

**CÉZAR FRANÇA COSTA**

**QUALIDADE DE VIDA DOS FARMACÊUTICOS DE  
DROGARIAS DE CAMPO GRANDE, MS**

**UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO (UCDB)**

**MESTRADO EM PSICOLOGIA**

**CAMPO GRANDE-MS**

**2010**

**CÉZAR FRANÇA COSTA**

**QUALIDADE DE VIDA DOS FARMACÊUTICOS DE  
DROGARIAS DE CAMPO GRANDE, MS**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Psicologia da Universidade Católica Dom Bosco, como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia, área de concentração: Psicologia da Saúde, sob a orientação do Prof. Dr. José Carlos Rosa Pires de Souza.

**UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO (UCDB)**

**MESTRADO EM PSICOLOGIA**

**CAMPO GRANDE-MS**

**2010**

## Ficha Catalográfica

Costa, César França  
C837q Qualidade de vida dos farmacêuticos de Drogarias de Campo Grande, MS / César França Costa; orientação, José Carlos Rosa Pires de Souza. 2010.  
94 f + anexo  
  
Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Católica Dom Bosco, Campo. Grande, 2010.  
  
1. Qualidade de vida - Farmacêuticos 2. Drogarias I. Souza, José Carlos Rosa Pires de II. Título  
  
CDD - 615.1

Bibliotecária responsável: Clélia T. Nakahata Bezerra CRB 1/757.

A dissertação apresentada por CÉZAR FRANÇA COSTA, intitulada “QUALIDADE DE VIDA DOS FARMACÊUTICOS DE DROGARIAS DE CAMPO GRANDE, MS”, como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em PSICOLOGIA à Banca Examinadora da Universidade Católica Dom Bosco (UCDB), foi .....

## **BANCA EXAMINADORA**

---

Prof. Dr. José Carlos Rosa Pires de Souza  
(orientador/UCDB)

---

Profa. Dra. Morgana de Fátima Agostini Martins (UFGD)

---

Profa. Dra. Heloisa Bruna Grubits Freire (UCDB)

---

Profa. Dra. Lucy Nunes Ratier Martins (UCDB)

## **AGRADECIMENTOS**

Primeiro a Deus, por me conceder saúde para realizar mais uma obra em minha vida.

À minha família, em especial a minha mãe Maria Auxiliadora e meu pai Otavino, que não está mais entre nós, responsáveis por minha formação, à minha esposa Leni Fernandes, pelo incentivo e paciência, meus enteados, aos meus irmãos e sobrinhos.

À Profa. Dra. Liliana Andolpho Magalhães Guimarães, pela contribuição no início de minha dissertação em 2008, grande incentivadora da pesquisa, pela experiência na discussão dos assuntos e pelo compromisso e responsabilidade.

Ao Prof. Dr. José Carlos Rosa Pires de Souza, pelo apoio e incentivo desde 2007 no meu projeto como aluno especial e pela continuidade da minha dissertação no segundo semestre de 2009, contribuindo com toda dedicação, motivação e experiência para o término da pesquisa.

Ao Conselho Regional de Farmácia (CRF-MS), pelo fornecimento de dados necessários ao andamento da pesquisa.

Às Drogarias e os profissionais farmacêuticos, pela importante contribuição para a coleta de dados.

A todos os companheiros do mestrado, turma de 2007 e 2008, em especial à Lídia, de Rondonópolis, pela imensa e importante ajuda, ao Anderson Borges, grande companheiro nesses anos de pesquisa.

A todos meus amigos, pela compreensão nos momentos de ausência.

A todos os professores do Programa de Mestrado em Psicologia da UCDB, da secretaria, em especial à Jovenilda, sempre prestativa.

Aos professores, Dra. Morgana de Fátima Agostini Martins, Dra. Heloisa Bruna Grubits Freire e Dra. Lucy Nunes Ratier Martins, por aceitarem o convite para compor a banca examinadora de minha dissertação.

Ao estatístico Lucas, pela contribuição nas análises estatísticas.

À Nelagley, pelo grande apoio na correção de português e à Michele, pela paciência e importante contribuição na formatação da dissertação e Maria Elisa pela revisão da ABNT.

*O papel do farmacêutico no mundo é tão nobre quão vital. O farmacêutico representa o órgão de ligação entre a medicina e a humanidade sofredora. É o atento guardião do arsenal de armas com que o médico dá combate às doenças. É quem atende às requisições a qualquer hora do dia ou da noite. O lema do farmacêutico é o mesmo do soldado: servir.*

*Um serve à pátria; outro serve à humanidade, sem nenhuma discriminação de cor ou raça. O farmacêutico é um verdadeiro cidadão do mundo. Porque por maiores que sejam a vaidade e o orgulho dos homens, a doença os abate – e é então que o farmacêutico os vê. O orgulho humano pode enganar todas as criaturas: não engana ao farmacêutico. O farmacêutico sorri filosoficamente no fundo do seu laboratório, ao aviar uma receita, porque diante das drogas que manipula não há distinção nenhuma entre o fígado de um Rothschild e o do pobre negro da roça que vem comprar 50 centavos de maná e sene.*

Monteiro Lobato (1882-1948)

