

## Como e por que estudar a qualidade de vida dos estudantes de medicina

*How and why to study the quality of life of medical students*

Tânia Torres Rosa <sup>1</sup>, Camila Dias Rodrigues <sup>2</sup>, Greice de Campos Oliveira <sup>2</sup>,  
Marcus Vinícius Silva Ferreira <sup>2</sup>, Osvaldo Sampaio Netto <sup>3</sup>

### Resumo

O artigo faz uma breve revisão histórica sobre a metodologia para avaliação da qualidade de vida na área da Medicina e na Educação Médica, evidenciando fatores presentes no processo médico pedagógico que a afetam e chamando a atenção dos educadores da área para a importância de se atentarem para esses fatores com o intuito de obterem melhorias no projeto pedagógico do curso e melhor rendimento acadêmico dos alunos.

**Palavras chave:** WHOQOL; qualidade de vida; estudantes de medicina; educação médica.

### Abstract:

This article makes a short historical revision about methods to assess quality of life in Medicine and in Medical Education, in order to evidence existing factors in the pedagogic medical process that affect this quality and to call the attention of the educators in this field about the importance to attend to these factors with the intention to obtain improvements in the pedagogic project of the course and better academic performance from the students.

**Key words:** WHOQOL, quality of life, medical students, medical education.

O tema qualidade de vida (QV) ganhou espaço nas publicações científicas de forma sistematizada a partir da década de 90, após estudo multinacional<sup>1</sup> coordenado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), com o objetivo de definir o que seria exatamente QV, de forma padronizada e consensual, e de emitir conceitos genéricos e específicos de alguns parâmetros que interferem de forma inequívoca nessa definição. Criou-se, assim, o

instrumento conhecido por sua sigla em inglês WHOQOL (World Health Organization Quality of Life). Esse estudo começou anos antes de sua edição com a coletânea na literatura do que existia a respeito<sup>2</sup> e foi motivado pela premência de alguns tipos de ensaios científicos colaborativos, que exigiam padronização terminológica, visto serem realizados em conjunto com pesquisadores que se situavam em locais, comunidades e

308

1. Médica, doutora, professora do Curso de medicina da Universidade Católica de Brasília

2. Acadêmicos do Curso de Medicina da Universidade Católica de Brasília

3. Médico, doutor, professor do Curso de medicina da Universidade Católica de Brasília

E-mail do primeiro autor: taniat@ucb.br

Recebido em 9/11/2014

Aceito, após revisão, em 16/11/2014

culturas diferentes. Os exemplos clássicos disto eram os estudos multicêntricos sobre drogas, cujos efeitos colaterais eventualmente interferiam na QV do paciente, que haviam se iniciado na década anterior com muito vigor,<sup>3</sup> atendendo à demanda da indústria farmacêutica já à época em franca expansão.

Rapidamente o instrumento ganhou popularidade no meio científico, porque se prestava a responder questões essenciais em medicina, como por exemplo, se os sintomas de diversas doenças poderiam afetar a QV dos pacientes, mediada por fatores sociais e culturais.<sup>4,5</sup> Resolvia também problemas no trato de algumas questões subjetivas que afetam a QV que, em algumas culturas, são compreendidas como importantes, mas em outras podem até ter conotação pejorativa, como são os sentimentos de autopiedade e rejeição.<sup>6</sup>

O questionário matricial conseguiu embutir o reconhecimento da natureza multidimensional da QV, organizando-se em seis amplos domínios: Físico; Psicológico; Nível de Independência; Relações Sociais; Ambiente e Espiritualidade/ Religião/ Crenças Pessoais.<sup>1</sup> Cada um desses domínios foi subdividido em até 6 facetas, totalizando 100 questões, produzindo escores de domínios e de facetas, cujas somas indicavam tendências na QV com mais objetividade. A partir de então, ocorreu sua popularização no meio científico, tendo sido um sucesso por

sua praticidade e aplicabilidade e foi validado em diversos estudos em diferentes países no mundo, praticamente em todos os continentes.<sup>7-10</sup>

