Participar de projetos de transformação da sociedade melhora minha qualidade de vida.	CT	C	I	D	DT
61. Meu relacionamento com os professores é bom.	CT	C	I	D	DT
62. Os professores de medicina não têm, em geral, um bom relacionamento com os estudantes.	CT	C	I	D	DT
63. Meu relacionamento com os colegas de classe é ruim.	CT	C	I	D	DT
64. Meu relacionamento com os colegas de outras classes é bom.	CT	C	I	D	DT
65. Meu relacionamento com os residentes é ruim.	CT	C	I	D	DT
66. O ambiente na faculdade de medicina é muito competitivo.	CT	C	I	D	DT
67. A competição entre os colegas no curso de medicina piora a minha qualidade de vida.	CT	C	I	D	DT
68. Meus relacionamentos fora do curso de medicina são satisfatórios.	CT	C	I	D	DT
69. Não tenho conseguido me concentrar direito ultimamente.	CT	C	I	D	DT
70. Tenho me sentido desanimado e triste ultimamente.	CT	C	I	D	DT
71. Tenho me sentido ansioso ultimamente.	CT	C	I	D	DT
72. O curso de medicina me deixa muito estressado.	CT	C	I	D	DT
73. Tenho acesso adequado a atendimento médico .	CT	C	I	D	DT
74. Tenho acesso adequado a atendimento psicológico.	CT	C	I	D	DT
75. Ter um suporte espiritual faz diferença na minha qualidade de vida.	CT	C	I	D	DT
76. Cobro-me em excesso no curso de medicina.	CT	C	I	D	DT
77. Minha família tem expectativas excessivas a meu respeito.	CT	C	I	D	DT
78. Sinto-me seguro (a) na minha atividade como estudante de medicina.	CT	C	I	D	DT
79. Sinto-me inseguro (a) para exercer minha profissão.	CT	C	I	D	DT
80. Consigo lidar com as questões ligadas à morte.	CT	C	I	D	DT
81. Ter o reconhecimento por parte dos pacientes aumenta minha qualidade de vida.	CT	C	I	D	DT

82. As expectativas que tenho de mim mesmo pioram minha qualidade de vida.	CT	C	I	D	DT
83. As expectativas que meus familiares têm quanto ao meu desempenho no curso de medicina diminuem minha qualidade de vida.	CT	C	I	D	DT
84. As cobranças dos professores pioram minha qualidade de vida.	CT	C	I	D	DT
85. O estudante de Medicina apresenta uma piora em sua qualidade de vida ao longo do curso.	CT	C	I	D	DT
86. A qualidade de vida do estudante de Medicina é melhor que a do Residente.	CT	C	I	D	DT
87. A qualidade de vida do estudante de Medicina é melhor que a do médico recém-formado.	CT	C	I	D	DT
88. Insegurança quanto ao meu futuro profissional piora minha qualidade de vida.	CT	C	I	D	DT
89. Dúvidas quanto à escolha da futura especialidade pioram minha qualidade de vida.	CT	C	I	D	DT
90. Dúvidas quanto ao mercado de trabalho pioram minha qualidade de vida.	CT	C	I	D	DT

Referências

REFERÊNCIAS

Abbagnano N. *Dicionário de Filosofia*. São Paulo: Martins Fontes; 2003.

Almeida M (org.). *Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos Universitários da Área da Saúde*. Londrina: Rede Unida; 2003.

Alóe F, Pedroso A, Tavares SM. Epworth Sleepiness Scale Outcome in 616 Brazilian Medical Students. *Arq. Neuropsiquiatr.* 1997; v.55, n.2: 220-26.

American Academy of Sleep Medicine (ASSM) Sleep-related breathing disorders in adults: recommendations for syndrome definitionand measurement techniques in clinical research. *Sleep*. 1999; v.22: 667-89.

Andrade AG, Bassit AZ, Kerr-Correa F, Tonhon AA, Boscovitz EP, Cabral M, Rassi R, Poterio GM, Marcondes E, Oliveira MPMT, Dualibi K, Fukushima JP. Fatores de risco associados ao uso de álcool e drogas na vida, entre estudantes de medicina do Estado de São Paulo**.** *Rev. ABP-APAL*. 1997; v.19, n.4: 117-26.

Antonello ICF. Cuidando de cuidadores em formação nas faculdades de medicina. *Bioética e ética médica - CFM*. 2007; v.14, n.2: 159-62.

Arantes MAA, Vieira MJF. *Estresse – Clínica Psicanalítica.* São Paulo: Casa do Psicólogo; 2002.

Assis SG, Pesce RP, Avanci JQ. *Resiliência enfatizando a proteção dos adolescentes*. Porto Alegre: Artmed/ unicef; 2006.

Baldassin S, Martins LC, Andrade AG. Traços de ansiedade entre estudantes de medicina**.** *Arquivos Médicos do ABC.* 2006; v.31, n.1: 27-31.

Baldwin DC, Ugeghes PH, Conard SE, Storr C, Sheehan DV. Substance use among senior medical students. *JAMA*.1991; v.265: 2074-78.

Baldwin CM, Kapur VK, Holberg CJ, Rosen C, Nieto J. Association between gender and measures of daytime somnolence in the sleep heart health study. *Sleep.* 2004; v.21, n.2: 305 -11.

Ball SE, Bax A**.** Self-care in Medical Education: Effectiveness of Health – Habits Interventions for First-Year Medical Students. *Academic Medicine*. 2002; v.77: 911-17.

Bardin L. *Análise do conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 1995.

Bellodi PL. *O Clínico e o Cirurgião – Estereotipo, Personalidade e Escolha de Especialidade Médica.* São Paulo: Casa do Psicólogo; 2001.

Bellodi P, Martins MA. *Tutoria - mentoring na formação médica.* São Paulo: Casa do Psicólogo; 2005.

Bonne O, Segman R, Kaplan A. Emotional distress in israeli medical students. *Harefuah*. 2003; v.142, n.8-9: 558-91.

Botsaris A. *O complexo de ATLAS e outras síndromes do estresse contemporâneo*. Rio de Janeiro: Objetiva; 2003.

Bosi E. *Memória e sociedade*. São Paulo: TA Queiroz; 1983.

Bullinger M. Generic quality of life assessment in psychiatry. Potencial and limitations. *Eur. Psychiatry.* 1997; v.12: 203-09.

Campbell A, Converse PE, Rodgers WL. *The quality of american life: perceptions, evaluations and satisfactions*. Nova York: Russell Sage Fundation; 1976.

Capra F. *Sabedoria Incomum.* São Paulo: Editora Pensamento; 1988.

Cataldo A, Cavalet D, Bruxel D, Kappes D, Silva D. O estudo de medicina e o stress acadêmico. *Revista Médica da PUC-RS.* 1998; 6-12.

Cerqueira ATAR, Lima MCP. A formação da identidade do médico: implicações para o ensino de graduação em medicina. *Interface – Comunic. Saúde. Educ*.2002; v.6, n.11: 107-16.

Chan DW. Depressive symptoms and depressed moud among Chinese medical students in Hong Kong. *Comper Psychiatry*.1991; v.32: 170-80.

Chol S, Kim J, Lee S, Ahn Y, Joo S. Sleep habits, excessive daytime sleepiness and school performance in high school students. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. 2003, v.53: 451-53.

Cloninger, CR. The science of well-being: an integrated approach to mental health and its disorders. *World Psychiatry*. 2006; v.5: 71-6.

Coren S. *Ladrões do Sono*. Rio de Janeiro: Editora Cultura; 1998.

Cotrim–Carlini B. Potencialidades da técnica qualitativa grupo focal em investigações sobre abuso de substâncias. *Rev. Saúde Pública*. 1996; v. 30, n.3: 285-93.

Damineli M. Qualidade de Vida é Possível? *Revista Sesc*. São Paulo; 2000.

Debus M**.** *Manual para Excelência en la Insvestigación Mediante Grupos Focales*. Washington: Academy for educational development; 1997.

Denzin N, Lincoln YS. *O Planejamento da pesquisa Qualitativa Teoria e Abordagens*. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2006.

Dickstein LJ, Stephenson JJ, Hinz LD. Psychiatric impairment in medical students*. Academic medicine*. 1990; v.65, n.9: 588-93.

