

Qualidade de vida dos médicos residentes: estudo de caso de um hospital de ensino federal

Quality of life of medical residents: case study of a federal teaching hospital

Calidad de vida de los médicos residentes: estudio de caso de un hospital de enseñanza federal

Adriane Vieira¹
Fabiana Maria Kakehasi²
Marilene Vale de Castro Monteiro³
Lorrana Risi Moreira⁴
João Antonio Deconto⁵

Resumo: O ingresso nos cursos de medicina provoca mudanças no estilo de vida dos acadêmicos, em função de vários fatores estressantes, dentre eles a intensa dedicação aos estudos. O objetivo deste estudo foi analisar a qualidade de vida dos médicos-residentes de um hospital de ensino federal, no estado de Minas Gerais. O método de pesquisa adotado foi o levantamento de dados (*survey*), por meio do questionário WHOQOL-Bref, com uma amostra de 254 residentes. Para a análise dos dados recorreu-se à estatística descritiva. Os resultados apontam percepções quanto a qualidade de vida global e geral da saúde de não estar satisfeito nem insatisfeito com a condição. Os domínios Físico e Meio Ambiente foram aqueles que apresentaram as facetas com médias mais baixas, exigindo especial atenção para com os fatores sono e repouso, sentimentos negativos, recursos financeiros, lazer e qualidade do ambiente físico, que articulados podem afetar a disposição e a capacidade para o trabalho, favorecendo os sentimentos de desânimo, ansiedade, mau humor e até depressão. A ausência de monitoramento do estado emocional pode incorrer em maior risco para estados depressivos, consumo álcool e disfunções conjugais.

Palavras-Chave: Qualidade de vida; Residência; Médicos; Hospital; Saúde.

Abstract: The admission to medical courses cause changes in the lifestyle of the academics, due to several stressors, like the intense dedication to the studies. The goal of this study was to analyze the quality of life of the medical residents of a federal teaching hospital. The research method was the survey, through of the WHOQOL-Bref questionnaire, with a sample of 254 residents. For the analysis of the data we used descriptive statistics. The results indicate perceptions regarding overall and general health quality of life of not being satisfied or dissatisfied with the condition. The Physical and Environmental domains were those that presented the facets with lower means, demanding special attention to sleep and rest factors, negative feelings, financial resources, leisure and quality of the physical environment, which can affect the disposition and the capacity to work, favoring feelings of discouragement, anxiety, moodiness and even depression. The absence of monitoring of emotional state may incur a greater risk for depressive states, alcohol consumption and marital dysfunctions.

Key words: Quality of life; Residence; Doctors; Hospital; Cheers.

¹ Graduando em Gestão de Serviços de Saúde da UFMG. E-mail: vadri.bh@gmail.com

² Professora Associada do Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da UFMG. E-mail: fmkakehasi@gmail.com

³ Professora Associada do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia d da Faculdade de Medicina da UFMG. E-mail: marilene.vale@gmail.com

⁴ Graduando em Gestão de Serviços de Saúde da UFMG. E-mail: lorryanarm2@gmail.com

⁵ Graduando em Gestão de Serviços de Saúde da UFMG. E-mail: joaodeconto@gmail.com

Resumen: El ingreso en los cursos de medicina provoca cambios en el estilo de vida de los académicos, en función de varios factores estresantes, como la intensa dedicación a los estudios. El objetivo de este estudio fue analizar la calidad de vida de los médicos-residentes de un hospital de enseñanza federal, en el estado de Minas Gerais. El método de investigación adoptado fue el levantamiento de datos (survey), por medio del cuestionario WHOQOL-Bref, con una muestra de 254 residentes. Para el análisis de los datos se recurrió a la estadística descriptiva. Los resultados apuntan percepciones en cuanto a la calidad de vida global y general de la salud de no estar satisfecho ni insatisfecho con la condición. Los dominios Físico y Medio Ambiente fueron aquellos que presentaron las facetas con medias más bajas, exigiendo especial atención para con los factores sueño y reposo, sentimientos negativos, recursos financieros, ocio y calidad del ambiente físico, que articulados pueden afectar la disposición y la capacidad para el trabajo, favoreciendo los sentimientos de desánimo, ansiedad, mal humor e incluso depresión. La ausencia de monitoreo del estado emocional puede incurrir en mayor riesgo para estados depresivos, consumo de alcohol y disfunciones conyugales.

Palabras clave: Calidad de vida; Residencia; Médicos; Hospital; Salud.

1 Introdução

O ingresso nos cursos de graduação e pós-graduação de medicina tem provocado fortes mudanças no estilo de vida dos acadêmicos, em função da necessidade de adaptação a um processo de ensino-aprendizagem que exige intensa carga horária de estudo (BENEVIDES-PEREIRA; GONÇALVES, 2009). Os estudantes encontram também um ambiente exigente e competitivo, no qual estão presentes outros fatores estressantes, tais como: impossibilidade de dominar todo o conhecimento de que necessita; medo de cometer erros; dificuldade de manter uma vida pessoal satisfatória; falta de preparo para o enfrentamento de situações existenciais humanas; e interação com uma população que se encontra cada dia mais exigente (GUIMARÃES, 2007; FERREIRA *et al.*, 2009; VASCONCELOS *et al.*, 2015). Segundo Nogueira-Martins *et al.* (2004) existe uma insalubridade psicológica inerente ao trabalho médico, provocada pelo contato com a dor, com o sofrimento, com a intimidade corporal e emocional, com pacientes terminais, com pacientes difíceis e com limitações do conhecimento médico e do sistema assistencial.

Enquanto modalidade de ensino de pós-graduação, a residência médica tem como finalidade promover a especialização clínica e o desenvolvimento de competências emocionais, para que o profissional possa lidar com as pressões psicológicas, no entanto, embora reconhecida como uma forma eficiente de capacitação profissional, nos últimos anos ela tem sido submetida a diversas críticas em vários países do mundo, em especial em relação à sobrecarga assistencial, à excessiva carga horária e à privação do sono (HELLER, 2008).

