

ISMELINDA MARIA DINIZ MENDES SOUZA

QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE DE ESTUDANTES DO CURSO
DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE
UBERLÂNDIA

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

Orientador: Prof. Dr. Carlos Henrique Martins da Silva

Uberlândia
2009

ISMELINDA MARIA DINIZ MENDES SOUZA

QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE DE ESTUDANTES DO CURSO
DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE
UBERLÂNDIA

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

Aprovado em 20 de maio de 2009.

Profa. Dra. Antonia Regina Ferreira Furegato – EERP/USP

Profa. Dra. Leila Aparecida Kauchakje Pedrosa – UFTM

Profa. Dra. Eliana Faria de Angelice Biffi – FAMED/UFU

Prof. Dr. Carlos Henrique Martins da Silva – FAMED/UFU

Aos meus pais, irmãos, meu marido e minhas filhas, pelo apoio e compreensão nos momentos de ausência.

Ao mestre com carinho, pelo apoio e por alimentar meus sonhos.

Aos alunos do curso de graduação em enfermagem da UFU pela colaboração.

AGRADECIMENTOS

A Deus por ter me permitido enfrentar e vencer mais esta etapa em minha vida.

Aos meus familiares que são o meu porto seguro;

Ao meu orientador, Dr. Carlos, pela disponibilidade e rigor que me proporcionaram crescimento pessoal e profissional;

A Rogério Rizo de Morales pela colaboração imprescindível a realização deste trabalho;

A Rogério de Melo Costa Pinto a quem devo minhas descobertas em análises;

Aos amigos do grupo de Qualidade de Vida da UFU, pela atenção, dedicação e incentivo;

Aos amigos Cristiane Perácio e Luiz Duarte, pelo companheirismo e disponibilidade sempre;

Aos professores da pós graduação que contribuíram muito para meu crescimento;

A secretária Elaine de Fátima Valério pela dedicação, orientação, incentivo e disponibilidade;

Aos diretores e professores do Curso de Graduação em Enfermagem da FAMED-UFU pela atenção e colaboração;

Aos alunos que se dispuseram a participar e tornar viável este trabalho;

Ao secretário do Curso de graduação em enfermagem, Guilherme, pela disposição e colaboração;

Aos professores Arthur e Eliana, pelas valiosas sugestões no exame de qualificação;

Enfim, a todos que contribuíram direta ou indiretamente á realização deste trabalho.

“Tudo vale a pena. Se a alma não é pequena.”
Fernando Pessoa

RESUMO

SOUZA, I.M.D.M. Qualidade de vida relacionada à saúde de estudantes do curso de graduação em enfermagem da Universidade Federal de Uberlândia. 68 F 2009. Dissertação (mestrado). Faculdade de Medicina; Universidade Federal de Uberlândia, 2009.

O processo de formação dos estudantes de enfermagem causa estresse, ansiedade e distúrbios mentais que podem prejudicar o desempenho das atividades curriculares e comprometer a qualidade de vida dos futuros enfermeiros. Este estudo objetivou verificar a qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) dos estudantes do curso de graduação em enfermagem da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia (FAMED-UFU). Trata-se de um estudo exploratório, descritivo e transversal em que duzentos e cinquenta e seis de 353 (72%) alunos matriculados em julho de 2007 responderam um questionário genérico de QVRS, o SF-36, e o Inventário de Depressão de Beck (IDB). Os escores obtidos do SF-36 dos alunos do primeiro, segundo, terceiro e quarto anos foram comparados entre si e com variáveis sócio-demográficas. A presença de transtornos de humor (escores do IDB maiores que quinze) foi comparada com a mediana dos escores do SF-36. Foi testada a confiabilidade da consistência interna do item por meio do coeficiente de alfa-Cronbach para os domínios do SF-36. O coeficiente de correlação de Spearman foi utilizado para determinar a correlação entre os domínios e componentes do SF-36 e renda familiar. O teste de Mann Whitney para comparação entre duas amostras independentes e análise de variância por postos de Kruskal- Wallis para comparação entre os anos de estudo. O nível de significância adotado foi de $p < 0,05$. Os coeficientes de alfa-Cronbach obtidos dos domínios do SF-36 foram acima de 0,7, exceto no domínio *aspectos emocionais* (0,66). Estudantes do quarto ano apresentaram escores menores ($p < 0,05$) que dos demais anos nos domínios *capacidade funcional*, *vitalidade* e *aspectos sociais*, que pode ser atribuído à necessidade de finalizar o trabalho de conclusão do curso, à proximidade do rompimento do vínculo estudantil e à insegurança quanto ao mercado de trabalho. Estudantes do sexo feminino apresentaram escores significativamente menores nos domínios *capacidade funcional*, *dor*, *vitalidade*, *aspectos sociais*, *aspectos emocionais*, *saúde mental* e no *componente mental*, possivelmente devidos a características físicas e ao acúmulo de atividades inerentes ao gênero feminino. Concluímos que estudantes do curso de graduação em enfermagem da FAMED-UFU apresentam prejuízo em sua QVRS, sobretudo nos alunos do quarto ano, nos do sexo feminino e nos portadores de sintomas depressivos. Estratégias de ensino-aprendizagem que levem em conta o bem-estar dos estudantes e o acolhimento psico-pedagógico para os estudantes com dificuldades psico-emocionais devem ser priorizadas pelos gestores das instituições de ensino superior.

Palavras-chave: Qualidade de vida relacionada à saúde, Estudantes, Enfermagem

ABSTRACT

SOUZA, I.M.D.M. Health-related quality of life of undergraduate nursing school students at the Federal University of Uberlandia. 68 F 2009. M. Sc. Thesis. Faculdade de Medicina; Universidade Federal de Uberlândia, 2009.

The process of training nursing students causes stress, anxiety and mental disorders which may impair performing activities pertaining to the curriculum, and compromise the quality of life of future nurses. The purpose of this study was to verify the health-related quality of life (HRQL) of students in the undergraduate nursing school at the Medical School of the Federal University of Uberlandia (FAMED-UFU). In July 2007 two hundred and fifty-six out of 353 (72%) students were enrolled in an exploratory, descriptive, cross-sectional study and answered a generic HRQL questionnaire, SF-36, and the Beck Depression Inventory (BDI). The scores obtained from the SF-36 of the first, second, third and fourth year students were compared to each other and to sociodemographic variables. The presence of mood disorders (BDI scores greater than fifteen) was compared to the median of the SF-36 scores. The reliability of the internal consistency of the item was tested by Cronbach's alpha coefficient for the SF-36 domains. The Spearman correlation coefficient was used to determine the correlation between the domains and components of SF-36 and family income. The Mann-Whitney test was used to compare two independent samples and analysis of variance by Kruskal-Wallis posts for comparison between the years of study. The level of significance adopted was $p < 0.05$. The Cronbach's alpha coefficients obtained from the SF-36 domains were above 0.7, except in the domain of *emotional aspects* (0.66). Fourth-year students presented lower scores ($p < 0.05$) than those of the other years in the domains of *functional capacity*, *vitality* and *social aspects*, which may be due to the need to write the final course paper, the approaching end of life as a student, and insecurity regarding the job market. Female students presented significantly lower scores in the domains of *functional capacity*, *pain*, *vitality*, *social aspects*, *emotional aspects*, *mental health* and in the *mental component*, possibly due to physical characteristics and to the accumulation of activities inherent to the female gender. We concluded that undergraduate nursing students at FAMED-UFU presented an impaired HRQL, above all in the fourth-year students, the female students and those with depressive symptoms. Teaching-learning strategies which take into account the well-being of the students and the psychopedagogical care for students with psycho-emotional difficulties should be prioritized by the managers of institutions of higher education.

Key words: Health-related quality of life, Students, Nursing

LISTA DE TABELAS

TABELA 1: Características dos estudantes de graduação em enfermagem da FAMED-UFU.....	29
TABELA 2: Coeficiente de alfa-Cronbach dos Domínios do SF-36 dos estudantes do curso de graduação em enfermagem da FAMED-UFU.....	29
TABELA 3: Escores obtidos para cada domínio e componente do SF-36 dos estudantes do curso de graduação em enfermagem da FAMED-UFU segundo o ano de estudo.....	30
TABELA 4: Escores obtidos para cada domínio e componente do SF-36 dos estudantes do curso de graduação em enfermagem da FAMED-UFU segundo o sexo.....	34
TABELA 5: Coeficiente de correlação entre domínios e componentes do SF-36 e renda familiar mensal dos estudantes de graduação em enfermagem da FAMED-UFU.....	35
TABELA 6: Escores obtidos para cada domínio e componente do SF-36 dos estudantes do curso de graduação em enfermagem da FAMED-UFU segundo vínculo empregatício.....	36
TABELA 7: Escores obtidos para cada domínio e componente do SF-36 dos estudantes do curso de graduação em enfermagem da FAMED-UFU segundo escores do IDB.....	37

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

GRÁFICO 1: Domínio capacidade funcional entre estudantes de graduação em enfermagem da FAMED-UFU.....	31
GRÁFICO 2: Domínio vitalidade entre estudantes de graduação em enfermagem da FAMED-UFU.....	32
GRÁFICO 3: Domínio aspectos sociais entre estudantes de graduação em enfermagem da FAMED-UFU.....	33

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	11
2 OBJETIVOS.....	20
3 MÉTODOS.....	22
3.1 Tipo de Estudo	23
3.2 Local do Estudo	23
3.3 População.....	23
3.4 Instrumentos.....	24
3.5 Procedimento de Coleta de Dados.....	25
3.6 Análise dos Resultados.....	25
3.7 Análise Estatística.....	25
4 RESULTADOS.....	27
4.1 Participantes	28
4.2 Confiabilidade da Consistência Interna do SF-36.....	29
4.3 Avaliação da Qualidade de Vida Relacionada à Saúde – SF-36.....	30
4.4 Avaliação da Qualidade de Vida Relacionada à Saúde de acordo com dados sócio-demográficos	34
4.5 Avaliação da Qualidade de Vida Relacionada à Saúde de acordo com escores do Inventário de Depressão de Beck.....	37
5 DISCUSSÃO	38
6 CONCLUSÃO.....	46
REFERÊNCIAS.....	48
ANEXO I – Parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFU.....	55
APÊNDICE I – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	56
ANEXO II – “The 36-Item Short Form Health Survey Questionnaire (SF-36)”....	57
ANEXO III – Inventário de Depressão de Beck.....	64
APÊNDICE II – Questionário sócio demográfico.....	67

A história do ensino de enfermagem no Brasil se consolida especificamente a partir do século XIX, e acompanha um contexto social, político, econômico e cultural. O marco do início da formação do pessoal de enfermagem ocorre em 1890, com a criação da Escola profissional de Enfermeiras e Enfermeiros, junto ao Hospital Nacional dos Alienados do Ministério dos Negócios do Interior. A formação, baseada nos moldes das Escolas Salpêtrière da França, oferecia um curso de dois anos com formação voltada à assistência (GEOVANINI, 2002).

Em 1923, é fundada a primeira escola de enfermagem baseada na adaptação americana do modelo nightingaliano, a Escola de Enfermagem Anna Nery. Para a formação era exigido um nível de escolaridade maior que a alfabetização. O currículo vigente até 1949 determinava o tempo de formação em dois anos e quatro meses de ensino teórico-prático, basicamente hospitalar, com complementação de quatro meses em saúde pública, para atender as necessidades da época. (GEOVANINI, 2002; ALCANTARA, 1963 apud ANGERAMI, STEAGALL-GOMES, 1996, LIMA, 1994).

Em 1931, ocorre a criação do Ministério da Educação e Saúde. Em 1934, a Reforma Francisco Campos e a Constituição deste ano, culmina em vigorosas manifestações políticas as quais dão origem à implantação do ensino secundário, instalação de novas escolas e universidades. É atribuída à União, a competência para traçar diretrizes de educação e saúde. Neste período, são criadas normas para o ensino e exercício da enfermagem, várias escolas são fundadas pelo governo federal em diversos estados, muitas sob orientações de congregações religiosas por intermédio de irmãs de caridade, o ensino é voltado para a saúde pública, para atender as necessidades da época e nos hospitais predominam a prática leiga (GEOVANINI, 2002).