Diener E. Subjective well-being. *Psychological Bulletin*. 1984; v.95, n. 3: 542-75.

Diniz DP, Schor N (org.). *Qualidade de Vida – Guia de Medicina Ambulatorial e Hospitalar. Unifesp*. 1ª ed. Barueri: Manole; 2006.

Domingues I. (org) *Conhecimento e Transdisciplinaridade*. Belo Horizonte: Editora EFMG; 2001.

Duarte PSD, Miyazaki MCSO, Ciconelli RM, Sesso R. Tradução e adaptação cultural do instrumento de avaliação de qualidade de vida para pacientes renais crônicos. *Rev. Assoc. Méd. Bras*. 2003; v.49, n.4: 375-81.

Ferenhof IA, Ferenhof EA. Burnout em Professores. *Revista Científica Centro Universitário Nove de Julho*. 2002; v.4, n.1: 131-51.

Fernandes E. *Qualidade de Vida no Trabalho – Como Medir para Melhorar*. Londrina: Casa da Qualidade; 1996.

Ferraz RB, Tavares H, Zilberman ML. Felicidade: uma revisão. *Rev. Psiq. Clin*. 2007; v.34, n.5: 234-42.

Flanagan JC. A reserch approch to improving our quality of life. *Am Psichol.*1978; v.7: 138-47.

Fleck MPA, Leal OF, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, Pinzon V. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de Qualidade de Vida do OMS (WHOQOL-100). *Revista Brasileira de Psiquiatria.* 1999; v.21, n.1: 19-28.

Fleck MPA. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL – 100): características e perspectivas. *Ciência e Saúde Coletiva.* 2000; v.5, n.1: 33-38.

Fleck MPA, Louzada S, Chavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, Pinzon V. Aplicação da versão em português do instrumento WHOQOL – bref. *Rev. Saúde Pública*. 2000; v.34, n.2: 178-83.

Fleck MPA e colaboradores. *A avaliação de qualidade de vida – guia para profissionais da saúde.* Porto Alegre: Artmed; 2008.

Fontana D. *Estresse.* São Paulo: Saraiva; 1991.

França HHA. A Síndrome de Burnout. *Rev. Brasileira de Medicina***.** 1987; v.44, n.48: 197-99.

Freire P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra; 1996.

Freire P. Pedagogia da tolerância. Série Paulo Freire - Ana Maria Freire (org). São Paulo: Editora Unesp; 2005.

Freudenberg HJ. Staff burn-out. *Journal of social issues*. 1974; v.30: 159-65.

Gadotti M. *Boniteza de um sonho: ensinar e aprender com sentido*. Curitiba: Editora Positivo; 2005.

Gil-Monte P, Peiró JM. *Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse.* Madrid: Síntesis; 1997.

Glasberg J, Horiuti L, Novais MA, Canavezzi AZ, Miranda VC, Chioli FA, Golçalvez MS, Bensi CG, Giglio A. Prevalence of the burnout syndrome among brazilian medical oncologists. *Rev. Associação Médica Brasileira*. 2007; v.53, n.1: 85-89.

Glasser W. *Teoria da Escolha – Uma nova Psicologia e Liberdade Pessoal.* 1ª ed. São Paulo: Mercuryo; 2001.

Graham CAC, Rogers A, Yassin N. "I wouldn't want it on my CV or their records": medical students experience of help-seeking for mental health problems. *Medical Education*. 2003; v.37: 873-80.

Greenberg JS. *Administração do Estresse*. 6ª ed. São Paulo: Manole; 2002.

Gonzalez N, Padilha J, Rodrigues E, Esteva M, Ruiz M, Tomarelli R, Espejo B, Granados I, Zarelli F, Chung L, Cordido G. The quality of life in medical students and postgraduate residents in university hospital. *Invest Clin.* 2000; v.41, n.4: 219-35.

Gordon R. *A Assustadora História da Medicina.* 2ª ed. São Paulo: Prestigio Editorial; 2002.

Gorenstein C, Andrade LM, Zuardi AW**.** *Escalas de Avaliação Clínica em Psiquiatria e Psicofarmacologia*. Lemos Editorial; 2000.

Granados I, Zarelli F, Chung L, Cordido G. The quality of life concept in medical students and postgraduate residents in a university hospital. *Invest Clin.* 2000; v.41: 219-35.

Green MJ. What (if anything) is wrong with residency overwork? Ann Intern Med. 1995; v.123: 512-17.

Grosseman S, Patrício ZM. *Do Desejo à Realidade de Ser Médico*. Florianópolis: Editora da UFSC; 2004.

Hirigoyen MF. Assédio Moral, violência perversa no cotidiano. 6ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2003.

Hidalgo MP, Caumo W. Sleep disturbances associated with minor psichiatric disorders in medical students. *Neurol. Sci.* 2002; v.23: 35-39.

Iervolino AS, Pelicioni MCF. A utilização do grupo focal como metodologia Qualitativa na promoção da saúde. *Rev. Esc. Enf. USP*.2001; n.2, v.35: 115-21.

Johns MW, Dudley HAF, Masterton JP. The sleep habits, personality and academic performance of medical students. *Medical Education.* 1976; v.10: 158-62.

Johns M. A New Method for Measuring Daytime Sleepiness: The Epworth Sleepiness Scale. *Sleep.* 1991; v.14, n.6: 540-45.

Johns M. Reliability and Factor Analysis of the Epworth Sleepiness Scale. *Sleep*. 1992; v.15, n.4: 376-81.

Johns M. Sleepiness in Different Situations Measures by the Epworth Sleepiness Scale. *Sleep*. 1994; v.17, n.8: 703-10.

Johns M, Hocking B. Daytime Sleepiness and Sleep Habits of Australian Workers. *Sleep.* 1997; v.20, n.10: 844-49.

Kobasa S. Stressful life events, personality, and health: an inquery into hardness. *Journal of Personality and Social Psych*. 1979; v.37: 1-11.

Lampert JB. *Tendências de Mudanças na Formação Médica no Brasil: Tipologia das escolas*. São Paulo: HUCITEC/ABEM; 2002.

Lebell S. *Epicteto a Arte de Viver*. 4ª ed. Rio de Janeiro: Sextante; 2000.

Lipp ME, Roch JC. *Stress, Hipertensão Arterial e Qualidade de Vida*. Campinas: Papirus; 1995.

Lipp ME. *Inventário de sintomas de stress para adultos de LIPP*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2000.

Lipp ME. *Pesquisas sobre stress no Brasil – Saúde, ocupações e grupos de risco.* 2ª ed. Campinas: Papirus; 2001.

Lipp ME, Tangarelli MS. Stress e Qualidade de Vida em magistrados da justiça do trabalho: diferenças entre homens e mulheres. *Psicol. Reflex. Crit.* 2002; v.15, n.3: 537-48.

Macedo LM, Taquette SR, Alvarenga FBF. Da Adolescência à Maturidade: Estudo Prospectivo dos Estudantes de Medicina da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. *Revista Brás. Educ. Méd.* 2003; v.27, n.1: 29-35.

Machado MH (Org.). *Os médicos no Brasil: um retrato da realidade*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 1997.

Margotta R. *História Ilustrada da Medicina.* São Paulo: Manole; 1998.

Marins JJN, Pinto LF, Pontes ALM, Gonçalves RL, Soranz DR, Malafaia MF. *Formação de Médicos no Brasil: estudo dos egressos no período 1982 a 2003.* Rio de Janeiro: ABEM; 2005.

Martins LAN. Atividade Médica: Fatores de risco para a saúde mental do médico. *Rev. Bras. Clín. Terap*. 1991; v.XX, n.9: 355-64.

Martins LAN. *Residência Médica Estresse e Crescimento*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2005.

Martins MCN. *Humanização das relações assistenciais: a formação do profissional da saúde.* São Paulo: Casa do Psicólogo; 2002.

Maslach C, Jackson S, Leiter MP. *Maslach Burnout Inventory Manual.* 3ª ed. Palo Alto, Califórnia, USA: Consulting Psychologists Press; 1996.

Melillo A, Ojeda ENS. *Resiliência descobrindo as próprias fortalezas*. Porto Alegre: Artmed; 2005.

