

**UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ - UNIVALI**

**CYNTIA LEILA STIZ GESSNER**

**QUALIDADE DE VIDA DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA  
DO MUNICÍPIO DE TIMBÓ-SC**

**Itajaí  
2006**

# **Livros Grátis**

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

CYNTIA LEILA STIZ GESSNER

QUALIDADE DE VIDA DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA  
DO MUNICÍPIO DE TIMBÓ-SC

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissionalizante em Saúde e Gestão do Trabalho, Centro de Ciências da Saúde, Universidade do Vale do Itajaí, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Saúde e Gestão do Trabalho.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Luciane Peter Grillo

Itajaí  
2006

CYNTIA LEILA STIZ GESSNER

QUALIDADE DE VIDA DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA  
DO MUNICÍPIO DE TIMBÓ-SC

Esta dissertação foi julgada adequada para a obtenção do grau de Mestre em Saúde e Gestão do Trabalho e aprovada pelo Programa de Mestrado Profissionalizante em Saúde e Gestão do Trabalho da Universidade do Vale do Itajaí, Centro de Ciências da Saúde, Itajaí.

Área de concentração: Saúde da Família

Itajaí, 11 de julho de 2006.

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>.: Luciane Peter Grillo  
Universidade do Vale do Itajaí.  
Orientador

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>.: Rosita Saupe  
Universidade do Vale do Itajaí.  
Membro

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>.: Marta Verdi  
Universidade Federal de Santa Catarina  
Membro

## **AGRADECIMENTOS**

À Deus, pela vida e por mais esta vitória alcançada.

Aos trabalhadores dos Programas de Saúde da Família, e à Secretaria Municipal de Saúde de Timbó, sem vocês este trabalho não existiria.

À minha filha, pelos momentos maravilhosos.

Ao meu marido, pela paciência dispendida e pela infinita compreensão de minha dedicação neste trabalho.

Aos meus pais pelo constante incentivo ao estudo.

À Prof<sup>ª</sup> Dra. Luciane, pela intensa e imprescindível orientação, por todos os momentos de atenciosa dedicação e, pela sua maneira carinhosa de ensino.

À Prof<sup>ª</sup> Dra. Rosita Saupe, pela colaboração na execução deste trabalho.

À todos que participaram nesta importante etapa de minha vida profissional.

“Depois de algum tempo você aprende que o tempo não é algo que possa voltar para trás. Portanto, plante seu jardim e decore sua alma, ao invés de esperar que alguém lhe traga flores. Aprenda que a vida tem valor e que você tem valor diante da vida”.

William Shakespeare

# QUALIDADE DE VIDA DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE TIMBÓ-SC

CYNTIA LEILA STIZ GESSNER

## RESUMO

O presente trabalho é uma pesquisa transversal, do tipo exploratória e de campo, que teve como objetivo avaliar a qualidade de vida dos trabalhadores das Equipes de Saúde da Família do município de Timbó - SC. Ao conhecer a qualidade de vida desses trabalhadores pode-se focalizar aspectos relevantes comuns que possam servir para esclarecimentos conceituais e como embasamento para a implementação de programas com ações educativas para a saúde desses profissionais, que tem como prioridade buscar o bem-estar para os outros, e que podem estar negligenciando a sua própria qualidade de vida. A avaliação da qualidade de vida dos profissionais foi feita por meio do Instrumento genérico elaborado por pesquisadores da Organização Mundial de Saúde, denominado WHOQOL-bref, o qual é composto por 26 questões, e por um questionário contendo 2 questões abertas. Os dados coletados por meio do instrumento WHOQOL-bref foram analisados conforme modelo estatístico já validado para o instrumento. As respostas obtidas das questões abertas foram categorizadas de acordo com suas significações. Do total de 107 trabalhadores de saúde dos Programas de Saúde da Família deste município, o grupo deste estudo ficou composto por 93 (86,9%) sujeitos. A maioria dos sujeitos 84 (90,3%) eram do sexo feminino, 29 (31%) com idade entre 38 a 47 anos, com predomínio de casados em 67 (67%), e quanto ao nível de escolaridade, 40 (43%) dos respondentes tem o II grau completo. O domínio III – relações sociais, apresentou o melhor escore com média de 75, seguido do domínio I - físico com média de 73, e do domínio II – psicológico com 72 de média. O pior escore ficou com o domínio IV – meio ambiente com média de 63. A média de todos os domínios ficou em 71. Quanto aos problemas de saúde, estes foram relatados por 42% dos entrevistados, sendo bastante variados. A depressão foi o problema predominante. Todos estes achados confirmam a necessidade de uma rede de apoio para estes trabalhadores de saúde, que estão tendo sua qualidade de vida prejudicada, e conseqüentemente, podem estar influenciando a de sua família, de seus companheiros de trabalho e também dos usuários do programa.

Palavras-chave: Qualidade de vida. Programa de saúde da família. Trabalhadores.

QUALITY OF LIFE OF FAMILY HEALTH CARE TEAMS  
IN THE TOWN OF TIMBÓ

CYNTIA LEILA STIZ GESSNER

ABSTRACT

This work is an interdisciplinary, exploratory field study, which aims to evaluate the quality of life of the Family Health Care Teams working in the municipality of Timbó – state of Santa Catarina. Learning more about the quality of life of the Family Health Teams enables us to focus on important aspects which they have in common, which serve to clarify concepts, and provide a basis for the implementation of programs with educational actions focusing on the health of these professionals, whose priority is to work for the well-being of others, and who may be neglecting their own quality of life. The quality of life of these professionals was evaluated using a generic instrument designed by researchers of the World Health Organization, called WHOQOL-bref, which consists of 26 questions, and a questionnaire with two open questions. The data, collected using the instrument WHOQOL-bref, were analyzed according to the statistical model already validated for the instrument. The answers obtained from the open questions were categorized according to their meanings. Of the total of 107 workers of the Family Health Care Strategy of this town, the group used for this study consisted of 93 subjects (86.9%). Most of these were women - 84 (90.3%); 29 were aged between 38 and 47 (31%), and most were married, 67 (67%). In terms of their level of education, 40 had completed high school (43%). Field III - social relations- achieved the highest score, with average of 75, followed by Field I - physical, with average of 73, and Field II – psychological, with average of 72. The lowest score was for Field IV – environmental, with an average of 63. The average across all the fields was 71. In relation to health problems, 42% of the subjects interviewed reported a variety of problems. The most common was depression. All these results confirm the need for a support network for these health workers, whose quality of life is being impaired, with possible effects on their families, work colleagues and users of the program.

Key words: Quality of life. Family health care strategy. Workers.

CALIDAD DE VIDA DE LOS EQUIPOS DE SALUD DE LA FAMILIA  
DEL MUNICIPIO DE TIMBÓ-SC

CYNTIA LEILA STIZ GESSNER

RESUMEN

El presente trabajo es una pesquisa transversal, del tipo exploratorio y de campo, que tuvo como objetivo evaluar la calidad de vida de los Equipos de Salud de la Familia del municipio de Timbó – SC. Al conocer la calidad de vida de los Equipos de Salud de la Familia se pueden focalizar aspectos relevantes comunes que puedan servir para aclaraciones conceptuales y como embasamento para la implementación de programas con acciones educativas para la salud de esos profesionales, que tienen como prioridad buscar el bienestar para los demás, y que pueden estar negligenciando su propia calidad de vida. La evaluación de la calidad de vida de los profesionales fue realizada mediante el Instrumento genérico elaborado por investigadores de la Organización Mundial de Salud, denominado WHOQOL-bref, el cual está compuesto por 26 cuestiones, y por un cuestionario conteniendo 2 cuestiones abiertas. Los datos colectados mediante el instrumento WHOQOL-bref fueron analizados conforme modelo estadístico ya validado para el instrumento. Las respuestas obtenidas de las cuestiones abiertas fueron categorizadas de acuerdo con sus significaciones. De un total de 107 trabajadores Estrategia de Salud de la Familia de este municipio, el grupo de este estudio quedó compuesto por 93 (86,9%) sujetos. La mayoría de los sujetos 84 (90,3%) eran del sexo femenino, 29 (31%) con edad entre 38 a 47 años, con predominio de casados en 67 (67%), y en cuanto al nivel de escolaridad, 40 (43%) de los respondientes tienen la enseñanza secundaria completa. El dominio III – relaciones sociales, presentó el mejor score con un promedio de 75, seguido del dominio I - físico con un promedio de 73, y del dominio II – psicológico con 72 de promedio. El peor score quedó con el dominio IV – medio ambiente con un promedio de 63. El promedio de todos los dominios quedó en 71. En cuanto a los problemas de salud, estos fueron relatados por 42% de los entrevistados, siendo los mismos bastante variados. La depresión fue el problema predominante. Todos estos hallazgos confirman la necesidad de una red de apoyo para estos trabajadores de salud, que están teniendo su calidad de vida perjudicada, y consecuentemente, pueden estar influenciando la de su familia, la de sus compañeros de trabajo y también la de los usuarios del programa.

Palabras clave: Calidad de vida. Estrategia de salud de la familia. Trabajadores.

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 01 – Distribuição em % da avaliação de qualidade de vida .....	50
Gráfico 02 – Distribuição em % da satisfação com a saúde.....	52
Gráfico 03 – Desempenho do domínio I – físico .....	56
Gráfico 04 – Desempenho do domínio II – psicológico.....	58
Gráfico 05 – Desempenho do domínio III – relações sociais.....	59
Gráfico 06 – Desempenho do domínio IV – meio ambiente.....	62
Gráfico 07 – Desempenho dos quatro domínios incluindo todas as Equipes de Saúde da Família. ....	63

## LISTA DE TABELAS

TABELA 01 – Caracterização dos sujeitos.....	48
TABELA 02 – Faixa etária dos respondentes .....	49
TABELA 03 – Nível educacional dos respondentes .....	49
TABELA 04 – Avaliação geral da qualidade de vida .....	50
TABELA 05 – Satisfação com a saúde .....	52
TABELA 06 – Principais problemas de saúde referidos pelos trabalhadores de saúde.....	53
TABELA 07 – Domínio I – físico – escores brutos e escores transformados 4-20 e 0-100 .....	56
TABELA 08 – Domínio II – psicológico – escores brutos e escores transformados 4-20 e 0-100.....	57
TABELA 09 – Domínio III – relações sociais – escores brutos e escores transformados 4-20 e 0-100.....	59
TABELA 10 – Domínio IV – meio ambiente – escores brutos e escores transformados 4-20 e 0-100.....	61
TABELA 11 – Desempenho dos quatro domínios em relação aos três escores calculados, incluindo todas as Equipes de Saúde da Família.....	63
TABELA 12 – Desvio-padrão para os domínios do WHOQOL-bref.....	64
TABELA 13 – Escores médios e desvios-padrão dos domínios de alguns estudos sobre avaliação de qualidade de vida utilizando o Instrumento WHOQOL-bref .....	65

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>12</b>
1.1 PROBLEMA DA PESQUISA .....	14
1.2 OBJETIVOS.....	14
1.2.1 GERAL.....	14
1.2.2 Específicos.....	14
1.3 JUSTIFICATIVA PARA ESTUDO DO TEMA.....	15
<b>2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA .....</b>	<b>17</b>
2.1 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.....	17
2.1.1 Estratégia de Saúde da Família .....	19
2.2 QUALIDADE DE VIDA .....	23
2.3 INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA: WHOQOL .....	28
2.4 TRABALHO .....	36
<b>3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS .....</b>	<b>40</b>
3.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA.....	40
3.2 UNIVERSO DA PESQUISA E POPULAÇÃO.....	40
3.3 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS .....	41
3.4 ASPECTOS ÉTICOS E PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS .....	42
3.5 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DOS DADOS .....	44
<b>4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....</b>	<b>47</b>
4.1 CARACTERIZAÇÃO DO GRUPO ESTUDADO.....	47
4.2 QUESTÕES GERAIS DO INSTRUMENTO WHOQOL - BREF.....	49
4.3 QUESTÕES DOS DOMÍNIOS DO INSTRUMENTO WHOQOL - BREF.....	54
4.3.1 Domínio I - Físico.....	55
4.3.2 Domínio II - Psicológico.....	57
4.3.3 Domínio III - Relações Sociais.....	58
4.3.4 Domínio IV - Meio Ambiente.....	60
4.4 QUESTÕES ABERTAS.....	66
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>71</b>

<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>73</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>79</b>
ANEXO A – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVALI.....	80
ANEXO B – INSTRUMENTO WHOQOL - BREF.....	81
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>91</b>
Apêndice A – Questionário aberto.....	92
Apêndice B - Termo de consentimento livre e esclarecido.....	93

## 1 INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, o Brasil vem passando por intensas transformações em seu sistema de saúde pública. Os anos 70 e 80 marcaram um longo processo de discussão sobre um novo paradigma para a saúde, que colaborou para a construção do Sistema Único de Saúde (SUS), o qual foi instituído pela Constituição Federal de 1988.

Em 1993, o Ministério da Saúde reuniu alguns coordenadores com experiências em atenção primária à saúde centradas nas dimensões comunidade e família para discutirem um projeto nacional de reorientação dos serviços básicos de saúde (VASCONCELOS, 1999). E, em 1994 o Ministério da Saúde lançou o Programa Saúde da Família (PSF) com o principal objetivo de reorganizar a prática da atenção à saúde em novas bases e substituir o modelo tradicional, levando a saúde para mais perto da família e, com isso, melhorar a qualidade de vida dos brasileiros (MARQUES, 2004). Posteriormente a denominação Programa Saúde da Família foi substituída pela denominação Estratégia de Saúde da Família, mais adequada aos efetivos objetivos da proposta.

Esta estratégia vem sendo implantada em todo o Brasil para reordenação do modelo assistencial. Prioriza as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família de forma integral e contínua (CUTAIT, 2004). Cada equipe da Estratégia de Saúde da Família é composta no mínimo, por um médico generalista ou médico da família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde (FRANCO; MERHY, 1999). Os componentes das Equipes de Saúde da Família (ESF) trabalham quarenta horas semanais, que significa na prática, dedicação integral de oito horas diárias à saúde da família (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001a).

Entender a Saúde da Família como estratégia de mudança significa repensar práticas, valores e conhecimentos de todas as pessoas envolvidas no processo de produção social da saúde. Amplia-se a complexidade das ações a serem desenvolvidas pelos profissionais de saúde e aumentam os limites e suas possibilidades de atuação, o que está requerendo desses profissionais novas habilidades (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001a). Estes trabalhadores precisam ter um bom suporte em sua vida, precisam estar bem em seus momentos diários, necessitam, portanto, de qualidade de vida para que possam exercer adequadamente as suas atividades nos serviços de

saúde, proporcionando assim, qualidade de vida aos usuários do sistema.

O tema qualidade de vida tem instigado muitos profissionais de diversas áreas, pois ele é amplo e abrange diversos aspectos e momentos da vida.

A qualidade de vida é um dos conceitos mais utilizados no cenário da saúde e do trabalho. É um paradigma que além de direcionar e determinar condutas e tratamentos específicos dos mais simples aos mais complexos, define as novas dimensões que os serviços locais devem incorporar. Apesar de ser um conceito relativamente novo, tem direcionado as decisões referentes às boas e más práticas no âmbito dos profissionais da área da saúde (CIANCIARULLO et al, 2002).

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS), qualidade de vida é definida como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (GRUPO WHOQOL, 1998).

A qualidade de vida pode ser medida por meio de instrumentos genéricos e específicos dependendo dos aspectos que se deseja visualizar e avaliar (CIANCIARULLO et al, 2002).

O grupo WHOQOL (*World Health Organization Quality of Life*) desenvolveu diversos instrumentos para avaliar a qualidade de vida, entre eles, o WHOQOL-100 e o WHOQOL-bref. O WHOQOL-100 consta de 100 questões que avaliam seis domínios: físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, meio ambiente e espiritualidade/crenças pessoais. Já o WHOQOL-bref é uma versão abreviada composta pelas 26 questões que obtiveram os melhores desempenhos psicométricos extraídas do WHOQOL-100. É composta por quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente (GRUPO WHOQOL, 1998).

O instrumento WHOQOL-bref é do tipo denominado genérico, pois não tem sua aplicação direcionada a um grupo específico de pessoas. Por isso sua utilização para uma primeira aproximação com a questão da qualidade de vida pode ser considerada procedente (SAUPE; BROCA, 2004).

Avaliar a qualidade de vida tornou-se muito importante principalmente em função das mudanças que a vida moderna e o sistema capitalista têm imposto ao homem. Além do mais, pode fazer a pessoa questionar sobre o verdadeiro objetivo de sua vida, as compensações, as perdas e os danos, e talvez, reconsiderar muitos dos conceitos antes estabelecidos sobre a vida (KLUTHCOVSKY, 2005).

Programas bem formatados e desenvolvidos a longo prazo visando à melhoria da qualidade de vida, com um foco bem definido na prevenção e controle do estresse psicossocial, são pedras fundamentais para o estímulo ao desenvolvimento das pessoas. São poderosos propulsores para que elas possam aprender continuamente a se conhecerem, a se monitorarem e a conviverem cada vez melhor consigo mesmas, a perceberem com a máxima perspicácia os ambientes psicossociais em que se movimentam, a interagirem construtivamente com eles e, principalmente, a acelerarem sua capacidade de adaptação a um mundo que se transforma cada vez mais rapidamente (RIO, 1998).

### **1.1 Problema de pesquisa:**

Qual a avaliação da qualidade de vida das Equipes de Saúde da Família do município de Timbó-SC?

### **1.2 Objetivos**

#### **1.2.1 Objetivo Geral**

Avaliar a qualidade de vida dos trabalhadores das Equipes de Saúde da Família do município de Timbó-SC.

#### **1.2.2 Objetivos Específicos**

- Identificar os domínios e as facetas representativas da qualidade de vida dos trabalhadores das Equipes de Saúde da Família;
- Conhecer a percepção de qualidade de vida dos trabalhadores das Equipes de Saúde da Família.

### **1.3 Justificativa**

A opção por esta clientela tem relação com a área de interesse da pesquisadora, que está atuando por vários anos junto às equipes de saúde de família. As experiências vividas mostraram que, com a implantação das equipes de saúde da família ocorreram grandes e diferentes exigências de atribuições dos profissionais que compõem a saúde coletiva.

Estes profissionais precisam desenvolver um trabalho de qualidade, estimulando a comunidade na busca de melhores condições de saúde. Eles devem visualizar diversos aspectos que incluem as condições sociais, econômicas, culturais e psicológicas que envolvem a população. Para que isto ocorra, entende-se que o profissional de saúde precise de qualidade de vida tanto pessoal quanto profissional, e todos os fatores que nela interferem podem comprometer muito no cuidado prestado aos usuários da Estratégia de Saúde da Família.

Portanto, conhecendo a qualidade de vida desses trabalhadores pode-se focalizar aspectos relevantes comuns que possam servir para esclarecimentos conceituais e como embasamento para a implementação de programas com ações educativas para a saúde desses profissionais, que tem como prioridade buscar o bem-estar para os outros, e que podem estar negligenciando a sua própria qualidade de vida. O apoio e a colaboração na estruturação das ESF para assumirem as ações educativas em saúde, de forma humana, equânime, integral e resolutiva, irão proporcionar indivíduos aptos e capazes ao trabalho e às suas atividades de vida diária, contribuindo no processo da melhora na vida desses profissionais.

“Somente podemos construir teorias e projetos de intervenção para a melhoria da qualidade de vida se conhecermos e compreendermos a situação em questão” (PATRÍCIO, 1999, p.73).