## RESUMO

O termo Qualidade de Vida (QV) está presente em vários setores de nossa sociedade, como economia, na política, educação, sociologia, especialidades da saúde, entre outros. É um tema multidisciplinar, sendo amplamente utilizado em pesquisa, pois é um campo de interface entre diversas áreas do conhecimento. A presente pesquisa teve por objetivo avaliar a QV de uma amostra de farmacêuticos que atuam em Drogarias de Campo Grande, MS. Para tanto, foi realizado um estudo exploratório-descritivo e de corte transversal. A amostra foi composta por N=64 farmacêuticos, sendo que N=43 (67,2%) responderam a solicitação da pesquisa. Para avaliar a QV dos farmacêuticos foram aplicados dois instrumentos: um questionário sociodemográfico e o questionário genérico de QV (The Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey – MOS SF-36). Na análise estatística dos dados, utilizaram-se para as variáveis categóricas relacionadas aos domínios do MOS SF-36, o teste *t*-student e o teste de Análise de Variância (ANOVA). Para as variáveis demográficas contínuas foi aplicado o teste de correlação linear de *Pearson*, sendo todos eles aplicados com 95% de confiabilidade. Resultados. Dos 43 farmacêuticos pesquisados, verificou-se que a maioria era do sexo feminino (76,7%); e casados (61,0%); 64,9% atuam como funcionários e 35,1% como proprietários; a maioria trabalha até 44 horas semanais (57,1%); somente 20,9% trabalham em outro local. No quesito tempo de serviço, 46,5% estão acima de 2 anos; 59,5% trabalham com até 5 funcionários na Drogaria e a maioria (79,1%), não precisou solicitar licença médica nos últimos 2 anos. A média de idade dos farmacêuticos foi de 32,63 anos e a renda média de R\$ 1.974,00. Na análise dos domínios do MOS SF-36, a melhor média geral de QV foi capacidade funcional (87,09), e a menor foi aspecto emocional (61,26). Na análise dos dados sociodemográficos categóricos verificou-se diferença significativa com relação a variável sexo nas dimensões: dor ( $p=0,010$ ), vitalidade ( $p=0,029$ ), e aspectos sociais ( $p=0,013$ ), nas quais os farmacêuticos estão melhores em QV em relação as farmacêuticas nessas dimensões. Quanto à carga horária dos farmacêuticos, constatou-se diferença significativa nas dimensões capacidade funcional ( $p=0,048$ ), aspectos físicos ( $p=0,001$ ), estado geral de saúde ( $p=0,027$ ), vitalidade ( $p=0,013$ ), aspectos sociais ( $p=0,039$ ), aspectos emocionais ( $p=0,031$ ) e saúde mental ( $p=0,032$ ), nos quais os farmacêuticos que trabalham acima de 44 horas semanais apresentaram pior QV nessas dimensões. Houve diferença significativa entre à variável tempo de serviço e o domínio estado geral de saúde ( $p=0,046$ ), cujos os farmacêuticos com tempo de serviço superior a dois anos obtiveram melhor QV nesse domínio. Na variável: se o farmacêutico esteve ou não de licença médica foi constatada diferença significativa na dimensão aspectos físicos ( $p=0,027$ ). Na análise dos dados sociodemográficos contínuos, com relação a idade, a dimensão do questionário correlacionada foi vitalidade ( $p=0,012$ ), sendo que a mesma possui correlação positiva, ou seja, quanto maior a idade, melhor a QV nesta dimensão. A pesquisa mostrou uma boa QV dos farmacêuticos em geral, indicando ótimo escore no domínio capacidade funcional, ressaltando o bom desempenho produtivo no exercício da profissão, e apresentou o domínio aspecto emocional com o menor escore geral, mesmo assim os resultados são satisfatórios. Porém, novas pesquisas devem ser realizadas para a comparação com os resultados obtidos.

Palavras-chave: Qualidade de Vida. Farmacêuticos. Drogarias. MOS SF-36.



## ABSTRACT

The term Quality of life is used in various sectors of our society like economy, policy, education, sociology, health specialities, etc. This is a multidisciplinary issue, which has been used in research, because it is a field of interface between different areas of knowledge. This study aimed to evaluate the Quality of life from pharmacists who works at Drugstore of Campo Grande, MS. A Descriptive-exploratory study with cross-sectional was realized. The research was carried out with a sample consisting of N=64 pharmacists, however, N=43 (67.2%) took part on this research. Two instruments of research were applied to evaluate the Quality of life from pharmacists: a socio-demographic questionnaire and a Generic Quality of life questionnaire "The Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey" (MOS SF-36). At statistical analysis of data was applied the test t-student and the test Analysis of Variance (ANOVA) for the categorical variables related to the dominions of MOS SF-36. For the continuous demographic variables was applied the Pearson's linear correlation test, however, we carried out in all the applied tests at present research a reliability of 95%. Results. From 43 participants took part on this research, indicated that most of them was female (76.7%), married (61.0%); 64.9% work like employee of Drugstore and 35.1% work like owners; the most of them works till 44 weekly work hours (57.1%); only 20.9% work in another place. About work time, 46.5% are above 2 years; 59.5% work with 05 employees at Drugstore and 79.1% didn't need to apply for sick leaves in the last 2 years. The mean age of participants was 32.63 years old and the monthly income was R\$ 1,974.00. At analysis of dominions MOS SF-36 indicated a significative difference ( $p=0.001$ ), for the participants, the best general mean of quality of life was functional capacity (87.09), and the smallest mean was emotional aspects (61.26). At data analysis of categorical socio-demographic indicated a significative difference about humankind dimensions: pain ( $p=0.010$ ), vitality ( $p=0.029$ ), and social aspects ( $p=0.013$ ), whose the male pharmacists are better in quality of life than the female pharmacists. About the weekly work hours of pharmacists, indicated a significative difference in these dimensions: functional capacity ( $p=0.048$ ), physical aspects ( $p=0.001$ ), general health status ( $p=0.027$ ), vitality ( $p=0.013$ ), social aspects ( $p=0.039$ ), emotional aspects ( $p=0.031$ ) and mental health ( $p=0.032$ ), whose pharmacists that work over 44 weekly hours presenting worst quality of life in the dimensions. There was significative difference between at work time variable and general health status ( $p=0.046$ ), whose pharmacists with more 2 years of work time were the best quality of life in this dominion. At variable: if the pharmacists were being or not in sick leaves indicated a significative difference in the physical aspects dimension ( $p=0.027$ ). At data analysis of continuous socio-demographic about age, the dimension of correlated questionnaire was vitality ( $p=0.012$ ), however, there is a positive correlation, in other words, the more age, it's better the quality of life in this dimension. These research presented good results about quality of life of pharmacists in general, indicating excellent scores in the functional capacity dominion, outlining a good performance in practice of profession, and presented the emotional aspect dimension with small score in general, however the research presented satisfaction results. Therefore, new researches must be realized to compare with the results obtained by this research.

Keywords: Quality of life. Pharmacists. Drugstore. MOS SF-36.

## LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 - Escore geral médio por domínio do MOS SF-36 dos participantes.....	52
GRÁFICO 2 - Comparação entre o farmacêutico ser ou não proprietário da Drogaria em relação as dimensões do questionário de QV MOS SF-36. ....	53
GRÁFICO 3 - Comparação entre o sexo em relação as dimensões do questionário de QV MOS SF-36.....	55
GRÁFICO 4 - Comparação entre o estado civil em relação as dimensões do questionário de QV MOS SF-36.....	56
GRÁFICO 5 - Comparação entre a carga horária em relação as dimensões do questionário de QV MOS SF-36.....	58
GRÁFICO 6 - Comparação entre se o farmacêutico possui outro trabalho em relação as dimensões do questionário de QV MOS SF-36.....	58
GRÁFICO 7 - Comparação entre o tempo de serviço em relação as dimensões do questionário de QV MOS SF-36.....	60
GRÁFICO 8 - Comparação entre o número de funcionários em relação as dimensões do questionário de QV MOS SF-36.....	60
GRÁFICO 9 - Comparação se o farmacêutico esteve em licença médica em relação as dimensões do questionário de QV MOS SF-36.....	62

## LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - Dados demográficos dos participantes .....	51
TABELA 2 - Estatística descritiva das variáveis demográficas contínuas dos participantes .....	51
TABELA 3 - Comparação entre os participantes quanto aos domínios do MOS SF-36 .....	52
TABELA 4 - Comparação entre o sexo em relação as dimensões do questionário de QV MOS SF-36 .....	54
TABELA 5 - Comparação entre a carga horária em relação as dimensões do questionário de QV MOS SF-36.....	57
TABELA 6 - Comparação entre o tempo de serviço em relação as dimensões do questionário de QV MOS SF-36.....	59
TABELA 7 - Comparação se o farmacêutico esteve em licença médica em relação as dimensões do questionário de QV MOS SF-36.....	61
TABELA 8 - Correlação entre a idade dos profissionais farmacêuticos e as dimensões do questionário MOS SF-36 .....	63
TABELA 9 - Correlação entre a renda dos profissionais farmacêuticos e as dimensões do questionário MOS SF-36 .....	63

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	13
<b>2</b>	<b>A FARMÁCIA</b> .....	17
2.1	A HISTÓRIA DA FARMÁCIA .....	18
2.2	A FARMÁCIA NO BRASIL.....	19
2.2.1	Boticas e farmácias coloniais.....	19
2.2.2	A Farmácia nos dias atuais .....	21
2.2.3	O profissional farmacêutico.....	22
<b>3</b>	<b>QUALIDADE DE VIDA</b> .....	26
3.1	HISTÓRICO.....	27
3.2	CONCEITO.....	28
3.3	QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO .....	31
3.4	QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE.....	38
3.5	OS INSTRUMENTOS DE MEDIDA DE QUALIDADE DE VIDA .....	40
3.6	THE MEDICAL OUTCOMES STUDY 36-ITEM SHORT-FORM HEALTH SURVEY .....	41
3.7	OBJETIVO GERAL .....	43
3.8	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	43
<b>4</b>	<b>METODOLOGIA</b> .....	44
4.1	MÉTODO.....	45
4.2	LOCAL DA PESQUISA.....	45
4.3	PARTICIPANTES .....	45
4.3.1	Critérios de inclusão .....	46
4.3.2	Critérios de exclusão.....	46
4.4	INSTRUMENTOS DE PESQUISA.....	46
4.5	PROCEDIMENTOS .....	47
4.6	RECURSOS HUMANOS E MATERIAIS.....	47

4.7	ANÁLISE ESTATÍSTICA .....	48
4.8	ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA .....	48
<b>5</b>	<b>RESULTADOS .....</b>	<b>49</b>
5.1	DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS DOS PROFISSIONAIS AMOSTRADOS .....	50
5.2	ANÁLISE DOS DOMÍNIOS DO MOS SF-36.....	52
5.3	ANÁLISE ESTATÍSTICA DOS DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS CATEGÓRICOS .....	53
5.4	ANÁLISE DOS DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS CONTÍNUOS .....	62
<b>6</b>	<b>DISCUSSÃO.....</b>	<b>64</b>
6.1	CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DA AMOSTRA .....	65
6.2	DOMÍNIOS DO MOS SF-36.....	66
<b>7</b>	<b>CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>70</b>
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>73</b>
	<b>APÊNDICES .....</b>	<b>80</b>
	<b>ANEXOS .....</b>	<b>86</b>

## **1 INTRODUÇÃO**

---

Os farmacêuticos que atuam em Farmácia e Drogaria podem ser considerados os profissionais da saúde que mantêm o último contato com o paciente antes de qualquer tratamento medicamentoso, e que sua orientação auxilia na administração correta do medicamento, diminuindo os efeitos adversos, pois qualquer medicamento por mais inofensivo que seja, pode causar complicações.

A atenção farmacêutica, uma das responsabilidades exercidas pelo profissional desta área deve estar focada no paciente e não necessariamente no medicamento, assim, o uso irracional e abusivo de medicamentos pelo paciente pode diminuir. Percebe-se hoje, que a população tem acesso fácil a quase todos os medicamentos, tais como os antibióticos, que são adquiridos sem prescrição médica, sendo usados de maneira descontrolada, por meio da automedicação, razão pela qual cada vez mais doenças estão adquirindo resistência.

A atuação do farmacêutico é de extrema importância, colaborando na diminuição desses episódios, orientando a população sobre o uso correto dos medicamentos, seus efeitos adversos, suas interações medicamentosas, intoxicação, promovendo qualidade de vida (QV) ao paciente. Com isso, diminui gastos com a saúde dos pacientes e o prejuízo aos cofres do sistema público de saúde, pois é considerável o valor das internações causadas pelo mau uso de medicamentos.

Verifica-se, porém, que o cenário da atuação do farmacêutico na Drogaria vem sofrendo transformações principalmente nas duas últimas décadas. No passado, por meio da publicação de leis como a de que qualquer empreendedor podia ser proprietário de uma Farmácia ou Drogaria, acarretou perda do papel social do farmacêutico, o qual ainda perdeu autonomia em relação ao desempenho de suas atividades, pois os estabelecimentos comerciais farmacêuticos voltaram-se apenas para o lucro, além das grandes Redes e grupos vindos de outros ramos comerciais como os grandes supermercados, que dominam e monopolizam o setor Farmacêutico. Diante desse contexto, o profissional farmacêutico passou a atuar como um simples funcionário, sem contato com o paciente, distanciando-se da sua função como agente de saúde, causando desgaste e desestímulo na profissão, contribuindo negativamente para sua QV.

Conforme experiência de 10 anos do pesquisador atuando como farmacêutico em Drogaria, pode-se observar atualmente as mudanças ocorridas na profissão, por meio de várias ações e da conscientização, principalmente do Conselho Regional de Farmácia (CRF) e

do Conselho Federal de Farmácia (CFF), a começar pelo piso salarial que nos últimos anos passou por constantes melhorias, estimulando e melhorando a QV do profissional. A atenção farmacêutica é uma realidade, apesar de tal processo ser lento. Com isso, aos poucos, o farmacêutico está resgatando sua devida função na Drogaria, como prestador de serviço à população, ressurgindo assim a essência dos antigos boticários que além de manipular os medicamentos, agiam como amigos e zelavam pela saúde da família.

Por meio de normatizações e leis advindas da Vigilância Sanitária, CFF e CRF, principalmente no segundo semestre de 2009, houve a oportunidade de o farmacêutico permanecer em tempo integral na Drogaria como antigamente, promovendo assim, assistência farmacêutica de maneira adequada e com segurança à população, visto que, como em toda atividade profissional que cresce desenfreadamente, surgem também falhas inerentes ao ser humano, e também gerando mais oportunidades de emprego para os profissionais farmacêuticos, bem como oportunizando a geração de mais empregos neste setor.

Percebe-se, também, no trabalho em Drogarias que, muitas vezes, a população desconhece a real função e papel social dos farmacêuticos, pensando que seu propósito é apenas dispensar ou vender medicamentos. Confundem por vezes essa profissão como a de “atendente de farmácia”, “enfermeiro” e até mesmo “médico”. É importante ressaltar que o profissional farmacêutico é parte integrante da assistência à saúde, seu objetivo é contribuir para melhora da QV da população, por meio da orientação adequada e atenção farmacêutica correta.