Na década de 40, a Escola Anna Nery foi incorporada à Universidade do Brasil e em 1949, por meio de um projeto de lei, há um controle da expansão de escolas e exigência que a educação em enfermagem fosse centralizada em centros universitários (GEOVANINI, 2002). Neste mesmo ano, ocorre a regulamentação do ensino (lei 775), com período de formação em quatro anos, exigência do certificado de curso colegial, estágios obrigatórios, ampliação do currículo que é baseado no *Curriculum Guide* de 1937 (CARVALHO, 1980 apud ANGERAMI, STEAGALL-GOMES, 1996).

Em 1962 há a criação do novo currículo mínimo (parecer 271/62), o curso passa a ser de três anos, e o quarto ano optativo entre enfermagem em saúde pública, enfermagem

obstétrica e enfermagem médico-cirúrgica, como uma especialização na área em que o aluno pretendesse atuar (ANGERAMI, STEAGALL-GOMES, 1996).

Na década de 70, período marcado por grandes transformações na estrutura social do país e crise no setor de saúde, surgem as propostas baseadas na Declaração de Alma-Ata que priorizam a assistência profilática e preventiva concomitante com aspectos curativos e de reabilitação. Neste período, em consequência da Reforma Universitária, o currículo de enfermagem foi modificado pelo parecer 163/72 do Conselho Federal de Educação, ocorre aumento das disciplinas e fica vigente até o ano de 1994 (GEOVANINI, 2002; ANGERAMI, STEAGALL-GOMES, 1996).

Na década de 80, acontecem alguns avanços para a profissão, dentre eles, a aprovação da lei que regulamenta o exercício profissional, reconhece as categorias de enfermeiro, técnico em enfermagem, auxiliares de enfermagem, parteira e determina a extinção em 10 anos da categoria e atendente de enfermagem, prática leiga (GEOVANINI, 2002). Há um aumento do número de escolas de enfermagem e de cursos de auxiliares e técnicos, a entrada de enfermeiros na carreira universitária e criação dos cursos de pós-graduação na modalidade *stricto sensu* (ANGERAMI, STEAGALL-GOMES, 1996).

Em 1994, ocorre nova reestruturação no currículo de enfermagem (portaria 1721/1994), há priorização para a formação de um profissional generalista, com visão holística, para atuar na assistência, gerência, ensino e pesquisa. A enfermagem em sua maioria especializa-se cada vez mais para atender às exigências do mercado médico-hospitalar e o ingresso em saúde pública é menor neste período (GEOVANINI, 2002).

Com o passar do tempo, tanto as transformações das práticas profissionais dos enfermeiros quanto o novo perfil dos estudantes determinaram alterações curriculares no sentido de tentar atender as necessidades sócio, econômicas e culturais (TAKAHASHI, 2001). As novas propostas de reformulação curricular incorporam conteúdos humanistas e sociais e os currículos assumem metodologias de ensino ativas e dinâmicas com a participação efetiva dos professores, estudantes e técnico-administrativos (VENDRÚSCOLO, MANZOLLI, 1996). Gradativamente o aluno passa a ser sujeito ativo no processo ensino-aprendizagem, entretanto, apesar de alguns professores e instituições buscarem, durante a formação, construir um perfil profissional reflexivo, conhecedor dos determinantes éticos, políticos, históricos, ideológicos e culturais da profissão, ainda faltam subsídios teórico-práticos para implementação na realidade do ensino (SILVA, SENA, 2006).

Em 2001, ocorrem novas alterações no currículo para atender às exigências da nova Lei das Diretrizes e Bases (Lei 9394/1996), surgem assim, as diretrizes curriculares para formação do enfermeiro no Brasil (Resolução nº3/2001-CNE), (GEOVANINI, 2002). As universidades passam a ter autonomia na elaboração e execução de suas propostas pedagógicas.

A legislação das Diretrizes Curriculares da Graduação em Enfermagem foi construída no embate entre o cenário interno que defende romper com a exclusividade do modelo clínico e a formação, capaz de atender às necessidades de saúde de forma integral, conforme prioriza o Sistema Único de Saúde e o cenário externo com o discurso da globalização como um fator inquestionável, e, para atender às necessidades de um mundo globalizado é necessário formar um profissional flexível e adaptável. A formulação de projetos pedagógicos torna-se um desafio, eles devem alicerçar a formação de um profissional enfermeiro com a devida qualificação, para atender às necessidades de saúde da população, contemplando ações primárias, de tratamento e reabilitação (BAGNATO, RODRIGUES, 2007).

Atualmente, o ensino de enfermagem de nível superior, para formação do profissional enfermeiro, é realizado em quatro ou cinco anos, com carga horária que se estende até 4000 horas, em instituições públicas ou privadas com ou sem fins lucrativos, desde que sejam autorizadas pelo Ministério da Educação e do Desporto. As diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em enfermagem propõem uma formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, com base no rigor científico, intelectual e pautado em princípios éticos, que visam preparar um profissional capaz de atuar no processo de saúde/doença com responsabilidade social, compromisso com a cidadania, que busque a integralização da atenção à saúde do ser humano e que atue em vários setores do mercado de trabalho (BRASIL, 2006).

No cumprimento dessas diretrizes, os profissionais encarregados do ensino em entidades de cursos superiores, elaboram seus currículos próprios e traçam seus objetivos. Os estudantes de enfermagem respondem de diversas formas à implementação desses currículos e sua formação, norteadas por essas ações associadas a características pessoais, sofre influência direta desse processo em sua qualidade de vida.

O perfil do estudante sofre alterações e acompanha um contexto social, econômico e histórico. Para a criação da Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras, primeira escola de enfermagem no Brasil, houve recrutamento de jovens em internatos filantrópicos

(MOREIRA, 2002). Mais tarde, com o aprimoramento do currículo e da profissão, exigia-se um nível escolar superior ao conhecimento da leitura e da escrita (GEOVANINI, 2002). As atividades baseadas fundamentalmente em ações práticas acompanham a evolução tecnológica e social e adquirem atualmente caráter científico, ético, humanista e social.

O acadêmico de enfermagem é definido por Saupe et al (2004), como:

Ser humano que fez uma opção de vida de cuidar e ajudar os outros seres humanos: a nascer e viver de forma saudável, a superar agravos à sua saúde, a conviver com limitações e encontrar um significado nesta experiência, e a morrerem com dignidade. E que no processo de preparar-se para realizar as várias ações que integram este trabalho, com competência técnica, dialógica e política, enfrenta situações de sofrimento que podem contribuir tanto para seu processo de humanização, quanto para a banalização das mesmas (p. 637).

O estresse tem sido referido em alguns estudos como conseqüente às exigências curriculares e às práticas profissionais durante o processo ensino-aprendizagem dos estudantes dos cursos de graduação em enfermagem (RHEAD, 1995; PAGANA, 1988; TIMMINS, KALISZER, 2002; TELLES FILHO, et al, 1999; MAURO, et al, 2000; DODDS, et al, 1991; FACUNDES, LUDERMIR, 2005; JONES, JOHNSTON, 2000).

Estudantes de enfermagem apresentam graus de estresse maiores que enfermeiros que exercem a profissão, a eles são acrescidos aspectos formais da educação, o que influencia no seu bem estar físico e psicológico (RHEAD, 1995). A prática clínica resulta em situações como o contato com a morte e o morrer, o sofrimento, os problemas pessoais, sociais e econômicos dos pacientes, a dificuldade inerente à relação professor-aluno (PAGANA, 1988; TIMMINS, KALISZER, 2002, RHEAD, 1995) e a realização de procedimentos invasivos (EVANGELISTA et al, 2004). Em graduandos, especialmente do último ano, o estresse é conseqüente dos processos de mudanças e indecisões, frente às diversas possibilidades profissionais futuras (TELLES FILHO, et al, 1999).

Desordens mentais são identificadas nos estudantes dos cursos de enfermagem e são atribuídas a situações geradoras de tensão no processo de admissão e durante o curso. Os estudantes que tiveram dificuldades familiares e psicossociais durante a infância têm maior chance de apresentar desordens mentais decorrentes das atividades acadêmicas durante o curso, dos insuficientes mecanismos de enfrentamento que desencadeiam sentimentos de submissão e prejudicam seu desempenho escolar (FACUNDES, LUDERMIR, 2005). Dentre as doenças mentais que acometem estudantes universitários e de cursos de pós-graduação, dos cursos de medicina e enfermagem, estão os diagnósticos

de desordens de ajustamento, depressão leve e moderada, desordens de personalidade, distúrbios mistos de ansiedade e depressão, desordens generalizadas de ansiedade, o que pode acarretar em interrupção temporária de seus cursos de graduação. Os alunos experimentam estados de desconforto, sensação de incompetência, desânimo com suas responsabilidades, pensamentos suicidas, desordens do padrão de sono, mudanças de apetite, entre outras alterações o que leva alguns a procurarem freqüentemente por serviços de saúde (NOGUEIRA-MARTINS, et al, 2004; NETO, et. al, 2004).

O processo de formação do profissional enfermeiro é permeado, portanto, por fatores internos e externos que se somam e podem influenciar negativamente o seu desempenho acadêmico e conseqüentemente o perfil do futuro enfermeiro. O processo ensino-aprendizagem é estressante (CERCHIARI et al., 2005) e gerador de conflitos (JORGE, 1996). Alguns estudantes possuem mecanismos de enfrentamento suficientes, se ajustam e conseguem aproveitar todas as oportunidades oferecidas. Outros, porém, não conseguem superar as dificuldades e esse processo passa a ser fonte de influência negativa sobre suas atividades acadêmicas, sua saúde física, saúde mental, bem estar emocional, relações sociais e sua qualidade de vida (KAWAKAME, MIYADAHIRA, 2005; CERCHIARI et al., 2005; JORGE, 1996).

A Organização Mundial de Saúde define saúde como: “Estado de completo bem estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença” (WHO, 1946, supplement, 2006, p.1). Este conceito nos leva a refletir que até pouco tempo atrás, tanto a formação dos profissionais quanto os serviços de saúde era fundamentada no controle da morbidade e mortalidade (FLECK, 2000).

O termo qualidade de vida foi introduzido na literatura por psicólogos, antropólogos e sociólogos nos anos 40. (BULLINGER, 2002) Nos anos 70 foi largamente utilizado por políticos e área de ciências sociais. Nos anos 80 foi usado por profissionais da área médica, constituindo assim, seu início no contexto médico (BULLINGER, 2002; BIRNBACHER, 1999).

Apesar da dificuldade de se definir seguramente em virtude da contextualização do tema, (SANDOE, 1999) qualidade de vida é definida pelo grupo de qualidade de vida da OMS, como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto cultural e no sistema de valores nos quais ele vive e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões, preocupações e desejos” (THE WHOQOL GROUP, 1995, p.1405). Inclui no mínimo seis domínios: saúde física, estado psicológico, níveis de independência, relacionamento social,

meio ambiente e padrão espiritual. É um conceito amplo, subjetivo e multidimensional (THE WHOQOL GROUP, 1995).

Quando o termo qualidade de vida é atribuído à saúde, este refere-se à satisfação e bem estar do indivíduo nos domínios físicos, psicológicos, social, econômico e espiritual em relação ao estado de saúde. O termo Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS), refere-se à medida de como as pessoas se sentem (GUYATT et al., 1997). Relaciona aspectos da vida, renda, liberdade, qualidade do ambiente que podem afetar o estado de saúde das pessoas (GUYATT et al., 1993). Inclui fatores relacionados à saúde, bem estar físico, mental, funcional, emocional e também, trabalho, família, amigos, aspectos da vida cotidiana, além de expectativas para o futuro, sonhos e ambições (EISER, MORSE, 2001; GILL, FEINSTEIN, 1994). Introduz uma visão mais ampla e humanizada em relação aos modelos tradicionais basicamente relacionada ao bem estar físico (BIRNBACHER, 1999). Acresce um novo olhar da estrutura de saúde e, ao físico e mental são incorporados aspectos referentes ao social (WARE, 2003).