O presente trabalho está vinculado ao grupo de pesquisa Estudos em Vigilância em Saúde e desenvolveu-se na linha de pesquisa “A família em seu ciclo vital”. Para melhor entendimento do contexto deste trabalho, fez-se no capítulo 2 a fundamentação teórica relativa ao atual sistema de saúde no Brasil e à Estratégia de Saúde da Família. Após, discute-se a qualidade de vida, com visualizações das suas definições, de seus aspectos conceituais e dos instrumentos da OMS utilizados para a sua avaliação, e, na seqüência, foi abordado os aspectos gerais do trabalho. No capítulo 3 são apresentados os aspectos metodológicos, ou seja, tipo de estudo,

universo da pesquisa e população; os procedimentos de coleta e análise dos dados e os instrumentos de coleta dos dados. Nos capítulos 4 e 5 são apresentados respectivamente, os resultados e as discussões sobre os dados obtidos, seguidos das considerações finais.

## **2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

### **2.1 Sistema Único De Saúde (SUS)**

A partir de 1986, na 1ª Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde no Canadá, ficou evidenciado a necessidade de se rever o paradigma de atenção à saúde centrado no biológico, para substituí-lo por um modelo mais abrangente, que resgatasse as dimensões psicológicas, sócio-culturais e ambientais do ser humano. O novo modelo passa a ter como objeto, não só a ausência de doença, mas principalmente, a qualidade de vida (CIANCIARULLO et al, 2002).

A atual conformação do sistema público brasileiro de saúde, começou a ser construído com o processo de redemocratização do país, e antes de sua criação pela Constituição de 1988. O evento mais marcante dessa construção foi a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em março de 1986 (NEGRI, 2002). Esta conferência se constituiu no maior fórum de debates sobre a situação de saúde no Brasil e seu relatório serviu de base para a proposta de reestruturação do sistema de saúde existente, que posteriormente foi defendida na Constituinte (JÚNIOR, 2003).

Na 8ª Conferência Nacional de Saúde, foi elaborado o conceito ampliado de saúde definindo que “saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde”. Essa definição envolve reconhecer o ser humano como ser integral e a saúde como qualidade de vida (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Com a aprovação da Constituição Federal Brasileira, foi incluída pela primeira vez, uma sessão sobre a saúde, a qual incorporou em grande parte, as propostas e os conceitos contemplados no relatório da 8ª Conferência (JÚNIOR, 2003).

A Constituição Federal de 1988 reconheceu o direito à saúde como direito de todos e dever do Estado, estabelecendo a universalidade, a integralidade, a equidade, a descentralização, a regionalização e a participação da população como os princípios e diretrizes legais do SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

A regulação infraconstitucional do SUS, objeto de intensa discussão, se completa, em 1990, com a edição de duas leis. A Lei nº 8080/90, tratando do processo de descentralização, das competências das diferentes esferas de governo e da organização do sistema, e a Lei nº 8142/90, versando sobre a participação da comunidade e os mecanismos de transferência de recursos financeiros às demais instâncias de gerência, estabelecendo a previsão de remessas regulares e automáticas do governo federal (NEGRI, 2002). Portanto, foi no início da década de 1990 que começou o processo de implantação do SUS e do novo arcabouço jurídico: a Constituição Federal de 1988, as Constituições Estaduais e as Leis Orgânicas da Saúde (8080/90 e 8142/90) (ALMEIDA; CHIORO; ZIONI, 2001).

A criação do SUS declarou a questão da universalização do acesso aos serviços públicos e, o seu pressuposto organizador: a descentralização dos serviços para as esferas locais, tornando os municípios os agentes responsáveis pela gerência e pela organização da atenção à saúde. Isto significa que os municípios passaram a ser os responsáveis diretos pelo atendimento das necessidades e das demandas de sua população, assim como pelas intervenções saneadoras em seu território. A esfera federal e os Estados são co-responsáveis pela gerência do sistema em suas competências, com auxílio técnico e financeiro, ou ainda, exercendo as funções de execução na falta da atuação municipal (SILVA, 2002).

Há um consenso de que o SUS representa um grande avanço no tocante às políticas públicas, sendo o único sistema com propostas e práticas claras de controle social, transparência administrativa, gestão participativa e democratização (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002a). O SUS é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, e o único a garantir assistência integral e gratuita para a totalidade da população, incluindo pacientes com o vírus da imunodeficiência adquirida, sintomáticos ou não, com problemas renais crônicos e doentes de câncer (SOUZA, 2002b).

A Constituição Federal de 1988 consagrou a cidadania e a dignidade da pessoa humana como direitos fundamentais. Esses ideais foram inscritos no texto constitucional, elevando à condição de relevância pública as ações e serviços de saúde, na medida em que ordena ser a saúde um direito fundamental do homem (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003).

O SUS segue a mesma doutrina e os mesmos princípios organizativos em todo território nacional, sob a responsabilidade das três esferas autônomas de governo: federal, estadual e municipal. O SUS é um sistema, que significa um conjunto de unidades, serviços e ações que

interagem para um fim comum. Esses elementos integrantes do sistema referem-se, ao mesmo tempo, às atividades de promoção e recuperação da saúde (ALMEIDA; CHIORO; ZIONI, 2001).

Baseado nos preceitos constitucionais, a construção do SUS norteia-se pelos princípios doutrinários da universalidade, equidade e integralidade. O princípio da universalidade significa que todas as pessoas têm direito aos serviços do SUS (COSTA; CARBONE, 2004). A equidade garante que todo cidadão é igual perante ao SUS e que será atendido conforme as suas necessidades (ALMEIDA; CHIORO; ZIONI, 2001). O que determina as ações são prioridades epidemiológicas, e não o privilégio ou o favorecimento (COSTA; CARBONE, 2004). O princípio da integralidade significa que as ações de saúde devem ser combinadas e voltadas, ao mesmo tempo, para a prevenção e promoção da saúde e a cura. Os serviços de saúde devem funcionar atendendo o indivíduo como um ser humano integral, submetido as mais diferentes situações de vida e de trabalho, que o levam a adoecer e a morrer. O atendimento deve ser feito para a sua saúde e não somente para as suas doenças (ALMEIDA; CHIORO; ZIONI, 2001).

Os princípios do SUS colocam o Brasil ao lado de países que pautam seus sistemas em valores de solidariedade e de cidadania, como a universalização e a adoção do conceito de saúde por direito de todos e dever do Estado (SOUZA, 2002b).

A concepção deste sistema, integrando uma rede regionalizada, hierarquizada, destinada à prestação do atendimento integral e com participação da comunidade tem como missão precípua, a redução das iniquidades na área da saúde (CIANCIARULLO et al, 2002).

O SUS também tem uma importante inovação garantida pela Constituição que é o controle social. O controle social e a gestão participativa no SUS contribuem para a ampliação da cidadania, identificando o usuário como membro de uma comunidade organizada com direitos e deveres, diferente de uma mera visão de consumidor de bens e serviços (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

### **2.1.1 Estratégia de Saúde da Família**

As origens da Estratégia de Saúde da Família no Brasil estão nos movimentos reformistas das décadas de 70 e 80, que visavam substituir o modelo tradicional de saúde,

baseado na valorização do hospital e da doença, por um novo modelo que priorizasse a prevenção e promoção da saúde, com a participação da população (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002b).

No Brasil, em junho de 1991, foi iniciado a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (JÚNIOR, 2003). Em janeiro de 1994, foram formadas as primeiras Equipes de Saúde da Família, incorporando e ampliando a atuação dos agentes comunitários (JÚNIOR, 2003). Foram formadas cerca de 328 equipes, cobrindo em torno de 55 municípios e 1,1 milhão de habitantes (NEGRI, 2002).

Até agosto de 2005, chegou-se ao total de 23,9 mil Equipes de Saúde da Família implantadas, conseguindo alcançar 4,9 mil municípios e atingindo cerca de 76,8 milhões de pessoas, cobrindo portanto 43,4% da população brasileira (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

Inicialmente considerado um programa, o saúde da família é alçado à condição de estratégia para reorientação da assistência, que passa a ser guiada pelos princípios de uma política de atenção primária ou de atenção básica (CONILL, 2002). Essa estratégia incorpora a inovação de deslocar o eixo de preocupação centrada na figura do médico, que vinha marcando a proposta da medicina familiar, para uma preocupação com toda a equipe de saúde (VASCONCELOS, 1999). Usualmente, cada Equipe de Saúde da Família deve ser responsável por, no máximo 4000 habitantes sendo a média recomendada de 3000 habitantes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006c).

A proposta da Estratégia de Saúde da Família contempla ações em atenção primária, principalmente a socialização do conhecimento em saúde. Esta proposta constitui em uma estratégia inovadora no cenário dos serviços de saúde, pois prioriza as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde das pessoas e das famílias de forma integral, contínua e pró-ativa (CIANCIARULLO et al, 2002). Esta estratégia mudou a perspectiva da assistência à doença para o de promoção da saúde e, conseqüentemente, da qualidade de vida, exigindo uma atuação articulada com outros setores da administração pública e com setores organizados da sociedade (SOUZA, 2002a).

A atenção é centrada na família, entendida, percebida e situada a partir de seu ambiente físico e social, com suas crenças e valores identificados, favorecendo a compreensão ampliada do processo saúde/doença, no contexto de um território definido geográfica e administrativamente (CIANCIARULLO et al, 2002).

Além do atendimento, suas atividades incluem programação, grupos terapêuticos, visitas e internações domiciliares, entre outras (CONILL, 2002).

A Estratégia de Saúde da Família incorpora e reafirma os princípios básicos do SUS: universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade e está estruturada a partir da Unidade Básica de Saúde da Família (JÚNIOR, 2003).

A Estratégia de Saúde da Família está inserida no SUS, valorizando os princípios de territorialização, de participação da comunidade, de garantia de integralidade na atenção, de trabalho em equipe com enfoque multidisciplinar, de ênfase na promoção da saúde com fortalecimento das ações intersetoriais entre outros (CIANCIARULLO et al, 2002).

As equipes de saúde da família devem estar capacitadas para: identificar a realidade epidemiológica e sócio-demográfica das famílias adscritas; reconhecer os problemas de saúde prevalentes e identificar os riscos aos quais a população está exposta; planejar o enfrentamento dos fatores desencadeantes do processo saúde/doença; atender à demanda programada ou espontânea; utilizar corretamente o sistema de referência e contra-referência; promover educação à saúde e melhorar o auto-cuidado dos indivíduos; incentivar ações intersetoriais para enfrentar os problemas identificados (COSTA; CARBONE, 2004).

As unidades de saúde da família atuam por meio de equipe multiprofissional, onde cada um tem suas atribuições, entre elas: Médico: compete atender todos os integrantes de cada família independente de sexo e idade, e também desenvolver com os demais integrantes da equipe ações preventivas e de promoção da qualidade de vida da população (JÚNIOR, 2003).

Exige-se do profissional médico uma qualificação diferente do modelo tradicional. Demanda três habilidades, ou “espectros” de ação do médico. Estes “espectros” não têm uma ordem de importância, mas agrupam-se em equidade às situações distintas, podendo tornar melhor ou pior a eficácia do trabalho do médico dentro da equipe do PSF. São os seguintes: amplo conhecimento médico geral e sistêmico; sensibilidade em relação aos múltiplos fatores (social, econômico, ambiental, familiar, cultural, etc) componentes do processo saúde-doença; e maleabilidade para o trabalho em equipe (CIANCIARULLO et al, 2002).

Ao Enfermeiro compete supervisionar o trabalho dos agentes comunitários de saúde e do auxiliar de enfermagem, realizar consultas na unidade de saúde, bem como assistir às pessoas que necessitam de cuidados da enfermagem no domicílio (JÚNIOR, 2003).

As atribuições médicas e de enfermagem não são tão rígidas como no modelo tradicional, e muitas vezes se confluem de maneira extremamente favorável ao andamento do trabalho em equipe e, principalmente, em resolutividade para a população. A demanda para

especialidades é racionalizada, diminuindo a sobrecarga da atenção secundária. Trata-se de um modelo racional e equânime, porém exige mudanças do setor saúde do país para a qual ele não está preparado. Demanda profissionais médicos cujo perfil a academia ainda não sabe formar e que ainda forma e coloca no mercado um excesso de especialistas desnecessários ao sistema (CIANCIARULLO et al, 2002).

As atribuições que competem ao Auxiliar de Enfermagem são: realizar procedimentos de enfermagem na unidade básica de saúde, no domicílio e executar ações de orientação sanitária (JÚNIOR, 2003).

Ao Agente Comunitário de Saúde compete reunir informações de saúde sobre a comunidade onde mora (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001a). Fazer a ligação entre as famílias e o serviço de saúde, visitando cada domicílio pelo menos uma vez por mês; realizar o mapeamento de cada área, o cadastramento das famílias e estimular a comunidade para práticas que proporcionem melhores condições de saúde e de vida (JÚNIOR, 2003). Cada Agente Comunitário de Saúde deve ser responsável por, no máximo 750 pessoas e cada Equipe de Saúde da Família deve ter no máximo 12 Agentes Comunitários de Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Estes agentes constituem a ponta de inserção de toda e qualquer ação de saúde nas comunidades dos municípios que aderiram a Estratégia de Saúde da Família. É uma prática que garante um novo olhar dos profissionais em relação ao contexto em que se processam as ações de saúde, visto que pressupõem uma busca ativa de problemas atuais e potenciais, preservando e potencializando as capacidades dos membros da comunidade atendida (CIANCIARULLO et al, 2002).

O Odontólogo tem as atribuições de executar as ações de assistência integral, aliado a atuação clínica à saúde coletiva, assistindo as famílias, indivíduos ou grupo específicos, de acordo com o planejamento local; coordenar ações coletivas voltadas para promoção e prevenção em saúde bucal; programar e supervisionar o fornecimento de insumos para as ações coletivas; capacitar as equipes de saúde da família no que se refere às ações educativas e preventivas em saúde bucal, supervisionar o trabalho desenvolvido pelo técnico de higiene dental e pelo atendente de consultório dentário (JÚNIOR, 2003).

A Estratégia de Saúde da Família não é somente um novo modelo de atenção primária, é um novo gerenciamento da atenção em saúde, mais racional, equânime e resolutivo, com

conseqüências em outros níveis. Obriga mudanças radicais no sistema educacional dos profissionais de saúde a médio e longo prazo e desafia o mercado de trabalho desses profissionais a curto prazo (CIANCIARULLO et al, 2002).

A proposta desta estratégia está alicerçada na prática multiprofissional e interdisciplinar, portanto todos os profissionais que compõem a equipe precisam estar preparados (SOUZA, 2002a).

“A construção de um novo modelo assistencial em saúde, no sentido dos valores propostos pelo SUS e que aparecem, em parte, na Estratégia de Saúde da Família, é um desafio. É essencial um modelo de organização dos serviços de saúde alicerçado em condições sócio-políticas, materiais e humanas, que viabilize um trabalho de qualidade para quem o exerce e para quem recebe a assistência. A não realização de um trabalho focado nesses dois olhares, na Estratégia de Saúde da Família, corre o risco de fazer ruir a motivação e os créditos dados pelos profissionais de saúde e pela sociedade à referida proposta. É fundamental que as contradições e dificuldades que permeiam a proposta não a levem a destruir-se, e sim, a modificar-se no sentido de melhor qualificação” (RIBEIRO; PIRES; BLANK, 2004, p.445).

## **2.2 Qualidade de vida**

Argumentar sobre qualidade de vida é um desafio tanto complexo quanto polêmico. É um tema envolvente que gera muita discussão desde a sua concepção até as suas aplicabilidades. Infinitas vezes, conscientemente ou não, todos caminham em busca do viver com qualidade. As formas de viver de algumas pessoas até podem ser parecidas, mas a forma de perceberem e qualificarem a sua qualidade de vida são diferentes. Buscamos constantemente qualidade de vida, em determinados momentos a classificamos como boa em outros como péssima.

Há indícios de que este termo surgiu pela primeira vez na literatura médica na década de 30, segundo um levantamento de estudos que tinham por objetivo a sua definição e que faziam referência à avaliação da qualidade de vida (SEIDL; ZANNON, 2004).

Nas últimas décadas, a qualidade de vida tem sido um dos grandes focos de atenção de autoridades e também da população. Tornou-se um grande foco de atenção para negócios, desde

vendas e comércio das mais variadas formas e tipos de produtos, podendo ser encontrada em propagandas de condomínios residenciais, comidas, remédios e cursos, entre outros espaços (ROLIM; FORTI, 2004).

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*" (GRUPO WHOQOL, 1998).

Nos países desenvolvidos, a emergência da preocupação com este tema ocorreu depois da Segunda Grande Guerra Mundial e coincidiu com o desenvolvimento de procedimentos e técnicas destinados à manutenção da vida de enfermos crônicos e terminais e de bebês prematuros ou que estavam sob risco de morte, avanços esses que decorreram, em parte, das oportunidades geradas por aquele conflito. Tais progressos geraram discussão sobre a relação custo-benefício, considerando tanto o bem-estar do indivíduo como os interesses da sociedade. Foi nesse contexto que se começou a falar em qualidade de vida em medicina (NERI, 2004).

O interesse em conceitos como "padrão de vida" e "qualidade de vida" foi inicialmente partilhado por cientistas sociais, filósofos e políticos. O crescente desenvolvimento tecnológico da medicina e ciências afins trouxe como uma consequência negativa a sua progressiva desumanização. Assim, a preocupação com o conceito de "qualidade de vida" refere-se a um movimento dentro das ciências humanas e biológicas no sentido de valorizar parâmetros mais amplos que o controle de sintomas, a diminuição da mortalidade ou o aumento da expectativa de vida (GRUPO WHOQOL, 1998).

Para Seidl; Zannon (2004), a noção de que qualidade de vida envolve diferentes dimensões configura-se a partir dos anos 80, acompanhada de estudos empíricos para melhor compreensão do fenômeno. Ao analisarem a literatura da última década evidenciaram a tendência de se usar definições focalizadas e combinadas, pois são estas que podem contribuir para o avanço do conceito em bases científicas. Sendo qualidade de vida um construto eminentemente interdisciplinar, a contribuição de diferentes áreas do conhecimento pode ser de fato valiosa e mesmo indispensável.

O tema "Qualidade de vida" é atual e traz em seu cerne uma ampla e controversa discussão sobre conceitos e aplicabilidades. Além de envolvente, suscita reflexões sobre as relações teóricas e a vida prática, sobre o cotidiano de milhares de brasileiros imersos em um

mundo de trabalho, de estudos, de lazer, de relações sociais, de sobrevivência (PADILHA; SOUZA, 1999).

Os estudos sobre qualidade de vida estão adquirindo cada vez mais importância na medicina, nutrição, ciências sociais e do comportamento humano, servindo especialmente, como parâmetro de avaliação do impacto das doenças e de seus tratamentos sobre o indivíduo (ROEDER, 2003).

Patrício (1999) entende “qualidade” como atributos, como características ou propriedades de determinado fenômeno ou objeto que o qualificam como tal. Qualidade pode estar representando a descrição de um elemento (qualidade como substantivo), ou pode estar representando um dado valor desse elemento (qualidade como adjetivo), ou mesmo ambos.

Demo (1996) coloca que, qualidade representa o desafio de fazer história humana com o objetivo de humanizar a realidade e a convivência social. Ela relaciona-se com o sentido humano de intervir nos valores e fins históricos considerados desejáveis, necessários e eticamente sustentáveis.

“Vida é expressão, é comunicação, é ‘ruído’, é ‘presença sentida’ de várias formas, como odores, palavras, gestos, toques, excretas, e toda forma de energia expressa nos processos de produção humana dos mais simples aos das mais avançadas tecnologias. Vida, então é uma diversidade de processos e produtos de interações biológico-sócio-espirituais em constante possibilidade de transformação. A vida é construída em todo o processo de viver, nos seus diversos cotidianos, desde o útero materno, seu primeiro ambiente, através de interações de diferentes dimensões e padrões” (PATRÍCIO, 1999, p.56).