A escolha pelo tema *Qualidade de Vida dos Farmacêuticos de Drogarias de Campo Grande, MS* surgiu mediante experiência do pesquisador enquanto farmacêutico atuante em Drogaria, o que oportunizou refletir sobre os elementos que influenciam o universo desse trabalho, considerando a relevância social do profissional farmacêutico, bem como o avanço dos conhecimentos nesse campo de estudos, podendo contribuir para uma prática profissional mais saudável dos farmacêuticos atuantes em Drogarias. Tendo como propósito colaborar para a visibilidade da QV dos farmacêuticos de Drogarias de Campo Grande, MS, em seus aspectos físico e emocional, bem como subsidiar novas políticas para a valorização profissional.

O resultado desta pesquisa é apresentado no presente trabalho, e está distribuído em oito capítulos. O primeiro capítulo traz a introdução com breve explicação sobre o tema. O



segundo capítulo apresenta o referencial teórico, contendo o histórico e evolução da Farmácia e do profissional farmacêutico.

O terceiro capítulo aborda a Qualidade de Vida, seu histórico, conceitos, sua relação com o trabalho e com a saúde, os instrumentos de medida de QV e o The Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey (MOS SF-36). Os objetivos da pesquisa são descritos no quarto capítulo. E no quinto capítulo é apresentado o método utilizado para a realização do estudo, local da pesquisa, participantes, instrumentos de pesquisa, procedimentos, aspectos éticos, recursos humanos e materiais, bem como a análise estatística.

Os resultados são evidenciados no sexto capítulo. O sétimo capítulo traz as discussões e finalizando este estudo com as conclusões e considerações finais no oitavo capítulo.

## **2 A FARMÁCIA**

---

## 2.1 A HISTÓRIA DA FARMÁCIA

Desde os primórdios da pré-história, o homem já se preocupava com plantas medicinais e seus efeitos, fato comprovado pelas escavações datadas de mais de trinta mil anos, registrando que pessoas do período pré-histórico colhiam plantas com propósitos medicinais. Assim, com as tentativas de erros e acertos, foram se adquirindo os conhecimentos de cura, numa época em que as doenças eram sempre atribuídas a fenômenos sobrenaturais (SILVA et al., 2003).

Dias (2005) descreve que vários antropólogos contam que foi no Período Paleolítico, ou Idade da Pedra Lascada, que se iniciou o emprego para fins curativos de plantas e substâncias de origem animal. Informa o autor que, devido à falta de fontes arqueológicas, o estudo da medicina e farmácia das sociedades antigas geralmente é feito por comparação com outras sociedades sem escrita que subsistem na atualidade.

Os árabes, conforme se tem notícia, foram os fundadores da primeira escola de Farmácia no século II, inclusive com a criação de uma legislação para o exercício profissional. As atividades relacionadas à Farmácia originaram-se a partir do século X na França e Espanha, por meio das primeiras boticas ou apotecas, que mais tarde dariam origem as farmácias atuais. O boticário, nome recebido na época, era o responsável por conhecer e curar as doenças, porém, para o exercício da profissão, devia cumprir várias exigências e ter local e equipamentos apropriados a preparar e armazenar os medicamentos (CONSELHO REGIONAL DE FARMACIA DO PIAUÍ, 2009).

Silva et al. (2003) relatam que Galeno foi o personagem mais importante no que concerne à farmácia e à medicina. Dizem que seus princípios no preparo dos compostos foram utilizados por mais de 1.500 anos. Segundo os autores, Galeno é considerado o precursor da alopatia, pois combatia as doenças por meio de compostos que se opunham diretamente aos sinais e sintomas das enfermidades.

Como a medicina oriental era sofisticada, surgiram as farmácias públicas no século XI, também em razão da necessidade do preparo de substâncias mais elaboradas e pela influência árabe nos países europeus. Porém, foi somente em 1240, na Sicília e no sul da Itália que houve a separação entre a Farmácia e a Medicina, por meio do Imperador da Alemanha e Rei da Sicília, Frederik II de Hohenstaufen, imperador romano, pois este vivia integrado entre os

mundos Ocidental e Oriental. Em decreto apresentado por ele, se separou as responsabilidades do profissional farmacêutico daquelas do médico, sendo que este decreto também passou a regulamentar esta nova prática profissional (SILVA et al., 2003).

Burlage et al. (1994) relatam que o argumento para a separação entre as duas profissões era “o fato da prática de Farmácia requerer conhecimento, habilidades, iniciativas e responsabilidades especiais, com o objetivo de garantir um cuidado adequado às necessidades medicamentosas das pessoas”. Essa regulamentação, depois de Roma, aconteceu em muitos países, e em virtude dessa divisão, foram criadas três classes distintas: cirurgiões, médicos e boticários.

Dias (2005) relata que Frederick II (1194-1250), por meio do Edito de Melfi, afirmou a obrigatoriedade de um curso superior em Salerno para os médicos, e proibiu qualquer sociedade entre médicos e farmacêuticos. Aos farmacêuticos, determinou que deveriam dispensar os medicamentos conforme as receitas médicas e as normas da arte proveniente de Salerno. Introduziu também o princípio da necessidade de algum tipo de controle de preços dos medicamentos e do licenciamento e inspeção da atividade farmacêutica. Progressivamente, estas normas foram adotadas pela Europa.

## 2.2 A FARMÁCIA NO BRASIL

### 2.2.1 Boticas e farmácias coloniais

Sobre as boticas há registro de que Tomé de Souza (1503-1579) contratou, recebendo 15 mil réis por ano, o primeiro boticário para trabalhar no Brasil, devendo cuidar da “caixa da botica”. Nos séculos XVI e XVII, para fugir da Inquisição, os novos cristãos, boticários de origem judaica, vieram para o Brasil (EDLER, 2006). Tal cenário começou a mudar com a vinda da família real para o Brasil e a criação dos cursos de farmácia, quando houve o reconhecimento da necessidade de um tratamento diferenciado para a distribuição de medicamentos, devido a sua especificidade. Então, o primeiro passo concreto para a criação da indústria farmacêutica nacional foi a proliferação dos cursos de farmácia, formando pessoas capacitadas com currículos atualizados (ZUBIOLI, 1992).

Zubioli (1992) informa que as casas comerciais nas quais se adquiriam medicamentos e drogas durante o período colonial eram chamadas de boticas. E nas regiões mais distantes do interior eram os mascates que vendiam medicamentos. Gomes Júnior (1988) relata que as atividades das boticas foram regulamentadas em 1744, por meio da elaboração de um regimento para aumentar o controle e evitar excessos e abusos uma vez que o regimento proibia o comércio ilegal de medicamentos e drogas.

Votta (1965) narra que os pioneiros da arte boticária no Brasil e das primeiras boticas nacionais foram os jesuítas, que começaram com suas boticas instaladas junto aos colégios, para uso privativo dos membros da Companhia, do clero e dos alunos. Com o decorrer do tempo, estes estabelecimentos passaram a atender ao povo, devido à desordem e desleixo das boticas públicas. Informa o autor que existiram até boticas flutuantes e que conforme foi passando o tempo, as boticas se multiplicaram e eram comandadas por boticários aprovados em Portugal.