A avaliação da QVRS permite incluir a visão do paciente sobre seu tratamento, obter informações sobre o que o faz sentir-se bem e não somente a utilização de dados como melhora da morbi-mortalidade (GUYATT et al., 1997; SANDOE, 1999). Permite conhecer o impacto da doença na qualidade de vida do paciente e com isso possibilita intervenções mais efetivas e terapêuticas por parte da equipe de saúde (THE WHOQOL GROUP, 1995).

Para obter informações acerca destes indicativos, são necessários instrumentos, geralmente questionários genéricos projetados para administração a pessoas com qualquer ou nenhum problema de saúde, com cobertura de todas as áreas pertinentes a QVRS. Incluem mobilidade, auto-cuidado, função física, emocional e social (GUYATT et al., 1997; BIRNBACHER, 1999). Alguns instrumentos acrescentam outros aspectos como ambientais, convicções espirituais, religiosas e pessoais (THE WHOQOL GROUP, 1995). Em comum abordam aspectos subjetivos, são multidimensionais e visam explorar relações com a QVRS.

Os instrumentos são compostos de perguntas que são agrupadas em domínios ou dimensões. Um domínio tem em comum a área de comportamento que estamos tentando medir. Como exemplo, mobilidade e auto cuidado que podem ser agregados no domínio função física (GUYATT et al., 1993). Os domínios afins se agregam e formam os

componentes, como exemplo, função física e capacidade funcional são agrupadas em componente físico.

Para ser considerado um bom instrumento de medida, o questionário deve ser capaz de diferenciar entre pessoas que tem melhor ou pior qualidade de vida como também avaliar mudanças. Deve ser breve e de fácil compreensão (GUYATT et al., 1993). Avaliar a percepção subjetiva do paciente sobre o impacto da doença e do tratamento nas múltiplas dimensões do seu estado de saúde (FAYERS, MACHIN, 2007). Deve ser confiável, válido e sensível para a finalidade a que se propõe (GUYATT et al., 1997).

Os instrumentos podem ser genéricos ou específicos. Medidas genéricas podem medir e comparar a QVRS entre pacientes com diferentes condições crônicas, determinar o perfil de saúde de uma população. Elas permitem comparações amplas, porém, podem omitir mudanças sintomas primários de doenças dos pacientes ou condições específicas (GUYATT et al., 1993; GUYATT et al., 1997; CRAMER, 2002). Medidas específicas incluem itens relacionados com a doença em questão, tornando-as mais sensíveis à mudanças clínicas (CRAMER, 2002).

O SF-36 é um instrumento genérico para a avaliação da QVRS, construído na língua inglesa, traduzido para o português e validado no Brasil em 1997 (CICONELLI et al., 1999).

Não há referência na literatura acerca da avaliação da QVRS dos estudantes dos cursos de graduação em enfermagem. Entre residentes de enfermagem de uma instituição pública no estado de São Paulo, a avaliação da QVRS foi realizada por meio do SF-36 e a do estado de humor, por meio do Inventário de Depressão de Beck, e evidencia prejuízos em aspectos emocionais, vitalidade e saúde mental e um alto percentual de alunos com sintomas depressivos (FRANCO, 2002).

Na avaliação da QV de estudantes de graduação em enfermagem de uma instituição privada, no interior de São Paulo, eles apresentaram escores superiores ao da população normativa de Rockford – EUA, porém, há fases do processo em que foram detectados prejuízos. Estudantes ingressantes relataram melhores índices nos domínios avaliados, mas verificou-se diminuição significativa no decorrer do segundo ano, atribuídas ao processo ensino-aprendizagem. Ao longo do terceiro e do quarto ano, os autores identificaram uma elevação dos escores, no entanto, inferiores aos relatados pelos ingressantes (KAWAKAME, MIYADAHIRA, 2005).

Estudantes de enfermagem de três instituições públicas federais e de três instituições privadas estaduais, localizadas na região sul do Brasil, julgam sua QV como boa ou muito boa, entretanto não atingem níveis desejados em questões sobre sua saúde e na maioria dos domínios do instrumento empregado (SAUPE, et al., 2004).

Estudantes universitários, dentre eles, os do curso de enfermagem, caracteristicamente jovens, solteiros, residentes com seus familiares apresentam índices de QV piores quando comparados aos de pessoas normais ou de pacientes com doenças crônicas (CERCHIARI, 2004).

Portanto, há indícios de que durante o processo de formação dos estudantes dos cursos de enfermagem, as experiências novas da vida acadêmica somadas aos fatos da vida cotidiana podem tornar-se um obstáculo à formação de um profissional generalista, humanista, crítico e reflexivo, conforme preconiza as diretrizes curriculares para a formação do profissional enfermeiro. A identificação de possível prejuízo na QVRS nestes estudantes poderá fornecer aos gestores das instituições de ensino superior, elementos para promover estratégias de acolhimento aos estudantes em situações de risco.

2.1 – Objetivo Geral

Avaliar a QVRS dos estudantes do Curso de Enfermagem da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia (FAMED-UFU).

2.2 - Específicos

1 – Avaliar a QVRS dos estudantes do curso de graduação em enfermagem da FAMED-UFU por meio da comparação dos escores obtidos do questionário *Medical Outcomes Study - The 36 Item Short-Form Health Survey (SF-36)* no primeiro, segundo, terceiro e quarto anos do curso.

2 – Verificar a associação entre características sócio-demográficas e a QVRS de estudantes de graduação em enfermagem da FAMED-UFU.

3 – Verificar se há presença de sintomas depressivos por meio do Inventário de Depressão de Beck e se há impacto negativo na QVRS dos estudantes portadores de sintomas depressivos no Curso de graduação em enfermagem da FAMED-UFU.

3.1 - Tipo de Estudo

Estudo exploratório, descritivo, transversal, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Uberlândia (CEP-UFU), em 01 de junho de 2007, protocolado com o número 086/06 (anexo I).

3.2 - Local do estudo

O curso de enfermagem da FAMED-UFU iniciou em fevereiro de 1999. A forma de ingresso acontece por concurso público vestibular ou Processo Alternativo de Ingresso ao Ensino Superior (PAIES). Oferece semestralmente quarenta vagas e tem duração de 4 anos.

O currículo para formação do profissional enfermeiro do Curso de Enfermagem da FAMED-UFU, no primeiro semestre do ano de 2007 (época da coleta dos dados do presente estudo), foi elaborado de forma que os dois primeiros anos fossem compostos basicamente de disciplinas das áreas biológicas e humanas e realizado predominantemente no período noturno, os dois anos posteriores com disciplinas profissionalizantes, realizado em período noturno e diurno concomitantemente. As atividades práticas do processo ensino-aprendizagem têm início a partir do segundo ano e nelas o aluno presta cuidados e desenvolve o atendimento às necessidades básicas de saúde física e mental do paciente. No último ano, acrescentam-se atividades de pesquisa com o trabalho de conclusão do curso. Assim, o ciclo básico e profissional coexiste além de atividades de pesquisa que permeiam a formação em quatro anos de curso.

3.3 – População

Participaram do estudo, estudantes do primeiro ao quarto ano do curso de enfermagem da Universidade Federal de Uberlândia, matriculados no primeiro semestre do ano letivo de 2007.

Trabalhou-se com amostra do tipo acidental, dos 353 estudantes matriculados neste período, formaram a amostra deste estudo 256 estudantes que estavam presentes em sala de aula no momento da abordagem e que concordaram em participar assinando o termo de consentimento livre e esclarecido (apêndice I).

Os dados foram coletados no período de 10 a 18 de julho de 2007.

3.4 - Instrumentos

Para a avaliação da QVRS foi escolhido o Medical Outcomes Study – 36 – Item Short Form (SF-36) por ser um instrumento genérico de que pode ser aplicado a populações saudáveis ou portadoras de doenças crônicas e por mostrar-se confiável, portanto, responde aos objetivos deste estudo. Com o objetivo de identificar sintomas depressivos nos sujeitos da pesquisa foi utilizado o Inventário de Depressão de Beck (IDB), instrumento largamente utilizado para rastreamento de sintomas depressivos em populações suspeitas ou não.

a - Medical Outcomes Study – 36 – Item Short Form (SF-36)

O SF-36 é um questionário multidimensional e é formado por 36 itens ou questões, divididos em oito domínios que formam dois componentes, o físico e o mental. O componente físico é composto pelos domínios: capacidade funcional (10 questões), estado geral da saúde (5 questões), dor (2 questões) e aspectos físicos (4 questões). O componente mental é constituído pelos domínios saúde mental (5 questões), vitalidade (4 questões), aspectos sociais (2 questões) e aspectos emocionais (3 questões). Apresenta escores de 0 a 100 para cada domínio e componente, no qual, zero corresponde ao pior e 100 ao melhor estado de saúde. Possui um tempo médio de aplicação de sete minutos (CICONELLI et al., 1999).

b- Inventário de Depressão de Beck - IDB

O Inventário de Depressão de Beck (IDB) é uma escala de auto-avaliação de transtornos de humor, traduzida e validada para a língua portuguesa, é utilizado para medir aspectos específicos de depressão em populações clínicas e não clínicas (GORESTEIN, ANDRADE, 1998). Possui 21 itens que avaliam atitudes e sintomas que refletem o estado atual do humor dos indivíduos. Cada item possui quatro alternativas, para medida de intensidade, com respostas que correspondem a valores zero, um, dois e três respectivamente. Quando marcadas mais de uma alternativa, é considerada aquela de maior valor. Em amostras não diagnosticadas, considera-se a soma dos valores das alternativas quando inferiores a quinze como indivíduos normais e maiores que quinze como portadores de sintomas depressivos (FRANCO et al., 2005; KENDAL et al., 1987 apud GORESTEIN, ANDRADE, 1998).

c- Questionário Sócio-Demográfico - SD

O questionário sócio demográfico foi padronizado pelo grupo de pesquisa de qualidade de vida da UFU e descreve o perfil do estudante de enfermagem no que concerne a aspectos sócio-demográficos.

3.5 – Procedimento de coleta de dados

Após aprovação do projeto pelo CEP-UFU, foi realizado contato prévio com a direção do curso de enfermagem da UFU, a qual aprovou a realização do estudo e posteriormente com os professores responsáveis pelas disciplinas para agendamento da coleta de dados. Nos casos em que houve indisponibilidade para coleta de dados em sala de aula, os estudantes foram abordados em campo de estágio, após aprovação pelo supervisor de estágio.

Antes de distribuir os instrumentos, os estudantes foram esclarecidos quanto aos objetivos da pesquisa e ressaltados da importância de suas colaborações. Após, os que concordaram em fazer parte do estudo leram e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido e responderam aos questionários de forma auto-aplicada na seguinte ordem: SF-36 (anexo II), para avaliar a QVRS, Inventário de Depressão de Beck –IDB (anexo III), para identificar transtornos de humor e sócio-demográfico (apêndice II). Foi testada a confiabilidade da consistência interna do item por meio do coeficiente de alfa-Cronbach para os domínios do SF-36.

3.6 – Análise dos resultados

Para verificar a QVRS dos estudantes do curso de enfermagem da FAMED-UFU, os escores dos domínios e componentes do SF-36 obtidos pelos alunos do primeiro, segundo, terceiro e quarto anos do curso foram comparados entre si. Os escores dos domínios e componentes do SF-36 foram comparados com variáveis sócio-demográficas e correlacionados com a renda familiar. A presença de sintomas depressivos (escores do IDB ≥ 16 em população não suspeita) foi comparada com a mediana dos escores do SF-36.

3.7 - Análise estatística

Foi utilizado o teste de D'Agostino para verificar a normalidade dos dados, os quais obedeceram uma distribuição não normal.

Análise estatística descritiva para caracterização dos participantes do estudo, quanto a aspectos sócio-demográficos, determinação dos escores do SF-36 e do IDB.

A confiabilidade da consistência interna foi verificada pelo coeficiente de alfa-Cronbach. Coeficientes acima de 0,7 foram considerados adequados (MCHORNEY et al., 1994).

O coeficiente de correlação de Spearman foi utilizado para determinar a correlação entre escores dos domínios e componentes do SF-36 e renda familiar.

O teste de Mann Whitney para comparação entre duas amostras independentes e análise de variância por postos de Kruskal- Wallis para comparação entre os anos de estudo.