De acordo com Firth-Cozens, Cording e Ginsburg (2003) e Swide e Kirsh (2007), a

carga de trabalho e a falta de experiência profissional são os fatores que mais podem contribuir para o desenvolvimento de crises adaptativas e transtornos mentais em médicos residentes, impactando negativamente na qualidade do tratamento dos usuários e na qualidade de vida dos médicos residentes. A ausência de monitoramento do estado emocional e de ações de promoção da saúde podem incorrer em maior risco para estados depressivos com ideia suicida, consumo excessivo de álcool, adição a drogas, disfunções conjugais, raiva crônica, ceticismo e mau humor (GUIMARÃES, 2007; LOURENÇÃO *et al.*, 2010; ROTENSTEIN, 2016; MAYER, 2017). Nesse contexto, apresenta-se o seguinte problema de pesquisa: qual o impacto da residência na qualidade de vida do médico?

A preocupação com a qualidade de vida vem ganhando importância nas últimas décadas, dada a necessidade de perceber o indivíduo como um ser biopsicossocial (PEDROSO; PILATTI, 2010) e desenvolver abordagens terapêuticas respeitando a sua integração na comunidade, de modo a preservar as condições físicas e garantir que ele se sinta psicologicamente bem preparado para exercer seu trabalho.

A Organização Mundial da Saúde – OMS (*World Health Organization - WHO*) - define qualidade de vida como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHO, 1997, p. 1). Dada a complexidade que é manter todos esses domínios em situação de equilíbrio a partir de uma perspectiva transcultural, o Grupo de Qualidade de Vida da OMS (*The Group World Health Organization Quality of Life - WHOQOL*) desenvolveu um questionário composto com cem questões, denominado WHOQOL-100 (WHOQOL GROUP, 1998; FLECK, 1999a; 1999b). Posteriormente foi desenvolvida a versão abreviada, o WHOQOL-Bref, composto por quatro domínios de interesse: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente (VAZ SERRA *et al.*, 2006).

Tendo por objeto de estudo um hospital de ensino federal de Minas Gerais, esta pesquisa teve como objetivo analisar a qualidade de vida dos médicos-residentes nos quatro domínios estabelecidos pelo WHOQOL-bref. O método de investigação escolhido foi o *survey*, com análise estatística de uma amostra de 254 questionários respondidos.

Conforme Aquino (2012), os níveis de perturbações emocionais entre médicos residentes parece estar aumentando em nosso meio, justificando o desenvolvimento de

pesquisas e publicações que despertem para a necessidade de implementação de medidas preventivas durante o treinamento e a prática médica.

Este trabalho está organizado em cinco itens, considerando esta introdução. Na sequência apresenta-se o referencial teórico que deu sustentação a análise de dados, abrangendo dois tópicos: origem dos estudos, conceitos e medidas de qualidade de vida; e resultados de estudos sobre a qualidade de vida dos médicos residentes. No item três fazemos uma descrição da metodologia da pesquisa, no item quatro descrevemos e analisamos os dados coletados, e no item cinco tecemos nossas considerações finais, apresentando as limitações do estudo e sugestões para futuras pesquisas.

2 Referencial teórico

2.1 Qualidade de vida: origem dos estudos, conceitos e medidas

O tema qualidade de vida tem sido objeto de interesse e investigação de profissionais das áreas de ciências da saúde, humanas e sociais aplicadas, portanto, sua abordagem é multidisciplinar (PEDROSO; PILATTI, 2010). Por volta dos anos 1950 pesquisas começaram a ser desenvolvidas tendo como principal objeto de estudo formas de deixar as pessoas mais motivadas no trabalho (REIS JÚNIOR, 2008). Segundo Fleck *et al.* (1999a, p.20) a expressão qualidade de vida foi empregada pela primeira vez pelo presidente dos Estados Unidos, Lyndon Johnson, em 1964, ao declarar que “os objetivos não podem ser medidos através do balanço dos bancos; eles só podem ser medidos através da qualidade de vida que proporcionam às pessoas.”

O interesse em temas como ‘padrão de vida’, ‘condições de vida’, ‘motivação’, e ‘qualidade de vida’, foi partilhado por políticos, psicólogos, filósofos e pesquisadores sociais (REIS JÚNIOR, 2008) e com a popularização do termo surgiram duas ramificações de estudos: a qualidade de vida no trabalho (QVT) e a qualidade de vida (QV) relacionada à saúde de forma ampla e transcultural.

Os estudos sobre o tema nos Estados Unidos floresceram nos anos 1980 e 1990, impulsionados pela constatação de que houve uma diminuição do compromisso dos empregados com seus trabalhos e um aumento da competitividade nos mercados, levando as

empresas a criarem programas de produtividade centrados no empregado. A partir de então, pesquisadores acadêmicos a desenvolverem várias escalas para avaliar a percepção dos trabalhadores em relação a diversos aspectos do ambiente de trabalho (WALTON, 1973; HACKMAN; OLDFHAM, 1975; WETHER; DAVIS, 1983; VIEIRA, 1996).

Nesse mesmo período surgiram, no Brasil, grupos de estudo em vários estados, difundindo amplamente o tema (SIQUEIRA; COLETA, 1989). Naquela época, o entendimento sobre o tema QVT deixou de estar associado às condições físicas de trabalho e passou a considerar que outras situações também interferiam no estado de bem-estar, tais como os fatores tecnológicos e os sociopsicológicos.

Os estudos sobre QV na saúde, por sua vez, apresentam uma perspectiva mais ampla, com foco de análise para além das situações de trabalho, envolvendo os aspectos psicológicos, biológicos e sociais de indivíduos e sociedades. Isso torna difícil a conceitualização da QV, tendo em vista seu caráter subjetivo, sua complexidade e suas várias dimensões (PEDROSO; PILATTI, 2010).

Para Minayo (2000), a QV é determinada por fatores como estado de saúde, longevidade, satisfação no trabalho, salário, lazer, relações familiares, disposição, prazer e até espiritualidade, pressupondo o atendimento das necessidades humanas fundamentais. Para conceber uma mensuração válida e confiável seria necessário incluir, então, vários domínios potencialmente independentes, a fim de abranger todos os aspectos importantes da QV (WHOQOL GROUP, 1998).

Com esse intuito, a Organização Mundial de Saúde criou um projeto colaborativo e multicêntrico que resultou na elaboração de um questionário. O projeto foi desenvolvido com a colaboração de quinze centros de diferentes culturas que trabalharam simultaneamente, resultando no WHOQOL-100, composto por 100 questões que avaliam seis domínios: físico; psicológico; nível de independência; relações sociais; meio ambiente; e espiritualidade/crenças pessoais. O grupo também desenvolveu o WHOQOL-Bref, uma versão abreviada composta por 26 questões, agrupadas em quatro domínios: físico; psicológico; relações sociais; e meio ambiente. Os dados que deram origem à versão abreviada foram extraídos do teste de campo de vinte centros em dezoito países (WHOQOL GROUP, 1998). Esses instrumentos estão disponíveis em quarenta idiomas. No Brasil, a versão em português foi desenvolvida pelo

Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), tendo como coordenador o Dr. Marcelo Pio de Almeida Fleck (FLECK *et al.*, 1999a).