Edler (2006) assegura que os boticários eram oriundos geralmente de famílias humildes e obtinham seus conhecimentos nas boticas, tornando-se ajudantes e aprendizes de um encartado. O documento que lhes permitia o exercício do ofício era a “Carta de Examinação” e, para tanto, se submetiam a um exame junto aos comissários do físico-mor do reino.

Cytrynowicz e Stücker (2007) discorrem que as boticas se situavam nas ruas principais e ocupavam dois compartimentos das casas, sendo que o boticário residia nos fundos. Nestas boticas eram preparadas e vendidas fórmulas e produtos estrangeiros. Segundo a autora, no século XIX houve um desenvolvimento dos laboratórios das boticas e farmácias, aprimorando as fórmulas manipuladas, levando à prosperidade muitas farmácias das cidades maiores. No início, estas farmácias vendiam as fórmulas manipuladas nas boticas e, depois, elas próprias acabaram desenvolvendo seus laboratórios artesanais e industriais.

A transformação de boticas em farmácia foi um processo delicado, a cultura popular dificultou um pouco, porém as mudanças foram necessárias. Tanto para as pessoas quanto os legisladores, normalmente leigos a respeito da farmácia, os boticários e farmacêuticos, habilitados ou não, existia pouca diferença. Após 1886, o boticário cede seu espaço ao farmacêutico, que ganha direito e exclusividade do mercado (TERRA DE OS, 2009).

Santos (1993) relata que a primeira escola de farmácia foi criada em 1832, na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, porém, até 1930, não era exigido o diploma para exercer a profissão. O Decreto n. 19.606, de 19 de janeiro de 1931, regulamentava a profissão farmacêutica e estabelecia a exclusividade do exercício da Farmácia ao profissional devidamente diplomado ou de sociedades mercantis compostas por terceiros, desde que o farmacêutico detivesse no mínimo 30% do capital social.

No século XIX, laboratórios farmacêuticos de vários países vendiam regularmente seus produtos no Brasil e diversas tentativas de sistematizar os conhecimentos farmacológicos de forma compilada foram realizadas neste século, culminando em 1962, por meio da publicação da primeira Farmacopéia nacional, para substituir a francesa, adotada oficialmente no Brasil. Ao longo do século XIX e início do XX, os pequenos laboratórios de manipulação de farmácias foram tragados pelos produtos fabricados em laboratórios industriais (CYTRYNOWICZ; STÜCKER, 2007).

Com o advento dos farmacêuticos formados pelas faculdades oficiais, a legislação sanitária foi atribuindo somente a estes profissionais o direito de exercer a profissão no país, afirmando ser medida para se preservar a saúde e o bem-estar da sociedade. Porém, a legislação que se ocupou do tema da farmácia sempre era extraída do contexto sanitário, não havendo uma separação efetiva entre legislação farmacêutica e legislação sanitária, situação que perdurou até meados do século XX (ZUBIOLI, 1992).

A Lei n. 5.991, de 17 de dezembro de 1973, propõe a definição de Farmácia como estabelecimento de manipulação de fórmulas magistrais, comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, compreendendo o de dispensação e o de atendimento privativo de unidade hospitalar ou de qualquer outra equivalente de assistência; e Droguaria como sendo o estabelecimento de dispensação e comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos em suas embalagens originais.

### 2.2.2 A Farmácia nos dias atuais

O setor farmacêutico de vendas de medicamentos sofreu intensas transformações a partir das últimas décadas do século XX, com o surgimento das grandes redes de Farmácias e Droguarias, consolidando-se como os principais pontos-de-venda de medicamentos no país, e

por meio das distribuidoras de medicamentos que permitiram que as grandes redes expandissem seus serviços para um melhor atendimento aos clientes, com estoque variado, serviços diversificados e em decorrência disso, aconteceu sua consolidação no mercado. Antigamente, o público procurava as Farmácias para aferir a pressão arterial ou aplicação de injeção, hoje, podemos até pagar contas de telefone e eletricidade em muitas delas. O perfil das Farmácias do início do século XXI é diferente dos estabelecimentos até meados do século passado. O farmacêutico cedeu lugar a modernas casas comerciais, com foco na qualidade do atendimento, políticas de preço e variedades de produtos, mesmo assim, prestam um valioso serviço, pois elas são responsáveis pela maioria dos medicamentos distribuídos a população brasileira (EDLER, 2006).

### 2.2.3 O profissional farmacêutico

Este tópico traz uma breve abordagem do profissional farmacêutico, o que oportuniza o conhecimento de sua trajetória até os dias atuais.

Melhem (1982, p. 84) informa que a profissão farmacêutica pode ser conceituada como sendo:

[...] uma atividade especializada ao setor de saúde exercida pelo farmacêutico – profissional habilitado em curso de formação universitária – com atuação no âmbito das atividades econômicas e profissionais, em setores exclusivos ou não, por delegação legislativa.

É importante ressaltar que por razões éticas, históricas, científicas, tecnológicas e de ordenação sanitária, que apenas o profissional farmacêutico seja responsável pelo medicamento em todos os estágios e aspectos, até a entrega ao paciente. Desde sua origem, produção, pesquisa, controle de qualidade, dispensação hospitalar pública ou privada, manipulação de medicamentos homeopáticos, alopáticos e fitoterápicos, além de soros e vacinas. A dispensação de medicamentos pelo farmacêutico corresponde ao direito à saúde da sociedade e o medicamento representa um elemento essencial nas suas ações (ZUBIOLI, 1992).

Os Conselhos de Farmácia Federal, Regionais e o Estado são responsáveis pela fiscalização da profissão farmacêutica, nos campos específicos da observância dos princípios

éticos e da disciplina da classe, de acordo com a Lei n. 3.820, de 11 de novembro de 1960 (BRASIL, 1960).

São atribuições básicas do CFF e CRFs:

- a) Inscrição e habilitação dos profissionais farmacêuticos;
- b) Expedir resoluções que se tornarem necessárias para fiel interpretação e execução da lei, definindo ou modificando atribuições e competências dos profissionais farmacêuticos;
- c) Colaborar com autoridades sanitárias para uma melhor qualidade de vida do cidadão;
- d) Organizar o Código de Deontologia Farmacêutica;
- e) Zelar pela saúde pública, promovendo a difusão da assistência farmacêutica no país.

Zubioli (1992, p. 13) afirma que “O exercício da profissão farmacêutica adotado em diversos países tem características distintas que exigem o cumprimento de requisitos específicos para atender as normas institucionais e organizacionais para o seu controle”.