Com o uso disseminado e abrangente do WHOQOL, ocorreram várias validações e eventuais adaptações em diversos estudos, o que motivou a elaboração de uma versão resumida padronizada, que se prestava tão bem quanto a completa, para determinadas investigações com propósitos específicos, como estudos de doenças mentais, seus sintomas e o impacto sobre o paciente e seus familiares.<sup>11</sup> Denominou-se esta versão de WHOQOL-BREF,<sup>12</sup> que foi também validada pelo grupo da OMS que havia elaborado a original e foi testada ainda por outros pesquisadores.<sup>13-15</sup> Nesse modelo, haviam duas dimensões: geográfica e temporal, com facetas distintas, totalizando 36 quesitos a serem preenchidos, aos quais se atribuíam escores com a mesma metodologia usada para a forma completa, para se chegar a conclusões sobre a QV.

Com essas duas configurações, os estudos utilizando essa ferramenta metodológica se estenderam pela Ásia,<sup>16</sup> Europa<sup>17</sup> e América,<sup>18</sup> tornando-se um dos mais utilizados para estimativa de QV em diversas situações, como em enfermidades ou estados hígidos, e no estudo de variadas condições, médicas e não médicas. O WHOQOL-100 (forma completa) e o

WHOQOL-BREF passaram a ter indicações específicas, o primeiro mais no domínio físico e o segundo predominantemente no domínio psicológico, com estudos comparativos entre eles, que validaram essas diferentes especificidades.<sup>19</sup>

No Brasil, a matriz começou a ser utilizada em maior escala nos estudos em geriatria<sup>20</sup> desde seu emprego para avaliar as repercussões de quadros demenciais na QV, passando pelo estudo da espiritualidade e sua importância frente às particularidades dessa fase da vida,<sup>21</sup> até questões de doenças geriátricas específicas.<sup>22</sup> Posteriormente, disseminou-se por outras áreas médicas e, no mundo todo, continuava-se a constatar sua boa reprodutibilidade e aplicação, abrangendo outras áreas além da Medicina, chegando agora à esfera da educação e pedagogia, em geral,<sup>23-28</sup> e na área da Educação Médica, em particular.<sup>29,30</sup> Aspectos gerais da saúde dos estudantes de Medicina, aspectos específicos da saúde mental e da espiritualidade chamaram a atenção dos educadores desta área sensível da pedagogia. Sensibilidade esta devida ao fato de que os alunos lidam diuturnamente com o sofrimento alheio, a morte, que quase para todos significa uma perda irreparável e convivem em ambientes com muitos conflitos e competitividade, como acontece no Brasil, por exemplo.<sup>31</sup> Isso tudo acaba inevitavelmente interferindo nos processos de ensino-aprendizagem de forma

geral e especialmente no rendimento acadêmico, por qualquer forma de avaliação que se utilize. São estudantes que, de praxe, não pedem ajuda. Em trabalho específico<sup>31</sup> averiguou-se que, da amostra estudada em uma escola médica brasileira, 68% do total tinham boa QV. Entretanto, 27% destes tinham certo grau de ansiedade e 20% de depressão, com prejuízos sociais evidentes. Mais da metade deles (51%) conheciam o serviço de ajuda institucional, mas não recorriam a ele.

Em diferentes estudos, com metodologias semelhantes, utilizando o WHOQOL-BREF, verifica-se que os problemas não são tão divergentes entre essa população de acadêmicos de Medicina em várias partes do mundo com culturas bem diferentes entre si, como por exemplo na China,<sup>32</sup> nos Estados Unidos<sup>33</sup> e no Brasil.<sup>34</sup> O estresse às vésperas de provas, tão comum no Brasil,<sup>35</sup> ocorre da mesma forma no Sri Lanka.<sup>36</sup> A constatação do problema e métodos para aliviá-lo, como por exemplo, a eletroacupuntura, são preocupações em comum nos dois países de modos de vida tão distintos.