2.2 Qualidade de vida dos médicos-residentes: estudos e resultados

A produção de trabalhos sobre a natureza estressante do exercício profissional, em especial na residência médica, proliferou nos anos 1970. Alguns se tornaram referência obrigatória nas publicações das décadas seguintes, tais como: Vaillant, Brighton e McArthur (1970); Valko e Clayton (1976); e Werner e Korsch (1975).

Observa-se na literatura um crescente esforço no sentido de identificar a natureza e a magnitude do sofrimento e do adoecimento na residência médica. Os relatos revelam que os residentes são submetidos a diversos tipos de estresse durante o treinamento, que podem produzir efeitos danosos, tanto na saúde dos residentes como na qualidade da assistência por eles prestada aos pacientes (NOGUEIRA-MARTINS; JORGE, 1998; LOURENÇÃO *et al.*, 2010).

Estudos apontam que são especialmente os médicos do primeiro ano de residência os mais afetados, em função da maior sobrecarga física e emocional, podendo desenvolver distúrbios emocionais, como estresse, depressão e síndrome de *burnout* (THOMAS, 2004; PRINS *et al.*, 2007). Aach *et al.* (1988), por exemplo, descreveram uma sequência previsível de sete estágios emocionais que tendem a ocorrer durante esse período:

- Fase 1 - euforia e excitação associadas às expectativas e aos desafios de assumir responsabilidades profissionais;
- Fase 2 - insegurança relacionada à percepção de limitações e dificuldades relativas à assistência médica aos pacientes e ao processo de aprendizagem;
- Fase 3 – depressão, cuja intensidade varia em função de antecedentes pessoais e familiares, tendência a desenvolver reações depressivas à frustração, excesso de trabalho, privação de sono e falta de apoio social e institucional;
- Fase 4 - período de tédio, em que o residente tende a experimentar um estado de inatividade, assumindo suas funções de maneira um pouco automática;

- Fase 5 - outra fase da depressão, em que a rotina se torna insuportável e o trabalho parece interminável;
- Fase 6 - tendência a fugir do período de depressão entrando em uma fase de euforia, na qual se sente capaz de enfrentar dificuldades e desenvolver competências para lidar com os desafios, podendo gerar excesso de confiança;
- Fase 7 - estágio de autoconfiança profissional.

A relação entre a privação do sono e distúrbios cognitivos em residentes foi estabelecida de maneira consistente por Friedman *et al.* (1971). Os estudos de Handel, Haja e Lindsey (2006) também apontaram a privação do sono e a incidência de depressão entre residentes de primeiro ano como os principais efeitos do processo de aprendizagem, bem como o uso rotineiro de auxiliares farmacológicos para controlar a privação de sono e reduzir a sonolência,

Pesquisa conduzida por Uliana *et al.* (1984) apontou a raiva e a hostilidade como os fatores relacionados ao humor que mais se mostraram presentes durante a residência. Hurwitz *et al.* (1987) destacaram o isolamento social, a ausência da família e a fadiga crônica como os fatores mais associados à depressão. Gilbert *et al.* (2006) identificaram que o adoecimento dos médicos está especialmente relacionado à presença de sentimentos de desvalorização da profissão, ressentimento pela perda de poder do saber médico e pela percepção da medicina como negócio.

No Brasil, a situação de gravidade em relação à saúde dos residentes motivou a senadora Maria do Carmo Alves submeter ao exame da Comissão de Assuntos Sociais (CAS) o Projeto de Lei do Senado (PLS) nº157, de 2017, que estabelece a obrigatoriedade de prestação de assistência psiquiátrica e psicológica aos médicos residentes e aos alunos de graduação em Medicina. Na justificativa da matéria a autora reporta dados de um estudo publicado no *Journal of the American Medical Association* (JAMA), de autoria de Rotenstein *et al.* (2016), que analisou o resultado de 200 pesquisas, realizadas em 43 países, sobre a prevalência de depressão e a ocorrência de ideação suicida entre estudantes de medicina.

Tal estado da arte concede relevância ao presente estudo realizado, e também ao fato de que tanto os próprios residentes como os preceptores e coordenadores de programas de Residência Médica devem considerar essas questões visando aperfeiçoar o sistema de ensino.

3 Metodologia da pesquisa

Para essa investigação foi realizado um estudo transversal que adotou como método o levantamento (*survey*) (BABBIE, 2001). O objeto de análise foi o programa de residência médica de um hospital de ensino federal, localizado no estado de Minas Gerais e vinculado ao Sistema Único de Saúde – SUS. O programa oferta anualmente mais de 500 vagas para quase 70 especialidades.

O levantamento da percepção dos residentes sobre a qualidade de vida aconteceu por meio do WHOQOL-Bref, com uma de escala *likert* de cinco pontos, respondido por 265 médicos-residentes. Após a exclusão dos *missing values* restaram 254 questionários válidos.

Para compor a amostra foi utilizado o critério de conveniência, sendo assim, o instrumento auto aplicado foi respondido pelos residentes que estavam presentes em sala de aula e nos locais de prática, não havendo qualquer critério de escolha das especialidades em saúde. Os questionários respondidos eram recolhidos imediatamente. O tempo total de coleta de dados foi de duas semanas. Os sujeitos participantes foram devidamente informados sobre a natureza do trabalho. Dentre as informações fornecidas destacou-se que a participação era voluntária e sem qualquer prejuízo daqueles que dela se negassem a participar. Todos assinaram o termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética sob o registro CAAE: 51490015.2.0000.5149.

O WHOQOL-Bref é composto por 26 questões, sendo duas questões sobre a autoavaliação da qualidade de vida e 24 questões representando cada uma das facetas do WHOQOL-100 (WHOQOL GROUP, 1998), conforme disposto na Figura 1.