Merton R, Fisk M, Kendall P. *The focused interview: a report of the bureau of applied social research*. New York: Columbia University; 1956.

Millan LR, De Marco OLN, Rossi E, Arruda PCV. *O Universo Psicológico do Futuro Médico – Vocação, Vicissitudes e Perspectivas***.** São Paulo: Casa do Psicólogo; 1999.

Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 5ª Edição. Rio de Janeiro: ABRASCO; 1998.

Ministério da Saúde. *Projeto de Promoção de Saúde.* Disponível em: http://www.saude.gov.br/programas/progsaud.htm.

Moreira WW. *Qualidade de Vida – Complexidade e Educação.* 1ª ed. Campinas: Papirus; 2001.

Montagner MI. *Mulheres e trajetória na Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP: vozes singulares e imagens coletivas*. Dissertação

de Mestrado em Saúde Coletiva. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, 2007.

Moreira JP, Cataldo A, Seger AP, Rodrugues GM, Araújo JM, Potrich JK, Moraes ML. O professor como cuidador. *Bioética e ética médica. - CFM.* 2007; v.14, n.2: 163-168.

Morin E. *Educação e Complexidade – Os Sete Saberes e outros ensaios.* São Paulo: Cortez; 2002.

Morin E. *Saberes Globais e Saberes Locais – o olhar transdisciplinar*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Garamond; 2003.

Nordenfelt L. *Conversando sobre Saúde – um Diálogo Filosófico*. Florianópolis: Bernúncia; 2000.

Novo M. *La educación ambiental, bases éticas, conceptuales y metodológicas.* Madrid: Ediciones UNESCO e Editorial Universitas S.A.; 1998.

Parkernson GR, Broadhead WE, Tse CJ. The Health Status and Life Satisfaction of First-year Medical Students. *Acad. Medicine*. 1990; v.65, n.9: 586-87.

Pereira AMTB. *Burnout: Quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2002.

Petrone L *Qualidade da Vida e Doenças Psicossomáticas*. São Paulo: Lemos; 1994.

Poli A, Romano G. *La Qualitá della vita Evoluzione del Concetto di Salute e Strumenti della sua Misurazione* – Osservare per Conssoscere Universitá di Verona; 2000.

Punjabi NM, Roche KB, Young T. Predictors of Objective Sleep Tendency in General Population. *Sleep.* 2003; v.26, n.6: 678-83.

Raj SR, Simpson CS, Hopman WM, Singer MA. Health-related quality of life among final-year medical students. *Canadian Medical Association Journal*. 2000; v.22: 162-64.

Random M. *O Pensamento Transdisciplinar e o Real***.** São Paulo: Triom; 2001.

Rego S. *A Formação Ética dos Médicos – Saindo da adolescência com a Vida (dos outros) nas mãos*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003.

Rocco RP. Relação estudante de medicina-paciente. In: Mello Filho *Pssicosomética hoje*. Porto Alegre: Arte Médica; 1992.

Rodrigues MVC. *Qualidade de Vida no Trabalho*. 6ª ed. Petrópolis: Vozes; 1994.

Rodrigues RN, Viegas CA, Silva AA, Tavares P. Daytime Sleepiness and Academic Performance in Medical Students. *Arq. Neuropsiquiatr*. 2002; v.60, n.1: 6-11.

Roth T, Roehrs TA. Etiologies and sequelae of excessive daytime sleepiness. *Clin Ther.* 1996; v.18: 562-72.

Rutter M. Resilience in the face of adversity: Protective factors and rsistance to psychiatric disorder. *British Journal of Psychiatry*. 1985; v.147: 598-611.

Rutter M. Psychosocial Resilience and Protective Mechanisms. *American Orthopsychiatric Association.* 1987; v.57, n.3: 316-31.

Sayd JD. A escola médica e seus implícitos sobre a morte. *Rev. bras. de educ. médica.* 1993; v. 17, n. 3: 14-20.

Schraiber LB. *O médico e seu trabalho: limites da liberdade*. São Paulo: HUCITEC; 1993.

Schraiber LB; Gomes R; Couto MT. Homens e saúde na pauta da saúde coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2005; v.10, n.1: 7-17.

Selye H. *The stress of life*. New York: Mc Grawhill; 1965.

Scott J. Gênero: uma categoria útil para análise histórica. *Educação e Realidade.* 1995; v.20, n.2: 71-99.

Sheldon KM, King L. Why positive psychology is necessary. *American Psychologist.* 2001; v.56, n.3: 216-17

Silva CAJ. *Função Social da Escola Médica.* Florianópolis: XVI Congresso Brasileiro de Educação Médica; 2003.

Silva JV. Qualidade de Vida. *Nursing*. 2001; v.34: 10-12.

Silver HK, Glicken AD. Medical student abuse: incidence, severity and significance. *JAMA*. 1990; v.263: 527-32.

Simões R. *Corporeidade e Terceira Idade.* Piracicaba: Editora da Unimep; 1996.

Simpson KH, Budd K. Medical student attrition: 10-year survey in one medical school. *Medical Education*. 1993; v.30: 172-78.

Souza SMR. *Um outro olhar: Filosofia.* São Paulo: FTD; 1995.

Tavares J. *Resiliência e Educação*. São Paulo: Cortez; 2001.

Turato ER. *Tratado da Metodologia da Pesquisa Clínico-Qualitativa.* Petrópolis: Editora Vozes; 2003.

Venturelli J. *Educación Médica, nuevos enfoques, metas y métodos.* Washington: Organizacion Panamericana de La Salud; 2003.

Victória CG, Knauth DR, Hassen MN. Pesquisa qualitativa em saúde. Porto Alegre: Tomo Editorial; 2000.

Ware, JE. SF-36 Health Survey Update. www.sf-36.org. Acessado em 15 de jul de 2007.

Westphal MF, Bógus CM, Faria MM. Grupos Focais: experiências precursoras em programas educativos em saúde no Brasil. *Bol. Oficina Sanit Panam*. 1996; v.120, n.6: 472-81.

WHOQOL - Bref introduction, administration, scoring and generic version of the assessment. World Health Organization. Geneva, 1996. Disponível em <www.who.int/entity/mental_health/media/en/76.pdf . Acessado em: 16 mar. 2007.

WHOQOL Group. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. Social Science and Medicine. 1995; v.10: 1403-09.

WHOQOL - grupo. Versão em português dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida (WHOQOL). FAMED - Universidade Federal do Rio Grande do Sul/HCPA, 1998. www.ufrgs.br/psiq/whoqol3.html Acessado em: 16 mar. 2007.

WHOQOL Group. Development of the World Health Organization WHOQOL-Bref quality of life assessment. *Psychol Med*. 1998; May, v.28, n. 3: 551-58.

Wilson JF, Johnson MM, Studts JL, Ela MCL. Student's Quality of Life After a Major Curriculum Change. *Acad. Medicine*. 1996; v.71, n.10: 40-42.

Wolf TM. Stress and Health: enharcing Well-being during medical school, *Medical Education*. 1994; v.28: 8-17.

World Health Organization. Costituition of the World Health Organization. In Basic Documents – 1946.

Apêndice

APÊNDICE

DIÁLOGO FILOSÓFICO SOBRE QUALIDADE DE VIDA

Autora: Patricia Tempski Fiedler

Professor Responsável: José Ricardo Ayres

Disciplina: Aspectos Filosóficos do Conhecimento em Saúde - Programa de pós-graduação em Medicina Preventiva.

A IDÉIA

Vive-se uma realidade intensa e ativa, onde conhecimentos se multiplicam de forma acelerada, exigindo constante adaptação às mudanças e às tendências impostas nos diferentes níveis de atuação, social, cultural, profissional, institucional e pessoal.

Frente a esse panorama o indivíduo se obriga a atender as exigências da modernidade, transformando seu comportamento, buscando maior produtividade, maior conhecimento, maior abrangência na sua ação, enfim buscando a excelência esperada pelo meio em que se insere. Tal comportamento reativo tem preço, à medida que interfere no seu equilíbrio e na sua qualidade de vida. Infelizmente, a modernidade e globalização trouxeram o aumento da competitividade, da ânsia pelo saber mais e ser

mais, gerando um exército de ocupados, sobrecarregados e pressionados; em detrimento de valores básicos e regras do bem viver e conviver.