Então, vamos nos deter um pouco mais em nosso país e comentar alguns aspectos pontuais que se relacionam à QV de nossos alunos, publicados durante a última década na Revista Brasileira de Educação Médica, referência nacional nesta área:

1- A qualidade do sono está afetada nessa população.<sup>37</sup> Aplicou-se o questionário Índice de Qualidade do Sono de Pittsburg (PSQI) e a escala de sonolência de Epworth em alunos de uma escola médica. Especularam-se causas como: os estudantes terem carga curricular em horário integral, atividades extracurriculares constantes, forte pressão e estresse com exigência de alto rendimento e tempo demandado em estudos. O trabalho demonstrou que estudantes com sonolência diurna excessiva apresentam pior qualidade de sono, sendo mais prevalente entre alunos de primeiro ano de graduação e residentes. Não se fez aqui a análise da interferência destes achados na QV desses estudantes. Embora seja fácil inferir que esteja afetada, não se pôde obter dados mais objetivos a respeito, o que talvez tivesse sido possível com a aplicação concomitante do WHOQOL-BREF. Pode-se exemplificar com este estudo a indicação do uso desse instrumento em estudos de tal natureza, para fins diagnósticos e terapêuticos, como o planejamento pedagógico mais adequado frente a essa realidade.

2- Isso nos remete à situação inversa, estudos da QV de alunos de medicina, utilizando a ferramenta adequada, mas sem partir de premissa específica.<sup>38,39</sup> Em um deles,<sup>38</sup> concluiu-se que a QV dos estudantes de medicina sofre desgastes no domínio psicológico durante o curso médico. Mas não

foi possível identificar os fatores que determinam essas alterações. Um outro trabalho semelhante<sup>39</sup> também objetivou a análise comparativa de alunos do primeiro e do último ano do curso e observaram pontuações altas em todos os domínios do WHOQOL-BREF, indicando uma boa QV nos grupos estudados, mas menor nos alunos no início do curso. Como reflexão, externaram a hipótese de que alunos do primeiro ano estão se adaptando à nova vida acadêmica, o que provavelmente contribuiu para sua menor pontuação no domínio das relações sociais e sugerem maior atenção nessa fase do curso para prevenir ou mitigar esses problemas. Observa-se que, a partir da definição dos objetivos, os dados que se podem obter com essa metodologia são inúmeros e de alta relevância no sentido de indicar ações que possam interferir positivamente na solução de eventuais problemas encontrados.

3- Estudos sobre a condição socioeconômica<sup>40</sup> confirmaram o elevado nível socioeconômico e cultural dos estudantes de Medicina de uma universidade federal e evidenciaram os efeitos prejudiciais da carga curricular sobre as atividades de lazer destes estudantes, mantendo-os em regime de pressão e estresse.

4- A ocorrência de "bullyng", termo que vem sendo utilizado para descrever um tipo de violência insidiosa e devastadora que

compromete negativamente a saúde dos estudantes e o ambiente acadêmico,<sup>41</sup> imposta por colegas ou mesmo professores a alunos susceptíveis. Não ocorre exclusivamente entre alunos de medicina, mas estes, por características já comentadas, são vulneráveis a ele.

5- A incidência de alcoolismo entre estudantes,<sup>42,43</sup> que se mostra preocupante se analisarmos os resultados do trabalho,<sup>42</sup> o qual indicou que cerca de 25% dos acadêmicos avaliados necessitam buscar programas de educação e atuação para prevenir danos ocorridos devido ao uso de bebidas alcoólicas. Outros dados<sup>43</sup> indicaram que houve maior consumo de álcool entre os estudantes de períodos mais adiantados e entre aqueles que não residiam com os pais. Ao lado de detectarem esses problemas, os estudos induzem a se pensar em possíveis soluções.

6- A relação professor/aluno, nem sempre adequada, por culpa de um ou outro desse binômio pedagogicamente fundamental. Trabalho específico<sup>44</sup> concluiu que as relações professor-aluno na escola médica precisam melhorar. Para isso, tem de ser alvo de estudo e atenção, assim como a clara definição de um padrão ético institucional para todos, inclusive para que se possa alcançar o objetivo de uma formação humanística em Medicina.

7- Transtornos alimentares é outra ocorrência apontada por estudos<sup>45</sup> como tendo prevalência significativa, predominantemente entre mulheres, apontando a necessidade de implementar medidas preventivas nesta população.