Figura 1: Domínios, facetas e perguntas do WHOQOL-Bref

DOMÍNIOS	FACETAS	PERGUNTAS
Físico	FI1-I. Dor e desconforto	Em que medida você acha que sua dor (física)
	FI2-I. Energia e fadiga	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?
	FI3. Sono e repouso	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?
	FI4. Mobilidade	Quão bem você é capaz de se locomover?
	FI5. Atividades da vida	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade
	FI6. Dependência de medicação	O quanto você precisa de algum tratamento
	FI7. Capacidade de trabalho	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade

Psicológico	PS1. Sentimentos positivos	O quanto você aproveita a vida?
	PS2. Pensar, aprender, memória	O quanto você consegue se concentrar?
	PS3. Autoestima	Em que medida você acha que a sua vida tem
	PS4. Imagem corporal e	Você é capaz de aceitar sua aparência física?
	PS5. Sentimentos negativos	Com que frequência você tem sentimentos
	PS6-I. Espiritualidade, religião,	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?
Relações sociais	RS1. Relações pessoais	Quão satisfeito(a) você está com suas relações
	RS2. Suporte (Apoio) social	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você
	RS3. Atividade sexual	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?
Meio-Ambiente	MA1. Segurança física e	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?
	MA2. Ambiente no lar	Quão satisfeito(a) você está com as condições do
	MA3. Recursos financeiros	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas
	MA4. Cuidados de saúde e	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos
	MA5. Oportunidade para	Quão disponíveis para você estão as informações
	MA6. Participação em, e	Em que medida você tem oportunidades de
	MA7. Ambiente físico:	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima,
	MA8. Transporte	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de
Qualidade de vida global (QV1) e percepção geral da saúde (QV2).		Como você avaliaria sua qualidade de vida?
		Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?

Fonte: adaptado de Pedroso *et al.* (2010).

Após a coleta, os dados foram organizados e armazenados em uma planilha eletrônica no IBM SPSS *Software*. Não foram encontrados valores de *outliers* fora do intervalo da escala, não evidenciando erro na tabulação dos dados. Também não foram encontradas observações fora do intervalo de 4,00 (*outliers* univariados) e nem observações que tiveram a significância da medida de D^2 de Mahalanobis inferior a 0,001 (*outliers* multivariados).

No que diz respeito à linearidade foram observadas relações significativas ao nível de 5%, em aproximadamente 82,61% das correlações possíveis, pela matriz de correlação de Pearson; e por meio do teste de Bartlett foram observados valores-p inferiores a 0,05 em todos os constructos, apontando linearidade significativas dentro dos constructos.

Vale ressaltar que a escala Likert foi transformada e fixada para variar entre 0 e 100, sendo 0 correspondente a respostas negativas e 100 correspondente a respostas positivas, seguindo as orientações de Pedro *et al.* (2010 e Canavarro *et al.* (2010), sendo que intervalos de confiança estritamente menores que 50 (ponto médio do intervalo) evidenciam negatividade quanto ao item, enquanto que intervalos estritamente maiores que 50 indicam positividade, e intervalos que contêm o 50 não evidenciam negatividade nem positividade. Cabe destacar que alguns itens foram identificados como reversos com relação à informação latente de seus

respectivos constructos, sendo assim esses itens foram invertidos e foram identificados por um I em sua sigla.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética sob o registro CAAE: 51490015.2.0000.5149 e todos os participantes assinaram o termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

4 Descrição e análise dos dados

Sobre o perfil da amostra, dos 254 respondentes 57% eram do sexo feminino e 42% masculino, 79% eram solteiros e 95% não tinham filhos, 26% estavam no primeiro ano de residência (R1), 26% no segundo ano (R2), 32% no terceiro ano, e os demais no quarto e quinto anos.

Tabela 1 apresenta a descrição da média, desvio padrão e intervalo de confiança das respostas dos residentes médicos para cada uma das facetas dos quatro domínios do Whoqol-Bref.

Tabela 1: Média, desvio padrão e intervalo de confiança das respostas do programa de residência médica para todos os itens dos quatro domínios da Escala de Qualidade de Vida (Whoqol-Bref).

Domínios	Facetas	Residência Médica		
		Média	D.P.	I.C. - 95% ¹
Domínio Físico	FI1-I. Dor e desconforto	80,41	22,07	[77,66; 82,97]
	FI2-I. Energia e fadiga	81,40	23,65	[78,54; 84,35]
	FI3. Sono e repouso	53,84	20,67	[51,38; 56,20]
	FI4. Mobilidade	86,91	18,55	[84,74; 89,17]
	FI5. Atividades da vida cotidiana	42,72	24,97	[39,67; 45,67]
	FI6. Dependência de medicação ou de tratamentos	57,28	21,80	[54,63; 60,04]
	FI7. Capacidade de trabalho	61,02	20,77	[58,46; 63,58]
Domínio Psicológico	PS1. Sentimentos positivos	50,39	18,99	[48,13; 52,66]
	PS2. Pensar, aprender, memória e concentração	78,84	20,07	[76,27; 81,30]
	PS3. Autoestima	58,46	18,52	[56,20; 60,83]
	PS4. Imagem corporal e aparência	67,62	23,25	[64,76; 70,57]
	PS5. Sentimentos negativos	59,84	22,48	[57,28; 62,50]
	PS6-I. Espiritualidade, religião,	58,56	23,80	[55,61; 61,52]

	crenças pessoais			
Domínio Relações Sociais	RS1. Relações pessoais	59,74	25,46	[56,69; 62,80]
	RS2. Suporte (Apoio) social	63,39	25,40	[59,94; 66,34]
	RS3. Atividade sexual	67,52	20,21	[64,86; 69,88]
Domínio Meio-Ambiente	MA1. Segurança física e proteção	58,46	19,94	[56,00; 61,02]
	MA2. Ambiente no lar	46,65	21,17	[44,09; 49,12]
	MA3. Recursos financeiros	47,83	23,42	[44,98; 50,49]
	MA4. Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade	62,89	21,52	[60,04; 65,65]
	MA5. Oportunidade para adquirir novas informações e habilidades	39,17	18,49	[37,01; 41,54]
	MA6. Participação em, e oportunidades de recreação/lazer	76,67	21,20	[74,11; 79,04]
	MA7. Ambiente físico: (poluição/ruído/trânsito/clima)	66,54	24,70	[63,78; 69,59]
	MA8. Transporte	70,77	25,04	[67,62; 73,62]
Qualidade de Vida Geral	Qualidade de vida global (QV1)	57,58	23,82	[54,53; 60,33]
	Percepção geral da saúde (QV2).	55,12	25,02	[51,97; 58,17]

Fonte: dados da pesquisa.