O nível de significância adotado foi de $p < 0,05$.

4.1 - Participantes

No primeiro semestre do ano de 2007, 353 estudantes estavam matriculados no curso de graduação em enfermagem da FAMED-UFU. Destes, 256 (72%) participaram deste estudo.

As características sócio-demográficas dos participantes são apresentadas na Tabela 1.

A idade variou de 17 a 32 anos. A média das idades dos alunos das turmas do primeiro, segundo, terceiro e quarto ano era de 19,1 anos, 20,8 anos, 22,3 anos e 23,6 anos, respectivamente.

Duzentos e seis estudantes (80,5%) eram do sexo feminino. Houve predomínio do sexo feminino em todas as turmas do curso.

Foi predominante o número de estudantes solteiros (230; 89,8%). Vinte e cinco (9,8%) mantinham união estável e um (0,4%) era viúvo.

A maior parte dos estudantes (242; 94,5%) não tinha filhos. A porcentagem média de alunos com filhos por turma era de no máximo 8,5%.

A maioria dos estudantes era de cor branca (179; 69,9%). Este predomínio se manteve entre as turmas do curso.

A maioria dos estudantes residia no município de Uberlândia (227; 88,6%), 12 (4,7%), em municípios vizinhos e 17 (6,6%) não responderam a este item.

Duzentos e dez estudantes (82,1%) não estavam empregados.

Sessenta e três (24,6%) estudantes referiram algum tipo de doença crônica como hipertensão arterial, diabetes, depressão, asma, doenças neurológicas, doenças auto-imunes, doenças reumatológicas e metabólicas.

A maioria dos estudantes residia com familiares 190 (74,2%), sessenta (23,4%) em pensionatos, repúblicas ou sozinhos, 6 (2,4%) não responderam a este item.

A maior parte dos estudantes 115 (58,3%) possuía renda familiar mensal superior a cinco salários mínimos.

Trinta e seis estudantes (14%) apresentaram sintomas depressivos. Estudantes do quarto ano apresentaram porcentagem maior de escores do IDB igual ou maior que dezesseis.

Tabela 1 - Características dos estudantes/respondentes do curso de graduação em enfermagem da FAMED-UFU, 2007.

Variável / período	1º Ano	2º Ano	3º Ano	4º Ano
Idade				
Média (DP)	19,1 (2,0)	20,8 (2,4)	22,3 (2,7)	23,6 (2,8)
Sexo				
Masculino (%)	13/58 (22,4)	9/63 (14,3)	17/71 (24,0)	11/64 (17,2)
Estado civil				
Casado (%)	3/58 (5,1)	6/63 (9,6)	11/71 (15,5)	5/64 (7,8)
Filhos				
Com filhos (%)	1/58 (1,7)	2/63 (3,2)	6/71 (8,5)	5/64 (7,8)
Cor				
Não branca (%)	17/58 (29,3)	20/63 (31,8)	22/71 (31,0)	18/64 (28,1)
Município de residência				
Não residentes em Uberlândia (%)	4/51 (7,8)	2/61 (3,2)	2/67 (2,9)	4/61 (6,5)
Emprego				
Com emprego (%)	7/58 (12,0)	19/63 (30,2)	11/71 (15,5)	9/64 (14,1)
Doença crônica referida				
Com doença crônica (%)	18/58 (31,0)	19/63 (30,2)	15/71 (21,1)	11/64 (17,2)
Reside com				
Outros (%)	16/57 (28,0)	17/63 (26,9)	17/69 (24,6)	10/62 (16,1)
Renda familiar				
Menor que 5 salários mínimos (%)	17/40 (42,5)	26/56 (46,4)	19/47 (40,5)	20/54 (37,1)
Escores do IDB				
≥ 16 (%)	4/58 (6,8)	9/63 (14,3)	10/71 (14,0)	13/64 (20,3)

4.2 - Confiabilidade da consistência interna do SF-36

Os coeficientes de alfa-Cronbach obtidos dos domínios do SF-36 foram acima de 0,7, exceto no domínio *aspectos emocionais* (0,66).

Tabela 2 - Coeficiente de alfa-Cronbach dos domínios do SF-36 dos estudantes do curso de graduação em enfermagem da FAMED-UFU, 2007.

DOMÍNIO	COEFICIENTE ALFA-CRONBACH
Capacidade funcional	0,76
Aspectos físicos	0,73
Dor	0,81
Estado geral da saúde	0,71
Vitalidade	0,84
Saúde mental	0,85
Aspectos sociais	0,71
Aspectos emocionais	0,66

4.3 - Avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde – SF-36

Verificou-se diferença estatisticamente significativa nos escores obtidos pelos estudantes do curso de graduação em enfermagem da FAMED-UFU, entre os anos estudados nos domínios *capacidade funcional*, *vitalidade* e *aspectos sociais* (Tabela 3).

No domínio *capacidade funcional*, os estudantes do primeiro ano apresentaram escores significativamente maiores em relação aos alunos do quarto ano. Em relação aos demais anos, não houve diferença estatística significativa (Gráfico 1).

No domínio *vitalidade*, estudantes do primeiro e do segundo ano apresentaram escores maiores que os do quarto ano ($p < 0,05$) (Gráfico 2).

No domínio *aspectos sociais*, estudantes do primeiro, segundo e terceiro ano apresentaram escores maiores em relação aos do quarto ano ($p < 0,05$) (Gráfico3).

Tabela 3 – Escores obtidos para cada domínio e componente do SF-36 dos estudantes do curso de graduação em enfermagem da FAMED-UFU, segundo o ano de estudo, 2007.

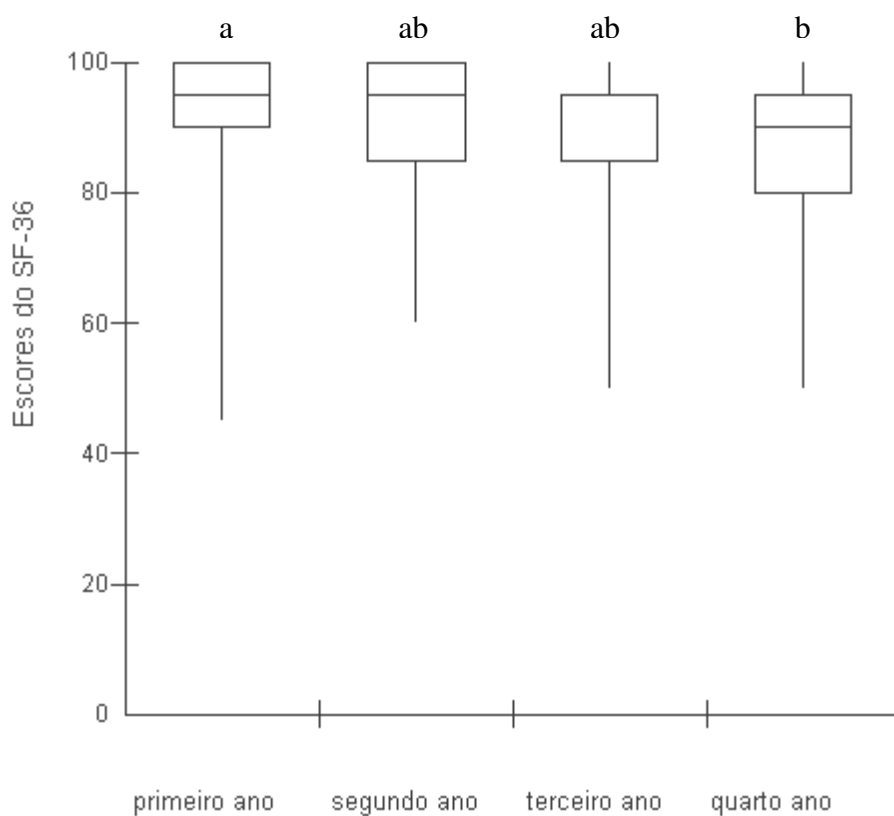
Domínios e Componentes SF-36	Mediana (Percentil 25-75)				<i>p</i> valor*
	Alunos do 1º ano n = 58	Alunos do 2º ano n = 63	Alunos do 3º ano n = 71	Alunos do 4º ano n = 64	
Capacidade Funcional	95 ^a (90-100)	95 ^{ab} (85 – 100)	95 ^{ab} (85 – 95)	90 ^b (80 – 95)	0,03
Aspectos físicos	75 (50-100)	75 (50 – 100)	75 (50 – 100)	75 (25 – 100)	0,65
Dor	63 (53-84)	62 (51 – 84)	62 (52 – 84)	56,5 (41 – 84)	0,09
Estado Geral da Saúde	72 (57-87)	80 (64,5 – 87)	77 (67 – 87)	77 (57 – 90,5)	0,94
Vitalidade	57,5 ^a (40-75)	55 ^a (40 – 65)	50 ^{ab} (35 - 67,5)	40 ^b (25 – 55)	0,00
Aspectos Sociais	75 ^a (50-87)	62,5 ^a (50 – 87)	75,0 ^a (50 – 87)	50 ^b (37 – 75)	0,00
Aspectos Emocionais	66 (33-100)	33,3 (0 – 66,7)	33,3 (0 – 100)	33,3 (33 – 75)	0,66
Saúde Mental	64 (53-80)	60 (46 – 80)	64 (48 – 74)	56 (47 – 72)	0,24
Componente físico	52 (49-56,8)	53 (49 – 56,5)	52,3 (46,3-55,7)	52,5 (45 – 56,1)	0,80
Componente mental	39 (33,6-49,8)	39 (30 – 48,8)	39 (29 – 50,2)	36,3 (28,1 – 43)	0,08

* Kruskal Wallis

ab – sem diferença estatisticamente significativa (método de Dunn)

letras diferentes – diferença estatisticamente significativa (método de Dunn)

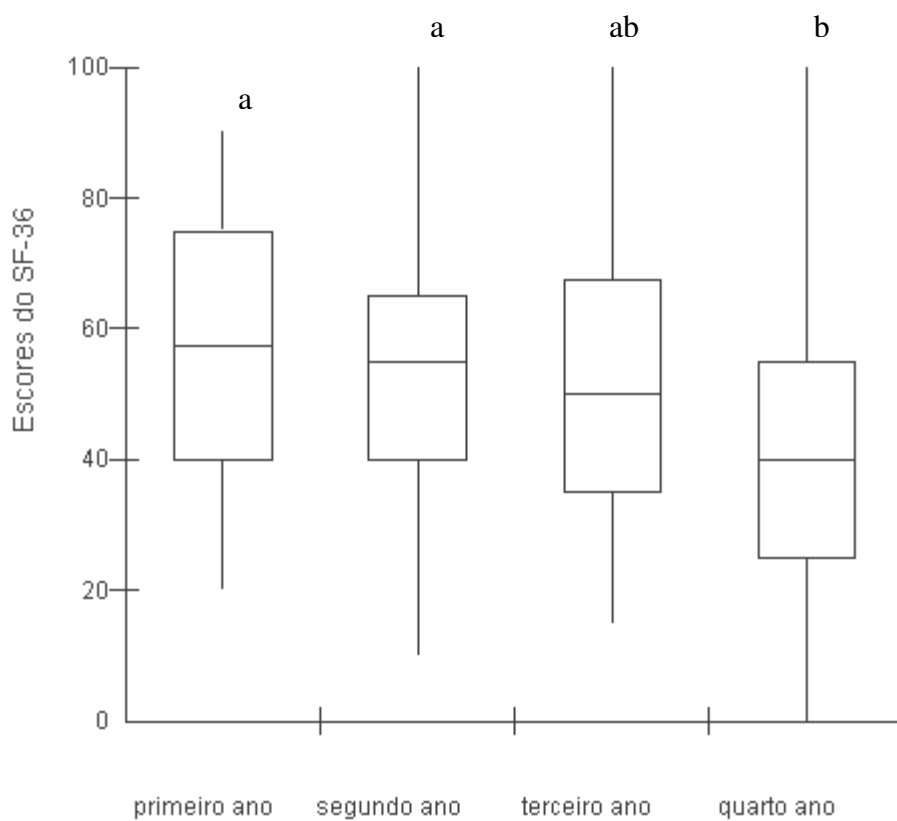
Gráfico 1 – Escores obtidos para o domínio *Capacidade Funcional* dos estudantes do curso de graduação em enfermagem da FAMED-UFU, segundo o ano de estudo, 2007.