Inserido nessa cultura o indivíduo deve aprender a lidar com ambientes difíceis e turbulentos, saber escolher entre várias opções nas mais variáveis situações e ser rápido nas decisões.

Isso exige mudança dos modelos organizacionais vigentes e aplicação de conteúdos diferentes que ao final do processo ensino-aprendizagem forme um profissional cidadão. Que seja capaz de resolver problemas seus e da sua comunidade utilizando questionamentos, sendo reflexivo, crítico e criativo. Capaz de buscar em seu patrimônio biológico, intelectual, emocional e cultural posicionamentos e ações que o torne competente e resistente aos estressores externos e internos.

O cotidiano traz consigo diferentes fontes de estresse e afeta em maior ou menor grau a qualidade de vida das pessoas, dependendo de uma série de inter-relações. Tornando necessário investigar esses aspectos de forma sistêmica e contextualizada, religando os múltiplos fatores implicados nesse processo, usando a transdisciplinaridade, a fim de buscar uma visão da totalidade e da complexidade, a cerca da Qualidade de Vida, pois é um tema de difícil mensuração. Está centrado na subjetividade e na inter-relação de fatores pessoais, sociais, ambientais, políticos e institucionais.

Apenas uma medida, ou um olhar estanque não permite perceber a realidade na sua totalidade, que exige um olhar diferente; algumas vezes mais alto e em outras um olhar de imersão, como no jogo de lentes do

microscópio onde os sucessivos distanciamentos e aproximações permitem conhecer bem o objeto de estudo.

Portanto, Qualidade de Vida, deve ser avaliada através de uma ótica holística e transdisciplinar; mas também através da ótica subjetiva e individual. Atualmente muitos são os pesquisadores que se ocupam desse tema nas mais diversas áreas do saber, pois o tema Qualidade de Vida é compartilhado pelas Ciências Biológicas, Políticas, Sociais e Humanas.

A Qualidade de Vida pode ainda ser analisada sobre a ótica da Filosofia, tendo em vista que esse tema foi discutido por grandes filósofos. Tal preocupação esteve presente desde a antiguidade, mesmo que ainda não se falasse no termo qualidade de vida, que é um construto moderno, os filósofos sempre estiveram interessados em refletir sobre o que significa ter uma vida satisfatória e feliz.

Pois falar de Qualidade de Vida é falar sobre a visão do mundo e do ser humano, sabedoria, comportamentos, valores e significado da vida, reflexões feitas pela filosofia.

Visitando o mundo das idéias, admitindo uma situação ideal e platônica, uma reflexão acerca de Qualidade de Vida exigiria um diálogo entre os grandes pensadores, reunindo todos eles, num mesmo espaço físico e temporal, onde cada um seria respeitado segundo seu tempo, sua cultura e suas idéias.

A pesquisadora, nesse caso, se colocaria diante da honrosa posição de mediar essa conversa e preparar o encontro.

O CONVITE

O convite será destinado a todos os filósofos e pensadores que refletiram sobre as regras do bem viver e conviver. Mas de modo algum deve ser um conclave, a portas fechadas, pois a filosofia deve ser utilizada para melhorar a vida das pessoas, aprimorando a polis, como diria Sócrates. Portanto o encontro terá livre acesso aos interessados pelo tema.

O LOCAL

Seguindo a tradição o encontro deveria acontecer na Academia de Platão, fundada em 387 a.C., nos arredores de Atenas. A Academia foi idealizada por Platão com o objetivo de formar líderes, lá se ensinava ciências, ginástica, música, filosofia e astronomia. Na entrada havia a inscrição: “Não entre quem não saiba geometria”. Para esse encontro a entrada será permitida até aos que não tem grande intimidade com geometria, pois o próprio Pitágoras estará presente e pode ministrar aulas de reforço. A segunda opção de local seria a Áustria, prestigiando o Círculo de Viena. Em qualquer um dos locais as falas teriam tradução simultânea para que a linguagem do encontro fosse acessível a todos os presentes, reafirmando ideais de humanidade e ecumenismo.

OS ASSENTOS

Os assentos são livres, mas se Wittgenstein quisesse, poderia trazer sua cadeira de praia listrada e reclinável, a qual usava para lecionar. Assim como Sartre e Beauvoir, poderiam se assentar à mesa com cadeiras, semelhantes aos cafés de Paris. Epicuro e seus seguidores querendo buscar maior conforto teriam a sua disposição divãs como os que usavam na sua escola. Para Descartes haveria um assento junto ao aquecedor central.

O único lugar marcado é o de Sócrates, que como patrono da Filosofia, deverá sentar-se ao centro.

O DIÁLOGO

A pesquisadora recepcionaria os presentes e os saudaria. Explicaria a inexistência de regras nas falas, na ordem das participações e no limite de tempo. A única condição imposta é que Sócrates, junto à pesquisadora, coordenem o diálogo e que ele seja o primeiro a falar.

Desta forma idealizada se iniciaria o evento.

Sócrates se levantaria vestido de modo muito simples e com pés descalços como costumava viver em Atenas. Pois, sempre foi tido como homem mais sábio de Atenas, mas como nunca cobrou por seus ensinamentos vivia humildemente.

SÓCRATES (469 – 399 a.C.) – Eu acredito que a felicidade está em levar uma boa vida. Portanto para falar de Qualidade de Vida deveríamos delimitar bem o que é bom e ruim. Tudo que sei é que nada sei. Hoje o que farei aqui é questionar a todos. Fazê-los pensar sobre o tema. O pensamento precisa de um interlocutor com quem possa sempre discutir. O verdadeiro conhecimento nasce do diálogo, arrancado do interior de cada discussão. Portanto declaro aberta a discussão.

PLATÃO (428 – 354 a.C.) – É com imenso prazer que recebo a todos na minha Academia, em especial meu mestre Sócrates, que me encheu com seus ensinamentos, possibilitando o registro de suas idéias. Creio que deve existir uma Qualidade de Vida Ideal, típica do mundo das idéias, onde o indivíduo tenha um perfeito estado de bem estar físico, mental e social. Percebo que essa idéia de ideal foi usada muitos séculos depois na moderna definição de saúde da Organização Mundial da Saúde.

NORDENFELT (Prof. de Filosofia da Universidade de Linnkoping, Suécia) – Com todo respeito Sr. Platão, mas esse ideal é muito difícil de ser alcançado no mundo sensível. Nada vejo de errado em traçar metas utópicas. É bastante valioso ter uma meta, em que pese não haver esperança de um dia atingi-la. A definição proposta pela Organização Mundial da Saúde é na verdade a definição de felicidade total ou altíssima qualidade de vida, para tanto devemos ter uma boa saúde e viver situação

favoráveis, ser incomumente afortunados e viver na sociedade ideal descrita por Thomas Morus em “Utopias”. No meu entender deveríamos ouvir Aristóteles, que ao negar o mundo invisível de formas platônicas, e dedicar-se ao mundo natural, inspirou muitas gerações de filósofos com suas idéias de felicidade e bem viver.

ARISTÓTELES (384 – 322 a.C.) – Eu acredito que a causa final do homem, seu objetivo supremo é a felicidade. Atingir a felicidade e uma boa vida depende de uma conduta moral moderada, sem excesso, na justa medida dos “pitagóricos”. Habituar-se a uma boa conduta é ter bons costumes e uma vida intelectual sossegada. Aproveito a minha fala para dizer a vocês que mesmo os grandes filósofos cometem enganos, e o meu foi colocar a mulher como um ser inferior ao homem. Portanto me dirijo a Simone Beauvoir, que aqui representa o pensamento filosófico feminino, afim de que aceite minhas desculpas.

SIMONE BEAUVOIR (1908 -1996) – Caro Aristóteles, aceito suas desculpas em nome de todas as mulheres. Entendo que esses pensamentos eram baseados numa cultura própria para a sua época, e eles em nada diminuem sua contribuição para a filosofia e a ciência.