A qualidade de vida do ser humano expressa a qualidade de sua saúde, suas possibilidades e limitações individuais e coletivas. Representa o processo de satisfação de suas necessidades primitivas e culturais de bem viver, de sobrevivência e de transcendência como ter alimentos, conhecimentos, abrigo, afetividade e trabalho dignos (PATRÍCIO, 1999).

“É o enfrentamento de dois desafios conjugados: o manejo da quantidade necessária, como base e condição da qualidade, sendo que qualidade não pode existir em pobreza, carência, fome; e a construção da qualidade possível, em condições dadas, enquanto obra humana”. A qualidade de vida, significa antes de tudo, a humanização da realidade e da vida, que passa pela condição básica de cidadania, ou seja, abrange todas as esferas da vida como: trabalho, educação, saúde, democracia, lazer e outros” (DEMO, 1996, p.21).

Qualidade de vida é a condição da existência do ser humano referida aos modos de viver em sociedade, isto é, dentro dos limites que são colocados em cada momento histórico para se viver o cotidiano. Esta existência também deve satisfazer as exigências e demandas que este mesmo cotidiano cria para as pessoas que compõem a sociedade. A não satisfação das exigências e demandas do “seu modo de andar a vida” cotidianamente, constituirá o sofrimento que se quer reverter ou evitar por meio das ações de saúde (PADILHA; SOUZA, 1999).

Demo (1996, p.23) afirma que qualidade de vida está “sempre na competência humana de tornar a realidade e a vida conquistas comuns positivas, sobretudo desdobradas no contexto social”.

Qualidade de vida significa a humanização da realidade, entendida como ambiência ecológica, habitabilidade, meio ambiente, urbanização, saneamento básico e a humanização da vida através da participação democrática, do estado de direito, da redução das desigualdades sociais, da equalização das oportunidades e de serviços públicos dignos (PADILHA; SOUZA, 1999).

O conceito de qualidade de vida é um construto multifacetado que integra o comportamento individual e as capacidades cognitivas, o bem-estar emocional e físico, que se manifesta na performance doméstica, profissional e nos papéis sociais do indivíduo (BROCA, 2003).

A busca da melhoria da qualidade de vida é um processo de mudança, tanto no nível individual como no coletivo, que possui como objetivo primário a busca de benefícios qualitativos na expectativa de vida e também no seu transcorrer, sendo esse conceito dependente da essência maior da existência humana, representada pela sobrevivência. Dessa forma, considera-se que qualidade de vida é algo apreendido e verbalizado, porém pouco vivenciado (DELIBERATO, 2002).

A consciência humana acerca da relação qualidade de vida-saúde é construída no processo de interações nos diferentes cotidianos. Essa consciência guia os caminhos no processo de viver com os outros humanos e o ambiente natural. É essa consciência de razão e sensibilidade, e suas outras possibilidades que guiam o processo de aprender-ensinar como viver saudável, inclusive ajudando a contribuir para curar as feridas biológico-sociais e aprender a conviver com a idéia de finitude. Nesta teia de interações se dão os movimentos de educação, os

encontros vividos de ensinar e aprender, de desconstruir e reconstruir o processo de viver, a qualidade de vida individual-coletiva (PATRÍCIO, 1999).

O estilo de vida, isto é, a forma como conduzimos nossa vida no dia-a-dia, representa 50% dos fatores envolvidos numa vida longa e saudável. O restante relaciona-se com fatores ligados ao meio ambiente (20%), hereditariedade (20%) e condições de assistência médica (10%) (SILVA; DEMARCHI, 1997).

São três forças presentes em todos os aspectos da vida: criação, manutenção e destruição, em um eterno fluxo de transformação presente nas células, nas plantas, nos planetas, nas estrelas. Este processo é natural, mas as escolhas são humanas, sendo o resultado de uma relação de interdependência entre os aspectos biológicos e a consciência. Não há separação, somos seres por inteiro e não uma visão integrada de saúde, trabalho e qualidade de vida (PADILHA; SOUZA, 1999).

Com base no estado da arte da definição e das medidas do construto qualidade de vida é possível concluir, no entanto, que este parece consolidar-se como uma variável importante na prática clínica e na produção de conhecimento na área da saúde. Não obstante as controvérsias existentes sobre a sua conceituação e as estratégias de mensuração, os esforços teórico-metodológicos têm contribuído para a clarificação do conceito e sua relativa maturidade (SEIDL; ZANNON, 2004).

“Seu desenvolvimento poderá resultar em mudanças nas práticas assistenciais e na consolidação de novos paradigmas do processo saúde-doença, o que pode ser de grande valia para a superação de modelos de atendimento eminentemente biomédicos, que negligenciaram aspectos socioeconômicos, psicológicos e culturais importantes nas ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação em saúde” (SEIDL; ZANNON, 2004, p.586).

A qualidade de vida constitui atualmente um importante indicador de sucesso ou insucesso das ações da saúde (CIANCIARULLO et al, 2002).

Conforme Padilha, Souza, (1999), a qualidade de vida envolve conceitos amplos e de valor em íntima relação com o cidadão. Acreditam que a Educação é o ponto essencial que permite a consciência do bem-estar e do estar-melhor. Nos serviços de saúde, a Educação é básica para o cidadão transpor as limitações impostas pelo processo saúde-doença que o próprio viver lhe impõe tornando-o participante ativo, podendo inclusive trazer sugestões inovadoras e de valor.

### **2.3 Instrumento de avaliação de qualidade de vida: WHOQOL**

Proporcionar ao ser humano a percepção de sua satisfação como arquiteto do seu viver e de sua existência, caracteriza a busca infindável por definições e métodos de qualificar a vida (BELLAGUARDA, 1999).

A escolha de um instrumento deve direcionar-se para a sua capacidade de avaliar a qualidade de vida de pessoas ou grupos específicos, devendo ater-se a alguns aspectos relevantes: o primeiro refere-se ao fato do instrumento escolhido ou indicado, ter sido traduzido e validado para o português e apresentar um bom desempenho em condições similares; o segundo aspecto refere-se à sua simplicidade, ou seja, as condições de possível utilização no cenário definido (CIANCIARULLO et al, 2002).

Existem muitos instrumentos que pretendem medir conceitos e construtos psicosociais, embora na maioria dos casos, não seja avaliado o grau de precisão e acurácia da própria medida. Na literatura específica de psicometria encontram-se preceitos bem estabelecidos de validade e fidedignidade de instrumentos de medida, no contexto das ciências sociais e do comportamento. Estas características de validade e fidedignidade de um instrumento de medida são avaliadas de forma subjetiva e objetiva, utilizando nesta última, procedimentos estatísticos. Tais instrumentos, ao serem utilizados devem sempre referir o grau de fidedignidade e os procedimentos de evidência de validade adotadas por seu autor. No entanto ressalta-se que a avaliação da fidedignidade e da validade é um processo contínuo ao longo do uso dos instrumentos em diferentes contextos históricos-culturais (NASSAR; GONÇALVES, 1999).

O movimento centrado nos estudos relacionados à qualidade de vida formam parte de um conjunto de pesquisas que visam o alcance do bem-estar dos seres humanos, a identificação do seu significado nas diferentes culturas e as melhores maneiras utilizadas para a sua mensuração (CIANCIARULLO et al, 2002).

Avaliar a qualidade de vida significa também comparar suas condições ao longo do tempo e registrar a desejabilidade das mudanças ocorridas no tempo, em comparação com pessoas da mesma idade, mais novas e mais velhas portadoras das mesmas ou de diferentes condições de saúde ou de ambiente. Na prática, supõe-se que as pessoas avaliem a qualidade de vida comparando a vida que tinham no passado com a que pretendem ter no futuro (NERI, 2004).

Bem estar, funções físicas, capacidades funcionais, satisfação, estados emocionais, interação social, realização e desenvolvimento pessoal são algumas das dimensões que dão significado à qualidade de vida. Estas dimensões podem ser medidas por meio de abordagens quantitativas e qualitativas. Nas abordagens quantitativas, faz-se uso de formulários e questionários previamente elaborados e/ou traduzidos, testados e validados para populações da nossa cultura; já nas abordagens qualitativas, busca-se descobrir os significados, os fenômenos e as relações e/ou interações simbólicas existentes e identificadas, construindo novas formas de ver a realidade dos processos de viver e ser saudável ou doente, sob a ótica dos membros das famílias (CIANCIARULLO et al, 2002).

No início da década de 1990, a Organização Mundial da Saúde constituiu um grupo de especialistas e encarregou-o de desenvolver um instrumento de medida de qualidade de vida que refletisse de tal forma parâmetros de várias nações que pudesse ser aplicado internacionalmente (NERI, 2004).

Três aspectos fundamentais referentes ao construto *qualidade de vida* foram estabelecidos por esse grupo de especialistas de diferentes culturas: (1) subjetividade; (2) multidimensionalidade (3) presença de dimensões positivas (p.ex. mobilidade) e negativas (p.ex. dor) (GRUPO WHOQOL, 1998).

A busca de um instrumento que avaliasse qualidade de vida dentro de uma perspectiva genuinamente internacional fez com que a Organização Mundial da Saúde organizasse um projeto colaborativo multicêntrico. O resultado deste projeto foi a elaboração do WHOQOL-100, um instrumento de avaliação de qualidade de vida composto por 100 itens (GRUPO WHOQOL, 1998).

O WHOQOL-100 consta de 100 questões que avaliam seis domínios: físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, meio ambiente e espiritualidade/crenças pessoais (GRUPO WHOQOL, 1998).

Cada domínio é constituído por facetas que são avaliadas por quatro questões. Assim, o instrumento é composto por 24 facetas específicas e uma faceta geral que inclui questões de avaliação global de qualidade de vida (FLECK et al,1999), que são apresentados a seguir:

## **DOMÍNIOS E FACETAS DO WHOQOL-100**

### Domínio I - Domínio físico

1. Dor e desconforto
2. Energia e fadiga
3. Sono e repouso

### Domínio II - Domínio psicológico

4. Sentimentos positivos
5. Pensar, aprender, memória e concentração
6. Auto-estima
7. Imagem corporal e aparência
8. Sentimentos negativos

### Domínio III - Nível de Independência

9. Mobilidade
10. Atividades da vida cotidiana
11. Dependência de medicação ou de tratamentos
12. Capacidade de trabalho

### Domínio IV - Relações sociais

13. Relações pessoais
14. Suporte (Apoio) social
15. Atividade sexual

### Domínio V- Ambiente

16. Segurança física e proteção
17. Ambiente no lar
18. Recursos financeiros
19. Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade
20. Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades
21. Participação em, e oportunidades de recreação/lazer
22. Ambiente físico: (poluição/ruído/trânsito/clima)
23. Transporte

### Domínio VI - Aspectos espirituais/Religião/Crenças pessoais

24. Espiritualidade/religião/crenças pessoais (GRUPO WHOQOL, 1998).

O instrumento WHOQOL-100 é um instrumento que apresenta uma linguagem simples e clara, que permite a avaliação da qualidade de vida de forma multidimensional, e que faz refletir a respeito de importantes aspectos da vida das pessoas de uma forma sistemática (CÁRDENAS; CIANCIARULLO, 1999).

No caso de pessoas em condições crônicas de saúde, auxilia no diagnóstico inicial de uma situação individual ou grupal e pode subsidiar a tomada de decisão sobre as condutas a serem implementadas. Quando aplicado periodicamente, possibilita a construção de gráficos que vão registrando a perspectiva do respondente sobre sua vida e sua saúde e que podem ser comparados com os resultados de exames e evolução clínica, conforme a perspectiva do profissional de saúde (SAUPE; BROCA, 2004).

As questões do WHOQOL foram formuladas para uma escala de respostas do tipo Likert, com uma escala de *intensidade* (nada - extremamente), *capacidade* (nada - completamente), *frequência* (nunca - sempre) e *avaliação* (muito insatisfeito - muito satisfeito; muito ruim - muito bom) (GRUPO WHOQOL, 1998).

Ao proporcionar uma avaliação detalhada das 24 facetas que o compõem, o WHOQOL pode tornar-se muito extenso para algumas aplicações, portanto, a necessidade de um instrumento mais curto, que demandasse pouco tempo para o preenchimento e que preservasse características psicométricas satisfatórias, fez com que o Grupo de Qualidade de Vida da OMS desenvolvesse uma versão abreviada do WHOQOL-100, o WHOQOL-bref (FLECK et al, 2000).

O WHOQOL-bref, é composto pelas 26 questões que obtiveram os melhores desempenhos psicométricos extraídas do WHOQOL-100 (GRUPO WHOQOL, 1998). O critério de seleção das questões para compor o WHOQOL-bref foi tanto psicométrico como conceitual. No nível conceitual foi definido pelo Grupo de Qualidade de Vida da OMS de que o caráter abrangente do instrumento original (o WHOQOL-100) deveria ser preservado. Assim, cada uma das 24 facetas que compõem o WHOQOL-100 deveria ser representada por uma questão. No nível psicométrico foi então selecionada a questão que mais altamente se correlacionasse com o escore total do WHOQOL-100, calculado pela média de todas as facetas. Após esta etapa, os itens selecionados foram examinados por um painel de peritos para estabelecer se representavam conceitualmente cada domínio de onde as facetas provinham. Dos 24 itens selecionados, seis foram substituídos por questões que definissem melhor a faceta correspondente. Três itens do domínio meio ambiente foram substituídos por serem muito correlacionados com o domínio

psicológico. Os outros três itens foram substituídos por explicarem melhor a faceta em questão (FLECK et al, 2000).

Foi realizada análise fatorial confirmatória para uma solução a quatro domínios. Assim o WHOQOL-bref ficou composto por quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente (FLECK et al, 2000), os quais são apresentados da seguinte forma:

## **DOMÍNIOS E FACETAS DO WHOQOL-bref**

### Domínio I - Domínio físico

1. Dor e desconforto
2. Energia e fadiga
3. Sono e repouso

### Domínio II - Domínio psicológico

4. Sentimentos positivos
5. Pensar, aprender, memória e concentração
6. Auto-estima
7. Imagem corporal e aparência

### Domínio III - Relações sociais

13. Relações pessoais
14. Suporte (Apoio) social
15. Atividade sexual

### Domínio IV – Meio Ambiente

16. Segurança física e proteção
17. Ambiente no lar
18. Recursos financeiros
19. Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade
20. Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades
21. Participação em, e oportunidades de recreação/lazer
22. Ambiente físico: (poluição/ruído/trânsito/clima)
23. Transporte (GRUPO WHOQOL, 1998).

A versão abreviada do WHOQOL -100 é uma alternativa útil para as situações em que a versão longa é de difícil aplicabilidade como em estudos epidemiológicos e/ou com utilização de múltiplos instrumentos de avaliação (FLECK et al, 2000).

Os instrumentos WHOQOL estão atualmente disponíveis em 20 idiomas. A versão em português (Brasil) do WHOQOL-100 e WHOQOL-bref foi realizada segundo a metodologia preconizada para a versão deste instrumento, tendo sido realizado o teste de campo em 300 indivíduos para cada um dos dois instrumentos (GRUPO WHOQOL, 1998).

Os instrumentos WHOQOL foram desenvolvidos partindo do princípio de que o conceito de qualidade de vida é abrangente e pode ser aplicado a várias doenças e a situações não-médicas. No entanto, para alguns grupos de pessoas ou de doenças, o WHOQOL pode não avaliar qualidade de vida de forma suficientemente completa ou apropriada. Nesses casos, estaria indicado o desenvolvimento de um módulo do WHOQOL que, ao ser usado em combinação com o instrumento nuclear (WHOQOL-100), avaliaria as circunstâncias e peculiaridades da doença em questão (WHO, 1993 apud FLECK, 2000).

Portanto, entre os instrumentos genéricos de qualidade de vida já desenvolvidos estão o WHOQOL-100 e o WHOQOL-bref e entre os instrumentos específicos, para populações especiais, estão o WHOQOL-HIV, o WHOQOL-SRPB e, mais recentemente, o WHOQOL-OLD.

O primeiro módulo do WHOQOL a ser desenvolvido foi o de HIV/Aids, em função da importância médica da doença, do impacto na qualidade de vida, de seu estigma e das peculiaridades que envolvem o contágio (FLECK, 2000). O segundo módulo a ser aprofundado foi o domínio "religiosidade, espiritualidade e crenças pessoais" presente no instrumento genérico de avaliação de qualidade de vida, o WHOQOL-100. Este domínio é composto por quatro questões, que se mostraram insuficientes em testes de campo realizados em vários centros. Assim, o Grupo de Qualidade de Vida decidiu desenvolver um módulo do WHOQOL-100 específico para avaliar esta dimensão dentro de uma perspectiva trans-cultural denominado de WHOQOL-SRPB (FLECK et al, 2003).

O próximo interesse do Grupo WHOQOL foi o de desenvolver um instrumento para a avaliação da qualidade de vida em adultos idosos, denominado de WHOQOL-OLD. Este se justifica pelo fato de não ser possível assumir que instrumentos adequados para avaliar o domínio saúde física, por exemplo, em populações de adultos jovens, sejam os mesmos ou apropriados para populações de adultos idosos. Há prováveis especificidades conforme a faixa etária. Além

disso, a magnitude do fenômeno envelhecimento, aliada à escassez de instrumentos para avaliar tal questão, fortalece tal interesse (FLECK; CHACHAMOVICH; TRENTINI, 2003).

A seguir, serão relatados alguns trabalhos que utilizaram o Instrumento WHOQOL da OMS para avaliação da qualidade de vida.

Silva; Crocomo; Jaques (2002) avaliaram a qualidade de vida dos idosos com doenças crônico-degenerativas que são assistidos no domicílio pelas Equipes de Saúde da Família do município de Balneário de Camboriú - SC. Este estudo teve como objetivo conhecer como estes idosos percebem a sua qualidade de vida a partir do Instrumento WHOQOL-bref. Os idosos consideraram que a sua qualidade de vida é razoável, ou seja, nem boa nem ruim.

Com o objetivo de conhecer e avaliar a qualidade de vida dos idosos trabalhadores em uma Instituição de Ensino Superior, Bonati; Tambani (2003) utilizaram o Instrumento WHOQOL-bref. Participaram do estudo 43 trabalhadores, destes, 74,4% eram casados, ótimo nível de escolaridade, onde 69,7% possuíam pós-graduação. Verificaram que o domínio psicológico foi o que apresentou a melhor média e o domínio relacionado ao meio ambiente, a menor. A satisfação com a vida resultou em qualidade de vida muito boa.

Utilizando-se do Instrumento WHOQOL-bref, Chiminelli; Urban; Tuzzin, (2003), avaliaram a qualidade de vida de 131 idosos cadastrados em um Núcleo de Atenção ao Idoso. Os problemas de saúde mais encontrados foram a hipertensão arterial sistêmica (32,07%) e o diabetes (17,56%), o que não os leva a considerarem sua qualidade de vida prejudicada, de forma que 52,67% dos entrevistados avaliaram sua qualidade de vida como sendo boa. A partir dos dados, foi possível concluir que os idosos entrevistados acreditam ter uma boa qualidade de vida, consideram-se satisfeitos com a sua saúde e com o acesso que dispõem no serviço local.

Outro estudo avaliando idosos de um município do litoral Norte de Santa Catarina, utilizando também o Instrumento WHOQOL-bref com o objetivo de avaliar a qualidade de vida destes idosos, observaram que a condição socioeconômica é que mais afeta a qualidade de vida dos entrevistados, e em geral, estes idosos avaliaram a sua qualidade de vida como sendo boa (LIMA; SILVA; SILVA, 2003).