8- Desenvolvimento de habilidades sociais inerentes ao médico, como a empatia com o paciente,<sup>34,46</sup> pode se tornar problemático para o estudante se houver algum fator que dificulte a aquisição dessa habilidade, como dificuldades de estabelecer diálogo ou mesmo a sonolência diurna já citada anteriormente.<sup>37</sup>

9- Transtornos Mentais Menores (TMM) têm sido detectados nesses estudantes, mas não são tão evidentes clinicamente. Trabalho recente<sup>38</sup> indicou que mais de 33% deles são portadores de TMM e assinala a importância de se subsidiarem ações para prevenção e cuidado com a saúde mental dos estudantes de Medicina, melhorando sua QV.

Pelos fatores apontados acima e outros não considerados aqui, justifica-se porque, desde o ano passado, têm surgido trabalhos importantes.<sup>48-50</sup> Estes estudos deveriam pautar os educadores médicos no cuidado com o componente QV, com a ênfase equânime que dedicam à gestão acadêmica, para desenvolver e garantir um bom projeto pedagógico, com metodologias ativas de ensino, com disciplinas integradoras, com

conteúdo humanístico adequado e avaliações que deixem claro o caráter formativo que devem possuir.

Uma revisão a respeito também foi recentemente publicada,<sup>51</sup> reforçando que, apesar das diferenças em modelos de ensino, os estudantes de medicina são submetidos a diversos fatores de estresse, cujas consequências não podem ser completamente previstas. Ressalta-se, portanto, a importância de analisar esses fatores individualmente, com instrumentos metodológicos adequados para avaliação, levando-se em conta o contexto e o objetivo de cada trabalho e conclui-se que o predomínio de artigos quantitativos e a escassez de qualitativos, além de poucas conclusões que poderiam motivar intervenções práticas, mostram que o tema necessita ser mais estudado e debatido.

### Referências

1. The WHOQOL Group. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Soc Sc & Med* 1995; 41(10):1403-9.
2. World Health Organization. Quality of Life Assessment: An Annotated Bibliography. 1994 WHO/MNH/PSF/94.1, WHO, Geneva.
3. Sartorius N, Helmchen H. Aims and implementation of multi-centre studies. *Modern Problems Pharmacopsychiat.* 1981;16:1.
4. Aaronson NK, Cull A, Kaasa S, Sprangers MAG. The EORTC modular approach to quality of life assessment in oncology. *Int. J. Mental Hlth* 1994;23:75.
5. Kuyken W, Orley J, Hudelson P, Sartorius N. Quality of life assessment across cultures. *Int. J. MentalHlth* 1994;23:5.
6. Sinha D. The family scenario in a developing country and its implications for mental health: the case of India. In *Health and Cross-cultural Psychology: Toward Applications* (Edited by Dasen P. R., Berry J. W. and Sartorius N.) Sage, Newbury Park, CA 1988.
7. Power M, Kuyken W. World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Development and general psychometric properties *Soc Sci Med* 1998;46(12):1569-85.
8. Skevington SM. Measuring quality of life in Britain: Introducing the WHOQOL-100. *J Psychosomatic Res* 1999;47(5):449-59.
9. Skevington SM. Investigating the relationship between pain and discomfort and quality of life, using the WHOQOL. *Pain* 1998;76(3):395-406.
10. Power M, Harper A, Bullinger M. The World Health Organization WHOQOL-100: Tests of the universality of quality of life in 15 different cultural groups worldwide. *Health Psychology* 1999;18(5):495-505.
11. Orley J, Harper A, Power M, Billington R. Development of the WHOQOL-BREF

quality of life assessment. *Quality Of Life Research* 1997;6(7-8):273-273.

12. The Whoqol Group. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF. *Quality of Life Assessment Psychological Medicine* 1998;28(3):551-8.

13. O'Connell K, Skevington S, Saxena S. Preliminary development of the World Health Organisation's quality of life HIV instrument (WHOQOL-HIV): Analysis of the pilot version. *Soc Sci Med* 2003;57(7):1259-75.

14. Skevington SM. Advancing cross-cultural research on quality of life: Observations drawn from the WHOQOL development. *Quality Of Life Research* 2002;11(2):135-44.