ZENÃO (336 -264 a.C.) – Em 300 a.C. fundei minha escola em Atenas, por ensinar em um pórtico (stoa, em grego) meus alunos e seguidores receberam o apelido de Estóicos e as minhas idéias de

Estoicismo. Mesmo tendo fortes raízes socráticas, concordo com Aristóteles. Creio que uma vida boa é uma vida virtuosa. Deve-se aceitar o destino e não lutar contra as adversidades da vida. Querer demais o que não se pode ter traz infelicidade. Viver de acordo com a razão significa desviar-se das paixões, que são perturbações da razão. Acredito que o mundo seja regido por uma Providência Racional, e cada um deve se reconhecer como parte dela, aceitando sua condição como o imperador Marco Aurélio, ou o senador Sêneca ou o escravo Epicteto; todos estóicos como eu.

WILLIAM GLASSER (psicólogo, séc.XX) - Gostei muito disso, Zenão. Afirmo exatamente à mesma coisa no meu livro “Teoria da Escolha”; que não se pode querer demais o que não se pode ter, sob pena de diminuir sua felicidade e qualidade da vida.

EPICURO (342- 271 a.C.) – Eu e Zenão somos contemporâneos, ambos vivemos em Atenas e lá fundamos nossas escolas, que tinham em comum a preocupação com o modo de vida das pessoas na polis. Porém entre nós havia uma diferença. Acima da entrada da minha escola havia a inscrição: “O prazer é o bem maior; não se preocupe e seja feliz”. Eu gostava de ensinar nos jardins, o que rendeu aos meus alunos o apelido “filósofos de jardim”. Minha idéia de qualidade de vida era aproveitar as coisas simples da vida, como uma boa refeição na companhia de amigos e evitar a dor a qualquer custo. Vendo a modernidade percebo que minha filosofia está presente em vários lugares, adesivos, camisetas e em músicas:

”Don’t worry, be happy”. Não é ao acaso que pessoas que se dedicam a prazeres extremos, ainda hoje são chamados de epicuristas.

ADRIEN HELVÉTIUS (1715 – 1771) – Concordo, em parte, com você Epicuro. Porque a minha idéia é buscar um prazer coletivo e não individual. Ao escrever a obra “Sobre o espírito e Sobre o Homem”, falei da sensibilidade física do homem. Acredito que se faz necessária uma nova educação que forme os homens de acordo com o interesse público, isto é, o máximo de felicidade para todos e o mínimo de dor para cada indivíduo.

EPICTETO (55 – 135 d.C) – Vivi como escravo no Império Romano o que não me impediu de estudar e me tornar um filósofo estóico, graças ao auxilio de Epafrodito, que foi meu mestre e mandou-me a Roma estudar com Musônio Rufo, onde acabei sendo liberto. Minhas obras buscavam respostas de como viver uma vida com qualidade, tranqüilidade e sabedoria. Admito que a vida cotidiana seja repleta de dificuldades nos mais variados graus, e que a filosofia tem por função auxiliar as pessoas a enfrentarem positivamente seus desafios. Acredito que para ter uma vida de qualidade é necessário dominar os desejos, desempenhar as obrigações e aprender a pensar com clareza a respeito de si mesmo e de seu relacionamento com a comunidade. Pude perceber que esses preceitos fundamentam hoje a moderna psicologia de auto-gerência. Acho um tanto exagerada a preocupação dos epicuristas com a satisfação plena dos desejos físicos. Felicidade, realização pessoal e qualidade de vida são conseqüências

naturais de atitudes corretas. Quando algo acontece, a única coisa que está em seu poder é a sua atitude em relação ao fato. Suas alternativas são: a aceitação ou o ressentimento. O que realmente nos afeta não são os acontecimentos em si, mas a maneira como nos posicionamos perante eles. Não são as coisas que nos perturbam, mas a forma como interpretamos seu significado. Por isso as pessoas sentem o estresse de uma mesma situação de forma diferente, pois o posicionamento que adquirem depende da sua cultura, experiências, conhecimento e sentimentos. Isso faz com que cada um tenha uma visão muito própria e individual do que seria qualidade de vida para si. Tais idéias estão presentes na obra de William Glasser e o auxiliaram a construir a sua "Teoria da Escolha", que resumidamente diz que o indivíduo é livre para interpretar os fatos do seu dia a dia, sofrer com eles ou não, pois a escolha é sua. Li seu livro William e me encontrei em muitas páginas.

WILLIAM GLASSER – Sinto-me honrado com a sua aprovação.

SÃO TOMÁS DE AQUINO (1225 – 1274) – Concordo com Epicteto e com Zenão a cerca do desprezo aos desejos físicos. Porque vivi em plena Idade Média, cuja designação traz embutida certa carga de desprezo, por esse período de 1000 anos entre o esplendor greco-romano e o renascimento. Essa época foi marcada pelo obscurantismo e desenvolvimento rural, participei ativamente da escolástica e nossa visão de qualidade de vida era: "ora et labora", orar e trabalhar, baseada na filosofia

Aristotélica a partir de uma visão cristã, mesmo seguindo as “Confissões“ de Aurélio Agostinho (354 – 430), Bispo de Hipona, mais conhecido como Santo Agostinho, cujo pensamento era marcadamente platônico, o principal valor na vida humana nessa fase era o cristianismo e a busca de uma vida santa. O indivíduo era anônimo, despojado de vaidades pessoais e colocado a serviço de Deus.

BALTASAR GRACIÁN (1601 – 1658) – Eu acredito que além de buscar uma vida virtuosa, como foi citado, deve-se exercitar a prudência, para uma vida de qualidade.

PESQUISADORA – Os ilustríssimos mestres que discorreram até o momento, nos brindaram com suas idéias de uma vida boa, onde a felicidade é o objetivo maior. Esta pode ser alcançada através de uma vida regrada e virtuosa, na qual o posicionamento perante as vicissitudes da vida pode fazer diferença entre ser ou não feliz. Atualmente o conceito de qualidade de vida assume outras dimensões além dos aspectos de vida pessoal. Segundo Marilda Lipp, qualidade de vida é o viver que é bom e compensador em pelo menos quatro áreas de abrangência: social, afetiva, profissional e a que se refere à saúde. Maria Novo e Capra ainda somam a esse construto as idéias de qualidade de vida ecológica, pautada na conservação do ambiente, da biodiversidade e no desenvolvimento sustentável.

RENÉ DESCARTES (1596 – 1650) – Sendo assim sugiro que usássemos o meu Método nessa discussão, uma vez que estamos diante de uma série de eventos, todos contribuindo para uma boa qualidade de vida. Em primeiro lugar devemos duvidar de tudo que já foi dito sobre o tema, como na metáfora do cesto de maçãs, restariam somente as verdades absolutas. Depois dividimos os problemas, ou seja, as dimensões que interferem na qualidade de vida, e iniciamos da mais simples às mais complexas. Por fim revisamos todo o conhecimento assim construído para verificar se nada nos escapou.

O exercício da dúvida permite a construção do juízo, tem como principal característica a liberdade. Qualquer cidadão pode produzir a verdade, quanto menos dúvida, mais perto da verdade. A dúvida é produtiva, e não paralizante, porque leva ao encontro da verdade, através do juízo. Duvidar sempre até da própria existência, daí concluo: “cogito ergo sum”.

PASCAL (1623 – 1662) – Prezado Descarte, a história da ciência mostrou como seu método auxiliou o desenvolvimento das disciplinas e do conhecimento nas suas diversas áreas. Todavia, trouxe também a segmentação do conhecimento à medida que o dividiu. Estudar A isolado de as B, é diferente que estudar A + B, na totalidade surgem interações que são perdidas na segmentação. Todas as coisas podem ser causa ou causadora de um evento, unidas umas às outras. Considero impossível conhecer as partes se não conhecer o todo, assim como considero impossível conhecer o todo sem conhecer singularmente as partes. Todo conjunto organizado

produz qualidades que não existem nas partes isoladas. Esses princípios estão presentes na Teoria Sistêmica.

ANTÓNIO DAMÁSIO – “Penso logo existo” de Descartes, talvez seja uma das frases mais famosas da história da filosofia. Ela afirma que pensar e ter consciência definem o ser humano. Nessa concepção o ato de pensar é uma atividade separada do corpo, estabelecendo um abismo entre mente e corpo. Acredito que sentimentos e emoções são percepções diretas dos nossos estados corporais e constituem um elo essencial do corpo e a consciência. Sugiro uma adição: “Penso e sinto logo existo”.