Broca (2003) pesquisou a qualidade de vida através da aplicação do instrumento genérico WHOQOL-bref em 117 pessoas que estavam em tratamento hemodialítico. Os resultados mostraram que, apesar do domínio físico, como era esperado apresentar os níveis mais baixos de satisfação, os domínios psicológicos e de relações sociais evidenciaram mecanismos de

superação e enfrentamento do sofrimento e o encontro de novas energias e espaço para valorização da vida.

Bittencourt et al. (2004) utilizaram a versão em português do WHOQOL-bref com o objetivo de analisar a qualidade de vida em pacientes renais crônicos transplantados, com enxerto funcionante ou que retornaram para tratamento dialítico. Foram estudados 132 pacientes, submetidos ao transplante renal, divididos em dois grupos: grupo I, 100 pacientes com enxerto funcionante e grupo II, 32 pacientes que perderam a função do enxerto e retornaram para tratamento dialítico. A avaliação dos diferentes itens do WHOQOL-bref mostrou uma melhor qualidade de vida para os pacientes com enxerto funcionante nos domínios físico e psicológico, mas não nos domínios de relações sociais e de meio ambiente, valores estes confirmados pela avaliação das questões gerais. Os autores acreditam que este instrumento de avaliação mostrou-se eficaz, pois privilegiou a opinião dos pacientes, permitindo uma abordagem multidisciplinar do problema.

Saupe et al (2004), realizaram uma pesquisa junto a seis Cursos de Enfermagem, localizados na Região Sul do Brasil, com o objetivo de conhecer e avaliar a qualidade de vida dos estudantes. Utilizaram o Instrumento WHOQOL-bref, da OMS e, concluíram que 64% dos alunos referem satisfação com sua qualidade de vida, mas 36% apresentam problemas significativos, que demandam necessidades específicas e que justificam a implantação de programas de apoio e suporte para enfrentamento das situações de sofrimento.

Kluthcovsky (2005) utilizou o Instrumento WHOQOL-bref com o objetivo de avaliar a qualidade de vida dos agentes comunitários de saúde de um município do interior do Paraná. Participaram do estudo 169 agentes, que apresentaram escore médio de 69,6 na avaliação da qualidade de vida. O domínio relações sociais obteve o melhor escore com média de 75,8, seguido do domínio físico com escore médio de 74,2 e do domínio psicológico com 74,0. O menor escore ficou com o domínio meio ambiente com 54,1. Os resultados obtidos permitiram sugerir uma avaliação positiva para a qualidade de vida e para os domínios relações sociais, físico e psicológico, e uma avaliação intermediária para o domínio meio ambiente.

Diante do exposto, pode-se concordar com Martins (1999, p.143) ao colocar que, “somos gente que cuida de gente, merecemos e necessitamos de cuidados. Não devemos ficar esperando que as respostas apareçam, que as mudanças aconteçam. Temos que sair do nosso

ambiente, buscar novos conhecimentos, impedir que o sistema vigente anule nossa participação na construção de um mundo melhor.”

## 2.4 Trabalho

O trabalho tem passado por intensas e profundas transformações ao longo da história da civilização mundial.

No tempo da antiga Grécia, o termo trabalho possuía o sentido pejorativo, pois indicava a condição necessária a ser exercida por aqueles que necessitavam prover às necessidades da vida. Era o caso do escravo, o responsável pelo exercício do trabalho e, ao mesmo tempo, desconsiderado da condição de cidadão (POCHMANN, 2004).

O trabalho com finalidade econômica tornou-se dominante na escala de toda a sociedade depois do aparecimento do capitalismo industrial, há aproximadamente duzentos anos. Antes disso, nas sociedades pré-modernas, na Idade Média e na Antigüidade, assim como nas sociedades pré-capitalistas que subsistem ainda hoje, trabalhava-se menos, muito menos que hoje. De tal forma que os primeiros industriais, nos séculos XVIII e XIX, tinham grandes dificuldades para obrigar sua mão de obra a trabalhar o dia inteiro, dia após dia (GORZ, 2003).

Até o século XVIII, o termo “trabalho” (labour, Arbeit, lavoro) designava a labuta dos servos e dos trabalhadores por jornada, produtores dos bens de consumo ou dos serviços necessários à sobrevivência que, dia após dia, exigem ser renovados e repostos (GORZ, 2003).

Em latim, a origem do termo trabalho esteve associada ao *Tripalium* que expressava tanto uma espécie de canga usada sobre animais que puxavam o arado ou carroça ou um instrumento de tortura. Nesse contexto, trabalhar era um constrangimento. Foi somente no segundo milênio que o trabalho encontrou condições mais favoráveis para a sua valorização, até então, alcançar o requisito de cidadania a partir do século XX. Tudo parece ter começado ainda no primeiro milênio, através dos Atos dos Apóstolos, quando o termo foi associado à ética cristã clássica “ganharás o teu pão com o suor do teu rosto” (POCHMANN, 2004).

A palavra “trabalho”, quando referida a um simples trabalhador, evoca suor, estresse, cansaço, dever, produção, gratificação, orgulho, indignação; e quando usada em relação a um

número maior de trabalhadores organizados, lembra uma base, contratos, comportamento, regulamentos, cooperação, conflito, investimentos, hierarquia, carreira, subordinação, comando, salário, remuneração (DE MASI, 2000).

Em nossa cultura, o trabalho representa o meio pelo qual os homens garantem a sua sobrevivência, além é claro, da necessidade de se sentirem úteis à sociedade a qual pertencem, como também para colocarem em prática seus conhecimentos e aptidões (MARTINS, 1999). Dele são produzidas riquezas. Mas nem todos os trabalhos, para produzi-la, obrigam a sofrer: alguns são agradáveis, até glorificantes, outros são cansativos, desagradáveis, repugnantes (DE MASI, 2000).

Martins (1999) coloca que o trabalho é a expressão própria do homem, uma expressão de suas faculdades físicas e mentais. Nesse processo de atividade genuína, o homem desenvolve-se a si mesmo, torna-se ele próprio. O trabalho não é só um meio para um fim –o produto- mas um fim em si mesmo, a expressão significativa da energia humana, por isso pode-se gostar do trabalho.

O trabalho é um dos poucos fatores essenciais na criação de recursos e de desenvolvimento das sociedades. Dele nascem a tecnologia, as organizações produtivas, os sistemas de troca que constituem os mercados, os recursos que possibilitam a vida individual e coletiva. Ele encontra-se no âmago da possibilidade de satisfação de um sem número de necessidades humanas, das mais básicas às mais sofisticadas (RIO, 1998).

O trabalho deve favorecer o crescimento do homem, desenvolver suas potencialidades. Quando torna-se o inverso, sufoca este homem tornando-o um ser alienado (MARTINS, 1999). Ao mesmo tempo, trabalhar pode ser fonte de prazer e sofrimento, implicando uma contradição, que é guiada por um movimento de luta do trabalhador para busca constante de prazer e evitação do sofrimento, com a finalidade de manter seu equilíbrio psíquico (MENDES; MORRONE, 2002). A ocorrência de manifestações de doenças em um meio de trabalho é um fator importante para se verificar o nível de saúde desse meio, não somente em termos higiênicos e sanitários, mas em termos de saúde social, que pode comprometer o indivíduo biologicamente (NASCIMENTO, MORAES, 2000).

A subjetividade vivida por ocasião das atividades de trabalho vai desde os estados de insatisfação, de tristeza e mesmo de depressão, de neurose, até estados de auto-realização, de satisfação, desafogo e, em casos extremos de alegria. Esta série de estados afetivos que

correspondem às atividades de trabalho oferecem matizes numerosas, que se manifestam de maneira variada, de acordo, com os contextos sociais e culturais (FRIEDMANN; NAVILLE, 1973).

As condições nas quais o trabalho é realizado, pode transformá-lo em algo penoso e doloroso, levando ao sofrimento. Esse sofrimento decorre do confronto entre a subjetividade do trabalhador e as restrições das condições socioculturais e ambientais, relações sociais e organização do trabalho, que por sua vez, são reflexo de um modo de produção específico, no caso atual, de uma acumulação flexível do capital (MENDES; MORRONE, 2002).

O trabalho deve proporcionar ao homem um relacionamento ativo com a natureza, não pode deixar de fazer parte da sua natureza, pois, é inerente a ela, e precisa permitir ao trabalhador a criação de seu mundo, e a inclusão deste no mundo (MARTINS, 1999).

O trabalho e as questões a ele relacionadas devem ser colocados em lugar prioritário na hierarquia das reflexões e práticas individuais, organizacionais e sociais (RIO, 1998).

A Lei Orgânica da Saúde (Lei nº8080/90) considera o trabalho como importante fator determinante/condicionante da saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001b).

A ciência, através da sua capacidade de pesquisa, fornece os subsídios para a definição dos limites dentro dos quais o trabalho é construtivo para pessoas, organizações e sociedades. A lei, de posse desses conhecimentos, define os caminhos para que eles sejam obedecidos. Os conhecimentos científicos, a aplicação da lei, a saúde das pessoas, as práticas do trabalho se entrelaçam para configurar a dinâmica produtiva das sociedades, para definir o fracasso ou o sucesso de cada uma delas, das suas organizações e das pessoas que as compõem (RIO, 1998).

De acordo com o Ministério da Saúde (2001b), trabalhador é toda pessoa que exerça uma atividade de trabalho, independentemente de estar inserido no mercado formal ou informal, inclusive na forma de trabalho familiar e/ou doméstico. E, são considerados “trabalhadores do SUS”, todos aqueles que realizam ações e exercem as suas atividades ou funções em serviços de Saúde Pública e em serviços de saúde privada, conveniados e contratados, pelo SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003, p.26).

Para o Ministério da Saúde (2003), fica entendido como “desenvolvimento do trabalhador” as atitudes, circunstâncias, ações e eventos que assegurem ao trabalhador o crescimento profissional e laboral e que possibilite o pleno desenvolvimento humano, a sua satisfação com o trabalho, o reconhecimento, a responsabilização com compromissos pelos

direitos de cidadania da população e a prestação de serviços com acolhimento, qualidade e resolubilidade, à população usuária do Sistema.

Atravessando as diferentes ações e instâncias do SUS e englobando os diferentes níveis e dimensões da atenção e da gestão, têm-se a Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde. Esta Política lança mão de ferramentas e dispositivos para consolidar redes, vínculos e a co-responsabilização entre usuários, trabalhadores e gestores. Ao direcionar estratégias e métodos de articulação de ações, saberes, práticas e sujeitos; pode-se efetivamente potencializar a garantia de atenção integral, resolutiva e humanizada (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006a).

Por Humanização entende-se a valorização dos diferentes atores envolvidos no processo de produção de saúde. Os valores que norteiam esta política são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a co-responsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários, a participação coletiva no processo de gestão e a indissociabilidade entre atenção e gestão. A proposta de Humanização, portanto, busca reverter um quadro de mecanicismo, automatismo ou tecnicismo atualmente inerente às relações de trabalho, a partir do investimento na construção de um novo tipo de interação entre os atores no qual trabalhadores, gestores e usuários sejam sujeitos de todo o processo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006b).

Com a oferta de tecnologias e dispositivos para configuração e fortalecimento de redes de saúde, a humanização aponta para o estabelecimento de novos arranjos e pactos sustentáveis, envolvendo trabalhadores e gestores do sistema, e fomentando a participação efetiva da população, provocando inovações em termos de compartilhamento de todas as práticas de cuidado e de gestão (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006a).

A saúde do trabalhador do SUS constitui um valor social público, para o qual concorrem dimensões sociais, políticas, econômicas, ambientais e organizacionais, que demandam o estabelecimento e desenvolvimento de políticas, planos, programas, projetos e ações de promoção e proteção da saúde, de controle e vigilância dos riscos advindos das condições e dos ambientes e processos de trabalhos, de prevenção e detecção de agravo, de recuperação e reabilitação da saúde e da capacidade de trabalho e qualidade de vida (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003).

Portanto, o trabalho deve ser alvo das mais sérias, competentes e responsáveis abordagens. Tanto por questões éticas de respeito pelos seres humanos, quanto por questões pragmáticas relacionadas à obtenção de resultados produtivos e financeiros (RIO, 1998).

### **3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS**

#### **3.1 Delineamento da Pesquisa**

Este estudo é uma pesquisa transversal, do tipo exploratória e de campo.

#### **3.2 Universo da Pesquisa e População**

O espaço geográfico e humano escolhido para a realização deste estudo foi o município de Timbó, situado na Região Sul do Brasil, no estado de Santa Catarina.

Timbó está localizado na Região do Vale do Itajaí, pertencente a Região Metropolitana do Vale do Itajaí. O município foi fundado em 1869, sendo inicialmente considerado distrito da cidade de Blumenau, da qual se emancipou politicamente no ano de 1934. Sua área territorial corresponde aproximadamente de 127 Km<sup>2</sup> (PREFEITURA MUNICIPAL DE TIMBÓ, 1999).

O município de Timbó possui 33.000 habitantes, sendo que 91% dos habitantes encontram-se na área urbana e 9% na área rural. Economicamente, ocupa o 14º posto de arrecadação do estado, e é classificado pela ONU como o 10º melhor município do país para morar (TIMBÓ, 2005).

A população convidada à fazer parte deste estudo foram todos os trabalhadores de saúde pertencentes a Estratégia de Saúde da Família do Município de Timbó-SC.

Seu quadro funcional somam um total de 107 integrantes, divididos em 10 Equipes de Saúde Família (ESF), sendo assim distribuídos: 10 Médicos, 04 Dentistas, 10 Enfermeiras, 21 Auxiliares de enfermagem, 57 Agentes comunitários de saúde e 04 auxiliares de consultório dentário (Fonte: Secretaria Municipal de Saúde, 2004).

### 3.3 Instrumentos de Coleta dos Dados

Para a realização da coleta de dados foi utilizado o instrumento de medida de qualidade de vida denominado WHOQOL-bref (ANEXO B), na versão traduzida para o português e internacionalmente validado pela OMS e um questionário composto por duas questões abertas (APÊNDICE A).

O WHOQOL-bref considera os últimos quinze dias vividos pelos respondentes. O mesmo está composto por duas partes. A primeira parte é a *Ficha de Informações sobre o Respondente*, que procura caracterizar os sujeitos quanto ao sexo; idade; nível educacional; estado civil; situação, diagnóstico, problemas e regime de cuidados de saúde; bem como a forma de administração do questionário. A segunda parte é composta por vinte e seis questões. As duas primeiras são gerais, sendo que a primeira se refere à qualidade de vida e a segunda a satisfação com a própria saúde. As demais vinte e quatro perguntas estão distribuídas em quatro domínios e suas respectivas facetas, como se segue:

Domínio I - domínio físico, que focaliza as seguintes facetas: dor e desconforto, energia e fadiga, sono e repouso, atividades da vida cotidiana, dependência de medicação ou de tratamentos, capacidade de trabalho. Este domínio é composto por 7 questões.

Domínio II - domínio psicológico, composto por 6 questões, cujas facetas são: sentimentos positivos, pensar, aprender, memória e concentração, auto-estima, imagem corporal e aparência, sentimentos negativos, espiritualidade/religiosidade/crenças pessoais.

Domínio III - relações sociais, que inclui as facetas relacionadas as relações pessoais, suporte social, e atividade sexual. Este domínio é composto por 3 questões.

Domínio IV - domínio meio ambiente, que apresenta 8 questões que abordam as facetas de segurança física e proteção, ambiente no lar, recursos financeiros, cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade, oportunidades de adquirir novas informações e habilidades, participação em oportunidades de recreação/lazer, ambiente físico: (poluição, ruído, trânsito, clima), transporte.

A escolha deste instrumento deveu-se ao fato dele ter sido aplicado na versão em português, desenvolvido e validado sob critérios científicos e éticos rigidamente respeitados, mostrando características psicométricas satisfatórias (FLECK et al, 2000).

Quanto ao questionário com as duas questões abertas, foi utilizado porque as respostas do WHOQOL-bref estão condicionadas à escolha da pessoa conforme uma escala de respostas do tipo Likert, e entende-se que depoimentos podem gerar informações mais completas e possibilitar detalhar a perspectiva do entrevistado. Saupé; Broca (2004), reforçam a necessidade da entrevista ser complementada com respostas às questões abertas.

### **3.4 Aspectos Éticos e Procedimentos de Coleta dos Dados**

Inicialmente, foi solicitada autorização à Secretaria Municipal de Saúde do município de Timbó para a realização desta pesquisa. Após, o estudo foi analisado e aprovado pela Comissão de Ética para Pesquisas em Humanos da Universidade do Vale do Itajaí (ANEXO A).

A coleta dos dados ocorreu no período compreendido entre 22 de setembro e 08 de dezembro de 2005, sendo realizada pela própria pesquisadora em todas as ESFs do referido município.

Para a aplicação do Instrumento, inicialmente foi contatado com a enfermeira de cada ESF, explicado a ela sobre a pesquisa e agendado um horário em que os funcionários pudessem estar reunidos. Caso algum funcionário não estivesse presente neste horário, tentou-se agendar outro na mesma semana. Isto aconteceu individualmente em cada ESF.

Os dados foram coletados diretamente nas ESFs nos seguintes dias e horários:

ESF das Nações: dias 22 e 23 de setembro, às 14:00 horas.

ESF Pomeranos: dias 28, 29 e 30 de setembro, às 16:00 horas.

ESF Tiroleses: dia 10 de outubro às 13:00 horas.

ESF Família Saudável: dia 27 de outubro às 15:00 horas.

ESF Vila Germer: dia 31 de outubro às 15:00 e dia 04 de novembro às 14:00 horas.

ESF Imigrantes: dia 07 de novembro às 13:00 horas e 08 de novembro às 14:00 horas.

ESF CSU: dia 07 de novembro às 15:00 horas e dia 10 de novembro às 16:00 horas.

ESF Martinho Stein: dia 09 de novembro às 14:00 horas.

ESF Araponguinhas: dia 24 de novembro às 14:00 horas.

ESF Capitais: dias 05 e 08 de dezembro às 14:00 horas.

No encontro, foi entregue a todos os presentes o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B), o Instrumento WHOQOL-bref e o questionário com as questões abertas. Explicou-se sobre a presente pesquisa (objetivos, justificativa, metodologia, questões éticas...), solicitando a participação, e caso aceitassem participar, sua assinatura no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foi informado que a participação seria voluntária, que os resultados seriam tratados com confidencialidade, tendo sido dada a garantia do anonimato aos informantes. Quem não quisesse responder o questionário poderia devolvê-lo a pesquisadora, sendo anotado somente a categoria profissional sem haver qualquer outra identificação. Isto ocorreu para na análise dos dados sabermos quantos de cada profissão e quais são as profissões que fizeram parte desta pesquisa, mas mantendo o sigilo para preservar os sujeitos, ou seja, sem conhecer qual é o seu instrumento respondido.

Após assinado o TCLE, o indivíduo respondeu o Instrumento WHOQOL-bref individualmente, seguindo-se rigorosamente suas instruções.

Informou-se que, para o preenchimento do instrumento deveriam considerar somente os últimos quinze dias de sua vida, e que não deveriam deixar nenhuma questão sem resposta, pois neste caso seu questionário seria inutilizado.

Foi solicitado para que anotassem a hora de início e respondessem o instrumento WHOQOL-bref, lendo pausadamente as questões e as possibilidades de resposta e solicitando esclarecimentos que achassem necessários. Ao concluírem o questionário deveriam anotar o tempo dispendido no local indicado do instrumento. Em seguida, foram respondidas as questões abertas complementares. As informações do questionário foram registradas de forma auto-administrada, ou seja, foram preenchidas pelos próprios sujeitos da pesquisa.