15. Saxena S, Carlson D, Billington R, Orley J. The who quality of life assessment instrument (WHOQOL-Bref): The importance of its items for cross-cultural research. *Quality of Life Research* 2001;10(8):711-12.

16. Hwang HF, Liang WM, Chiu YN, Lin MR. Suitability of the WHOQOL-BREF for community-dwelling older people in Taiwan. *Age and Ageing* 2003;32(6):593-600.

17. Starace F, Cafaro L, Abrescia N, Chirianni A, Izzo C, Rucci P et al. Quality of life assessment in HIV-positive persons: Application and validation of the WHOQOL-HIV, Italian version. *AIDS Care - Psychological and Socio-Medical Aspects of AIDS/HIV* 2002;14(3):405-15.

18. Bonomi AE, Patrick DL, Bushnell DM, Martin M. Validation of the United States' version of the World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) instrument. *J Cl Epidemiol* 2000;53(1):1-12.

19. O'Carroll RE, Smith K, Couston M, Cossar JA, Hayes PC. A comparison of the WHOQOL-100 and the WHOQOL-BREF in detecting change in quality of life following liver transplantation. *Quality Of Life Research* 2000;9(1):121-4.

20. Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L et al. Application of the Portuguese version of the abbreviated instrument of quality life WHOQOL-bref. *Revista De Saude Publica* 2000;34(2):178-83.

21. De Almeida Fleck MP, Borges ZN, Bolognesi G, da Rocha NS. Development in WHOQOL spirituality, religiousness and personal beliefs module. *Desenvolvimento do WHOQOL, módulo espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais* *Revista de Saude Publica* 2003;37(4):446-55.

22. Fleck MPA, Chachamovich E, Trentini CM. WHOQOL-OLD project: Method and focus group results in Brazil Projeto WHOQOL-OLD: Método e resultados de grupos focais no Brazil *Revista de Saude Publica* 2003;37(6):793-99.

23. Chen KH, Wu CH, Yao G. Applicability of the WHOQOL-BREF on Early

Adolescence Social Indicators Research 2006;79(2): 215.

24. Giacaman R, Mataria A, Nguyen-Gillham V, Safieh R A, Stefanini A, Chatterji S. Quality of life in the Palestinian context: An inquiry in war-like conditions. Health Policy 2007;81(1):68.

25. Ceyhan E, Ceyhan AA. Earthquake survivors' quality of life and academic achievement six years after the earthquakes in Marmara, Turkey. Disasters 2007;31(4):516-29.

26. Tovar-Murray D, Munley PH. Exploring the relationship between race-related stress, identity, and well-being among African Americans. The Western Journal of Black Studies 2007;31(1):58.

27. Chen SH, Hsiao TY, Hsiao LC, Chung YM, Chiang SC. Outcome of Resonant Voice Therapy for Female Teachers With Voice Disorders: Perceptual, Physiological, Acoustic, Aerodynamic, and Functional Measurements. Journal of Voice 2007;21(4):415-25.

28. Abdel-Khalek AM. Quality of life, subjective well-being, and religiosity in Muslim college students.(Report). Quality of Life Research 2010;19(8):1133.

29. Hassed C, Lisle S, Sullivan G, Pier C. Enhancing the health of medical students: outcomes of an integrated mindfulness and lifestyle program.(Report). Advances in Health Sciences Education 2009;14(3):387.

30. Hsiao YC, Chiang HY, Chien LY. An exploration of the status of spiritual health among nursing students in Taiwan Nurse. Education Today 2010;30(5):386-92.

31. Oliveira e Sousa LPB, Martins LAM, Menezes PR, Bellodi PL. Well-being and help-seeking: an exploratory study among final-year medical students. Revista da Associação Médica Brasileira 2011,57(4):379-86.

32. Zhang, Y, Qu, B, Lun SS, Wang DB, Guo Y, Liu J. Quality of Life of Medical Students in China: A Study Using the WHOQOL-BREF. Plos One 2012, Vol.7(11):1-9.