¹Intervalo de Confiança *Bootstrap*.

No que se refere ao Domínio Físico, as médias mais baixas se deram nas facetas ‘dor e desconforto’ e ‘dependência de medicação ou de tratamento’, indicando que para os residentes médicos, a dor física não impede o desempenho das tarefas (FI1), e que eles não sentem necessidade de buscar algum tipo de tratamento médico para levar sua vida diária (FI6). Note-se que o desvio padrão nas facetas desse domínio e em todos os demais nunca esteve acima de 26,0 indicando variação aceitável nas respostas dos sujeitos.

A faceta com média mais favorável foi a ‘mobilidade’ (FI4), informando que eles possuem boa capacidade de locomoção; e a menos favorável foi ‘sono e repouso’ (FI3) revelando a insatisfação. Quando questionados se têm energia suficiente para seu dia-a-dia a média obtida na faceta ‘energia e fadiga’ (FI2-I), cuja condição é considerada razoável, bem como a satisfação com sua ‘atividade da vida cotidiana’ (FI5), ou seja, de desempenhar bem as atividades do dia-a-dia.

Portanto, no que se refere ao Domínio Físico, as atenções e preocupações devem estar voltadas principalmente para a melhoria da qualidade do sono, pois, a falta de repouso adequado pode afetar tanto a energia e quanto a disposição para o trabalho. De acordo com Handel, Raja e Lindsell (2006), a privação do sono entre médicos residentes merece crescente

preocupação, dado que ela é a principal causa de fadiga, caracterizada pela redução da capacidade de trabalho e da eficiência, frequentemente acompanhada de sentimentos de cansaço e sonolência. Os autores consideram que novas pesquisas devem explorar o uso de preditores de ajuda ao sono, com a finalidade de melhorar o desempenho dos médicos residentes. Estudo recente realizado por Arora *et al.* (2006) mostram que turnos mais curtos, com menos de 30 horas estão comprovadamente associados a maior atenção aos pacientes e menos erros de medicação. Além disso, segundo os autores, residentes que têm a chance de cochilar durante o plantão tendem a se sentir menos fatigados no dia seguinte e mais capazes de se concentrar no atendimento ao paciente.

Como alertam Asaiag *et al.* (2010), a residência médica caracteriza-se por um período muito estressante na formação do médico e a privação do sono aumenta consideravelmente o quadro clínico, levando ao prejuízo da saúde física e mental e, em casos mais graves ao *burnout*, uma síndrome psicológica, de esgotamento profissional, decorrente da sobrecarga emocional crônica no trabalho, que apresenta três dimensões interdependentes: exaustão emocional, despersonalização e ineficácia (TRIGO, 2010). Estudo realizado por Tironi *et al.* (2016) com 180 médicos intensivistas, que trabalhavam em unidades de terapia intensiva adulto, pediátrica e neonatal, de cinco capitais brasileiras revelou elevada prevalência da síndrome de *burnout* entre eles. Níveis elevados de exaustão emocional, despersonalização e ineficácia foram encontrados em 50,6%, 26,1% e 15,0% da amostra, respectivamente. Os autores recomendam que estratégias para promoção e proteção à saúde desses trabalhadores devem ser discutidas e implementadas nos hospitais.

No Domínio Psicológico, as médias mais altas foram obtidas nas facetas aceitação da ‘imagem corporal e aparência física’ (PS4) e ‘autoestima’, (PS3). Note-se que esta última foi a mais bem avaliada, indicando que apesar de os sentimentos positivos não preencherem a maior parte do espaço-tempo, a vida cotidiana ainda tem muito sentido. No que se refere aos sentimentos houve um predomínio dos ‘sentimentos negativos’ (PS5), tais como mau humor, desespero, ansiedade e depressão, sobre os ‘sentimentos positivos’ (PS1), que dizem respeito ao quanto os residentes aproveitam a vida, apontando para uma situação em entre ‘nem pouco nem bastante’.

Média semelhante foi obtida na faceta ‘pensar, aprender, memória e concentração’, avaliada pela pergunta sobre o quanto conseguem se concentrar (PS2); e na faceta ‘espiritualidade/religião/crenças pessoais’, identificada pela pergunta sobre o quanto estão satisfeitos consigo mesmos (PS6-I). Em síntese, o item que merece mais atenção no Domínio Psicológico é a presença de ‘sentimentos negativos’, tais como mau humor, ansiedade e depressão, frequentemente presentes na manifestação da síndrome de *burnout*, e que se não identificados e tratados podem ter consequências ainda mais grave, como a busca pelo suicídio, segundo Heijden (2008) e Mayer (2017).

Pesquisando a prevalência de ideação suicida entre estudantes de medicina e jovens médicos, Tyssen *et al.* (2001) realizaram uma pesquisa com 522 estudantes de medicina noruegueses. Os resultados apontam que 43% da amostra apresentou pensamentos suicidas ao longo da vida estudantil, enquanto 8% tinham planejado o suicídio e 1,4% haviam tentado o suicídio. No Brasil, a preocupação com o assunto foi um dos temas do 55º Congresso Brasileiro de Educação Médica (COBEM), realizado em Porto Alegre (RS) no ano de 2017, e tem estado presente na mídia do Estado de Minas Gerais.

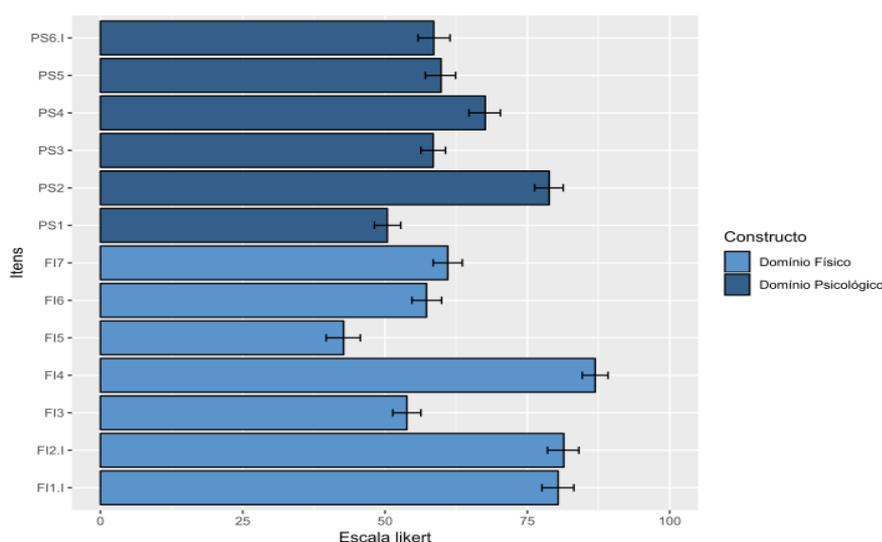
Pesquisa realizada por Mayer (2017) com 1.350 alunos, de 22 universidades públicas e privadas de todo o país, apontou que 81,7% dos graduandos apresentam a chamada ‘ansiedade estado’, ou seja, aquela manifestada em determinados momentos com mostra que uma parcela considerável dos futuros médicos, de todos os períodos, sofre com sintomas como cansaço, culpa, irritabilidade, tristeza, dentre outros. Autora afirma, ainda, que o índice de 41% dos estudantes de medicina com sintomas de depressão no Brasil é bem mais alto do que as médias mundiais, que ficam em torno de 27,2%.