ab – sem diferença estatisticamente significativa (método de Dunn)

letras diferentes – diferença estatisticamente significativa (método de Dunn)

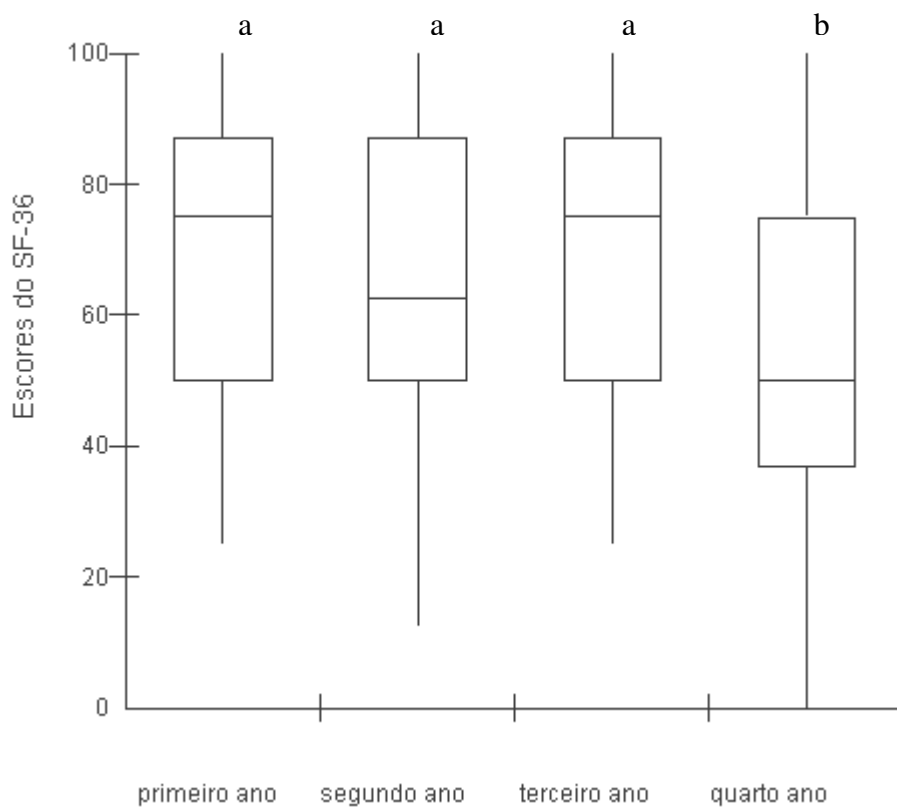
Gráfico 2 – Escores obtidos para o domínio *Vitalidade* dos estudantes do curso de graduação em enfermagem da FAMED-UFU, segundo o ano de estudo, 2007.



ab – sem diferença estatisticamente significativa (método de Dunn)

letras diferentes – diferença estatisticamente significativa (método de Dunn)

Gráfico 3 – Escores obtidos para o domínio *Aspectos Sociais* dos estudantes do curso de graduação em enfermagem da FAMED-UFU, segundo o ano de estudo, 2007.



ab – sem diferença estatisticamente significativa (método de Dunn)

letras diferentes – diferença estatisticamente significativa (método de Dunn)

4.4 - Avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde de acordo com dados sócio-demográficos

As alunas apresentaram escores menores que os alunos nos domínios *capacidade funcional, dor, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais, saúde mental* e no *componente mental* ($p < 0,05$) (Tabela 4).

Tabela 4 - Escores obtidos por meio do SF-36 dos estudantes do curso de graduação em enfermagem da FAMED-UFU, segundo o sexo, 2007

Dom/comp	Mediana (Percentil 25-75)		p valor *
	Feminino n=174	Masculino n=45	
Capacidade Funcional	90 (85-95)	95 (90-100)	0,000
Aspectos Físicos	75 (50-100)	100 (50-100)	0,240
Dor	62 (51-74)	74 (52-84)	0,006
Estado Geral da Saúde	77 (62-87)	77 (67-85)	0,994
Vitalidade	45 (30-60)	65 (40-75)	0,000
Aspetos Sociais	62,5 (37,5-75)	75 (50-87,5)	0,006
Aspectos Emocionais	33,3 (0-66,7)	66,7 (33,3-100)	0,027
Saúde Mental	60 (44-72)	72 (52-80)	0,012
Componente Físico	52,6 (45,7-56,8)	53,2 (49,1-56,2)	0,347
Componente Mental	37,1 (29,4-45,2)	47,2 (32,5-53,3)	0,002

* Teste de Mann-Whitney

Cento e noventa e sete estudantes (76,9%) responderam a questão sobre renda familiar mensal e, destes, 115 (58,3%) apresentavam renda familiar mensal acima de cinco salários mínimos. Não houve correlação entre renda familiar mensal e os escores do SF-36, exceto no domínio *aspectos emocionais* ($r = -0,15$, $p = 0,03$), porém, esta correlação é muito baixa (Tabela5).

Tabela 5 - Coeficiente de correlação entre os domínios e componentes do SF-36 e renda familiar dos estudantes do curso de graduação em enfermagem da FAMED-UFU, 2007.

Dom/comp	Coeficiente de correlação de Spearman	Valor de p
Capacidade Funcional	0,05	0,41
Aspectos Físicos	-0,01	0,83
Dor	0,06	0,40
Estado Geral da Saúde	0,03	0,60
Vitalidade	-0,00	0,99
Aspectos Sociais	0,08	0,24
Aspectos Emocionais	-0,15	0,03
Saúde Mental	0,01	0,84
Componente Físico	0,09	0,17
Componente Mental	-0,05	0,41

Não houve diferença estatisticamente significativa entre os escores do SF-36 e vínculo empregatício (Tabela 6).

Tabela 6 - Escores obtidos por meio do SF-36 dos estudantes do curso de graduação em enfermagem da FAMED-UFU, segundo vínculo empregatício, 2007.

Dom/comp	Mediana (Percentil 25-75)		p valor*
	Sem emprego n=175	Com emprego n=44	
Capacidade Funcional	95 (85-100)	90 (85-100)	0,845
Aspectos Físicos	75 (50-100)	75 (25-100)	0,327
Dor	62 (51-84)	62 (51-84)	0,679
Estado Geral da Saúde	80 (62-87)	72 (57-82,7)	0,220
Vitalidade	50 (35-65)	45 (35-65)	0,867
Aspetos Sociais	62,5 (50-87)	62,2 (37,5-87)	0,438
Aspectos Emocionais	33,3 (0-100)	49,6 (0-100)	0,474
Saúde Mental	60 (44-76)	60 (51-72)	0,705
Componente Físico	52,8 (46,9-56,6)	52,2 (45,8-55)	0,315
Componente Mental	38 (29,8-47,1)	38,5 (29,1-49,7)	0,878

* Teste de Mann-Whitney

4.5 - Avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde de acordo com escores do Inventário de Depressão de Beck

Os alunos com sintomas depressivos obtiveram escores significativamente menores em todos os domínios e componentes do SF-36 em relação aos sem transtorno de humor (Tabela 7)

Tabela 7 - Escores obtidos para cada domínio e componente do SF-36 dos estudantes de graduação em enfermagem da FAMED-UFU, segundo os escores do IDB, 2007.

Dom/comp	Mediana (Percentil 25-75)		p valor*
	IDB ≤15 n=220	IDB ≥ 16 n=36	
Capacidade Funcional	95 (85-100)	85 (75-95)	0,00
Aspectos Físicos	75 (50-100)	50 (25-81,2)	0,00
Dor	64 (51-84)	51 (41-62)	0,00
Estado Geral da Saúde	82 (67-90)	52 (42-63,2)	0,00
Vitalidade	55 (40-70)	30 (20-35)	0,00
Aspectos Sociais	75 (50-87)	37,5 (25-53,1)	0,00
Aspectos Emocionais	66 (33-100)	0 (0-33,3)	0,00
Saúde Mental	68 (52-80)	36 (32-48)	0,00
Componente Físico	53,5 (48,7-57)	47,5 (43,3-52,5)	0,00
Componente Mental	41 (33-49,8)	27,1 (19,5-30,2)	0,00

* Teste de Mann-Whitney

O presente estudo identificou prejuízo na QVRS dos estudantes de enfermagem do quarto ano em relação aos dos demais anos nos domínios *capacidade funcional, vitalidade e aspectos sociais* do SF-36. Estudantes do sexo feminino apresentaram em relação aos do sexo masculino, menores escores nos domínios *capacidade funcional, dor, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais, saúde mental e no componente mental*. Estudantes com sintomas depressivos apresentaram maior comprometimento da função física e psicossocial.

Os resultados do presente estudo indicam a ocorrência de prejuízo na QVRS de estudantes de graduação em enfermagem da FAMED-UFU e, em especial, nos estudantes do quarto ano e sinalizam a interferência do processo de graduação na QVRS destes estudantes. Apesar de não existirem estudos sobre QVRS de alunos de graduação em enfermagem, alguns estudos sobre QV (SAUPE et al., 2004; KAWAKAME, MIYDAHIRA, 2005; CERCHIARI, 2004; OLIVEIRA, CIAMPONE, 2008) demonstram que os estudantes sofrem impacto negativo na QV, ou, apresentam problemas físicos, emocionais ou mentais no decorrer do curso.

No presente estudo, estudantes do quarto ano apresentaram maior comprometimento do seu bem-estar físico e psicossocial do que os dos anos anteriores. Kawakame & Miydahira (2005) também identificaram que alunos ingressantes no curso de enfermagem de uma instituição de ensino superior do interior de São Paulo apresentaram escores de QV, por meio do IQV (Índice de Qualidade de Vida), maiores que os dos anos subsequentes.

O comprometimento da QVRS dos estudantes de enfermagem pode ser atribuído ao processo ensino-aprendizagem, em especial, a necessidade de finalizar o trabalho de conclusão do curso, à proximidade do rompimento do vínculo estudantil e à insegurança e quanto à inserção no mundo do trabalho.

Há de se ressaltar as relações conflitantes vividas por estudantes no ambiente hospitalar, justificadas pela visão hegemônica da medicina que coloca o profissional médico como personagem central e os demais profissionais de saúde como complementares, bem como, a reprodução desses conflitos internamente na equipe de enfermagem, que coloca o profissional enfermeiro como dominador e as demais categorias profissionais como subalternos (SCHOELLER, 2002).

No primeiro ano, apesar do estudante passar por mudanças e experiências novas decorrentes de sua inserção na universidade e sofrer ajustamento ao curso (SANTOS et al.,

2003; SCHERER, et al., 2006), ele desempenha atividades predominantemente teórico-práticas em sala de aula e laboratórios (KAWAKAME, MIYDAHIRA, 2005) nas disciplinas básicas, está encantado com sua entrada na universidade, particularmente em uma universidade pública reconhecida, como é o caso da instituição em que foi realizado este estudo e com isso, apesar dos conflitos adaptativos, o aluno ainda não está amplamente influenciado pelo processo de graduação.

No segundo ano, o estudante de enfermagem da FAMED-UFU é inserido no ambiente hospitalar para realização de atividades práticas. Neste período, observou-se no presente estudo uma redução na mediana dos escores dos domínios *vitalidade* e *aspectos sociais*. O desempenho de atividades práticas ligadas diretamente ao cuidado do paciente é gerador de ansiedade, medo, angústia, conflitos, estresse e sintomas depressivos (EVANGELISTA, et al., 2004; KAWAKAME, MIYDAHIRA, 2005; SADALA, 1994; SANTOS et al., 2003; BECK et al., 1997; LINDOP, 1999, GARRO, et al., 2006, SCHERER, et al., 2006). O contato direto com o sofrimento, a dor e a morte (CARVALHO, et al., 1999; RHEAD, 1995; OLIVEIRA, CIAMPONE, 2006), os conflitos gerados no relacionamento com outros profissionais da área da saúde, professores (TULLY, 2004; OLIVEIRA, CIAMPONE, 2006; OLIVEIRA, CIAMPONE, 2008) e funcionários do setor, (OLIVEIRA, CIAMPONE, 2006; OLIVEIRA, CIAMPONE, 2008; CARVALHO et al., 1999), a dicotomia entre a teoria e a prática (OLIVEIRA, CIAMPONE, 2008), além da sobrecarga de atividades teóricas e práticas (TIMMINS, KALISZER, 2002), podem justificar o prejuízo encontrado nos domínios *vitalidade* que se relaciona com energia e disposição e *aspectos sociais* que se relaciona com disponibilidade para atividades sociais (WARE, 2005).