33. Report of the 2011 Joint Committee on Health Education and Promotion Terminology. Am J Hlth Edu 2012;43(2):1-19.

34. Paro HBMS, Silveira PSP, Perotta B, Gannam S, Enns SC, Giaxa RRB et al. Empathy among medical students: is there a relation with quality of life and burnout?(Report). PLoS ONE 2014, 9(4):1-10.

35. Dias M, Vellarde GGC, Olej B, Teófilo Salgado SE, De Barros IR. Effects of electroacupuncture on stress-related symptoms in medical students: a randomised placebo-controlled study. Acupuncture in medicine : journal of the British Medical Acupuncture Society 2014,32(1):4-11.

36. Hettiarachchi M, Lakmal Fonseka C, Gunasekara P, Jayasinghe P, Maduranga D. How does the quality of life and the underlying biochemical indicators correlate with the performance in academic examinations in a group of medical students of Sri Lanka? *Medical Education Online* 2014,19:1-6.
37. Cardoso HC, Bueno FCC, Mata JC, Alves APR, Jochims I, Vaz Filho IHR. Assessing quality of sleep in medical students. *Rev Bras Educ Med* 2009,33(3):349-55.
38. Alves JGB, Tenorio M, Anjos AG, Figueroa J N. Qualidade de vida em estudantes de Medicina no início e final do curso: avaliação pelo Whoqol-bref. *Rev Bras Educ Med* 2010,34(1):91-6.
39. Ramos-Dias J C, Libardi MC, Zillo CM, Igarashi MH, Senger MH. Quality of life among 100 medical students at the Catholic University in Sorocaba, São Paulo. *Rev Bras Educ Med* 2010, 34(1):91-6.
40. Fiorotti KP, Rossoni RR, Miranda AE. Perfil do estudante de Medicina da Universidade Federal do Espírito Santo, 2007. *Rev Bras Educ Med* 2010,34(3):355-62.
41. Villaça FM, Palacios M. Concepções sobre assédio moral: bullying e trote em uma escola médica. *Rev Bras Educ Med* 2010,34(4):506-14.
42. Rocha LA, Lopes AC, Frota MM, Martelli DRB, Lima VB, Martelli-Júnior H. Alcohol use by medical students in Minas Gerais State, Brazil. *Rev Bras Educ Med* 2011,35(3):369-75.
43. Barbosa FL, Barbosa RL, Barbosa MCL, Aguiar DL, Figueiredo IA, Ribeiro AC et al. Alcohol consumption among medical students at the Federal University of Maranhão, Brazil. *Rev Bras Educ Med* 2013,37(1):89-95.
44. Rios IC, Schraiber, LB. A relação professor-aluno em medicina - um estudo sobre o encontro pedagógico. *Rev Bras Educ Med* 2012,36(3):308-16.
45. Alberton VC, Dal-Bo MJ, Piovezan AP, Silva RM. Prevalência de transtornos de comportamentos alimentares entre estudantes de medicina de uma universidade do sul de Santa Catarina, Brasil. *Rev Bras Educ Med* 2013,37(1):15-20.
46. Kloster MC, Perotta B, Hauer Junior AP, Helena BMS, Tempski P. Sonolência diurna e habilidades sociais em estudantes de medicina. *Rev Bras Educ Med* 2013,37(1):103-9.
47. Rocha ES, Sassi AP. Transtornos mentais menores entre estudantes de medicina. *Rev Bras Educ Med* 2013,37(2):210-6.
48. Bampi LNS, Baraldi S, Guilhem D, Araújo MP, Campos ACO. Qualidade de vida de estudantes de medicina da Universidade de Brasília. *Rev Bras Educ Med* 2013,37(2):217-25.
49. Chazan ACS, Campos MR. Qualidade de vida de estudantes de medicina medida pelo

WHOQOL-bref - UERJ, 2010. Rev Bras Educ Med 2013,37(3):376-84.

50. Gonçalves SS, Silvany Neto AM. Dimensão psicológica da qualidade de vida de estudantes de Medicina. Rev Bras Educ Med 2013,37(3):385-95.

51. Feodrippe ALO, Brandão MCF, Valente TCO. Qualidade de vida de estudantes de Medicina: uma revisão. Rev Bras Educ Med 2013,37(3):418-28.