No que se refere ao Domínio Relações Sociais, as três facetas remetem a uma situação intermediária entre não satisfação nem insatisfação quanto as relações pessoais com amigos, parentes e colegas, com a e vida sexual, e com o apoio que recebe dos amigos.

No Domínio Meio Ambiente a situação de insatisfação está mais relacionada às facetas: ‘participação e oportunidade de recreação e lazer (MA6); ‘ambiente físico’ (MA7); e ‘recursos financeiros’ (MA3). Esses dados mostram que os residentes carecem de oportunidade de lazer, não consideram o ambiente físico saudável, e que não dispõem de dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades. Os resultados dos dois últimos domínios dão sinais de que a

qualidade de vida dos residentes é preocupante, pois, como alerta Mayer (2017), os sintomas de ansiedade têm maior incidência entre os que estão em vulnerabilidade financeira e contam com bolsas de estudo, cujo valor atual pago pelo Governo Federal é de R\$ 3.330,43.

A satisfação com a condição da moradia (ambiente no lar) é a faceta com a maior média (MA2). As demais facetas ocupam uma posição entre ‘nem insatisfeito nem satisfeito’, um pouco melhor no que se refere ao meio de transporte (MA8), do que com a sensação de ‘segurança física e proteção’ na vida diária (MA7).

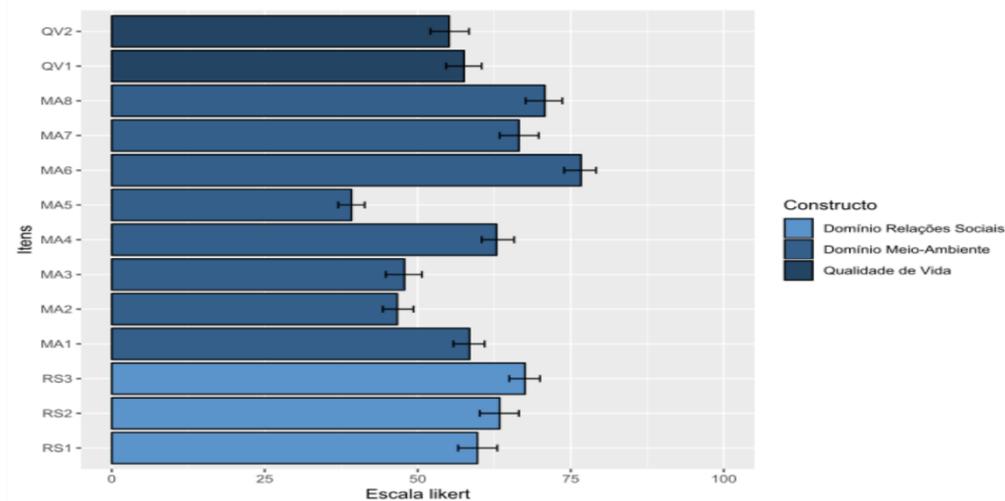


Por fim, no que diz respeito à percepção quanto a ‘qualidade de vida global’ (QVa) e ‘percepção geral da saúde’ (QV2), que são as duas últimas perguntas do WHOQOL-Bref, as médias apontam também para uma situação de não estar satisfeito nem insatisfeito com a sua condição.

As Figuras 2 e 3 ilustram os intervalos de confiança *Bootstrap* apresentados nas tabelas.

Figura 2: Gráfico de barras com intervalo de confiança dos itens da qualidade de vida dos domínios Físico e Psicológico

Figura 3: Gráfico de barras com intervalo de confiança dos itens da qualidade de vida dos domínios Relações Sociais e Meio Ambiente.



Dessa forma é possível inferir que:

- Os indivíduos tenderam a negatividade com o item FI5 (Quão satisfeito você está com o seu sono?), e a positividade com os demais itens do constructo Domínio Físico. Além disso, analisando os intervalos de confiança, a média do item FI5 foi significativamente menor que as médias dos demais itens, pois, os intervalos não se sobrepuseram.
- Os indivíduos tenderam a imparcialidade com o item PS1 (O quanto você aproveita a vida?) e a positividade com os demais itens do constructo Domínio Psicológico. Além disso, analisando os intervalos de confiança, a média do item PS2 (Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?) foi significativamente maior que as médias dos demais itens, pois, os intervalos não se sobrepuseram.
- Os indivíduos tenderam a positividade com todos os itens do constructo Domínio Relações Sociais. Além disso, analisando os intervalos de confiança, a média do item RS3 (Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?) foi significativamente maior que as médias dos demais itens, pois, os intervalos não se sobrepuseram.

- Os indivíduos tenderam a negatividade com o item MA5 (Em que medida você tem oportunidades de atividades de lazer?), a imparcialidade com os itens MA2 (Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos) e MA3 (Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?) e tenderam a positividade com os demais itens do constructo Domínio Meio Ambiente. Além disso, analisando os intervalos de confiança, a média do item MA6 (Quão satisfeito você está com as condições do local onde mora?) foi significativamente maior que as médias dos demais itens, pois, os intervalos não se sobrepuseram.