ISAAC NEWTON (1642 - 1727) – Minha Sugestão é que o grupo tente formular uma equação que possa medir a qualidade de vida. Pois, em tudo que se pode formular, também se pode crer. Assim se faz a ciência moderna. No grego a expressão “la mathema”, significa conhecimento completo. Assim se faz a ciência moderna.

IMMANUEL KANT (1724 – 1804) – Mas Newton, teríamos que ter uma fórmula para cada indivíduo. Porque a percepção do mundo acontece a partir do sujeito, o que ele enxerga sobre qualidade de vida tem a sua interferência. Além do que, a matemática trata de fenômenos concretos e qualidade de vida tem aspectos subjetivos e qualitativos.

PESQUISADORA - Existe atualmente um grande número de escalas de avaliação de Qualidade de Vida. É dificuldade comum entre elas a ausência de estudos confiáveis de validação de suas propriedades psicométricas, não existindo um instrumento universal. Os instrumentos de avaliação de qualidade de vida devem conter indicadores sociométricos, demográficos, ocupacionais, bem-estar psicológico, sintomas mentais, saúde física, relações de suporte social, finanças e atividades cotidianas. Esses questionários podem ser auto-aplicáveis, onde o entrevistado determina o peso de cada item na sua vida, baseado na sua própria percepção, como bem lembrou o Sr. Kant. Os resultados dentro das subescalas se agrupam formando o escore final. A fim de aumentar a confiabilidade desses instrumentos, devem ser adaptados a cada grupo de estudo. Mas da mesma forma está correto o Sr. Newton, ao propor a construção de uma fórmula matemática que medisse qualidade de vida. Este é um desafio perseguido por vários estudiosos, mas infelizmente nesse caso ainda não alcançado, nem mesmo pelo inventário da Organização Mundial da Saúde - WHOQOL, que mesmo tendo sido validado para várias culturas, não generaliza seus dados e nem determina qual o nível mínimo ou ideal de qualidade de vida.

PASCAL – Minha cara, que mal há em não conseguir a universalidade ou em não obter a completa certeza das coisas?

BOHR (1882 - 1970) – Nenhum mal. Afinal, usamos a probabilidade e o princípio da incerteza para explicar a Teoria Quântica.

EDGAR MORIN (1921-) – O desenvolvimento da ciência esteve intimamente atado á quantificação. O que não fosse quantificado poderia ser eliminado. Entretanto a existência não pode ser quantificada. Não há como medir dor, amor e a individualidade. Quantificação não indica nada sobre qualidades, que se expressam por imagens. O conhecimento das realidades humanas é complexo e exige relacionar as partes com o todo e elas entre si. O pensamento complexo não é um conceito manipulável, mas busca em si próprio uma visão multidimensional e a contextualização. Sendo assim cara pesquisadora, concordo com você que será muito difícil quantificar qualidade de vida.

FRITJOF CAPRA (1939 -) – Correto, deveríamos nos debruçar sobre o tema da qualidade de vida exercendo uma nova espécie de ciência, que lidasse com qualidades e não somente com quantidades, e que se baseasse em experiências partilhadas e não somente mensurações verificáveis. Por outro lado os modelos conceituais que interligassem esses dados teriam de ser logicamente consistentes, como qualquer modelo científico, e talvez pudesse incluir até mesmo elementos quantitativos. Seria possível quantificar suas afirmações e lidar com valores baseados na experiência humana. Nesse caso estaríamos diante de uma nova epistemologia, com novas idéias e sentimentos. A linguagem dessa nova ciência deveria ser retratadora e não meramente descritiva semelhante à linguagem poética.

PESQUISADORA – Muito me agradou sua fala. Pois o método escolhido por minha equipe de pesquisa em qualidade de vida, foi semelhante ao que você descreveu. Iniciamos a coleta de dados ouvindo

através de grupo focais a população estudada, seus anseios, angústias, experiências pessoais e como entendem e sentem sua qualidade de vida. Em seguida, usando a linguagem retratadora fizemos análise do discurso. Em seguida com os dados qualitativos que emergiram, construímos um inventário adequado aquela população, baseado na sua realidade. Tal inventário nos deu a parte quantitativa do estudo, e a partir daí nosso desafio foi interpretar conjuntamente os dados quantitativos e qualitativos. Realmente, fazendo esse diálogo entre o que é mensurável e o não mensurável, parece um jeito novo de fazer ciência. Ouvindo você, tenho a impressão que escolhemos o caminho certo.

MONTESQUIEU, CHARLES LOMS DE SECONDAT (1689 – 1755) – Acredito que a discussão de qualidade de vida tem uma visão individual, mas creio também que algo de geral deva existir nesse tema. Em minha obra “Do Espírito das Leis” me aproximo disso, ao afirmar que as religiões, os valores morais e os costumes devem ser analisados não em si mesmos, mas na sua relação com os diversos modos de organização das sociedades. Isso governa os homens formando um espírito geral. Portanto estudar o homem em uma sociedade e sua qualidade de vida pressupõe estudar seu espírito geral.

Os senhores ao seu lado balançam a cabeça afirmativamente, pois essas idéias de Montesquieu eram pactuadas pelo grupo francês “Les philosophes”, do qual faziam parte Montesquieu, Voltaire, Diderot, La Mettrie, D’Alembert e Rousseau.

JOHANN HEDER (1744 – 1803) – Caro Montesquieu, eu acredito que a poesia é um caminho para se chegar nesse seu denominado “espírito geral”. O povo é poeta. Pesquisei lendas, mitos, narrativas, canções populares, versos e outros legados das tradições populares. Esse material, pode não ter o refinamento, mas revela a alma de um povo, ou seja, aquilo que faz com que um povo seja aquilo que ele é. O modo como vê sua qualidade de vida e se ela é ou não satisfatória está sujeito a essa tradição popular, sua linguagem não é apenas um instrumento de comunicação, mas também seu pensamento em ato. Assim como eu, e Goethe, que também está presente em nosso encontro, acredita na poesia, e na sua obra fez uma síntese entre filosofia e poesia. Capra, hoje, também ressaltou a importância da linguagem poética na nova ciência.

RUBEM ALVES (1933 -) – Concordo, pois falar de qualidade de vida é falar da vida e nela há espaço para prosa e poesia.

GEORG WILHELM HEGEL (1770 – 1831) – Realmente a identidade de um povo e a forma como entende sua realidade está fundamentada nas suas tradições. Mas na minha reflexão, existe, além disso, o curso da história, que subsidia a compreensão do presente. Minha proposta é que se entenda um conceito no presente, nesse caso a qualidade de vida, a partir da explicação do sentido do desenvolvimento histórico, num compromisso com a realidade. Pois, sempre existe um processo de transformação. Devemos compreender o fenômeno em sua integridade, essência e continuidade. Sugiro que avaliemos a qualidade de vida em sua totalidade e não numa abordagem parcial da realidade. Proponho a dialética como caminho para chegarmos à verdade.

HERÁCLITO – (536 – 470 a.C.) – Do modo como você coloca vejo que a minha idéia de que nada é constante, e que tudo muda, ainda é bem atual!

KARL MARX – (1818 – 1883) – Claro, Heráclito, se eu acreditar no que você e Hegel afirmaram: “tudo muda”, devo acreditar que o mundo é passível de transformação, através da filosofia, que por muito tempo buscou interpretar o mundo sem transformá-lo. Entendo, nesse sentido, que a classe operária é a única capaz de fazer tal transformação da realidade, mediante a uma revolução social, sem exploradores e explorados, numa sociedade comunista ou socialista, igualitária, sem estratificação e com qualidade de vida para todos. Essas idéias de valorização dos operários e transformação social, extinguindo classes dominantes estão no “Manifesto do Parido Comunista”, escrito por mim, em conjunto com Engels, e publicado em 1848.

LA BOÉTIE – (1530-1563) – A lógica da dominação é evidente, impede de pensar, tira a iniciativa. Uma tarefa importante é convencer o oprimido a acreditar na sua liberdade, nos seus direitos e na sua autonomia, que ele é capaz de mudar sua realidade e sua qualidade de vida. Não basta eliminar o poder político dominador, há que se fazer uma nova sociedade, transformando a visão e as crenças do oprimido.