Ao terminarem, procedeu-se o recolhimento dos instrumentos individualmente, conferindo se não eram deixadas questões sem respostas. Caso positivo, o funcionário era consultado para verificar se não gostaria de completar as respostas.

Ao concluir o recolhimento dos instrumentos, agradecia a participação.

### 3.5 Procedimentos de Análise dos Resultados

Os dados coletados por meio do instrumento WHOQOL-bref foram analisados conforme modelo estatístico já validado para o instrumento, equações para obtenção dos escores (GRUPO WHOQOL, 1998), e discutidos conforme conceitos centrais e resultados obtidos. Neste modelo, os dados foram processados em microcomputador, digitados em uma planilha Excel e determinados o Escore Bruto e os Escores Transformados 4-20 e 0-100. Todos estes escores foram calculados para cada sujeito pesquisado. O desempenho coletivo, em termos de qualidade alcançada, obteve-se pelo agrupamento de respostas, conforme domínios e facetas (GRUPO WHOQOL, 1998).

Os dados da Ficha de informações sobre o respondente foram analisados a partir da distribuição percentual. As questões 1 e 2 como não estão incluídas nas equações foram analisadas separadamente, conforme opções da escala numérica do tipo Likert, que pode variar de um a cinco, apresentada para a resposta, a saber: na questão 1: 1.muito ruim; 2.ruim; 3.nem ruim, nem boa; 4.boa; 5.muito boa; e para a questão 2: 1.muito insatisfeito; 2.insatisfeito; 3.nem satisfeito nem insatisfeito; 4.satisfeito; 5.muito satisfeito.

As equações para computação dos escores nos vários domínios estão apresentadas na seqüência, conforme preconizado pelo GRUPO WHOQOL (1998):

#### STEPS FOR CHECKING AND CLEANING DATA AND COMPUTING FACET AND DOMAIN SCORES

Recode q3 q4 q26 (1=5) (2=4) (3=3) (4=2) (5=1).

(scores based on a 4-20 scale)

compute dom 1= (mean.6 (q3, q4, q10, q15, q16, q17, q18)) \* 4.

compute dom 2= (mean.5 (q5, q6, q7, q11, q19, q26)) \* 4

compute dom 3= (mean.2 (q20,q21,q22)) \* 4

compute dom 4= (mean.6 (q8, q9, q12, q13, q14, q23, q24, q25)) \* 4

compute overall= (mean.2 (q1, q2)) \* 4

(scores transformed to a 0-100 scale)

compute dom1b= (dom1 - 4) \* (100/16).

compute dom2b= (dom2 - 4) \* (100/16).

compute dom3b= (dom3 - 4) \* (100/16).

compute dom4b= (dom4 - 4) \* (100/16).

compute q1b= (q1 - 1) \* (100/16).

compute q2b= (q2 - 1) \* (100/16).

Visando facilitar a compreensão dos dados, optou-se por utilizar uma escala já validada (Spínola, Pereira, 1976), que também foi adaptada e utilizada por Saupe et al (2004), ao avaliar a qualidade de vida dos estudantes de enfermagem. Os autores colocaram que esta escala permitiu apresentar os dados uniformemente, favorecendo análises comparativas em termos de desempenho de cada um dos domínios estudados, proporcionando maior visibilidade dos resultados e tornando a compreensão mais acessível. Esta escala é representada por um número real compreendido no intervalo entre 0 (zero) e 100 (cem), correspondendo aos mesmos valores que resultam da aplicação de todas as equações, qual seja o Escore transformado 0-100. Considera os valores entre 0 (zero) e 40 (quarenta) como “*região de fracasso*”, de 41 (quarenta e um) a 70 (setenta) “*região de indefinição*”, e acima de 71 (setenta e um) como tendo atingido a “*região de sucesso*”.

Foi analisado também o tempo utilizado pelos sujeitos para o preenchimento dos questionários.

As respostas às perguntas abertas foram categorizadas e analisadas em seu conteúdo. Para a análise das informações colhidas através das questões abertas, foi utilizado o método da análise de conteúdo proposto por BARDIN (1979). Este método conduz a descrições, qualitativas ou quantitativas, que ajudam a reinterpretar as mensagens e a alcançar uma compreensão de seus significados em um nível que vai além de uma leitura comum. A categorização é uma operação de classificação abrangendo elementos ou aspectos com características comuns ou que se relacionam entre si. Classificar elementos em categorias requer a investigação do que cada um deles tem em comum (BARDIN, 1979).

A construção de categorias foi lenta e gradual. Os textos digitados foram lidos por diversas vezes, procurando identificar os pontos centrais, idéias em comum para posteriormente

serem agrupados de acordo com as suas significações, contribuindo para a formação das categorias. Esta técnica permitiu utilizar a operação de forma a enriquecer os resultados quantitativos obtidos, possibilitando uma interpretação final fundamentada.

## **4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS DA PESQUISA**

### **4.1 Caracterização do Grupo Estudado**

Todos os resultados obtidos estão apresentados e fundamentados em reflexões de estudos conforme a literatura. As respostas obtidas das questões abertas são categorizadas de acordo com suas significações.

Deste estudo, participaram todas as ESFs do município de Timbó-SC, totalizando 10 Unidades e uma amostra com 93 integrantes.

O tempo médio para o preenchimento do questionário foi de 12 minutos, com  $\pm 6$ , sendo que o mínimo de tempo utilizado para o preenchimento foi 5 minutos (19%) e o máximo foi 30 minutos (5%). O tempo mais frequente para o preenchimento foi de 10 minutos (49%). Estes valores relatados estão de acordo com o Grupo WHOQOL (1998) o qual descreve que o Instrumento WHOQOL-bref é de rápida aplicação.

Na Tabela 1 têm-se a caracterização da amostra estudada que resultou em um total de 93 instrumentos preenchidos na íntegra e de forma correta, representando 86,9% dos trabalhadores componentes da população prevista, sendo distribuídos da seguinte forma: 02 Dentistas, 06 Médicos, 08 Enfermeiras, 19 Auxiliares de enfermagem, 56 Agentes comunitários de saúde, e um Auxiliar de consultório dentário.

A ESF1, a ESF3, a ESF5, ESF8 e a ESF10 apresentaram 10 trabalhadores em cada uma das ESF que aceitaram responder os instrumentos. A ESF2 e a ESF9 apresentaram 8 respondentes, a ESF4 teve 7, a ESF6 teve 8, e a ESF7 apresentou 12 respondentes.

Destes, 90,3% são trabalhadores do sexo feminino e 9,7% são do sexo masculino, observando-se que, a grande maioria dos trabalhadores pertencem ao sexo feminino. Isto se deve ao fato do aumento da participação das mulheres no mercado de trabalho, seja pela necessidade de complementar a renda familiar ou pelo próprio avanço social, que vem descaracterizando a imagem da mulher como “apenas dona de casa”.

Dados semelhantes quanto ao sexo, foram obtidos por Schmidt (2004), em estudo sobre qualidade de vida e qualidade de vida no trabalho de 105 profissionais de enfermagem atuantes

em unidade de bloco cirúrgico, utilizando a escala adaptada de qualidade de vida de Flanagan e Índice de satisfação profissional, onde 87 (82,9%) eram mulheres e 18 (17,1%) homens.

Quanto ao estado civil, observou-se que, 67 (67%) eram casados ou vivendo como casados, 18 (19,3%) solteiros, e 8 (8,6%) em outras situações (separado, divorciado, viúvo).

No estudo de Schmidt (2004), ao investigar a qualidade de vida e qualidade de vida no trabalho de 105 profissionais de enfermagem, o estado civil predominante foi o de casados com 66 (62,8%) sujeitos, seguido de 26 (24,8%) solteiros e 13 (12,4%) em outras situações (separados, viúvos).

**TABELA 01 – Caracterização dos sujeitos**

ESF	AMOSTRA	SEXO		ESTADO CIVIL		
		F	M	1	2	3
01	10	09	01	03	06	01
02	08	07	01	01	06	00
03	10	10	00	01	08	01
04	07	06	01	02	04	01
05	10	08	02	05	05	00
06	08	07	01	01	07	00
07	12	12	00	02	07	03
08	10	10	00	02	08	00
09	08	07	01	00	07	01
10	10	08	02	01	08	01
<b>TOTAL</b>	<b>93</b>	<b>84</b>	<b>09</b>	<b>18</b>	<b>67</b>	<b>08</b>
<b>%</b>	<b>100,0</b>	<b>90,3</b>	<b>9,7</b>	<b>19,3</b>	<b>67,0</b>	<b>8,6</b>

LEGENDA: 1= solteiro, 2 = casados ou vivendo como casados, 3 = separado, divorciado, viúvo.  
F = sexo feminino, M = sexo masculino.

A Tabela a seguir, apresenta o grupo em estudo, distribuídos em 4 faixas etárias. A idade mínima relatada foi de 18 anos e a máxima foi de 63 anos. O grupo de 41 a 50 anos foi o prevalente com 29 (31%) trabalhadores, seguidos do grupo de 18 a 30 anos com 25 (27%) trabalhadores. A idade média dos sujeitos foi de 39 anos, com  $\pm 11$ .

**TABELA 02 – Faixa etária dos respondentes**

FAIXA ETÁRIA	nº	%
18 - 30	25	27
31 - 40	24	26
41 - 50	29	31
> 51	15	16
TOTAL	93	100

Em relação ao nível educacional, a Tabela a seguir mostra que, 6 (6,5%) pessoas relataram não terem concluído o I grau, seguido de 9 (9,7%) sujeitos que têm o I grau completo, 15 (16%) têm o II grau incompleto e 40 (43%) concluíram o II grau. Quanto ao III grau, 4 (4,3%) não completaram, 8 (8,6%) completaram e, 11 (11,8%) cursaram especialização.

**TABELA 03 - Nível educacional dos respondentes**

NÍVEL EDUCACIONAL	nº	%
I grau incompleto	06	6,5
I grau completo	09	9,7
II grau incompleto	15	16,0
II grau completo	40	43,0
III grau incompleto	04	4,3
III grau completo	08	8,6
Pós-Graduação completo	11	11,8
TOTAL	93	100,0

#### 4.2 Questões Gerais do Instrumento WHOQOL-bref

Conforme descrito na metodologia, o Instrumento WHOQOL-bref é composto de vinte e seis questões, sendo que as duas primeiras por não fazerem parte dos cálculos dos domínios,

serão apresentadas com maiores detalhes. A primeira questão, apresentada na Tabela 4 e ilustrada no Gráfico 1, é a seguinte: “como você avaliaria sua qualidade de vida”.

**TABELA 04 - Avaliação geral da qualidade de vida**

ESF	ESCALA					TOTAL
	1. Muito ruim	2. Ruim	3. Nem ruim nem boa	4. Boa	5. Muito Boa	
01	00	00	02	07	01	10
02	00	00	02	05	01	08
03	00	00	01	09	00	10
04	00	01	01	03	02	07
05	00	00	00	08	02	10
06	00	01	03	04	00	08
07	00	02	03	05	02	12
08	00	00	00	08	02	10
09	00	01	00	07	00	08
10	01	00	01	05	03	10
<b>TOTAL</b>	01	05	13	61	13	93
<b>%</b>	1,0	5,0	14,0	66,0	14,0	100,0

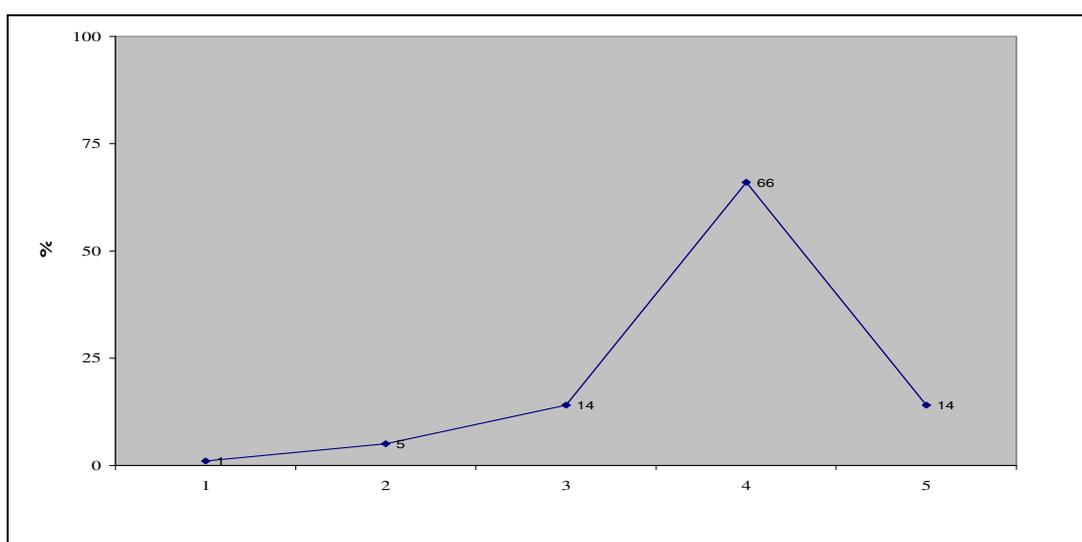


Gráfico 01 – Distribuição em % da avaliação de qualidade de vida

Legenda: 1 = muito ruim; 2 = ruim; 3 = nem ruim, nem boa; 4 = boa; 5 = muito boa.

Conforme a Tabela 4, 66% dos trabalhadores avaliaram a sua qualidade de vida como sendo boa e 14% como sendo muito boa. Têm-se portanto, um total de 80% de respostas positivas; mas, 14% avaliaram sua qualidade de vida de forma intermediária, respondendo nem ruim, nem boa; e, 1% avaliaram como muito ruim e 5% como ruim a sua qualidade de vida, sugerindo uma investigação mais dirigida a individualidade desses sujeitos.

No estudo de Kluthcovsky (2005), sobre avaliação da qualidade de vida de 169 agentes comunitários de saúde, sendo a maioria constituída por adultos jovens e mulheres, obteve-se 75,1% de respostas muito boa ou boa.

Quanto a questão 2, apresentada na Tabela 5 e ilustrada no Gráfico 2, interrogou-se sobre: “quão satisfeito você está com sua saúde”, sendo que os resultados obtidos foram: 54 (58%) sujeitos estão satisfeitos com a própria saúde, seguido de 17 (18%) que estão muito satisfeitos. Entretanto, 11 (12%) responderam de forma intermediária, estão nem satisfeitos, nem insatisfeitos com a própria saúde. Ao somar os resultados dos que estão muito insatisfeitos e insatisfeitos com a sua saúde, têm-se 12% de respostas, o que também sugere um aprofundamento individualizado nestes sujeitos.

Analisando os dados da questão 1 e 2, observa-se que há coerência entre os resultados agrupados, pois em ambas a concentração ocorreu no número 4 da escala Likert utilizada, o que corresponde a opção boa na questão 1 e satisfeito para a questão 2. Estes dados evidenciam um bom resultado quanto a avaliação sobre a qualidade de vida e sobre a satisfação com a própria saúde.

**TABELA 05 – Satisfação com a saúde**

ESF	ESCALA					TOTAL
	1. Muito insatisfeito	2. Insatisfeito	3. Nem satisfeito nem insatisfeito	4. Satisfeito	5. Muito satisfeito	
01	00	00	01	08	01	10
02	00	02	01	04	01	08
03	00	00	00	07	03	10
04	00	01	01	05	00	07
05	00	00	01	05	04	10
06	01	01	01	05	00	08
07	00	03	01	06	02	12
08	00	00	02	05	03	10
09	00	01	03	04	00	08
10	01	01	00	05	03	10
<b>TOTAL</b>	<b>02</b>	<b>09</b>	<b>11</b>	<b>54</b>	<b>17</b>	<b>93</b>
<b>%</b>	<b>2,0</b>	<b>10,0</b>	<b>12,0</b>	<b>58,0</b>	<b>18,0</b>	<b>100,0</b>

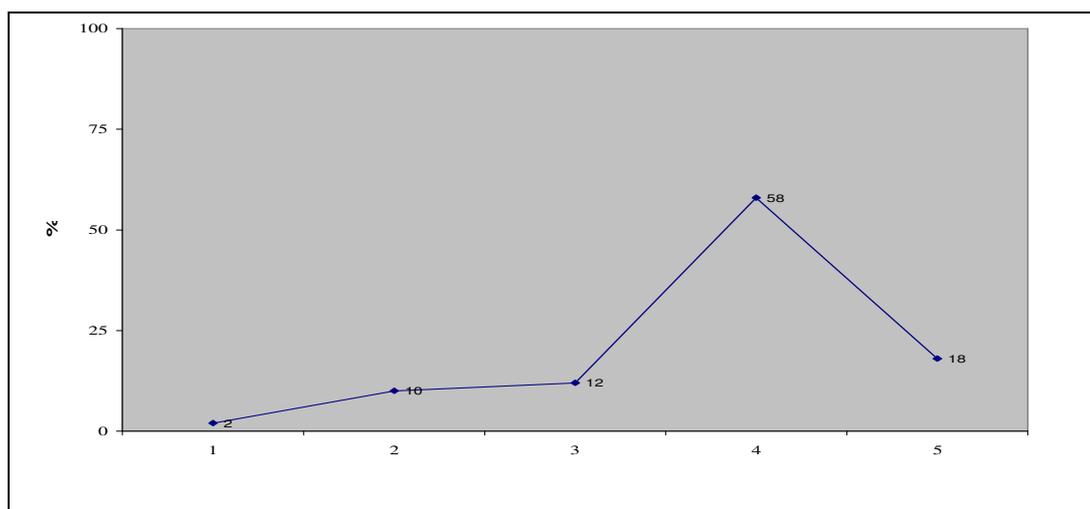


Gráfico 02 – Distribuição em % da satisfação com a saúde

Legenda: 1 = muito insatisfeito; 2 = insatisfeito; 3 = nem satisfeito nem insatisfeito; 4 = satisfeito; 5 = muito satisfeito.

A Tabela a seguir, coloca os principais problemas de saúde referidos pelos entrevistados.

**TABELA 06 – Principais problemas de saúde referidos pelos trabalhadores de saúde**

PROBLEMAS DE SAÚDE	Nº	%
1. Depressão	12	13,0
2. Problema nervoso crônico ou emocional	07	7,5
3. Problema de coração	04	4,3
4. Pressão alta	04	4,3
5. Artrite ou reumatismo	04	4,3
6. Gravidez	03	3,2
7. Problema crônico de pé	02	2,1
8. Diabetes	01	1,1
9. Doença de pele	01	1,1
10. Outros: tendinite	01	1,1
11. Nenhum problema	54	58,0
<b>TOTAL</b>	<b>93</b>	<b>100,0</b>

Conforme as respostas, 54 (58%) profissionais relataram não terem nenhum problema de saúde que os perturbassem. No entanto, a depressão está presente em 12 (13%) sujeitos, seguido de problemas nervosos em 7 (7,5%). Problema de coração, pressão alta e artrite ou reumatismo apresentaram 4 (4,3%) respostas em cada. Somando as respostas dos sujeitos que possuem pelo menos um problema de saúde, têm-se como resultado 42%.

O quadro clínico da depressão caracteriza-se por lentificação motora, falta de vontade e apatia, perda de interesse e prazer, diminuição no ritmo das atividades, cansaço marcante após esforços leves, baixa auto-estima, ansiedade, angústia, agitação motora, mudança brusca do humor com irritabilidade, alterações do apetite (ROEDER, 2003). Quase todos os pacientes deprimidos também queixam-se de energia reduzida, motivação diminuída, perturbações no sono, dificuldade para pensar, concentrar-se e pensamentos recorrentes sobre morte (KAPLAN; SADOCK, 1997).