O farmacêutico era o profissional de referência para a sociedade no início do século XX em relação aos medicamentos. Dominava certo tipo de ação de saúde, traduzida como a prestação de um serviço que enfoca a “correta utilização do medicamento”, dominava também a produção e comercialização de praticamente todo arsenal terapêutico existente na época (GOUVEIA, 1999; VALLADÃO et al., 1986).

A indústria farmacêutica expandiu-se e a produção dos medicamentos de forma artesanal desapareceu gradualmente, e passaram a predominar os produtos químicos-sintéticos nas indicações médicas, o papel da farmácia e do farmacêutico sofreu modificações, transformando-se aos poucos em simples entreposto comercial (SANTOS, 1993). Segundo Gouveia (1999), o farmacêutico foi descaracterizado de sua função perante a sociedade na década de 1950, sendo que a prática farmacêutica baseava-se apenas na distribuição de medicamentos.



Segundo Santos (1993), o afastamento do farmacêutico criou espaço para leigos e comerciantes, sem nenhum conhecimento técnico, assumissem o seu “lugar”, estimulando o consumo irracional de medicamentos e colocando à saúde da população em risco. Para Perini (1997), a evolução tecnológica transformou as ações dos farmacêuticos com seu cliente numa simples relação comercial e sua “casa de saúde” em “entreposto comercial”, um empório.

Neste momento, não era mais necessário a presença do farmacêutico que manipulava os medicamentos, instalando uma grande crise na profissão. Ocorreu uma desintegração entre as disciplinas, que aos poucos foram sendo incorporadas ao currículo do curso de Farmácia, pois passa a não existir uma temática integrada de ensino e pela diversidade de conteúdos abordados na grade curricular do curso (VALLADÃO, 1981). De acordo com Perini (1997), o título de farmacêutico passou a ser seguido por complementos referentes às suas novas atribuições que foram conquistadas: farmacêutico- analista clínico, farmacêutico-bioquímico, farmacêutico- industrial e farmacêutico de alimentos.

A relação entre farmacêutico e os usuários de medicamentos torna-se cada vez mais uma relação de negócios, numa perspectiva de indução ao consumo para obter mais lucro, em que o atendimento deve ser de forma instantânea e ágil para que se venda mais em menor tempo. As bulas passam a substituir o conhecimento do farmacêutico em relação aos medicamentos, e a antiga relação terapêutica farmacêutico/paciente torna-se desnecessária, uma vez que a compreensão da doença está ausente na esfera social. Além disso, as bulas trazem todas as informações relevantes sobre cada medicamento, não havendo necessidade de um profissional para explicar, orientar e solucionar as dúvidas dos outros fatores relacionados a manutenção e recuperação da saúde (SEVALHO, 2003).

O farmacêutico, tradicionalmente no Brasil, não apresenta atuação destacada no acompanhamento da utilização dos medicamentos ao paciente, na prevenção e na promoção da saúde, e como profissional da saúde é pouco reconhecido pela própria equipe de saúde e também pela sociedade (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2002). O resgate da profissão farmacêutica está sendo feito por meio de um modelo de prática denominado atenção farmacêutica, restabelecendo a relação terapêutica entre o farmacêutico e o paciente (ANGONESI, 2009).

A atenção farmacêutica é o componente do exercício profissional em que o farmacêutico interage diretamente com o paciente com o propósito de atender suas necessidades relacionadas aos medicamentos (PERETTA; CICCIA, 2000). De acordo com

Cipolle, Strand e Morley (2000), a atenção farmacêutica é um processo que envolve a assistência ao paciente, de forma sistemática e global, descrita em três partes: a) análise das necessidades do paciente em relação aos medicamentos; b) elaboração de um plano de seguimento, que inclui os objetivos do tratamento farmacológico e suas intervenções; c) avaliação do seguimento do paciente para definir os reais resultados.

Um grupo organizado por várias entidades, no final do ano 2000, no Brasil, foi desenvolvido com objetivo de promover a atenção farmacêutica em todo o país, analisando as características locais da prática profissional farmacêutica. Desse modo, em 2002, foi sugerido um conceito nacional para o tema, considerando a promoção da saúde e, dentro dela, a educação em saúde, como membros do conceito de atenção farmacêutica: a) educação em saúde; b) orientação farmacêutica; c) dispensação; d) atendimento farmacêutico; e) acompanhamento/seguimento farmacoterapêutico e f) registro sistemático das atividades, mensuração e avaliação dos resultados (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2002).

A profissão farmacêutica, no Brasil e no mundo, encontra-se em intensa transformação. Segundo do Silva e Vieira (2004) a Organização Mundial da Saúde, em 1993, assim como o Conselho Federal de Farmácia, em 2001, de forma sistemática ressalta a necessidade de melhor integração do profissional farmacêutico junto às equipes de saúde e provisão de serviços orientados a todo paciente, em um processo mencionado frequentemente como de re-profissionalização.

O Código de Ética Farmacêutica Brasileiro (Resolução CFF n. 357, de 20 de abril de 2001) rege que o profissional farmacêutico deve atuar na busca à saúde do paciente e orientando-o em todos os sentidos (CONSELHO FEDERAL DE FARMACIA, 2001). A atenção farmacêutica compreende a trajetória mais recente a seguir para tal finalidade. Segundo a Organização Mundial da Saúde (1993), atenção farmacêutica é definida como a prática profissional em que o paciente é o principal beneficiário das ações do farmacêutico.

Em suma, Martínez-Romero (1996) assinala que a atuação do profissional farmacêutico abrange uma somatória de atitudes, comportamentos, habilidades e co-responsabilidades na prestação da farmacoterapia, tendo como finalidade alcançar resultados terapêuticos seguros e de forma eficiente, privilegiando desse modo a saúde e a qualidade vida de cada paciente.

### **3 QUALIDADE DE VIDA**

---

### 3.1 HISTÓRICO

O termo “Qualidade de Vida” tem sido amplamente mencionado e utilizado nos últimos anos, por meio de diferentes conceitos e abordagens, embora na antiguidade tem-se notícia de seu relato por alguns autores. Yamada (2001) informa que o termo foi citado pela primeira vez por Arthur Cecil Pigou, em *The Economics of Welfare* (1920), que abordava economia e bem-estar. Para Lima (2006), a primeira referência sobre QV aconteceu após a Segunda Guerra Mundial e teve como objetivo descrever que uma boa vida dependia de vários fatores como emprego, casa própria, meio ambiente, artes visuais e saúde, e não exclusivamente da riqueza material.

Para Harris (1990) o desenvolvimento da QV apresenta duas fases: inicia com as primeiras civilizações estendendo até o final do século XVIII, com atenção especial a saúde pública e privada; e posteriormente surge com o desenvolvimento da concepção moderna do estado e o estabelecimento de várias leis que garantiriam os direitos do cidadão e seu bem-estar.

Conforme Fleck (2000) o termo QV foi empregado pela primeira vez pelo então Presidente dos Estados Unidos Lyndon Johnson, em 1964, referindo-se ao sistema bancário Norte Americano, declarando que os objetivos dos bancos não poderiam ser medidos somente através dos balanços, e sim pela qualidade de vida que proporcionam as pessoas.