Em síntese, as facetas mais positivas da QV dos residentes médicos são: ambiente no lar, autoestima, mobilidade, ausência de dor e desconforto e de dependência de medicamentos. Os domínios Físico e Meio Ambiente foram aqueles que apresentaram as facetas com médias mais baixas, exigindo especial atenção para com os fatores: sono e repouso, sentimentos negativos, recursos financeiros, lazer, qualidade do ambiente físico. A situação é preocupante e exige intervenções específicas por parte da instituição de ensino, tais como programas de saúde mental, de bem-estar e de tutoria. Como alerta Mayer (2017), em primeiro lugar é preciso mudar a mensagem pública sobre a política de suporte aos estudantes de forma que esta reflita a concepção de que problemas de saúde mental são normais, comuns, esperados, no processo de formação médica.

5 Considerações finais

Pesquisas apontam que o ambiente no qual esses profissionais estão inseridos é exigente e competitivo, permeado por fatores estressantes, envolvendo vários domínios da qualidade de vida, desde a necessidade de dominar grande quantidade de conhecimento, enfrentar situações de tensão, medo e sobrecarga de trabalho, de interações sociais de muita cobrança e pressão, até a falta de tempo e condições financeiras de dar atenção adequada à sua própria saúde física, social e mental. Exatamente por isso, o modo de funcionamento dos programas de residência médica têm sido alvo de diversas críticas, apesar de sua eficiência enquanto processo de capacitação profissional.

O objetivo deste estudo foi o de analisar a qualidade de vida dos médicos-residentes de um hospital de ensino federal, nos quatro domínios estabelecidos pelo WHOQOL-bref. Os resultados apontam para o comprometimento da qualidade de vida dos médicos residentes em todas os domínios do WHOQOL. O quadro é complexo, uma vez que apenas três facetas pertencentes a domínios diferentes receberam média igual ou superior a 4,0: mobilidade, autoestima e ambiente no lar.

A situação mais grave está relacionada aos fatores privação de sono, sentimentos negativos e recursos financeiros insatisfatórios. Quando esses fatores aparecem articulados podem afetar a disposição e a capacidade para o trabalho, favorecendo os sentimentos de desânimo, ansiedade, mau humor, depressão e, em casos mais graves *burnout* e ideação suicida. A exceção ficou com o Domínio Relações Pessoais, cujos escores das facetas ficaram em torno de 3,0, indicando uma situação de isolamento social, que quanto acompanhado da ausência da família e da fadiga crônica podem levar à depressão. Sugere-se, portanto, a necessidade de se pensar em um programa de apoio e de suporte aos residentes que leve à promoção da saúde.

Como limitações da pesquisa destaca-se o fato de ser um estudo transversal que não permite, acompanhar o desenvolvimento do fenômeno ao longo do tempo e nem identificar fatores externos que podem afetar as variáveis em estudo.

Para futuros estudos recomenda-se a utilização concomitante de instrumentos qualitativos de coleta de dados, a fim de identificar os sintomas físicos, psicológicos e comportamentais dos sujeitos, associados aos resultados da pesquisa. Outro tipo de estudo importante nesses casos é aquele que mede as mudanças nos resultados durante e após a implementação de proposta de intervenção na qualidade de vida dos residentes.

Referências

AACH, R. D., COONEY, T. G., GIRARD, D. E., GROB, D., MCCUE, J. D., PAGE, M. I., E COLS. Stress and impairment during residency training: strategies for reduction, identification, and management. **Annals of Internal Medicine**, v.109, n.2, p.154–161, 1988.

AQUINO, M. T. **Prevalência de transtornos mentais entre estudantes de medicina da Universidade Federal de Minas Gerais**. 207f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal Minas Gerais, Belo Horizonte, 2012.

ARORA, V. *et al.* The effects of on-duty napping on intern sleep time and fatigue. **Annals of Internal Medicine**, v.144, p.792-798, 2006.

ASAIAG, P.E.; PEROTTA, B.; MARTINS, M.A.; TEMPSKI, P. Avaliação da qualidade de vida, sonolência diurna e burnout em médicos residentes. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 34, n. 3, p. 422-429, 2010.

BABBIE, E. **Métodos de pesquisas de survey**. Belo Horizonte: UFMG Ed., 2001.

BRASIL. **Projeto de Lei do Senado nº 157**, de 2017 de autoria da Senadora da República Maria do Carmo Alves. Disponível em: <https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/129276>. Acesso em: 01 jan. 2019.

BENEVIDES-PEREIRA, A.M.T.; GONÇALVES M.B. Transtornos emocionais em estudantes de Medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v.33, n.1, p. 10–23, 2009.

CANAVARRO, M.C.; PEREIRA, M.; MOREIRA, H.; PAREDES, T. Qualidade de vida e saúde: aplicações do WHOQOL. **Alicerces**, v.3, n.3, p. 243-268, 2010.

COUSINS, N. Internship: preparation or hazing? **Journal of the American Medical Association**, v. 245, n. 4, p. 154-161, 1981.

FERREIRA, C.L.; ALMONDES, K.M.; BRAGA, L.P.; MATA, A.N.S.; LEMOS, C.A.; MAIA E.M. C. Universidade, contexto ansiogênico? Avaliação de traço e estado de ansiedade em estudantes do ciclo básico. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.14, n.3, p.973-81, 2009.

FIRTH-COZENS, J. Emotional distress in junior house officers. **British Medical Journal**, v., 295, n.6597, p. 533-536, 1987.

FIRTH-COZENS, J.; CORDING, H.; GINSBURG, R. Can we select health professionals who provide safer care. **Quality & Safety in Health Care**, v.12, s 1, p.6–20, 2003.

FLECK, M.P.A. *et al.* Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de Qualidade de vida da organização mundial da saúde (WHOQOL-100). **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 21, p. 19-28, 1999a.

FLECK, M. P. A. *et al.* Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da organização mundial da saúde (WHOQOL-100). **Revista de Saúde Pública**, v. 33, n. 2, p. 198-205, 1999b.

FRIEDMAN, R. C.; BIGGER, J. T.; KORNFELD, D. S. The intern and sleep loss. **The New England Journal of Medicine**, v. 285, p. 201-203, 1971.

GILBERT, A.C.B; CARDOSO, M.H.C.A.; WUILLAUME S. M. Médicos residentes e suas relações com/e no mundo da saúde e da doença: um estudo de caso institucional com residentes em obstetrícia/ginecologia. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 10, n. 18, p. 103-116, 2006.

GUIMARÃES, K.B.S. (Org.). **Saúde mental do médico e do estudante de medicina**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007. 227 p.

HACKMAN, J. R; OLDHAM, G. R. Development of the job diagnostic survey. **Journal of Applied Psychology**, v. 60, n. 2, p. 159-170, 1975.