CHARLES FOURIER (1772 – 1837) – É inaceitável existir pobreza em meio à riqueza, tal realidade a muito se cultivou. Ao oprimido é negada a paixão, pela crença que ela gera desordem e improdutividade, recalcando assim, as suas emoções, e consequentemente o seu potencial humano. Na verdade as paixões liberadas não resultam em desordem, mas liberam

energia criadora. O trabalho não deve se opor ao lazer, ambos devem ser complementares, de modo que o trabalho inclua emoção. Não podemos esquecer a dimensão do lazer e da satisfação no trabalho, como fortes influências na qualidade de vida do indivíduo.

THOMAS KUHN (1922 - 1996) – Minha colaboração é uma síntese do que os Senhores acabaram de discursar. Questiono se existem verdades fixas na ciência. As verdades dos cientistas são relativas ao seu tempo, não se libertando do condicionamento histórico que os influencia. O pensamento fica limitado ao total de conhecimento disponível, fazendo com que os cientistas vejam a realidade por uma lente. Uma grande descoberta altera essa perspectiva, mudando o paradigma, que em última análise é a mundividência compartilhada.

PESQUISADORA – Gosto muito da metáfora das lentes que você usou Kuhn. Pois é tarefa da filosofia ajudar as pessoas a verem suas vidas sob uma nova perspectiva. Usei também a metáfora das lentes do microscópio, na introdução desse texto, para exemplificar que o olhar do pesquisador que em dado momento deve ser de imersão, avaliando o indivíduo e sua peculiaridade e em outro deve ter uma visão panorâmica avaliando sua realidade na totalidade. Quanto à mudança de paradigmas, concordo e acho bem apropriado nessa discussão. Afinal os avanços tecnológicos nos levam a modificar os parâmetros que temos a cerca de uma boa qualidade de vida, principalmente na área da saúde.

FRIEDRICH NIETZSCHE (1844 – 1900) – A minha idéia para qualidade de vida, é que as pessoas levem suas vidas como obras de arte.

Que sejam amantes da vida e que festejem a possibilidade de repeti-la para sempre, num eterno retorno. Não se deve esperar que o motivo da felicidade seja uma convivência sem conflitos. Sem conflitos os indivíduos não aspiram mais nada, suas vontades estão paralisadas, numa felicidade de repouso.

ARISTÓTELES – Esse repouso é inaceitável! Porque a vida acontece no movimento. É na atualização que qualquer coisa ou indivíduo realiza sua potência.

LUDWIG WITTGENSTEIN (1889 – 1951) – Até aqui muitas formas de discutir o conceito de qualidade de vida foram propostos. Uma outra forma de pensá-lo é através da aplicação de um método de análise lógica da linguagem. Pois acredito que ela seja um instrumento adequado á formulação e resolução de problemas filosóficos. A linguagem é uma atividade que elucida o significado das expressões. É ela quem constrói os objetos de estudo, os recorta-os da realidade e os delimita. Essas idéias fazem parte da filosofia analítica, que considera a linguagem um conjunto de construções que nos colocam em contato com a realidade. Se, estamos falando de qualidade de vida, vamos construir através da linguagem o sentido e a validade do recorte que faremos da realidade, e a partir daí criar proposições, que tenham significado para outros.

Após sua fala Wittgeinsten volta a se recostar na sua cadeira de praia, como se falasse além da sua linguagem verbal, a linguagem corporal de que estava tranqüilo e certo de ter nos dado sua contribuição.

PESQUISADORA – Caro, Wittgeistein, desculpe pela brincadeira...

Há um dito popular que diz: ”quem não se comunica se trumbica”. Concordo que a linguagem é o que dará significado a uma pesquisa científica, delimitando o objeto de estudo e justificando tal recorte, de modo a que faça sentido não só para o pesquisador, mas também para a comunidade científica e social a qual está inserido. Qualidade de vida, sendo um tema tão amplo e complexo, requer um recorte muito bem analisado, uma vez que os aspectos envolvidos interagem e modificam o resultado final. Por outro lado, deve-se reconhecer que não se pode dar conta da sua totalidade, por envolver até mesmo questões transcendentais.

JUEGEN HABERMAS (1929 -) – Estamos diante do “giro lingüístico”, onde os limites da minha linguagem são os limites do meu mundo. É através da linguagem que a razão se expressa para que se faça a compreensão do sentido e contextualização do objeto. O acesso à razão é feito através das expressões lingüísticas usadas na transmissão de pensamentos. Ciência e filosofia têm que fazer uso da linguagem para que sejam ouvidas e entendidas. Portanto, senhores pesquisadores e filósofos: a linguagem deve ser um instrumento da construção do conhecimento para que ele tenha significado, não só para o pesquisador.

FRITJOF CAPRA – Existe mesmo nesse caso, da qualidade de vida um padrão dinâmico de inter-relações, que dificulta a delimitação do recorte ideal. Devemos ver a qualidade de vida do indivíduo sob uma ótica holística, num sentido restrito considerando os aspectos do organismo humano como interligados e num sentido amplo, reconhecendo que este organismo está em constante interação com seu meio ambiente natural e social, numa concepção ecológica do organismo. Para uma visão assim, se

faz necessária uma mudança de paradigma na medicina. Trocando o modelo biomédico vigente, com concepções cartesianas do corpo como uma máquina, por um conceito holístico de saúde e qualidade de vida. Dentro desse novo paradigma a saúde é um reflexo do estado do organismo inteiro, mente, corpo, interações sociais, e ambientais. Percebam que esse novo conceito de saúde é dinâmico e concebe um processo de equilíbrio dinâmico. Os sistemas vivos auto-organizadores de Prigogine possuem a tendência a se manterem estáveis, dentro desse equilíbrio dinâmico.

PESQUISADORA – Também me agrada muito a idéia de sistemas vivos tratados como sistemas abertos. Diante de oscilações do meio que possam agredir o organismo, o corpo tende a se estabilizar e adaptar, buscando a homeostase, como já descreveu Walter Conon em suas pesquisas. Sendo o ser humano um sistema aberto, que atua sobre o meio e sofre influência dele, sua homeostase consiste num equilíbrio móvel, diferente do equilíbrio fixo que é a inércia. Possui uma tendência a um estado de desordem denominada entropia. A entropia é uma tendência natural e saudável, vinculada às mudanças, a experimentação do novo, adaptar-se e buscar equilíbrio. Quando a entropia aumenta até alcançar níveis insuportáveis o indivíduo adoece e morre. Na tentativa de controlar os níveis de entropia, os sistemas abertos se utilizam da negentropia, que é tendência a um estado de ordem. Essas duas tendências à ordem e desordem, respectivamente negentropia e entropia, se alternam buscando a homeostase do indivíduo. Que pode apresentar num dado momento um alto nível de entropia, potencialmente perigoso a sua saúde física e mental, devendo então, buscar mecanismos de negentropia a fim de diminuir a entropia restaurando a homeostase, num equilíbrio móvel, semelhante a

uma gangorra. Onde a entropia e negentropia se alternam em níveis mais altos e baixos, buscando o equilíbrio. Tal equilíbrio móvel interfere nas mensurações dos níveis de qualidade de vida do indivíduo, que oscilam em níveis mais altos ou baixos, num determinado espaço de tempo. Portanto, se pensarmos no homem como um sistema aberto, devemos admitir que sua qualidade de vida apresenta valores qualitativos e quantitativos variando temporalmente, sem que isso signifique anormalidade. Ou seja, não se pode esperar um ideal platônico de altíssima qualidade de vida constante. “A vida é movimento”, diria Aristóteles. “Tudo está em transformação”, não é mesmo Heráclito? Então, porque pensar num nível de qualidade de vida estanque como um banco de jardim? Melhor seria usar como metáfora uma gangorra, que hora está em cima, e no momento seguinte está em baixo, e em outro equilibrada. Afinal, o homem precisaria ser um super-herói para manter sua qualidade de vida sempre em alta medida.