Souza e Guimarães (1999) descrevem que o termo QV é usado em diversos setores da sociedade e campos de estudos como saúde, política, filosofia, cidadania, religião, economia, cultura, entre outros, no entanto, apresentam conceitos diversos.

Amorim e Blanco (2007) informam que o conceito QV surge na década de 1960, em uma análise essencialmente economicista, em que o crescimento econômico das sociedades era verificado por meio do Produto Interno Bruto e buscava interpretar a QV pela busca da diminuição da mortalidade e da expectativa de vida. Contudo, a partir da década de 1970, além dos aspectos econômicos, passam a ser privilegiados alguns indicadores sociais que serviriam como veículos de quantificação da QV, almejando perceber em um determinado período o desenvolvimento social da região, nação ou do mundo. Diante disso, passou-se a considerar também os elementos sociais, psicológicos, políticos e culturais até então abandonados pela economia como indicadores sociais importantes para a QV.

Na primeira edição do livro *Quality of Life and Pharmaco-economics in Clinical Trials* (1990), que incluiu médicos, psicólogos, enfermeiros, sociólogos, pesquisadores, entre outros profissionais, a QV foi introduzida como um novo conceito científico (SOUZA; GUIMARÃES, 1999).

Dalkey (1972 apud CARDOSO, 1999, p. 92) afirma que quando falamos em “Qualidade”, devemos pensar em dois elementos: o estado (condição), ou a excelência, isto é:

[...] a vida se torna um pouco mais simples, se nós iniciarmos com uma noção prescritiva. Isso se resume em considerarmos os fatores que são relevantes e importantes para o bem-estar dos indivíduos e para prescrever o que é socialmente bom.

Minayo, Hartz e Buss (2000, p. 8) descrevem QV como “[...] uma noção eminentemente humana, que tem sido aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental e à própria estética existencial”.

O conceito de QV tem sido mencionado por diversos segmentos da sociedade, por meio de uma linguagem cotidiana por pessoas da população em geral, políticos, jornalistas, profissionais das mais variadas áreas, entre outros e no contexto da pesquisa científica, como nas áreas sociais, econômicas, educacionais e da saúde em geral (SEIDL; ZANNON, 2004).

### 3.2 CONCEITO

Bunge (1980 apud PASCHOAL, 2000) informa que quando fala da natureza dos objetos conceituais, entende constructo como uma criação mental, cerebral, e não como um objeto mental, ou psíquico, tal como uma percepção, uma lembrança, uma invenção. Distingue quatro classes básicas de constructos: conceitos, proposições, contextos e teorias, sendo que todas elas também se distinguem de objetos concretos.

QV é um tema bastante difundido na atualidade, multidisciplinar, apresentando conceitos diversos, muitas vezes não tendo consenso sobre seu significado. Cada autor, pesquisador descreve de uma determinada forma, de acordo com sua profissão, área em que atua, entre outros, e seu significado varia para cada indivíduo, lugar em que vive, determinada circunstância, episódio, acontecimento.

Assim, por exemplo, o que pode ser uma boa QV para determinado indivíduo ou sociedade hoje, pode não ter sido no passado e também não temos garantias que será no futuro. O mesmo podendo ocorrer com farmacêuticos que atuam em Drogarias em Campo Grande, MS, quando comparados com profissionais farmacêuticos de épocas diferentes ou de outras localidades, o conceito de QV também pode variar. Com isso, cresce o debate a seu respeito, procurando encontrar um consenso sobre sua conceituação.

De acordo com Fleck et al. (1999), a Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1995, reuniu um grupo de especialistas de várias partes do mundo, para desenvolverem o instrumento World Health Organization Quality of Life (WHOQOL). Esse grupo definiu QV como “[...] a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto de sua cultura e no sistema de valores em que vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (FLECK et al., 1999, p. 199).

Essa definição proposta pela OMS é a que melhor traduz, no momento, a compreensão do constructo QV, considerando o conceito bem amplo, incorporando de forma complexa a saúde física, estado psicológico, nível de independência, relações sociais, crenças pessoais e a relação com aspectos significativos do meio ambiente (FLECK, 2008).

Para Wilhelm e Déak (1970 apud CARDOSO, 1999), a definição de QV se traduz na sensação de bem-estar do indivíduo, proporcionado pela satisfação de condições objetivas, como emprego, renda, qualidade de habitação, objetos possuídos e de condições subjetivas, como afeto, privacidade, segurança e reconhecimento.

Ramos (1995) definiu o conceito de QV como sendo um conjunto harmonioso e equilibrado de realizações em todos os níveis: família, saúde, trabalho, lazer, sexo e desenvolvimento espiritual. Matos (1996) descreve que para falar de QV é necessário focalizar a motivação humana, com isso buscando saber quais as verdadeiras necessidades do homem e o que almeja como realização de vida.

Calman (1987) contribuiu de forma importante por meio de estudos e pesquisas para tornar mais compreensível o conceito de QV, considerando que uma “boa qualidade de vida” está presente no indivíduo quando as expectativas e as esperanças são satisfeitas pela experiência, sendo que essas expectativas são modificadas pela experiência e idade de cada indivíduo.

Castellanos (1997) informa que a compreensão de QV transita em um campo semântico polissêmico, relaciona-se com as condições, modo e estilos de vida de um lado e do outro abrange ideias de desenvolvimento sustentável e ecologia humana.

Kimura (1999) descreve que o conceito de QV é subjetivo e envolve várias dimensões, vários fatores no seu constructo, não meramente presença ou ausência de saúde. Seu significado ainda suscita controvérsias entre os pesquisadores, contudo há um consenso quanto à inclusão de aspectos relacionados à capacidade funcional e funções fisiológicas ao comportamento emocional e afetivo, ao trabalho, influências sociais, situação econômica, focalizado na avaliação subjetiva de cada indivíduo.

Daminelli (1993) informa que embora a conquista de padrões mínimos aceitáveis em qualquer campo das necessidades humanas em nossa sociedade, como consumo mínimo de proteínas e calorias, presença ou ausência de doenças, anos de instrução, tipo de moradia, transportes, uso de energia, saneamento, entre outros, sirva como importante requisito para discussão do conceito de QV, alguns aspectos tem sido ignorados, como ausência de acesso aos bens culturais, liberdade, possibilidades de autorrealização, diminuição de fatores de stress na vida urbana, possibilidade de trabalho estimulante, relacionamentos interpessoais enriquecedores, possibilidade do exercício da subjetividade e tempo para usufruir o lazer (tempo para si), subtraído ao transporte, compras e obrigações domésticas.