O indivíduo deprimido deve ser constantemente supervisionado, mas o foco da supervisão deve ser de sempre ajudá-lo a lidar com os seus sentimentos. Atividades que possibilitem o aumento da aptidão física relacionada à saúde e o aumento da aptidão psicomotora poderão favorecer a retomada funcional dos papéis da vida diária e aumentar os sentimentos com relação à auto-eficácia e à auto-estima. Atividades em grupo poderão favorecer o vínculo social e a retomada dos papéis sociais. O volume e a intensidade do trabalho devem ser progressivos e com um grau de complexidade que permita a aderência do indivíduo deprimido à atividade, bem como o auxilie a desenvolvê-la até o fim, favorecendo sentimentos positivos de auto-realização, ajudando-o a aumentar o sentimento de auto-valorização (ROEDER, 2003).

#### **4.3 Questões dos Domínios do Instrumento WHOQOL – bref**

A partir daqui estão apresentados os resultados da aplicação das equações que verificaram os escores brutos e transformados referentes aos domínios: I – Físico, II – Psicológico, III – Relações Sociais e IV – Meio Ambiente. Cada domínio está apresentado em uma tabela, que inclui os menores valores encontrados entre os sujeitos, os maiores valores e as médias obtidas entre todos os respondentes de cada ESF pesquisada. Esta organização permite analisar o desempenho de cada ESF, compará-los e posteriormente estabelecer algumas relações entre os vários domínios.

Com a aplicação das equações, observa-se que existem valores mínimos e máximos possíveis de serem encontrados nos vários escores. O escore bruto é o único que muda, variando conforme o domínio. Assim, para o domínio I, o escore bruto pode variar entre 7 (mínimo) e 35 (máximo); para o domínio II fica entre 6 (mínimo) e 30 (máximo); para o domínio III pode variar entre 5 (mínimo) e 15 (máximo); e finalmente para o domínio IV poderão ser encontrados valores entre 8 (mínimo) e 40 (máximo). Os demais escores não sofrem variação de valores possíveis de serem encontrados, portanto o escore 4–20 fica entre 4 (mínimo) e 20 (máximo) em todos os domínios, e o escore 0-100 com zero (mínimo) e 100 (máximo).

### 4.3.1 Domínio I - Físico

Conforme visto, o domínio I é o físico, e suas facetas incluem dor e desconforto; energia e fadiga; sono e repouso; atividades da vida cotidiana, dependência de medicação ou de tratamentos, capacidade de trabalho. De acordo com a Tabela 7, ilustrada no Gráfico 3, os valores inferiores ficaram entre 13 e 26, os superiores entre 31 e 35, e as médias das ESF entre 24 e 30. A média geral no escore ficou estabelecida em 28. No escore transformado 4-20 os valores variaram entre 7 e 20, com uma média geral de 16. No escore transformado 0-100 o mínimo encontrado foi 21 e o máximo 100, sendo que a média entre as ESF foi de 73. Apesar da média (73), ser considerada satisfatória, visualiza-se que em 4 ESF (ESF 2, ESF 6, ESF 7 e ESF 9) ela foi baixa.

Detecta-se que a qualidade de vida quanto ao domínio físico apresenta-se razoável, visto que em todas as ESFs tivemos sujeitos que atingiram valores altos nos escores, inclusive atingindo valores máximos, mas também tivemos sujeitos que tiveram valores muito baixos. Estes resultados indicam que existem problemas individuais neste domínio que precisam ser mais bem investigados. Conforme Boff (1999), o ser humano é um ser de participação, um ator social, um sujeito histórico pessoal e coletivo de construção de relações sociais o mais igualitárias, justas, livres e fraternas possíveis dentro de determinadas condições histórico-sociais.

Para Franco (2002), o processo de trabalho configura a dimensão do espaço-tempo social em que o trabalhador, para obter os meios para sua sobrevivência, é ativado e/ou desativado em suas potencialidades de fazer-pensar-criar-interagir. Sob o prisma do indivíduo, corresponde ao espaço-tempo sócio-individual em que, simultaneamente, é agente e objeto, configurando-se o processo laboral como meio de vida e como meio de desgaste e/ou modelagem neuropsicofísica.

**TABELA 07 – Domínio I – físico – escores brutos e escores transformados 4-20 e 0-100**

DOMÍNIO I – FÍSICO									
ESF	ESCORE BRUTO			ET 4-20			ET 0-100		
	(entre 7 e 35)			(entre 4 e 20)			(entre 0 e 100)		
	<	>	m	<	>	m	<	>	m
01	22	35	27	12	20	16	53	100	72
02	18	31	27	10	18	15	39	86	70
03	24	35	30	14	20	17	61	100	81
04	20	32	27	11	18	15	46	89	71
05	24	34	30	14	19	17	61	96	82
06	13	33	24	07	19	16	21	93	61
07	15	34	26	09	19	15	28	96	69
08	26	33	30	15	19	17	68	93	81
09	19	35	26	11	20	15	43	100	67
10	20	34	29	11	19	16	46	96	78
M	20	34	28	11	19	16	47	95	73

**LEGENDA:** <: menor valor encontrado em sujeitos desta ESF. >: maior valor encontrado em sujeitos desta ESF. m: média da ESF no escore. M: média.

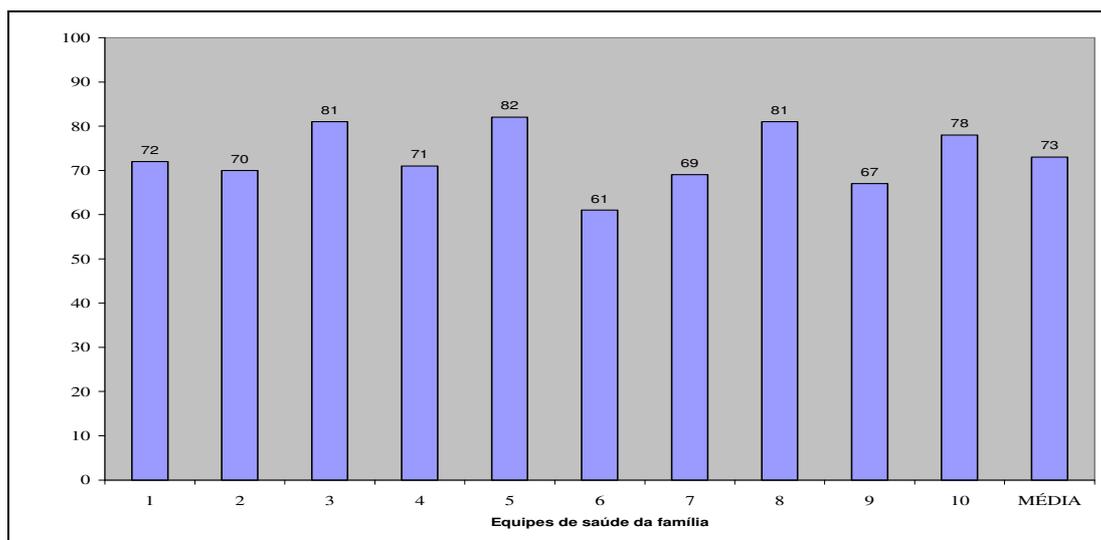


Gráfico 03 – Desempenho do domínio I - físico

### 4.3.2 Domínio II - Psicológico

O domínio II é referente ao psicológico, cujas facetas são: sentimentos positivos, pensar, aprender, memória e concentração, auto-estima, imagem corporal e aparência, sentimentos negativos, espiritualidade/religiosidade/crenças pessoais. Conforme a Tabela 8, ilustrada no Gráfico 4, o escore bruto variou entre 11 (mínimo) e 29 (máximo), com média de 23. O escore 4-20 situou-se entre 7 (mínimo) e 19 (máximo), e média de 15; e o escore transformado variou de 20 (mínimo) e 96 (máximo) e média de 72. Neste domínio, visualiza-se que a média de 5 ESF (ESF 2, ESF 4, ESF 6, ESF 7 e ESF 9) ficaram na região considerada de “indefinição”. Também chama a atenção neste domínio, que nenhum dos sujeitos atingiram os valores máximos.

**TABELA 08 – Domínio II – psicológico – escores brutos e escores transformados 4-20 e 0-100**

DOMÍNIO II – PSICOLÓGICO									
ESF	ESCORE BRUTO			ET 4-20			ET 0-100		
	(entre 6 e 30)			(entre 4 e 20)			(entre 0 e 100)		
	<	>	m	<	>	m	<	>	m
01	21	27	24	14	18	16	62	87	74
02	18	27	21	12	18	14	50	87	63
03	20	29	24	13	19	16	58	96	76
04	17	26	23	11	17	15	46	83	70
05	20	29	25	13	19	17	58	96	81
06	18	26	23	12	17	15	50	83	70
07	11	28	23	07	19	15	20	92	69
08	21	28	24	14	19	16	62	92	77
09	15	27	21	10	18	14	37	87	63
10	19	28	24	13	19	16	54	92	76
M	18	27	23	12	18	15	50	90	72

**LEGENDA:** <: menor valor encontrado em sujeitos desta ESF. >: maior valor encontrado em sujeitos desta ESF. m: média da ESF no escore. M: média.

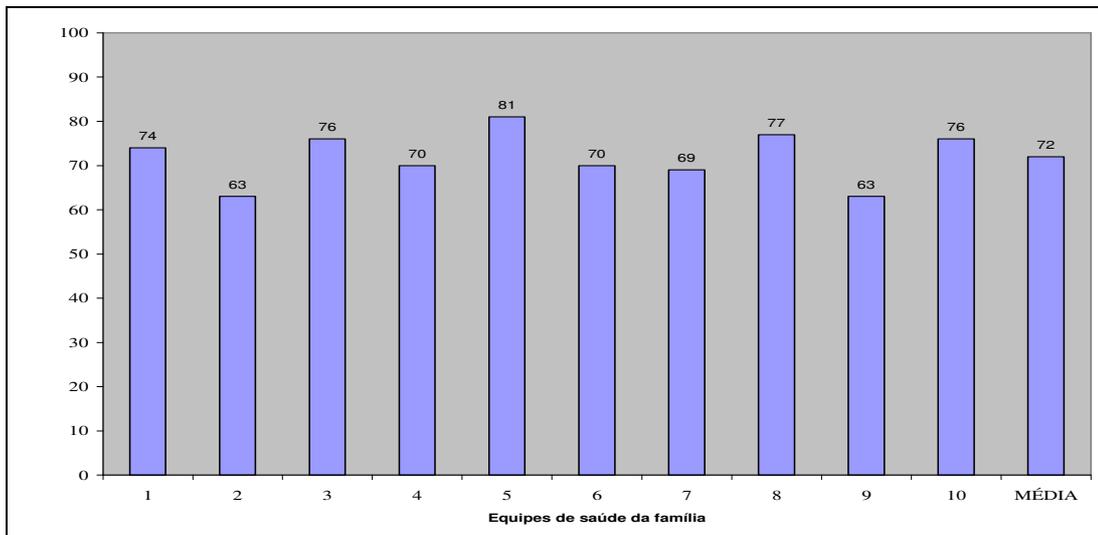


Gráfico 04 – Desempenho do domínio II – psicológico

Para Roeder (2003), uma vida saudável, feliz e satisfeita é uma aspiração do indivíduo e tem como base a saúde psicológica, calcada tanto no afeto positivo sobre o negativo e na satisfação com a vida, como na falta de ansiedade, depressão e estresse. Estes fatores são determinantes da maturidade do estado emocional do indivíduo. Kurban (2005) enfoca que, os hábitos, as religiões, os preconceitos, as crenças e alguns comportamentos contribuem diretamente para o estado de doença.

### 4.3.3 Domínio III - Relações Sociais

O domínio III refere-se as relações sociais, que inclui as facetas relacionadas as relações pessoais, suporte social, e atividade sexual. Na Tabela 09, ilustrada no Gráfico 5, observa-se que, no escore bruto, em uma ESF foi encontrado o valor mínimo possível 5 (cinco), já o valor máximo possível de ser encontrado (100), esteve presente em 7 ESF. A média da ESF 1 foi 70 e da ESF 7 foi 65, valores estes considerados insatisfatórios. A média de todas as ESF foi 75, o que está indicando uma melhor qualidade de vida nas relações sociais dos profissionais de saúde, mas, não menos importante e até preocupante são os problemas individuais que precisam ser mais bem investigados.

**TABELA 09 – Domínio III – relações sociais – escores brutos e escores transformados 4-20 e 0-100**

ESF	DOMÍNIO III – RELAÇÕES SOCIAIS								
	ESCORE BRUTO			ET 4-20			ET 0-100		
	(entre 5 e 15)			(entre 4 e 20)			(entre 0 e 100)		
	<	>	m	<	>	m	<	>	m
01	08	14	11	11	19	15	42	92	70
02	10	15	12	13	20	16	58	100	74
03	11	15	12	15	20	16	67	100	77
04	10	14	12	13	19	16	58	92	76
05	10	15	12	13	20	17	58	100	79
06	10	15	13	13	20	17	58	100	82
07	05	15	11	07	20	14	18	100	65
08	07	14	12	09	19	15	33	92	72
09	08	15	12	11	20	17	42	100	79
10	06	15	12	08	20	16	25	100	76
M	08	15	12	11	20	16	52	98	75

**LEGENDA:** <: menor valor encontrado em sujeitos desta ESF. >: maior valor encontrado em sujeitos desta ESF. m: média da ESF no escore. M: média.

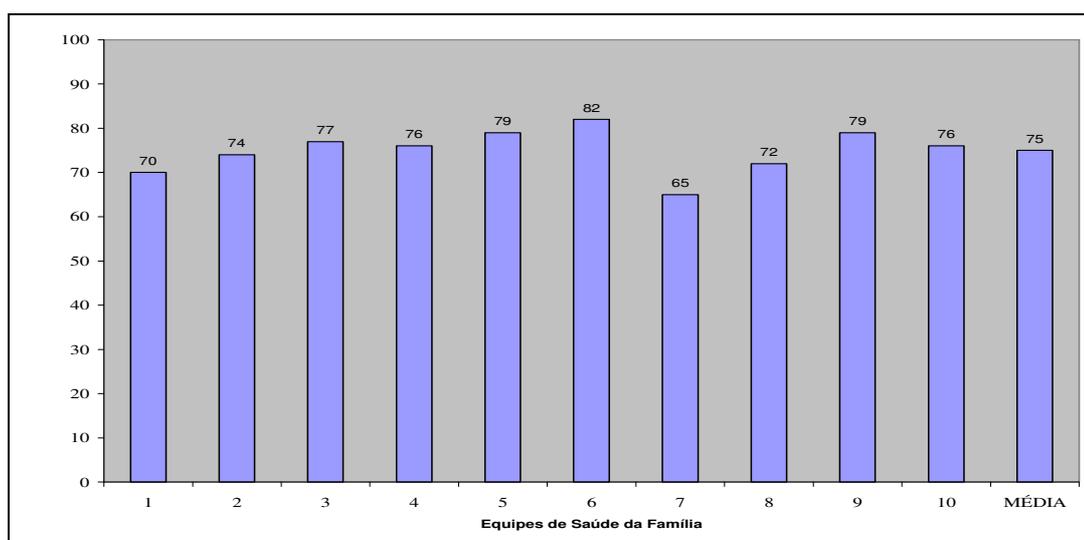


Gráfico 05 – Desempenho do domínio III – relações sociais

#### **4.3.4 Domínio IV - Meio Ambiente**

A próxima Tabela (ilustrada no Gráfico 6), é referente ao domínio IV, que é relativo ao meio ambiente, e aborda as facetas de segurança física e proteção, ambiente no lar, recursos financeiros, cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade, oportunidades de adquirir novas informações e habilidades, participação em oportunidades de recreação/lazer, ambiente físico (poluição, ruído, trânsito, clima), transporte. Verifica-se que o escore bruto apresentou valores entre 15 e 39, com média de 28, o escore transformado 0-100 ficou entre 22 e 97 com média de 63. Observa-se que este domínio alcançou o desempenho mais baixo entre todos e nenhum sujeito atingiu os valores máximo possíveis. Também, visualiza-se que somente a ESF 10 alcançou a média satisfatória.

Com relação aos recursos financeiros, Teles (1986) coloca que as preocupações em torno do dinheiro causam fortes tensões nas pessoas, podendo provocar muitas doenças físicas, entre elas: a úlcera estomacal, pressão alta, problemas cardíacos, alergias, doenças gastrintestinais, etilismo, enxaqueca, e também provocando doenças psicossomáticas como dores de cabeça, dores e sofrimentos físicos não localizados, cansaço, insônia, tosses crônicas, vertigens, resfriados e erupções da pele.

Conforme Roeder (2003), o movimento de interação entre o ser humano e seu ambiente é constante, dialético e simbiótico. Alterações em qualquer aspecto do sistema exigem alterações que respondam a todos os seus outros aspectos.

Os fatores ecológicos não podem ser negligenciados pelos profissionais que buscam a saúde. A preservação do meio ambiente é de vital importância, pois o ser humano interage, isto é, é dependente do seu entorno para sobreviver. A grande quantidade de resíduos químicos, físicos ou biológicos desenvolvidos pelas indústrias e pela urbanização resulta em poluição ambiental e tem acesso à organização interna dos seres vivos através da respiração, da ingestão e da absorção pela pele, e causando alterações patológicas importantes como doenças cardiovasculares, alterações mentais, câncer de pele ou de pulmão (KURBAN, 2005).

Multiplicam-se as manifestações de situações-limite de deterioração da qualidade de vida e da saúde das pessoas, dos trabalhadores de modo particular e de degradação ambiental. O esgotamento e a extinção de recursos naturais, as perdas na biodiversidade, as manifestações de violência que explodem na sociedade sob distintas formas, entre outras conseqüências, interferem

na qualidade de vida e colocam em risco a própria sobrevivência da espécie humana (DIAS, 2002).

**TABELA 10 – Domínio IV – meio ambiente – escores brutos e escores transformados 4-20 e 0-100**

ESF	DOMÍNIO IV – MEIO AMBIENTE								
	ESCORE BRUTO			ET 4-20			ET 0-100		
	(entre 8 e 40)			(entre 4 e 20)			(entre 0 e 100)		
	<	>	m	<	>	m	<	>	m
01	19	34	27	09	17	13	34	81	59
02	20	32	27	10	16	14	37	75	60
03	25	37	30	12	18	15	53	91	70
04	23	34	29	11	17	14	47	81	65
05	23	35	29	11	17	15	47	84	66
06	20	33	26	10	16	13	37	78	56
07	15	32	25	07	16	13	22	75	54
08	24	33	29	12	16	15	50	78	66
09	24	33	28	12	16	14	50	78	64
10	18	39	31	09	19	15	31	97	72
M	21	34	28	09	17	14	41	82	63

**LEGENDA:** <: menor valor encontrado em sujeitos desta ESF. >: maior valor encontrado em sujeitos desta ESF. m: média da ESF no escore. M: média.