HANDEL, D. A.; RAJA, A.; LINDSELL C. J. The use of sleep aids among Emergency Medicine residents: a web based survey. **BMC Health Services Research**, v. 6, n. 136, p. 1-8, 2006.

HEIJDEN, F. V. D.; DILLINGH, G.; BAKKER, A.; PRINS, J. Suicidal Thoughts Among Medical Residents with Burnout. **Archives of Suicide Research**, v.12, p.344–346, 2008.

HELLER, F.R. Restriction of duty hour for residents in internal medicine: a question of quality of life but what about education and patient safety? **Acta Clinica Belgica**, v.63, n. 6, p.363-71, 2008.

HURWITZ, T.A.; BEISER, M.; NICHOL, H.; PATRICK, L.; KOZAK. J. Impaired interns and residents. **The Canadian Journal of Psychiatry**, v. 32, p. 165-169, 1987.

LIMA, F. D., BUUNK, A. P., ARAÚJO, M. B. J., CHAVES, J. G. M., MUNIZ, D. L. O. & QUEIROZ, L. B. Síndrome de Burnout em residentes da Universidade Federal de Uberlândia. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v.31, n.2, p.137-146, 2004.

LOURENÇÃO, L. G.; MOSCARDINI, A.C.; SOLER, Z.A.S.G. Saúde e qualidade de vida de médicos residentes. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v.56, n.1, p. 81-91, 2010

MARTIN, A. R. Stress in residency: A challenge to personal growth. **Journal of General Internal Medicine**, v. 1, n. 4, p. 252-257, 1996.

MAYER, F. B. **A prevalência de sintomas de depressão e ansiedade entre os estudantes de medicina: um estudo multicêntrico no Brasil**. 140f. Tese (Doutorado em Ciências) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017.

MINAYO, M. C. S. et al. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 7-18, 2000.

NOGUEIRA-MARTINS, L. A. *et al.* The mental health of graduate students at the Federal University of Sao Paulo: a preliminary report. **Brazilian Journal of Medical and Biological Research**, v.37, n.10, p.1519-1524, 2004.

NOGUEIRA-MARTINS, L.A.; JORGE, M.R.. Natureza e magnitude do estresse na Residência Médica. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v.44, n.1, p.28-34, 1998.

PEDROSO, P. *et al.* Cálculo dos escores e estatística descritiva do WHOQOL-bref através do Microsoft Excel. **Revista Brasileira de Qualidade de Vida**, v. 2, n. 1, p. 31-36, 2010.

PEDROSO, B.; PILATTI, L. A. Avaliação de indicadores da área da saúde: a qualidade de vida

e suas variantes. **Revista Eletrônica FAFIT/FACIC**, v. 01, n. 01, p. 01-09, 2010.

PRINS, J. T. *et al.* Burnout in medical residents: a review. **Medical Education**, v.41, n.8, p. 788-800, 2007.

REIS JUNIOR, D. R. **Qualidade de vida no trabalho**: construção e validação do questionário QWLQ-78. 127 f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, Universidade Tecnológica Federal do Paraná, Ponta Grossa, 2008.

ROTENSTEIN, L.S. *et al.* Prevalence of depression, depressive symptoms, and suicidal ideation among medical students: a systematic review and meta-analysis. **Journal of the American Medical Association**, v.316, n. 21, p.2214-2236, 2016.

SIQUEIRA, M. M. M. S.; COLETA, J. A. D. Metodologia para investigação da qualidade de vida no trabalho. **Psicologia do Trabalho**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 3, p. 51-66, 1989.

SMITH-COGGINS, R. *et al.* Do naps during the night shift improve performance in the emergency department? **Academic Emergency Medicine**, v. 9, p. 466, 2002.

SWIDE C.E.; KIRSCH, J.R. Duty hours restriction and their effect on resident education and academic departments: the American perspective. **Current Opinion in Anesthesiology**, v.20, n.6, p.580-4, 2007.

THOMAS, N. K. Resident burnout. **Journal of the American Medical Association**, v. 292, n.23, p. 2880-2889, 2004.

TIRONI, M. O. S. *et al.* Prevalência de síndrome de burnout em médicos intensivistas de cinco capitais brasileiras. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v.28, n.3., p.270-277, 2016.

TRIGO, T.R. Síndrome de Burnout ou esgotamento profissional: como identificar e avaliar. In: GLINA, D.M.; ROCHA, L.E. (Org.). **Saúde mental no trabalho**: da teoria à prática. São Paulo: Roca, 2010. p.160-175.

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

ULIANA R.L. *et al.* Mood changes during the internship. **Journal of Medical Education**, v.59, p. 118-23, 1984.

VAILLANT, G. E.; SOBOWALE, N. C.; MCARTHUR, C. Some psychologic vulnerabilities of physicians. **The New England Journal of Medicine**, v.287, n.8, p.372-375, 1972.

VALKO, R.J.; CLAYTOON, P. J. Depression in the internship. **Diseases of Nervous System**, v. 36, p. 26-9, 1975.

VASCONCELOS, T.C. *et al.* Prevalência de sintomas de ansiedade e depressão em estudantes

de medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 39 n. 1, p. 135-42, 2015.

VAZ SERRA, A. *et al.* Estudos Psicométricos do Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref) para Português de Portugal. **Psiquiatria Clínica**, v. 27, n.1, p. 41-49, 2006.

VIEIRA, A. **A qualidade de vida no trabalho e o controle da qualidade total**. Florianópolis: Insular/UFSC/CPGA, 1996.192p

WALTON, R. Quality if working life: what is it? **Sloan Management Review**, v.15, n.1, p. 11-21, 1973.

WERNER, E. R.; LORSCH. B.M. The vulnerability of the medical student: post humous presentation of L.L. Stehphens'ideas. **Pediatrics**, v. 57, n. 3, p. 321-328, 1976.

WETHER, W. B.; DAVIS, K. **Administração de pessoal e recursos humanos**. São Paulo: McGraw-Hill do Brasil, 1983.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. Division of mental health and prevention of substance abuse. **WHOQOL - MEASURING QUALITY OF LIFE**. Genebra, 1997. Disponível em: http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf. Acesso em: 30 de Jun. de 2018.

WHOQOL GROUP. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Development and general psychometric properties. **Social Science e Medicine**, v. 46, n.12, p. 1569-1585, 1998.

Artigo recebido em: 15/01/2019

Avaliado em: 20/01/2019

Aprovado em: 20/01/2019