No terceiro ano, observou-se diminuição nos escores medianos no domínio *vitalidade* e aumento dos escores medianos no domínio *aspectos sociais*. Neste período, são mantidas as atividades teórico-práticas e os estudantes, em geral, estão mais adaptados ao ambiente universitário e aos cenários de ensino-aprendizagem (KAWAKAME, MIYDAHIRA, 2005). Contudo, o prejuízo identificado no domínio *vitalidade* pode ser explicado pela intensificação da carga horária das atividades teóricas e práticas.

No quarto ano, o estudante do curso de enfermagem da FAMED-UFU realiza suas últimas atividades acadêmicas, nas quais disciplinas teóricas coexistem com as práticas e se somam a atividades de pesquisa por meio do trabalho de conclusão de curso. Ocorreu queda nos domínios *capacidade funcional*, *vitalidade* e *aspectos sociais* fato que pode ser

justificado pelo aumento às atribuições acadêmicas, expectativas quanto à formatura, o rompimento do vínculo estudantil e o enfrentamento do mercado de trabalho (PORCU et al., 2001, GARRO, et al.,2006; OLIVEIRA, CIAMPONE, 2008) cada vez mais competitivo e seletivo e que podem causar, portanto, prejuízos físicos, emocionais e sociais, conseqüentemente em sua QVRS. Nossos achados, apesar das diferenças metodológicas e de natureza do estudo, corroboram com os de Telles Filho et al. (1999), que descrevem sinais e sintomas evidenciáveis de estresse manifestados por desgaste físico e emocional entre alunos do último ano do curso de enfermagem que possivelmente provocam impacto negativo na percepção de bem-estar destes estudantes.

A sociedade brasileira espera que o jovem recém formado seja inserido no mercado de trabalho e ofereça retorno aos investimentos feitos na vida estudantil, por meio da realização de atividades para as quais foi preparado. Contudo, nos dias atuais, esse fato não é observado com freqüência, porque o mercado de trabalho é competitivo, desleal e escasso. A expectativa quanto a esse aspecto, pode justificar o prejuízo encontrado no domínio *aspectos sociais* e, corrobora com os achados de Cerchiari (2005), que encontrou altos índices de falta de confiança na capacidade de desempenho/auto eficácia, atribuído a fatores externos relacionados a universidade e sociedade que oferecem garantias mínimas de realização profissional aos alunos formandos.

Quanto à diferença observada entre estudantes do sexo masculino e feminino no presente estudo, as alunas apresentaram maior prejuízo em relação aos alunos em domínios que relacionam limitações a atividades físicas da vida diária (*capacidade funcional*), energia (*vitalidade*), *dor*, o que pode estar relacionado a características físicas inerentes ao sexo feminino, associadas ao desgaste da mulher por sobrecarga de atividades, tradicionalmente incorporadas e maior sensibilidade emocional (*aspectos emocionais, saúde mental e componente mental*).

Melhores índices de QVRS foram observados na população normativa da Suécia entre os participantes do sexo masculino em relação aos do sexo feminino que apresentaram maior prejuízo por meio do SF-36 nos domínios *saúde mental e aspectos emocionais* (JORNGARDEN et al., 2006). Em alguns estudos sobre depressão, ansiedade, estresse e transtornos mentais há maior prevalência destes transtornos entre participantes do sexo feminino (AMARAL, et al., 2008; CERCHIARI, 2005; REZENDE, et AL., 2008). Estudantes universitários dos cursos de ciências da computação, direito, letras e

enfermagem, do sexo masculino apresentaram melhores escores em todos os domínios do WHOQOL 100, exceto no *domínio espiritual* (CERCHIARI, 2004).

Historicamente as mulheres são tratadas como seres inferiores em relação aos homens. A base das desigualdades políticas, sociais, culturais e econômicas é remetida às características físicas do sexo feminino. Mesmo em um contexto de submissão, a mulher consegue ascender e ocupar espaços antes restritos aos homens e quebrar o paradigma da discriminação pautada na constituição do corpo. Com efeito, a desnaturalização e a dimensão relacional entre homens e mulheres adquirem um caráter mais amplo e o conjunto de valores passa a ser orientado por comportamentos e ações sociais (MATTOS, 2003).

No presente estudo, encontramos correlação, ainda que muito baixa e negativa, de renda familiar mensal com o domínio *aspectos emocionais*, fato que nos permite inferir que, talvez surpreendentemente, os estudantes com baixo poder aquisitivo apresentam menor comprometimento da saúde mental. Kawakame, Miydahira (2005), encontraram resultados semelhantes e atribuem ao fato de que pessoas que vivem em países desenvolvidos são menos felizes que as que moram em países em desenvolvimento. Cerchiari (2004), relata que, pessoas baixa renda apresentam pior QV e prejuízo nos domínios *relações sociais e ambiente*. Por outro lado, estudo realizado nos Estados Unidos indica que pessoas com baixa renda apresentam prejuízo nos indicadores de saúde mental, saúde física e capacidade funcional (JIANG, HESSER, 2006).

Na avaliação da presença de sintomas de depressão nossos resultados indicam que estudantes com presença de sintomas depressivos apresentam pior QVRS. Para esta avaliação foi utilizada nota de corte conforme Kendall et al. (1987), apud Gorestein, Andrade (1998), cujos valores são diferenciados para população diagnosticada e não diagnosticada. Valores maiores ou iguais a 16 foram detectados em 36 (14%) estudantes do curso de graduação em enfermagem da UFU. Quando comparados a estudos que utilizaram a mesma nota de corte para o IDB (FUREGATO et al., 2005; FUREGATO et al., 2006), nossos resultados apresentam índices semelhantes. Outros estudos com estudantes de enfermagem (AHMADI, et al., 2004; SANTOS et al., 2003; GARRO, et al., 2006) e alunos de medicina (AMARAL, et al., 2008; PORCU, et al., 2001; REZENDE, et al., 2008), os autores utilizaram nota de corte inferior e encontraram índices mais elevados de estudantes com sintomas depressivos.

Furegato et al. (2005), encontraram 11,4% de alunos com transtorno de humor e identificaram sintomas como crises de choro, tristeza, auto-depreciação, inibição para o trabalho, distúrbios do sono, fadiga e irritabilidade. Entre estudantes do primeiro, segundo e terceiro ano do curso de enfermagem, os autores encontraram 19,2% dos estudantes com valores maiores que 15 pelo IDB (FUREGATO et al., 2006).

Neste estudo, no decorrer do curso, foram observadas porcentagens crescentes de estudantes portadores de sintomas depressivos e o maior índice, entre estudantes do quarto ano (20,3%), assim como maior comprometimento da QVRS, fato que pode ser atribuído à sobrecarga de atividades inerentes a esse período, aliada a perspectivas com o rompimento do vínculo estudantil com a formatura e a proximidade do enfrentamento do mercado de trabalho.

Em outros estudos sobre depressão entre estudantes de enfermagem encontramos índices maiores decorrentes de notas de corte menores (>10) pelo IDB (AHMADI, et al., 2004; SANTOS et al., 2003; GARRO, et al., 2006). Nestes estudos, apesar das diferenças metodológicas, os alunos do último ano apresentam maior prevalência de estado depressivo.

Pessoas em estado depressivo podem apresentar diminuição no rendimento escolar e na realização de atividades do dia a dia. Alunos de enfermagem, em particular, necessitam de altos níveis de cognição e disposição para realizar suas atividades. Estados depressivos nesta fase da vida podem prejudicar seu desempenho acadêmico e contribuir negativamente em sua formação e como profissional (FUREGATO et al., 2005; FUREGATO et al., 2006).

O estado depressivo pode provocar sentimentos de tristeza, perda de interesse por situações habituais, ausência de prazeres, instabilidade emocional, determinar alterações de apetite, sono, repouso, entre outros aspectos. Neste estudo, os estudantes de enfermagem são predominantemente jovens, solteiros, sem filhos, economicamente estáveis e pertencem a um grupo social diferenciado: ao conjunto de estudantes universitários. Situações depressivas podem prejudicar seu desenvolvimento acadêmico e pessoal. Torna-se necessário rastrear os alunos em risco e encaminhá-los para suporte adequado em tempo hábil. Para minimizar os prejuízos encontrados na QVRS destes estudantes é necessário criar e implementar estratégias de ensino-aprendizagem que levem em conta o bem-estar dos estudantes e o acolhimento psico-pedagógico para os estudantes com dificuldades psico-emocionais.

Algumas medidas podem minimizar prejuízos na QVRS, tais como: conhecer as fontes de problemas durante o processo ensino-aprendizagem e a implementação de medidas redutoras com a implantação de programas de apoio e suporte para adaptação do aluno frente às diversas mudanças que ocorrem no decorrer do curso (SAWATZKY, 1998); incentivar a criação de programas tutoriais que visam o aprimoramento de programas pedagógicos, com a criação de tutores de turmas e melhoria da relação professor-aluno (SAUPE, GEIB, 2002); incluir no currículo aspectos como experiências de aprendizagem reflexiva, encorajadoras, empáticas e que busquem competência emocional, realizar e incentivar seminários que desenvolvam habilidades, auto-controle, relaxamento em situações geradoras de ansiedade, que aumentem a exploração sobre capacidades próprias e treinamentos para falar em público (MONTES-BERGES, AUGUSTO, 2007); propiciar intervenções para a redução do estresse em níveis individuais e organizacionais que visem um comportamento saudável, melhora no estilo de vida (JONES, JOHNSTON, 2000) e auto-estima (VIANNA, et al., 2002; JONES, JOHNSTON, 2000); oferecer atendimento multiprofissional para aconselhamento e orientação frente às necessidades individuais e de grupo (FIGUEIREDO, OLIVEIRA, 1995),

Como limitações do estudo o presente estudo apresenta algumas dificuldades metodológicas não que limitam a universalização dos resultados obtidos, pois trata-se de um estudo transversal realizado numa única instituição de ensino superior no Brasil. Estudos longitudinais e multicêntricos que podem espelhar melhor a QVRS dos futuros enfermeiros do nosso país. Utilizou-se, no presente estudo, um instrumento genérico de avaliação da QVRS que apesar de mostrar-se confiável para ser utilizado nesta população certificado pela adequação da confiabilidade da consistência interna dos domínios do instrumento, não identifica aspectos específicos do processo ensino-aprendizagem que podem potencialmente prejudicar a QVRS dos alunos. Torna-se necessário criar instrumentos específicos para esta finalidade. Alguns itens do questionário sócio-demográfico não foram respondidos por todos os participantes, em especial, o item renda familiar mensal. Apesar da colaboração de diretores e professores do curso de graduação em enfermagem da FAMED-UFU houve dificuldade na adesão dos alunos à participação no estudo, fato que nos levou a refletir sobre estratégias de sensibilização para participação dos mesmos neste tipo de estudo. Nossa experiência durante a coleta de dados permite inferir que a participação ativa dos professores na sensibilização dos alunos e a incorporação cultural da importância deste tipo de trabalho para a comunidade em geral

podem minimizar a porcentagem de dados perdidos. Outras estratégias como a aplicação dos questionários no início da aula, apesar do atraso de alguns alunos, foi mais efetiva do que no final da aula, ou antes, do intervalo entre duas aulas, período em que os alunos preferiam ir embora a responder o questionário.

Os estudantes do curso de graduação em enfermagem da FAMED-UFU apresentam prejuízo em sua QVRS, sobretudo, nos estudantes do quarto, nos estudantes do gênero feminino e naqueles portadores de sintomas depressivos. Os índices de sintomas depressivos foram crescentes entre os anos de estudo e atingem o valor máximo nos alunos do quarto ano.