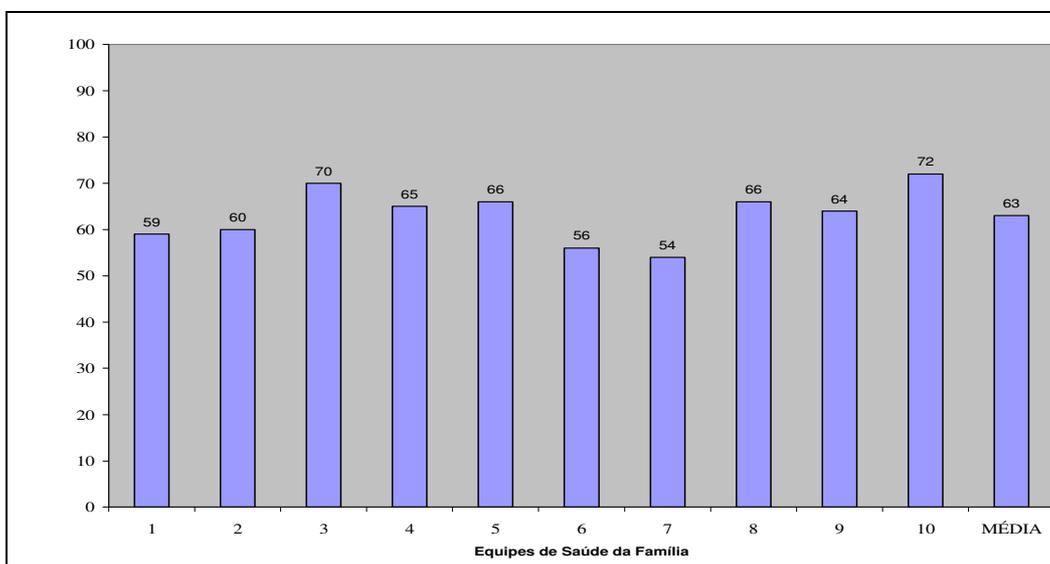


Gráfico 06 – Desempenho do domínio IV – meio ambiente

A Tabela 11, ilustrada no Gráfico 07, representa a síntese dos resultados obtidos através da aplicação das equações, ao conjunto de respostas apresentadas individualmente pelos trabalhadores de saúde, agrupados conforme os quatro domínios que compõem o instrumento utilizado. Observa-se que o melhor desempenho foi obtido pelo domínio III - relações sociais, com média de 75, seguido do domínio I – físico, com média de 73, e do domínio II – psicológico que teve como média 72. Conforme estabelecido, o nível de sucesso foi alcançado nestes domínios. O pior desempenho localizou-se no domínio IV – meio ambiente com média de 63, não atingindo portanto, o nível de sucesso. A média de todas as ESFs ficou em 71.

**TABELA 11 – Desempenho dos quatro domínios em relação aos três escores calculados, incluindo todas as ESFs**

ESCORES DOMÍNIOS	ESCORE BRUTO			ET 4 – 20			ET 0 - 100		
	<	>	m	<	>	m	<	>	m
D I (7 a 35)	13	35	28	07	20	20	21	100	73
D II (6 a 30)	11	29	23	07	19	15	20	96	72
D III (5 a 15)	05	15	12	07	20	16	18	100	75
DIV ( 8 a 40)	15	39	28	07	19	17	22	97	63
<b>MÉDIA</b>									<b>71</b>

LEGENDA: D I = Domínio I físico; D II = Domínio II psicológico; D III = Domínio III relações sociais; D IV = Domínio IV meio ambiente. m: média das ESF no escore.

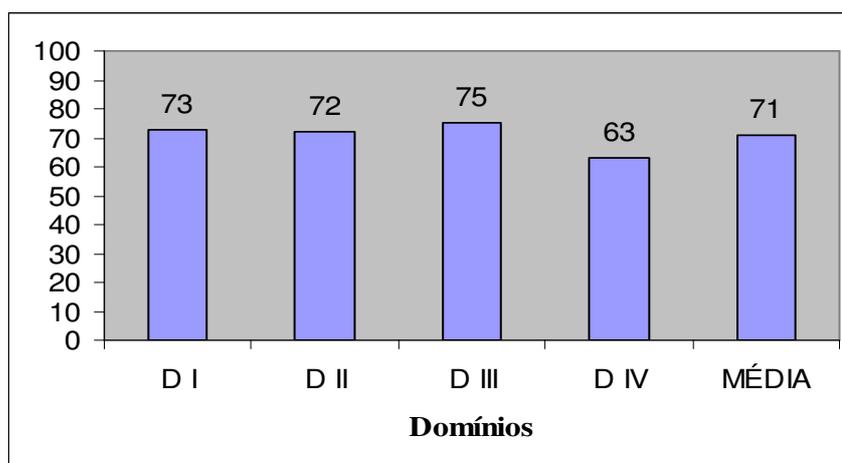


Gráfico 07 – Desempenho dos quatro domínios incluindo todas as ESFs

A Tabela a seguir ilustra o desvio-padrão de cada domínio, sendo que para o domínio I correspondeu a  $\pm 16,5$ , para o domínio II correspondeu a  $\pm 14,2$ , para o domínio III foi  $\pm 17,4$  e para o IV foi  $\pm 14,0$ .

**TABELA 12 – Desvio-padrão para os domínios do WHOQOL-bref**

DOMÍNIOS	MÉDIA	DESVIO-PADRÃO ( $\pm$ )
I - Físico	73	16,5
II - Psicológico	72	14,2
III - Relações sociais	75	17,4
IV - Meio ambiente	63	14,0
MÉDIA	71	15,5

A Tabela 13 foi elaborada por Kluthcovsky (2005), que reuniu alguns estudos sobre avaliação de qualidade de vida utilizando o Instrumento WHOQOL-bref para a coleta de dados, com os respectivos escores médios dos domínios e desvios-padrão.

Conforme a Tabela 13, Martins (2002) avaliou a qualidade de vida dos profissionais de enfermagem que trabalham em turnos, em um hospital geral, onde encontrou o maior escore médio no domínio físico (73,43) e o menor escore médio no domínio meio ambiente (55,89).

Verifica-se também pela Tabela 13, que em avaliação de qualidade de vida de 38 cuidadores de pacientes, realizada por Amendola et al (2003), a maioria constituída por mulheres, o maior escore médio obtido foi para o domínio físico (65,04) e o menor escore médio foi para o domínio meio ambiente (54,11).

De acordo com a Tabela 13, Cárdenas avaliou a qualidade de vida em dois grupos de mulheres, um que realizava trabalho doméstico e outro remunerado, com melhores escores médios para o domínio físico (69,1 e 67,1 respectivamente), e os menores escores médios para o domínio meio ambiente (41,2 e 42,8 respectivamente).

**TABELA 13 – Escores médios e desvios-padrão dos domínios de alguns estudos sobre avaliação de qualidade de vida utilizando o Instrumento WHOQOL-bref (Kluthcovsky 2005)**

AUTOR(ES) (ANO)	GRUPO ESTUDADO	DOMÍNIO RELAÇÕES SOCIAIS EM* (DP) **	DOMÍNIO FÍSICO EM (DP)	DOMÍNIO PSICOLÓGICO EM (DP)	DOMÍNIO MEIO AMBIENTE EM (DP)
Martins (2002)	158 profissionais de enfermagem em turnos de hospital geral	68,56...	73,43...	69,85...	55,89...
Amendola et al (2003)	38 cuidadores de pacientes	...	65,04...	...	54,11...
Nucci (2003)***	70 voluntários grupo controle	14,2 (3,1)	13,0 (1,5)	13,2 (1,8)	13,7 (3,0)
Cárdenas (2004)	89 mulheres com trabalho doméstico	63,6 (16,4)	69,1 (13,6)	58,9 (12,2)	41,2 (9,6)
Cárdenas (2004)	69 mulheres com trabalho remunerado	63,6 (17,5)	67,1 (15,2)	63,2 (13,6)	42,8 (10,6)
Saupe et al (2004)	825 acadêmicos de enfermagem	70,0...	67,0...	65,0...	55,0...
Kluthcovsky (2005)	169 agentes comunitários de saúde	75,8 (14,2)	74,2 (13,2)	74,0 (11,4)	54,1 (12,0)

\*EM = Escore médio

\*\*DP = Desvio-padrão

\*\*\*Escore médio apresentado na escala 4 a 20

... = refere-se a valores não informados nas referências

Nucci (2003) utilizou a escala 4 a 20 do Instrumento WHOQOL-bref da OMS, para estudar 70 voluntários de um grupo controle, tendo verificado que o maior escore médio ficou para o domínio relações sociais (14,2), e o menor escore médio ficou com o domínio físico (13,0).

Saupe et al (2004), também encontrou resultados semelhantes em estudo que avaliou a qualidade de vida de acadêmicos de enfermagem de nível superior na Região Sul do Brasil, onde

o maior escore médio obtido foi para o domínio III - relações sociais, com 70,0 e o menor escore foi para o domínio IV – meio ambiente com 55,0.

Kluthcovsky (2005) obteve resultados semelhantes a este estudo ao avaliar a qualidade de vida dos agentes comunitários de saúde. O maior escore médio obtido foi para o domínio III - relações sociais, com média de 75,8 e o menor escore foi para o domínio IV – meio ambiente com 54,1.

Ao analisar a Tabela 13, ressalta-se que o domínio meio ambiente obteve os menores escores médios, comparando-os com os demais domínios em seis dos sete grupos estudados.

#### **4.4 Questões Abertas**

À seguir, serão descritas as categorizações estabelecidas a partir das respostas obtidas das duas questões abertas devolvidas pelos trabalhadores.

As frases que estão em *itálico* correspondem à algumas respostas que foram selecionadas para ilustrarem e complementarem a análise de conteúdo. Entre parênteses, foi colocado um nome fictício para o respondente.

A primeira questão a ser respondida foi: “O que é para você qualidade de vida”. Foram estabelecidas as seguintes categorias: 1. Necessidades básicas; 2. Trabalho; 3. Família.

##### **Categoria 1: Necessidades básicas**

Por necessidades básicas entende-se como o importante e fundamental para que o ser humano possa levar de forma digna a sua vida. Constituem algumas necessidades básicas: ter saúde, amigos, lazer e moradia.

Percebeu-se através das respostas, que os trabalhadores atribuíram muito valor a saúde.

Para Boff (1999), saúde é acolher e amar a vida como ela se apresenta, alegre e trabalhosa, saudável e doentia, limitada e aberta ao ilimitado que virá além da morte. Assim, para o autor, cuidar da saúde implica cuidar do corpo, cuidar da vida, cuidar do conjunto das relações com a realidade circundante, buscando reforçar nossa identidade como seres de relações e a

assimilação criativa de tudo, encontros significativos e crises existenciais, sucessos e fracassos, saúde e sofrimento.

*“Qualidade de vida é ter boas condições de saúde e moradia, bem estar físico-psico-social”*. (Maria)

*“Ter amigos e boa saúde”*. (Isabel)

*“É ter uma vida saudável, sem doenças graves, se alimentar bem, divertir-se, morar bem, estar satisfeito consigo mesmo”*. (Joana)

## **Categoria 2: Trabalho**

Como fonte de prazer, trabalhar pode ser uma das razões pelas quais ganha tanta importância na vida do indivíduo e faz com que a maioria dos trabalhadores não perca o desejo de permanecer produzindo, além de ter, nessa atividade, a oportunidade de realização e de identidade para construir-se como sujeito psicológico e social. O ato de produzir permite um reconhecimento de si próprio como alguém que existe e tem importância para a existência do outro, transformando o trabalho em um meio para a estruturação psíquica do homem (MENDES; MORRONE, 2002).

Encontramos muitas manifestações quanto ao valor do trabalho, que foi colocado como sendo a possibilidade de realização e de crescimento pessoal, mas no momento, não está havendo satisfação financeira, pois está faltando uma compensação justa e adequada. Os dados evidenciaram também que a qualidade de vida é motivada pelo significado que os trabalhadores atribuem às relações pessoais no trabalho, na família e com os amigos.

*“Qualidade de vida é o conjunto de ações possíveis a nível financeiro”*.

*“Saúde e remuneração adequada”*. (Fernanda)

*“Não ter falta de dinheiro, trabalhar menos [...]”*.(Maria)

*“Ter um bom emprego, um lugar adequado para morar, um bom convívio com as pessoas”*. (Karim)

*“Qualidade de vida é ter harmonia no lar, no trabalho, viver com alegria e estar bem consigo mesmo”*. (Luiza)

*“É ter energia para aproveitar a vida, recriar-se, ter tempo para lazer, atividade física e bom sono. É ter trabalho prazeroso, criativo [...] e ter possibilidade de crescimento”.* (Márcia)

### **Categoria 3: Família**

A família foi colocada de forma muito especial para conceber qualidade de vida. Uma família bem estruturada e organizada permite ser um ponto de apoio e também de estímulo ao trabalhador.

*“É ter harmonia familiar, amizades sinceras, boas condições de trabalho (convívio, espaço físico adequado), salário digno, equilíbrio psicológico, saúde física, amparo para tratamento de saúde quando este se faz necessário [...]. Além disso, lazer, boa moradia, tranqüilidade quanto aos cuidados com nossos filhos. Se soubermos que nossa família está bem amparada, certamente conseguiremos maior e melhor desempenho para cuidar das famílias da comunidade”.* (Karla)

*“É ter saúde, ser feliz no ambiente familiar, e ter tempo para passeios e divertimentos”.* (Joana)

*“É sentir-se saudável, fazer exercícios físicos, ter dinheiro para passear e um bom humor. Ser amigo e ter amigos. Ter uma família saudável e feliz”.*

*“É estar bem consigo mesmo, com o trabalho, com a família, com os amigos. É ser respeitado dentro da nossa sociedade e conseguir fazer algo para melhorar a qualidade de vida das outras pessoas”.* (Isabel)

Com estas colocações expressas pode-se visualizar que a qualidade de vida das ESF estão baseadas em ter amigos, ter acesso ao lazer e a moradia, ter saúde, poder trabalhar e principalmente ter uma família.

Para a segunda questão: “Como você pode melhorar a sua qualidade de vida” foram estabelecidas as seguintes categorias: 1. Situação salarial e 2. Universo pessoal.

## **Categoria 1: Situação salarial**

A necessidade de uma melhor situação financeira ficou bem evidente nos depoimentos, aparecendo de forma muito significativa.

*“[...] preciso de melhor salário”. (Ana)*

*“Tendo um salário melhor”. (Cristina)*

*“Redução da carga horária de trabalho [...] melhor salário”. (Joana)*

*“Através de melhor salário, lazer e pensando mais em mim”. (Maria)*

Considerando as características das ESFs, que envolvem a atenção primária à saúde, com a prática do cuidado integral e com o trabalho diretamente envolvido na comunidade adscrita ao programa, vivenciando os seus múltiplos problemas, pode-se avaliar a sobrecarga destes profissionais. E, conforme o Ministério da Saúde (2003), a qualidade das ações e serviços de saúde oferecidos aos usuários do sistema equivalem-se na mesma medida, ao resultado da forma e das condições como são tratados, em cada local, os trabalhadores que nele atuam.

Sob este aspecto, verifica-se que a obtenção de um melhor salário por parte dos trabalhadores de saúde está associada a melhora da qualidade de vida destes e conseqüentemente dos usuários do programa.

## **Categoria 2: Universo pessoal**

Por universo pessoal entende-se aquelas idéias relativas a vida pessoal, a auto-imagem, ao emocional, relações sociais e pessoais.

A necessidade de estar mais tempo com a família apareceu como algo de muita importância para fortalecer a qualidade de vida. Provavelmente porque os trabalhadores permanecem mais tempo de sua vida no trabalho do que com a família.

*“Tendo mais momentos com a família e mais tempo de lazer”. (Karim)*

*“[...] e dispor de mais tempo com minha família”. (Keila)*

*“Com emprego, boa alimentação e ótimo relacionamento familiar”.*  
(Vânia)

A prática de hábitos de vida saudáveis como atividades físicas e boa alimentação apareceram como depoimentos significativos. Entretanto, são profissionais de saúde que responderam esta pergunta, e estes conhecem muito bem a importância de bons estilos de vida.

*“Nas horas de folga conversar com os amigos, fazer exercícios físicos, caminhadas, dançar, participar de festas, etc”.* (Fernanda)

*“Fazer atividades físicas, ter saúde, alimentar-se corretamente, estar bem consigo mesmo. Ter paz, amor, respeito e dignidade”.* (Karla)

*“Tentando viver uma vida mais tranqüila e saudável”.* (Cristina)

*“Obtendo maior compreensão do meu problema de saúde, acesso ao tratamento adequado, salário condizente com a função para que se torne dispensável exercer turnos de trabalho extra, podendo assim dar mais atenção à família, maior tempo para horário de almoço para poder melhorar a qualidade da alimentação e diminuir o estresse com o curto espaço de tempo reservado a isto; incentivo por parte da secretaria de saúde para aperfeiçoamento profissional, etc...”.* (Luiza)

Silva; Demarchi (1997) expõem que a qualidade de vida depende de saber manter o equilíbrio no dia-a-dia, procurando sempre melhorar o processo de interiorização de hábitos saudáveis, aumentando a capacidade de enfrentar pressões e dissabores e vivendo mais consciente e harmônico em relação ao meio ambiente, às pessoas e a si próprio.

Analisando os aspectos apontados, constata-se que há falta de equilíbrio entre o tempo dedicado ao trabalho e a vida social e familiar, impedindo desta forma que os trabalhadores de saúde possam melhorar a sua qualidade de vida.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho possibilitou perceber a avaliação da qualidade de vida dos profissionais que compõem as Equipes de Saúde da Família do município de Timbó e, ainda permitiu realizar uma reflexão sobre o que é qualidade de vida para esses trabalhadores e como eles podem melhorá-la.

Pode-se vislumbrar que o Instrumento WHOQOL-bref da OMS demanda pouco tempo para o seu preenchimento, possui questões curtas e de linguagem simples. Também proporciona uma avaliação ampla da qualidade de vida, pois considera diversos aspectos relacionados ao físico, ao emocional, às relações sociais e ao meio ambiente ao qual pertencemos. Considera assim, o ser humano como uma parte do seu sistema social, afetando-o e sendo afetado por ele a todo instante.

Os resultados do presente estudo possibilitaram realizar um diagnóstico acerca das necessidades específicas dos profissionais e a detecção de problemas significativos que estão prejudicando a qualidade de vida desses profissionais.

Os resultados obtidos sugerem que, os sujeitos desta pesquisa avaliaram possuir uma melhor qualidade de vida em relação aos domínios relações sociais, físico e psicológico. Na avaliação do domínio meio ambiente os dados apontaram para uma avaliação negativa, com valor considerado regular. Apesar da média geral ser considerada “boa”, não se pode esquecer dos sujeitos que colocaram valores baixos no instrumento e da média individual das ESF. Quanto aos problemas de saúde, estes foram relatados por 42% dos entrevistados, sendo bastante variados. A depressão foi o problema predominante. Todos estes achados confirmam a necessidade de uma rede de apoio para estes trabalhadores de saúde, que estão tendo sua qualidade de vida prejudicada, e conseqüentemente, podem estar influenciando a de sua família, de seus companheiros de trabalho e também dos usuários do programa.

As perguntas abertas permitiram um maior aprofundamento do tema em questão, e também maior liberdade de expressão dos entrevistados, contribuindo para enfatizar os resultados obtidos.

Enfim, este estudo constitui também em uma importante fonte de informações, congregando as reais demandas expressas pelas Equipes de Saúde da Família, e contribuindo para

evidenciar a realidade destas Equipes, bem como para subsidiar propostas de intervenção que possam atuar na melhora de sua qualidade de vida, o que poderá trazer um impacto nas ações desempenhadas por estes profissionais, tão imprescindíveis no atual serviço de atenção à saúde deste país.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, E.S.; CHIORO, A.; ZIONI, F. Políticas públicas e organização do sistema de saúde. In: WESTPHAL, M.F.; ALMEIDA, E.S. **Gestão de serviços de saúde: descentralização, municipalização do SUS**. São Paulo: Edusp, 2001. p.13-50.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1979.

BELLAGUARDA, M. L. R. Solidão como qualidade de vida no repensar valores. **Revista Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis: UFSC, v.8, n.3, p.44-52, set./dez. 1999.