MICHEL RANDON – A despeito de vivermos em um mundo tecnológico edificado sobre a racionalidade e a lógica, a versão quantitativa dele já não é suficiente. A vida cotidiana está alienada por um determinismo obscuro que torna presente e futuro incertos. Não se sabe se vivemos uma evolução, uma mutação ou uma revolução. A tecnologia que deveria nos garantir uma grande melhoria na nossa qualidade de vida, também traz consigo um implemento de tensão e competição, fazendo com que não ocupemos o tempo ganho com a tecnologia para aprimorarmos o bem viver, mas para nos tornarmos mais produtivos, gerando estresse, que é a epidemia do mundo moderno. O mundo moderno gerou grande complexidade, pelo volume de informações recebidas e pelo acumulado exponencial do saber. Entender esse contexto histórico pressupõe a volta ao

sentido global e holístico do real, através de um olhar transdisciplinar. A Transdisciplinaridade se propõe a interligar diferentes disciplinas para o entendimento holístico. Por exemplo, na qualidade de vida: as ciências naturais que atuam no plano corporal, se unem as ciências humanas que atuam nos aspectos psíquicos e sociais, unindo-se ainda a níveis transcendentais e espirituais, de forma vertical, retomando o aspecto qualitativo do conhecimento. A cada aproximação com outra ciência o pesquisador apropria-se de termos novos, existem troca e crescimento bilateral. Não consigo imaginar falar de qualidade de vida se não for por uma ótica transdisciplinar.

JEAN-PAUL SARTRE - (1905 – 1980) – Randon, concordo que a modernidade espelha um mundo de angústias devido à competição, à desagregação, ao volume de informação e ao cumulativo de conhecimento. Gostaria de incluir nessa lista que outro fator de angústia, que hora se impõe, é aceitar a responsabilidade pelas próprias escolhas, que em última análise, é o preço da liberdade.

RUBEM ALVES – (1933 -) – Essa competição e angústia de que você falou Satre são marcantes nos nossos dias. Eu mesmo sempre digo que o problema de modernidade é a inveja. Você acaba querendo sempre mais e correndo atrás disso, quando olha para a pessoa ao seu lado e deseja o que ela possui. Desse olhar o indivíduo volta empobrecido, desvalorizando o que possui e passa a lutar pelo carro novo, pela roupa da moda ou a jóia mais cara. Gasta seu tempo buscando essas coisas e lhe falta tempo para ter sabedoria e ser feliz.

PESQUISADORA – A discussão até o momento foi bastante produtiva e rica. Tenho certeza de que ela em muito auxiliou a elucidação desse tema tão atual que é a qualidade de vida. Agradeço a presença de todos e aproveito para marcar um próximo encontro para continuarmos refletindo sobre esse e outros aspectos da vida que os tempos atuais exijam. Gostaria de dizer aos senhores e senhoras que após nosso diálogo minhas concepções sobre qualidade de vida se transformaram e agregaram um pouco de cada idéia aqui colocada. Saio desse encontro concordando com Sócrates que o conhecimento brota em meio à discussão. Concluo que a qualidade de vida é temporal, ou seja, varia num determinado espaço de tempo para um mesmo indivíduo. É individual, embora existam fatores que bem podem ser generalizados. Mas cada indivíduo percebe e sente sua qualidade de vida de forma pessoal, baseado no momento histórico que está vivendo, nos seus valores culturais, existenciais e na sua história de vida. Portanto, qualidade de vida é um tema complexo, deve ser avaliado sob uma ótica holística, qualitativa, quantitativa e transdisciplinar. Tudo que é dito sobre esse tema expressa parte de uma verdade, mas não o esgota.

REFERÊNCIAS

1. Abbagnano N. *Dicionário de Filosofia* – Martins Fontes São Paulo 2003.
2. Abrão B.; Coscodai M. *História da Filosofia*. 1ª. Edição. Sapienza, São Paulo,2005.
3. Alves R**.** *Sobre o Tempo e a Eternidade*. 10ª. ed. Papirus, São Paulo, 2003
4. Aragão L. *Habermas: filósofo e sociólogo de nosso tempo.* Tempo Brasileiro, Rio de janeiro, 2002.
5. Botsaris A. *O complexo de ATLAS e outras síndromes do estresse contemporâneo*. 1ª ed. Rio de Janeiro: Objetiva, 2003.
6. Butterfield H. *As Origens da Ciência Moderna*. Edições 70, Lisboa, 1991.
7. Burtt EA**.** *As Bases Metafísicas da Ciência Moderna*. Ed. Universidade de Brasília, Brasília, 1983.
8. Capra F. *Sabedoria Incomum*. Cultrix. São Paulo, 1998.
9. Chaui M. *Convite à Filosofia*. Editora Ática, 13ªed. São Paulo, 2003.

10. Damásio AR. – *O Erro de Descartes – Emoção, Razão e o Cérebro Humano*. Companhia das Letras São Paulo 10° Edição 1994.
11. Damineli M. Qualidade de Vida é Possível*? Revista Sesc*. São Paulo, 2000.
12. Fleck M.PA., Leal O.F.; Louzada S.; Xavier M.; Chachamovich E.; Vieira G.; Santos L.; Pinzon V. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de Qualidade de Vida do OMS (WHOQOL-100). *Revista Brasileira de Psiquiatria.* V.21, N1. São Paulo, jan/mar, 1999.
13. Glasser W. *Teoria da Escolha – Uma nova Psicologia e Liberdade Pessoal.* 1ª ed. São Paulo: Mercuryo, 2001.
14. Gracián B *Arte da Prudência*. Sextante, 3ª. ed., Rio de janeiro, 2003.
15. Heisenberg W. *Física e Filosofia*. Ed. universidade Brasília. Brasília, 1987.
16. Japiassú H. *A Revolução Científica.* Imago, Rio de Janeiro, 1985.
17. Koyré A. *Considerações sobre Descartes.* Editora presença, Lisboa, 1986.
18. La Boétie E. *Discurso da Servidão Voluntária*. Editora Brasiliense, São Paulo, 1982.
19. Lebell S. *Epicteto a Arte de Viver*. 4ª ed. Rio de Janeiro: Sextante, 2000.
20. Lipp ME. e Tangarelli MS. Stress e Qualidade de Vida – *Psicol. Reflex. Creit*. V15, N3. Porto Alegre, 2002.
21. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento*: *pesquisa qualitativa em saúde,* 5ª Edição. Rio de Janeiro - ABRASCO, 1998.
22. Morin E. *Educação e Complexidade – Os Sete Saberes e outros ensaios.* Cortez. São Paulo, 2002.
23. Morin E. *Saberes Globais e Saberes Locais – o olhar transdisciplinar* – Garamond Rio de Janeiro 2003 3° Edição.
24. Morin E. *Ciência com Consciência.* 7ª. ed. Bertrand Brasil,Rio de janeiro, 2003
25. Morin E. *Diálogo Sobre o Conhecimento*. Cortez editora, São Paulo, 2004.
26. Nietzsche F. *Ecce Homo*. L& M, Porto Alegre, 2003.
27. Nietzsche F. *Assim Falou Zaratustra*. Martin Claret, São Paulo, 2005
28. Nordenfelt L. *Conversando sobre Saúde – um Diálogo Filosófico*.1ª.ed. Florianópolis: Bernúncia, 2000.
29. Oliva AK. *O normal e o revolucionário na reprodução da racionalidade científica* In Portocarrero, V. Filosofia, História e Sociologia das Ciências. Ed. Fio Cruz, Rio De Janeiro, 1994.
30. Pasqual L.; Gouveia V.V.; Andriola WB; Miranda FJ.; Ramos A.L M. *Q S G – Questionário de Saúde Geral de Goldberg.* São Paulo: Casa do Psicólogo, 1996.
31. Poli A.; Romano G. *La Qualitá della vita Evoluzione del Concetto di Salute e Strumenti della sua Misurazione* – Osservare per Conssoscere Universitá di Verona, 2000.
32. Random M. *O Pensamento Transdisciplinar e o Real***.** Triom.São Paulo, 2001.
33. Souza SMR. *Um outro olhar: Filosofia*. São Paulo: FTD, cap. 11, 1995.
34. Weat J. *Filosofia para Jovens*. Callis, São Paulo, 1999.