Não houve diferença estatisticamente significativa entre escores do SF-36 e vínculo empregatício.

Não houve correlação entre escores do SF-36 e renda familiar.

REFERÊNCIAS

AHMADI, J.; TOOBAEE, S.; ALISHAHI, M. Depression in nursing students. **Journal Clinical Nursing**, v.13, n.4, p.124, 2004.

AL-KANDARI, F.; VIDAL, V.L. Correlation of the health-promoting lifestyle, enrollment level, and academic performance of College of Nursing Students in Kuwait. **Nursing and Health Sciences**, v.9, p.112-9, 2007.

AMARAL, G.F.; GOMIDE, L.M.P; BATISTA, M.F.; PÍCOLLO, P.P; TELES, T.B.G.; OLIVEIRA, P.M.; PEREIRA, M.A.D. Sintomas depressivos em acadêmicos de medicina da Universidade Federal de Goiás: um estudo de prevalência. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v.30, n.2, p.124-30, 2008.

ANGERAMI, E.L.S.; STEAGALL-GOMES, D.L. Análise da formação do enfermeiro para a assistência enfermagem no domicílio. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.4, n.2, p.5-22,1996.

BAGNATO, M.H.S.; RODRIGUES, R.M. Diretrizes curriculares de graduação de enfermagem: pensando contextos, mudanças e perspectivas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.60, n.5, p.507-12, 2007.

BECK, D. L.; HACKETT, M. B.; SRIVASTAVA, R.; MCKIM, E.; ROCKWELL, B. Perceived level and sources of stress in University Professional Schools. **Journal of Nursing Education**, v.36, p.180-86, 1997.

BIRNBACHER, D. Quality Of Life - Evaluation or Description? **Ethical Theory and Moral Practice**, v. 2, p. 25–36, 1999.

BRASIL. Ministério da Educação. Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição. Disponível em <<http://portal.mec.gov.br>> Acesso em: 1 out. 2007.

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

CARVALHO, M.D.B.; PELLOSO, S.M.; VALSECH.,E.A.A.S.; COIMBRA, J.A.H. Expectativa dos alunos de enfermagem frente ao primeiro estágio em hospital. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, v.33, n.2, p.200-6, 1999.

CERCHIARI, E. A. N. **Saúde mental e qualidade de vida em estudantes universitários**, 2004. 283 f. Tese (Faculdade de Ciências Médicas), UNICAMP Campinas, SP.

CERCHIARI, E. A. N; CAETANO, D.; FACCENDA, O. Prevalência de transtornos menores em estudantes universitários. **Estudos de Psicologia**, v.10, n.3, p.413-20, 2005.

CICONELLI, R.M.; FERRAZ, M.B.; SANTOS, W.; MEINÃO, I.; QUARESMA, M.R. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). **Revista Brasileira de Reumatologia**, v.39, n.3, p.143-150, 1999.

CRAMER, J.A.; CAMFIELD, C.; CORPAY, H.; HELMSTAEDTER, C.; LANGFITT, J.; MALMGREN, K.; WIEBE, S. Principles of Health related Quality of Life: Assessment in Clinical Trials. **Epilepsia**, v. 3, n. 9, p. 1084-1095, 2002.

DODDS, A. E.; LAWRENCE, J. A.; WEARING, A. J. What makes nursing satisfying: a comparison of college students and registered nurses views **Journal of Advanced Nursing**, v. 16, n.6, p.741-53, 1991.

EISER, C.; MORSE, R. The measurement of quality of life in children: past and future perspectives. **Journal of Developmental Behavioral Pediatrics**, v. 22, n. 4, p. 248-255, 2001.

EVANGELISTA, A. R.; HORTENSE, P.; SOUSA, F. A. E. F. Estimação de magnitude do estresse, pelos alunos de graduação, quanto ao cuidado de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 12, n.6, p. 913-7, 2004.

FACUNDES, V.L.D.; LUDERMIR, A. B. Common mental disorders among health care students. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.27, n.3, p.194-200, 2005.

FAYERS, P.M.; MACHIN, D. **Quality of life** – The assessment, analysis and Interpretation of patient-report outcomes. New York: Wiley, 2007. 544p.

FIGUEIREDO, R.M.; OLIVEIRA, M.A. P. Necessidades de estudantes universitários para implantação de um serviço de orientação e educação em saúde mental. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.3, n.1, p.5-18, 1995.

FLECK, M. P. A. O instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. **Ciência Saúde Coletiva**, v.5 n.1, p.33-38, 2000.

FRANCO, G.P. **Qualidade de vida e sintomas depressivos em residentes de enfermagem da UNIFESP/EPM**, 2002. 106 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem).UNIFESP/EPM, São Paulo.

FRANCO, G.P.; BARROS, A.L. B. L.; MARTINS, L. A. N. Qualidade de vida e sintomas depressivos em residentes de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.2, n.13, p.139-44, 2005.

FUREGATO, A.R.F.; NIEVAS. A.F.; SILVA, E.C.; COSTA JÚNIOR, M.L. Pontos de vista e conhecimentos dos sinais indicativos de depressão entre acadêmicos de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.39, n.4, p.401-8, 2005.

FUREGATO, A.R.F.; SILVA, E.C.; CAMPOS, M.C.; CASSIANO, R.P.T. Depressão e auto-estima entre acadêmicos de enfermagem. **Revista Psiquiatria Clínica**, v.33, n.5, p.239-44, 2006.

GARRO, I.M.B.; CAMILLO,S.O.; NÓBREGA, M.P.S.S. Depressão em graduandos de enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.19, n.2, p.162-7, 2006.

GEOVANINI, T. A enfermagem no Brasil. *In*: GEOVANINI, T. **História da enfermagem**: versões e interpretações. Revinter, Rio de Janeiro, 2002, cap.2, p.29-57.

GILL, T. M.; FEINSTEIN, A. R. A critical appraisal of the quality of life measurements. **Journal of the American Medical Association**, v. 272, n. 8, p. 619-626, 1994.

GORESTEIN, C.; ANDRADE, L. Inventário de Depressão de Beck: propriedades psicométricas da versão em português. **Revista Psiquiatria Clínica**, v.20, n.2, p. 45-53, 1998.

GUYATT, G. H. et al. Users' guides to the medical literature. XII. How to use articles about health-related quality of life: evidence-based medicine working group. **Journal of the American Medical Association**, v. 277, n. 15, p. 1232-1237, 1997.

GUYATT, G.H.; FEENY, D.H.; PATRICK, D.L. Measuring health-related quality of life. **Annals of internal medicine**, v.118, n. 8, p.622-29, 1993.

JIANG Y.; HESSER, J.L. Associations between health-related quality of life and demographics and health risks. Results from Rhode Island's 2002 behavioral risk factor survey. **Health and quality of Life Outcomes**., 2006. Disponível em <http://www.hqlo.com/content/4/1/14>. Acesso em: 15 de dez. de 2007.

JONES, M. C; JOHONSTON, M. A. Reducing distress in first level and student nurses: a review of the applied stress management literature. **Journal of Advanced Nursing**, v.32, n.1, p 66-74, 2000.

JORGE, M. S. B. Situações vivenciadas pelos alunos de enfermagem durante o curso no contexto universitário apontadas como norteadoras de crise. **Revista Escola Enfermagem USP**, v.30, n.1, p.138-48, 1996.

JORNGARDEN, A.; WETTERGEN, L.; ESSEN, L. Measuring health-related quality of life in adolescents and young adults: Swedish normative data for the SF-36 and the HADS, and the influence of age, gender, and method of administration. **Health and Quality of Life Outcomes**, v.4, n.91, 2006. Disponível em <http://www.hqlo.com/content/4/1/91>. Acesso em 15 de out. 2008.

KAWAKAME, P.M.G.; MIYDAHARA, A.M.K. Qualidade de vida de estudantes de graduação em enfermagem. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, v.2, n.39, p.164-72, 2005.

LIMA, M.A.D.S. Ensino de enfermagem: retrospectiva, situação atual e perspectivas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.47, n.3, p.270-7, 1994.

LINDOP, E. Comparative study of stress between pre-and post-Project 2000 students. **Journal of Advanced Nursing**, v.29, n.4, p.967-973, 1999.

MATTOS, S.M. Gênero, uma possibilidade de interpretação. **Caderno Espaço Feminino**. V.10, n.12/13, p81-113, 2003.

MAURO, M.Y.C.; SANTOS, C.C.; OLIVEIRA, M.M.; LIMA, P.T. O estresse e a prática de enfermagem: quando parar e refletir? Uma experiência com estudantes de enfermagem. **Acta Paulista Enfermagem**, v.3, número especial, Parte II, p. 44-48, 2000.

MCHORNEY, C.A.; WARE, J.E.; LU, J.F.; SHERBOURNE, C.D. The MOS 36-item Short-Form Health Survey (SF-36): III. Tests of data quality, scaling assumptions, and reliability across diverse patient groups. **Med Care**, v.32, n.1, p. 40-66, 1994.

MONTES-BERGES, B.; AUGUSTO, M. Exploring the relationship between perceived emotional intelligence, coping, social support and mental health in nursing students. **Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing**, v.14, p.163-71, 2007.

MOREIRA, A. Dismitificando a origem da enfermagem brasileira. *In*: GEOVANINI, T. **História da enfermagem: versões e interpretações**. Revinter, Rio de Janeiro, 2002, parte II, cap.6, p.83-91.

NETO, R. F.; OBARA, C.S.; MACEDO, P.C.M; CÍTERO, V.A.; NOGUEIRA-MARTINS, L.A. Clinical and demographic profile of users of a mental health system for medical residents and other health professionals undergoing training at the Universidade Federal de São Paulo. **Medical Journal**, v.122, n.4, p. 152-157, 2004.

NOGUEIRA-MARTINS, L.A.; NETO, R.F.; MACEDO, P.C.M.; CÍTERO, V.A. The mental health of graduate students at the Federal University of São Paulo: a preliminary report. **Brazilian Journal of Medical and Biological Research**, v.37, p.1519-24, 2004.

OLIVEIRA, R.A.; CIAMPONE, M.H.T. A universidade como espaço promotor de qualidade de vida: vivências e expressões dos alunos de enfermagem. **Texto e Contexto de Enfermagem**, v.15, n.2, p.254-61, 2006.

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

PAGANA, K. D. Stresses and threats reported by baccalaureate students in relation to an initial clinical experience. **Journal Nurse Education** v.27, n.9, p.418-24, 1988.

PORCU, M.; FRITZEN, C.V.; HELBER, C. Sintomas depressivos nos estudantes de medicina da universidade Estadual de Maringá. **Psiquiatria na Prática Médica**, 2006. Disponível em <http://www.unifesp.br/dpsiq/polbr/ppur/original501.htm>. Acesso em 20 de nov. de 2008.

REZENDE, C.H.A.; ABRÃO, C.B.; COELHO, E.P.; PASSOS, L.B.S. Prevalência de sintomas depressivos entre estudantes de medicina da Universidade Federal de Uberlândia. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v.32, n.3, p.315-23, 2008.

RHEAD, M.M Stress among student nurses: is it practical or academic? **Journal of Clinical Nursing**, v.4. p.369-376, 1995.

SADALA, M.L.A., 1994. Estudo da ansiedade como variável no relacionamento aluno-paciente. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v.2, n.2, p.21-35, 1994.

SANDØE, P. Quality of Life: three competing views. **Ethical Theory and Moral Practice**, v. 2, p. 11-23, 1999.

SANTOS, T.M.; ALEMEIDA, A. O.; MARTINS, H. O.; MORENO, V. Aplicação de um instrumento de avaliação do grau de depressão em universitários do interior paulista durante a graduação em enfermagem. **Acta Scientiarum Health Sciences**, v.25, n.2, p.171-176, 2003.

SAUPE, R.; GEIB, L.T.C. Programas tutoriais para os cursos de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.10, n.5, p.721-6, 2002

SAUPE, R.; NIETCHE, E.A.; CESTARI, M.E.; GIORGI, M.D.M.; KRAHL, M. Qualidade de vida dos acadêmicos de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 12, n.4, p.636-642, 2004.

SAWATZKY, J.A.V. Understanding nursing students' stress: a proposed framework. **Nurse Education Today**, v.18, p.108-115, 1998.