BITTENCOURT, Z.Z.L.C. *et al.* Qualidade de vida em transplantados renais: importância do enxerto funcionante. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, vol.38, n.5, p.732-734, out. 2004.

BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano, compaixão pela terra**. Petrópolis: Vozes, 1999.

BONATTI, L.S.; TAMBANI, M.A. **Qualidade de vida dos trabalhadores da UNIVALI, com idade a partir de 60 anos, em atividade no ano de 2002**. 2003. Monografia (graduação em enfermagem) – UNIVALI, Itajaí, 2003.

BROCA, G.S. **Qualidade de vida de pessoas submetidas a tratamento hemodialítico**. 2003. Monografia (graduação em enfermagem) – UNIVALI, Itajaí, 2003.

CÁRDENAS, A.M.C.; CIANCIARULLO, T.I. Qualidade de vida da mulher dona de casa de uma comunidade de baixa renda. **Revista Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis: UFSC, v.8, n.3, p.183-199, set./dez. 1999.

CHIMINELLI, D.C.O.; URBAN, R.A.R.; TUZZIN, V. **Qualidade de vida dos idosos cadastrados no Núcleo de Atenção ao Idoso**. 2003. Monografia (graduação em enfermagem) – UNIVALI, Itajaí, 2003.

CIANCIARULLO, T.I. *et al.* **Saúde na família e na comunidade**. São Paulo: Robe, 2002.

CONILL, E.M. Políticas de atenção primária e reformas sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise do PSF em Florianópolis, SC, Brasil, 1994-2000. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.18, p. 191-202, 2002.

COSTA, E.M.A.; CARBONE, M.H. **Saúde da família: uma abordagem interdisciplinar**. Rio de Janeiro: Rubio, 2004.

CUTAIT, R. **Programa Saúde da Família**. Disponível em: <<http://ids-saude.uol.com.br/psf/>>. Acesso em: 02 Dezembro 2004.

DE MASI, D. **O futuro do trabalho: fadiga e ócio na sociedade pós-industrial**. Brasília: Unb. 5ª ed., 2000.

DEMO, P. **Educação e qualidade**. Ed. Papirus. 3ª ed., 1996.

DELIBERATO, P.C.P. **Fisioterapia preventiva**. São Paulo: Manole, 2002.

DIAS, E.C. Produção e consumo, saúde e ambiente: o papel do SUS e algumas lições aprendidas da saúde do trabalhador. In: MINAYO, M.C.S. (org.). **Saúde e ambiente sustentável: estreitando nós**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

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

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

FLECK, M.P.A. *et al.* Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida WHOQOL-bref. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v.34, n.2, p.178-83, abr. 2000.

FLECK, M.P.A.; BORGES, Z.N.; BOLOGNESI, G.; ROCHA, N.S. Desenvolvimento do WHOQOL, módulo espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v.37, n.4, p.446-55, ago. 2003.

FLECK, M.P.A.; CHACHAMOVICH, E.; TRENTINI, C.M. Projeto WHOQOL-old: métodos e resultados de grupos focais no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, vol.37, n.6, p.793-799, dez. 2003.

FRANCO, T. Padrões de produção e consumo nas sociedades urbano-industriais e suas relações com a degradação da saúde e do meio ambiente. In: MINAYO, M.C.S. (Org.). **Saúde e ambiente sustentável: estreitando nós**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

FRANCO, T.; MERHY, E. **PSF: contradições e novos desafios**. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cns>>. Acesso em: 02 Dezembro 2004.

FRIEDMANN, G.; NAVILLE, P. **Sociologia do trabalho**. São Paulo: Cultrix, 1973.

GORZ, A. **Metamorfoses do trabalho**: crítica da razão econômica. São Paulo: Annablume, 2003.

GRUPO WHOQOL. **Desenvolvimento do WHOQOL**. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/psiq/whoqold.pdf>><http://www.ufrgs.br/psiq/whoqold.pdf>>. Acesso em: 02 Dezembro 2005.

JUNIOR, K.F. **Programa saúde da família (PSF) comentado**. Goiânia: AB, 2003.

KAPLAN, H.I.; SADOCK, B.J. **Compêndio de psiquiatria**: ciências comportamentais e psiquiatria clínica. 6ª ed. São Paulo: Artes Médicas, 1997.

KLUTHCOVSKY, A.C.G.C. **Qualidade de vida dos agentes comunitários de saúde de um município do interior do Paraná**. 2005. 118 f. Dissertação (mestrado em enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

KURBAN, E. **Teoria, prática e formação do fisioterapeuta**: situação e perspectivas. Blumenau: Edifurb, 2005.

LIMA, C.; SILVA, H.P.; SILVA, L. C. **Qualidade de vida de um grupo de idosos de um município do litoral Norte de Santa Catarina**. 2003. Monografia (graduação em enfermagem) – UNIVALI, Itajaí, 2003.

MARQUES, A. **Programa de saúde da família**. Disponível em: <<http://www.prefeitura.sp.gov.br>>. Acesso em: 02 Dezembro 2004.

MARTINS, J.J. Qualidade de vida e trabalho: o cenário atual do trabalho da enfermagem numa Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis: UFSC, v.8, n.3, p.128-146, set./dez. 1999.

MENDES, A.M.; MORRONE, C.F. Vivências e prazer – sofrimento e saúde psíquica no trabalho: trajetória conceitual e empírica. In: MENDES, A.M.; BORGES, L.O.; FERREIRA, M.C. **Trabalho em transição, saúde em risco**. Brasília: UNB, 2002.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Departamento de Atenção Básica. **Guia prático do programa de saúde da família**. Brasília: Ministério da saúde, 2001a.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde do Trabalhador**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001b.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **11ª Conferência Nacional de Saúde**: O Brasil falando como quer ser tratado. Brasília: Ministério da saúde, 2002a.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Desafios e conquistas do PSF. **Revista brasileira de saúde da família**. Brasília: Ministério da saúde, ano II, n.5, p.7-24, maio 2002b.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Princípios e diretrizes para NOB/RH-SUS**. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **12ª Conferência Nacional de Saúde**: Conferência Sérgio Arouca. Brasília: Ministério da saúde, 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Atenção básica e saúde da família**. 2005. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dad/atencaobasica.php>>. Acesso em: 31 Outubro 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Grupo de Trabalho de Humanização**. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Humaniza SUS**. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/sgtes/area.cfm?id\\_area=689](http://portal.saude.gov.br/portal/sgtes/area.cfm?id_area=689)>. Acesso em: 10 Julho 2006b.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 648, de 28 de março de 2006**. 2006. Disponível em: <[http://dtr2004.saude.gov.br/dab/legislacao/portaria\\_648\\_28\\_03\\_2006.pdf](http://dtr2004.saude.gov.br/dab/legislacao/portaria_648_28_03_2006.pdf)>. Acesso em: 11 junho 2006c.

NASCIMENTO N.; MORAES, R.A.S. **Fisioterapia nas empresas**. Rio de Janeiro: Taba Cultural, 2000.

NASSAR, S.M.; GONÇALVES, L.H.T. Avaliação de uma escala de medida de qualidade de vida. **Revista Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis: UFSC, v.8, n.3, p.99-110, set./dez. 1999.

NEGRI, B.; ÁVILA, A.L. **O sistema único de saúde em dez anos de desafio**. São Paulo: Sobravime, Cealag, 2002.

NERI, A.L. Qualidade de vida na velhice. In: REBELATTO, J.R.; MORELLI, J.G.S. **Fisioterapia geriátrica**: a prática da assistência ao idoso. São Paulo: Manole, 2004. p.01-36.

NUCCI, N.A.G. **Qualidade de vida e câncer**: um estudo compreensivo. 2003. 225 f. Tese (doutorado em psicologia) - Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.

PADILHA, M.I.C.S.; SOUZA, L.N.A. Qualidade de vida – Reflexão de enfermeiras. **Revista Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis: UFSC, v.8, n.3, p.11-26, set./dez. 1999.

PATRÍCIO, Z.M. Métodos qualitativos de pesquisa e de educação participante como mediadores na construção da qualidade da vida. **Revista Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis: UFSC, v.8, n.3, p.53-77, set./dez. 1999.

POCHMANN, M. As perspectivas do trabalho na economia moderna. In: DOWBOR, L. *et al* (Org.). **Desafios do trabalho**. Petrópolis: Vozes, 2004.

PREFEITURA MUNICIPAL DE TIMBÓ. **Timbó - SC- Brasil**. Timbó: Tipotil, 1999.

RIBEIRO, E.M.; PIRES, D.; BLANK, V.L.G. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no PSF. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, p. 438-446, mar-abr. 2004.

RIO, R. **Ciência e Lei - Novos Horizontes da Saúde e do Trabalho**. Belo Horizonte: Health, 1998.

ROEDER, M.A. **Atividade física, saúde mental e qualidade de vida**. Rio de Janeiro: Shape, 2003.

ROLIM, F. S.; FORTI, V.A.M. Envelhecimento e atividade física: auxiliando na melhoria e manutenção da qualidade de vida. In: DIOGO, M.H.D.; NERI, A.L.; CACHIONI, M. **Saúde e qualidade de vida na velhice**. Campinas: Alínea, 2004.

SAUPE, R.; BROCA G. S. Indicadores de qualidade de vida como tendência atual de cuidado a pessoa com hemodiálise. **Revista Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis: UFSC, v.13, n.1, p.100-6, jan./mar. 2004.

SAUPE, R.; *et al*. **Qualidade de vida dos acadêmicos de enfermagem**. Rev. Latino-Am. Enfermagem. jul./ago. 2004, vol.12, no.4, p.636-642. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692004000400009&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692004000400009&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 21 Novembro 2004.

SCHMIDT, D.R.C. **Qualidade de vida e qualidade de vida no trabalho de profissionais de enfermagem atuantes em unidade de bloco cirúrgico**. 2004. 185 f. Dissertação (mestrado em enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

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

SILVA, H.P. O público e o particular na oferta de serviços e no processo de descentralização. In: NEGRI, B.; ÁVILA, A.L. **O sistema único de saúde em dez anos de desafio**. São Paulo: Sobravime, Cealag, 2002.

SILVA, L.; CROCOMO, L.Z.; JAQUES, R.A. **Qualidade de vida dos idosos assistidos em domicílio pelas equipes de Estratégia de Saúde da Família**. 2003. Monografia (graduação em enfermagem) – UNIVALI, Itajaí, 2003.

SILVA, M.A.; DEMARCHI, R. **Saúde e qualidade de vida no trabalho**. São Paulo: Best Seller, 1997.

SOUZA, H.M. Saúde da família: desafios e conquistas. In: NEGRI, B.; ÁVILA, A.L. **O sistema único de saúde em dez anos de desafio**. São Paulo: Sobravime, Cealag, 2002a.

SOUZA, R.R. O sistema público de saúde da brasileiro. In: NEGRI, B.; ÁVILA, A.L. **O sistema único de saúde em dez anos de desafio**. São Paulo: Sobravime, Cealag, 2002b.

SPÍNOLA, M.R.P.; PEREIRA, E.M. Avaliação de programa: uma metodologia. **Projeção**, Brasília: v.1, n.7, p.26-32, 1976.

TELES, A.X. **Psicologia moderna**. São Paulo: Ática, 1986.

TIMBÓ. **Histórico de Timbó**. Disponível em: <<http://www.timbo.sc.gov.br/historico.php?area=10&PHPSESSID=05d3903090a9ac02a72dafd10b7ad644>>. Acesso em: 02 Dezembro 2005.

VASCONCELOS, E.M. **Educação popular e a atenção à saúde da família**. São Paulo: Hucitec, 1999.

## **ANEXOS**

## ANEXO A – Aprovação do comitê de ética em pesquisa da UNIVALI



UNIVALI

UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ

PRÓ-REITORIA DE PESQUISA, PÓS-GRADUAÇÃO,  
EXTENSÃO E CULTURA

# certificado

Certificamos que o projeto de pesquisa intitulado "Indicadores da percepção de qualidade de vida dos profissionais pertencentes aos Programas de Saúde da Família do Município de Timbó - SC", da pesquisadora **Cynthia Leila Stiz Gessner**, com a orientação da Profa. Luciane Peter Grillo, está de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/ MS, de 10/10/96, tendo sido aprovado através do parecer nº 133/2005 pela Comissão de Ética em Pesquisa da UNIVALI.

CAAE – 0189.0.000.223-05

Itajaí (SC), 19 de abril de 2005.

Prof. Dr. Valdír Cechinel Filho  
Pró-Reitor de Pesquisa, Pós-Graduação, Extensão e Cultura

Prof. Roberto Rogério Mollerer  
Coordenador da CEP/UNIVALI

**ANEXO B – Instrumento WHOQOL - bref**

WHOQOL – ABREVIADO

Versão em português

PROGRAMA DE SAÚDE MENTAL  
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE  
GENEBRA

Coordenação do GRUPO WHOQOL no Brasil

Dr. Marcelo Pio de Almeida Fleck

Professor Adjunto

Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Porto Alegre – RS - Brasil



ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE  
DIVISÃO DE SAÚDE MENTAL  
GRUPO WHOQOL  
VERSÃO EM PORTUGUÊS DOS INSTRUMENTOS  
DE AVALIAÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA  
(WHOQOL) 1998

CONVITE A PARTICIPAÇÃO DE UM ESTUDO SOBRE QUALIDADE DE VIDA

Estamos realizando um trabalho de pesquisa sobre como é que as pessoas acham que está a sua vida nas últimas duas semanas. Para isto, gostaríamos de contar com a sua colaboração durante alguns minutos para responder a um questionário. Serão feitas várias perguntas sobre diferentes aspectos de sua vida: sua saúde física, sua vida emocional, sua relação com amigos e familiares, seu meio-ambiente.

Gostaríamos de deixar claro que esta pesquisa é independente de seu tratamento e em nada influenciará caso o(a) senhor(a) não estiver de acordo em participar. Asseguramos que todas as informações prestadas pelo senhor (a) são sigilosas e serão utilizadas somente para esta pesquisa. A divulgação das informações serão anônimas e em conjunto com as respostas de um grupo de pessoas. Caso o senhor concorde, poderemos passar as informações obtidas a partir desta pesquisa para o seu médico e isto poderá auxiliá-lo na compreensão de seu caso.

Se você tiver alguma pergunta a fazer antes de decidir, sinta-se a vontade para fazê-la.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/200\_

Nome do entrevistado: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Nome do entrevistador: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

## FICHA DE INFORMAÇÕES SOBRE O RESPONDENTE

**SEXO**                    Masculino    (1)

                              Feminino     (2)

**IDADE** (em anos completos)    \_\_\_/\_\_\_

### DATA DE NASCIMENTO

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_                            d m a

### NÍVEL EDUCACIONAL

Analfabeto                            (1)

I grau incompleto                    (2)

I grau completo                      (3)

II grau incompleto                    (4)

II grau completo                      (5)

III grau incompleto                   (6)

III grau completo                     (7)

Pós-Graduação incompleto (8)

Pós-Graduação completo    (9)

### ESTADO CIVIL

Solteiro (a)                            (1)

Casado (a)                              (2)

Vivendo como casado(a) (3)

Separado (a)                            (4)

Divorciado (a)                         (5)

Viúvo (a)                                (6)

### COMO ESTÁ A SUA SAÚDE

muito ruim (1) fraca (2) nem ruim nem boa (3) boa (4) muito boa (5)

## **FORMA DE ADMINISTRAÇÃO DO QUESTIONÁRIO**

Auto-administrado (1)

Assistido pelo entrevistador (2)

Administrado pelo entrevistador (3)

## **PROBLEMA DE SAÚDE ATUAL/CONDIÇÃO PRESENTE**

(marcar somente uma, que é a mais relevante para a presente busca de um serviço de saúde)

Nenhum problema	00	Problema nervoso crônico ou emocional	10
Problema de coração	01	Problema crônico de pé (joanete, unha encravada)	11
Pressão alta	02	Hemorróidas ou sangramento no ânus	12
Artrite ou reumatismo	03	Doença de Parkinson	13
Câncer	04	Gravidez	14
Enfisema ou bronquite	05	Depressão	15
Diabetes	06	Doença de pele	16
Catarata	07	Queimaduras	17
Derrame	08	Problema de álcool ou drogas	18
Osso quebrado ou fraturado	09	Outros (especificar).....	

**DIAGNÓSTICO (CID-10)** (preenchido pelo entrevistador)

## **REGIME DE CUIDADOS DE SAÚDE**

Sem tratamento (1) Ambulatório (2) Internação (3)

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE  
 DIVISÃO DE SAÚDE MENTAL  
 GRUPO WHOQOL  
 VERSÃO EM PORTUGUÊS DOS INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO  
 DE QUALIDADE DE VIDA (WHOQOL) 1998

WHOQOL – ABREVIADO

Versão em Português

Somente para uso da coordenação

	Equações para computação dos escores dos domínios	Escore bruto	Escore transformado
Domínio 1	$(6-Q3) + (6-Q4) + Q10 + Q15 + Q16 + Q17 + Q18$ _____ + _____ + _____ + _____ + _____ + _____ + _____	=	
Domínio 2	$Q5 + Q6 + Q7 + Q11 + Q19 + (6-Q26)$ ____ + ____ + ____ + ____ + ____ + ____	=	
Domínio 3	$Q20 + Q21 + Q22$ ____ + ____ + ____	=	
Domínio 4	$Q8 + Q9 + Q12 + Q13 + Q14 + Q23 + Q24 + Q25$ ____ + ____ + ____ + ____ + ____ + ____ + ____ + ____	=	

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE

DIVISÃO DE SAÚDE MENTAL

GRUPO WHOQOL

VERSÃO EM PORTUGUÊS DOS INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA (WHOQOL) 1998

**Instruções**

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. **Por favor responda a todas as questões.** Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas**. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

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

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas.

Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

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

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

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

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

		muito insatisfeito	Insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5
As questões seguintes são sobre <b>o quanto</b> você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.						
		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5

9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5
---	--	---	---	---	---	---

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	médio	muito	completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	Insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	Muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está	1	2	3	4	5

	com o seu meio de transporte?					
--	----------------------------------	--	--	--	--	--

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

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

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário? .....

Quanto tempo você levou para preencher este questionário? .....

Você tem algum comentário sobre o questionário?.....

Obrigado pela sua colaboração.

## **APÊNDICES**

**APÊNDICE A – Questionário aberto**

1 O que é para você qualidade de vida?

---

---

---

---

2 Como você pode melhorar a sua qualidade de vida?

---

---

---

---

## **APÊNDICE B – Termo de consentimento livre e esclarecido**

O (a) senhor (a), \_\_\_\_\_, declaro (a) que foi informado(a) de forma detalhada sobre o projeto de pesquisa intitulado “Avaliação Da Qualidade De Vida Dos Trabalhadores Pertencentes Aos Programas De Saúde Da Família Do Município De Timbó-SC”, que tem como objetivo Verificar a avaliação de qualidade de vida dos funcionários dos Programas de Saúde da Família, através do preenchimento de um Questionário à fim de obter maiores conhecimentos sobre a qualidade de vida desses profissionais. A divulgação dos resultados visará apenas mostrar os possíveis benefícios obtidos pela pesquisa em questão. Por ser voluntário e sem interesse financeiro, o (a) senhor (a) não terá direito a nenhuma remuneração. No entanto, o (a) senhor (a) poderá desistir a qualquer momento da mesma, inclusive sem nenhum motivo, bastando para isso informar, da maneira que achar mais conveniente, à desistência.

O (a) senhor (a) foi informado(a) que todos os procedimentos deste trabalhos são inofensivos a sua saúde.

Timbó, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2005.

Assinatura \_\_\_\_\_

# Livros Grátis

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

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

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