SCHERER, Z. A. P.; SCHERER, E. A.; CARVALHO, A.M.P. Reflexões sobre o ensino da enfermagem e os primeiros contatos do aluno com a profissão. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.14, n.2, p.285-91, 2006.

SCHOELLER, S.D. Processo de trabalho e organização trabalhista. *In*: GEOVANINI, T. **História da enfermagem: versões e interpretações**. Revinter, Rio de Janeiro, 2002, parte III, cap. 9, p.135-168.

SILVA, K. L.; SENA, R. R. A educação de enfermagem: buscando a formação crítico-reflexiva e as competências profissionais. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.14, n.5, p.755-61, 2006.

TAKAHASHI, R.T. A opção profissional do aluno de enfermagem: um estudo na Escola de Enfermagem da USP. **Nursing**, v.4, n.36, p.30-4, 2001.

TELLES FILHO, P.C.P.; PIRES, E.; ARAÚJO, G.A. Características evidenciáveis de estresse em discentes de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.7, n.2, p.91-93, 1999.

THE WHOQOL GROUP. The world health organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the world health organization. **Social Science and Medicine**, v. 41, n. 10, p. 1403-1409, 1995.

TIMMINS, F; KALISZER, M Aspects of nurse education programmes that frequently cause stress to nursing students – fact-finding sample survey. **Nurse Education Today**, v.22, p. 203-211, 2002.

TULLY, A. Stress, sources of stress and ways of coping among psychiatric nursing students. **Journal of psychiatric and mental health nursing**, n.11, p. 43-47, 2004.

VENDRÚSCOLO, D.M.S.; MANZOLLI, M.C. O currículo na e da enfermagem: por onde começar e recomeçar. **Revista Latino –Americana de Enfermagem**, v.4, n.1, p.55-70, 1996.

VIANNA, L.A.C.; BOMFIM, G.F.T; CHICONE, G. Auto-estima dos alunos de graduação de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.55, n.5, p.503-508, 2002.

WARE, J. E.; SHERBOURNE, C. D. A 36-item short-form health survey. I. Conceptual framework and item selection. **Medical Care**, v. 30, n. 6, p. 473-483, 1992.

WARE, J.E.; KOSINSKI, M.; GONDEK, K.B., 2005. SF-36® health survey manual & interpretation guide. Lincoln, RI: qualitymetric incorporated, 1993, 2000.

WARE, J.E.Jr. Conceptualization and Measurement of Health-Related Quality of Life: Comments on an Evolving Field. **Archives of Physical Medicine Rehabilitation**, v. 84, p.43-51, 2003. Supplement 2.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Constitution of the World Health Organization. **Off. Rec. Wld Hlth Org.**, 2, 100, 1946. Basic Documents, Forty-fifth edition, p.1-18, Supplement, 2006.

Anexo I

Apêndice I

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado aluno,

Venho através deste, convida-lo para participar do estudo intitulado “Qualidade de vida relacionada à saúde dos acadêmicos de enfermagem da Universidade Federal de Uberlândia por meio de um instrumento genérico (SF-36)”.

Este estudo tem por objetivo verificar a influência do processo de graduação em enfermagem, na qualidade de vida relacionada à saúde dos alunos.

Você será solicitado a responder um questionário de avaliação de qualidade de vida (SF-36) e outro para identificar transtorno de humor (Inventário de Depressão de Beck), e a informar dados sócio-demográficos. Os questionários serão fornecidos por mim abaixo assinado e/ou por colaboradores do projeto e deverão ser respondidos de forma auto-aplicada em sala de aula, após consentimento da direção a faculdade e do professor responsável pela aula.

O estudo não acarretará qualquer risco, desconforto, custo ou remuneração a você. Fica esclarecido que você poderá recusar-se a participar do estudo ou retirar seu consentimento em qualquer momento da pesquisa, sem penalização ou prejuízo. Serão garantidos o sigilo absoluto, sua privacidade e anonimato; os dados serão confidenciais, e você será identificado por um código numérico.

Fica esclarecido que esses dados passarão a fazer parte do banco de dados do Grupo de Pesquisa em Qualidade de Vida Relacionada à Saúde da Universidade Federal de Uberlândia, podendo ser utilizados em outros estudos.

Qualquer dúvida sobre o estudo será esclarecida por telefone pelos pesquisadores, sendo: Ismelinda Maria Diniz Mendes (0xx34 3842 3837), Dr Carlos Henrique Martins da Silva (0xx 3235 0072), orientador do projeto e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFU (0xx34 3239 4531).

Por concordar com os termos acima, dou meu consentimento em participar deste estudo, firmando por extenso o presente.

Aluno do curso de graduação em enfermagem – Universidade Federal de Uberlândia

Ismelinda Maria Diniz Mendes Souza
Pesquisadora do Grupo Qualidade de Vida – Universidade Federal de Uberlândia

Uberlândia, de de 2007.

Anexo II

Versão Brasileira
do questionário genérico de
qualidade de vida
SF-36

DATA: ___/___/___ 58

HORA INÍCIO: _____

ID: ___ - _____

Versão Brasileira do questionário de qualidade de vida SF-36

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

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

(circule uma)

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

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

(circule uma)

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

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

(circule um número em cada linha)

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

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

(circule uma em cada linha)

	Sim	Não
13 a. Você diminuiu a quantidade de tempo que dedicava-se ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
14 b. Realizou menos tarefas do que você gostaria ?	1	2
15 c. Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou em outras atividades?	1	2
16 d. Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades (p.ex: necessitou de um esforço extra) ?	1	2

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

(circule uma em cada linha)

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

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

(circule uma)

20

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

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

(circule uma)

21

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

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

(circule uma)

22

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

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

(circule um número para cada linha)

	Todo tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca	
23	a. Quanto tempo você tem se sentido cheio de vigor, cheio de vontade, cheio de força?	1	2	3	4	5	6
24	b. Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5	6
25	c. Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode animá-lo?	1	2	3	4	5	6
26	d. Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranquilo?	1	2	3	4	5	6
27	e. Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
28	f. Quanto tempo você tem se sentido desanimado e abatido?	1	2	3	4	5	6
29	g. Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
30	h. Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
31	i. Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

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

(circule uma)

32

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

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

(circule um número em cada linha)

33

34

35

36

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

TEMPO FINAL: _____

Anexo III - INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK

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

1. 0 Não me sinto triste.
1 Eu me sinto triste.
2 Estou sempre triste e não consigo sair disto.
3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar.
2. 0 Não estou especialmente desanimado quanto ao futuro.
1 Eu me sinto desanimado quanto ao futuro.
2 Acho que nada tenho a esperar.
3 Acho o futuro sem esperança e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar.
3. 0 Não me sinto um fracasso.
1 Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum.
2 Quando olho para trás, na minha vida, tudo que posso ver é um monte de fracassos.
3 Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso.
4. 0 Tenho tanto prazer em tudo como antes.
1 Não sinto mais prazer nas coisas como antes.
2 Não encontro um prazer real em mais nada.
3 Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo.
5. 0 Não me sinto especialmente culpado.
1 Eu me sinto culpado grande parte do tempo.
2 Eu me sinto culpado na maior parte do tempo.
3 Eu me sinto sempre culpado.
6. 0 Não acho que esteja sendo punido.
1 Acho que posso ser punido.
2 Creio que serei punido.
3 Acho que estou sendo punido.
7. 0 Não me sinto decepcionado comigo mesmo.
1 Estou decepcionado comigo mesmo.
2 Estou enojado de mim.
3 Eu me odeio.
8. 0 Não me sinto, de qualquer modo, pior que os outros.
1 Sou crítico em relação a mim por minhas fraquezas ou erros.
2 Eu me culpo sempre por minhas falhas.
3 Eu me culpo por tudo de mau que acontece.

9. 0 Não tenho quaisquer idéias de me matar.
1 Tenho idéias de me matar, mas não as executaria.
2 Gostaria de me matar.
3 Eu me mataria se tivesse oportunidade.
10. 0 Não choro mais do que o habitual.
1 Choro mais agora do que costumava.
2 Agora, choro o tempo todo.
3 Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo, mesmo que a queira.
11. 0 Não sou mais irritado agora do que já fui.
1 Fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que costumava.
2 Atualmente me sinto irritado o tempo todo.
3 Não me irrito mais com as coisas que costumavam me irritar.
12. 0 Não perdi o interesse pelas outras pessoas.
1 Estou menos interessado pelas outras pessoas do que costumava estar.
2 Perdi a maior parte do meu interesse pelas outras pessoas.
3 Perdi todo o meu interesse pelas outras pessoas.
13. 0 Tomo decisões tão bem quanto antes.
1 Adio as tomadas de decisões mais do que costumava.
2 Tenho mais dificuldade em tomar decisões do que antes.
3 Não consigo mais tomar decisões.
14. 0 Não acho que minha aparência esteja pior do que costumava ser.
1 Estou preocupado por estar parecendo velho ou sem atrativos.
2 Acho que há mudanças permanentes na minha aparência que me fazem parecer sem atrativos.
3 Acredito que pareço feio.
15. 0 Posso trabalhar tão bem quanto antes.
1 Preciso de um esforço extra para fazer alguma coisa.
2 Tenho que me esforçar muito para fazer alguma coisa.
3 Não consigo mais fazer trabalho algum.
16. 0 Consigo dormir tão bem como o habitual.
1 Não durmo tão bem quanto costumava.
2 Acordo uma a duas horas mais cedo que habitualmente e tenho dificuldade em voltar a dormir.
3 Acordo várias horas mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir.
17. 0 Não fico mais cansado do que o habitual.
1 Fico cansado com mais facilidade do que costumava.
2 Sinto-me cansado ao fazer qualquer coisa.
3 Estou cansado demais para fazer qualquer coisa.

18. 0 Meu apetite não está pior do que o habitual.
1 Meu apetite não é tão bom quanto costumava ser.
2 Meu apetite está muito pior agora.
3 Não tenho mais nenhum apetite.
19. 0 Não tenho perdido muito peso, se é que perdi algum recentemente.
1 Perdi mais de dois quilos e meio.
2 Perdi mais de cinco quilos.
3 Perdi mais de sete quilos. Estou tentando perder peso de propósito, comendo menos:
Sim () Não ()
20. 0 Não estou mais preocupado com minha saúde do que o habitual.
1 Estou preocupado com problemas físicos, tais como dores, indisposição do estômago ou prisão de ventre. .
2 Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa.
3 Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa.
21. 0 Não notei qualquer mudança recente no meu interesse por sexo.
1 Estou menos interessado por sexo do que costumava estar.
2 Estou muito menos interessado em sexo atualmente.
3 Perdi completamente o interesse por sexo.

Apêndice II – Dados sócio-demográficos

1 – IDADE: _____anos

2 - DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____

3 – SEXO: masculino [] feminino []4 – ESTADO CIVIL: casado [] solteiro [] viúvo [] separado [] amasiado []5 – FILHOS: não [] sim [] – n° _____6 – COR: branca [] negra [] parda [] amarela []

7 – MUNICÍPIO QUE RESIDE:

zona urbana [] zona rural []

8 – ESCOLARIDADE

outro curso superior – não [] sim []

9 – ESTÁ EMPREGADO NO MOMENTO?

Sim [] não []

10 – PROFISSÃO: _____OCUPAÇÃO:

11- ESTÁ APOSENTADO?

Não [] sim [] motivo

12 – RENDA PESSOAL:

R\$ _____

Ou

_____ salários mínimos

(nota: salário mínimo = R\$ 380,00)

13 – RENDA FAMILAIR

R\$ _____

Ou

_____ salários mínimos

(nota: salário mínimo = R\$ 380,00)

14 – DOENÇAS CRÔNICAS CONCOMITANTES

Hipertensão arterial []¹
Diabetes []²
Depressão []³
Asma []⁴
DPOC []⁵
Doenças neurológicas []⁶
Doenças auto-imunes (quais) []⁷
Doenças reumatológicas (quais) []⁸
Outra (s) []⁹

15 – DOENÇAS EM PARENTES PRÓXIMOS:

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

16 – VOCÊ MORA: com sua família [] república [] pensioanto []
sozinho [] outro []