Santos e Martins (2002, p. 2) apresentam o conceito:

Qualidade de vida engloba diversos aspectos, que se interligam, e que vão desde as questões mais materiais, ligadas à satisfação das necessidades humanas básicas, até as questões imateriais (por exemplo, a segurança, a participação cívica), desde os aspectos objetivos até aspectos subjetivos, estes últimos relacionados com a percepção individual da QV e do bem-estar dos indivíduos, desde aspectos de índole mais individual até aspectos de índole mais coletiva.

Cardoso (2003) relata que QV é um termo complexo e polêmico, porque supõe mudanças, condições e estilos de vida, necessidades humanas, bem-estar, desenvolvimento social e também um conceito atual e importante, devido sua aplicação em diversas áreas da vida.

Spilker (1996) refere que o conceito de QV apresenta três níveis, avaliação total do bem-estar, domínio global (físico, psicológico, econômico, espiritual e social), e componentes

de cada domínio. Descreve que o conceito colocado em uma pirâmide, os componentes de cada domínio estariam em sua base, no meio da pirâmide estariam os domínios globais e no seu topo estaria localizada a avaliação geral de bem-estar do indivíduo.

Kahn (1984 apud GOULART; SAMPAIO, 1999, p. 24) considera que:

[...] uma crescente quantidade de atenção tem sido dada às necessidades de renda das pessoas, cuidados médicos e outros serviços. Entretanto, a Qualidade de Vida é definida não só pelo que é feito para as pessoas, mas também pelo que elas fazem por si mesmas e pelas outras pessoas.

Souza (2004) destaca que o constructo QV necessita de uma definição melhor direcionada, que apresente características evolutivas por meio dos tempos e a qual possa ser mensurável, e comenta ainda que a quantificação da QV é subjetiva em dois aspectos: primeiro, as diversas dimensões aferidas não são, diretamente, quantificáveis fisicamente; e segundo: o interesse é maior com a percepção do indivíduo de sua disfunção do que com a sua existência.

### 3.3 QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO

A Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) tornou-se no nosso cotidiano, nos últimos anos, um termo de extrema importância em todas as estruturas organizacionais, associado à satisfação, reconhecimento, segurança, bem-estar psicológico, ambiente de trabalho adequado, desempenho, participação, e não apenas a saúde de um modo geral e o salário do trabalhador no fim do mês.

Segundo Fernandes (1996), a origem da denominação QVT atribui-se a Eric Trist e seus colaboradores através de estudos no Tavistock Institute, em 1950, por meio de uma abordagem sócio-técnica em relação à organização do trabalho, para mencionar experiências na relação indivíduo-trabalho-organização, com base na análise e reestruturação da tarefa, e com objetivo de tornar menos penosa a vida dos trabalhadores.

De acordo com o mesmo autor, a década de 1960 foi marcada nos Estados Unidos por grande preocupação com os direitos civis e responsabilidade social das empresas. Posteriormente, devido a vários acontecimentos econômicos ocorridos no país, houve um período de descaso, contudo, com a superação da crise econômica no Japão, criou-se uma



nova fase para o desenvolvimento da QVT. Na década de 1970, tendo a saúde como base, a segurança e a satisfação dos trabalhadores, foi um marco para o desenvolvimento da QVT, com o resgate do trabalho como enobecedor, significativo e fonte para realização pessoal.

No início dos anos 1980 surgiram os “workaholics”, tendo o trabalho como prioridade e abdicando de lazer e prazer como suas metas, trazendo como consequência o “stress”, com isso, “trabalhar” readquiriu o rótulo de “um mal necessário”. Atualmente, a QVT busca o resgate da humanização do ambiente das empresas, considerando o cargo com destaque e dando ênfase a um maior equilíbrio entre trabalho e lazer, resultando em melhor qualidade de vida (CARDOSO, 1999).

O termo QVT foi denominado no passado como sendo a busca de satisfação do trabalhador pela tentativa de reduzir o mal-estar e do excessivo esforço físico por meio do trabalho. Nas primeiras civilizações já se tem notícias que teorias e métodos foram desenvolvidos para alcançar tais objetivos. Contudo, apenas a partir dos séculos XVIII e XIX, que as condições de trabalho passaram a ser estudadas de forma científica, inicialmente pelos economistas liberais, pelos teóricos da Administração Científica, e depois pela Escola de Relações Humanas (GOULART; SAMPAIO, 1999).

Nadler e Lawler (1983 apud FERNANDES, 1996) descrevem a evolução do conceito de QVT ao longo do tempo (QUADRO 1).

**QUADRO 1** - Evolução do conceito de QVT

Concepções evolutivas	Características ou visão
QVT como uma variável (1959 a 1972)	Reação do indivíduo ao trabalho. Era investigado como melhorar a QVT para o indivíduo.
QVT como uma abordagem (1969 a 1974)	O foco era o indivíduo antes do resultado organizacional, mas, ao mesmo tempo, tendia a trazer melhorias tanto para o empregado como à direção.
QVT como um método (1972 a 1975)	Um conjunto de abordagens, métodos ou técnicas para melhorar o ambiente de trabalho e tornar o trabalho mais produtivo e mais satisfatório. QVT era visto como sinônimo de grupos autônomos de trabalho, enriquecimento de cargo ou desenho de novas plantas com integração social e técnica.
QVT como um movimento (1975 a 1980)	Declaração ideológica sobre a natureza do trabalho e as relações dos trabalhadores com a organização. Os termos – administração participativa e democracia industrial – eram frequentemente ditos como ideais do movimento de QVT.
QVT como tudo (1979 a 1982)	Como panacéia contra a competição estrangeira, problemas de qualidade, baixas taxas de produtividade, problemas de queixas e outros problemas organizacionais.
QVT como nada (futuro)	No caso de alguns projetos de QVT fracassarem no futuro, não passará de apenas um “modismo” passageiro.

Fonte: Nadler e Lawler (1983 apud FERNANDES, 1996).

Segundo Huse e Cummings (1985 apud CARDOSO, 2003), a baixa QV nas organizações constitui a maior causa da crescente alienação e ao mesmo tempo, a insatisfação do trabalhador e declínio de sua produtividade, como consequência conduz ao absenteísmo, alcoolismo, greves, entre outros. Para os autores, a melhoria das condições de trabalho dos operários é capaz de torná-los mais satisfeitos para realizar seus serviços, principalmente quando a QVT alcança suas necessidades individuais, assim, o trabalhador pode aperfeiçoar sua capacidade e melhorar seu desempenho.

Cardoso (2003) relata que pensar que apenas a satisfação aumenta a produtividade pode ser impreciso, e às vezes, um erro. Para obtermos um aumento de produtividade nas organizações, devemos ficar atentos ao seguinte enunciado de Huse e Cummings (1985 apud CARDOSO, 2003, p. 83) que sugerem:

Em suma, as intervenções de QVT podem ter um efeito direto sobre a produtividade pela melhoria da comunicação e coordenação, motivação dos empregados e carreira individual. Elas podem, também, influenciar indiretamente a produtividade pelos efeitos da melhoria do bem-estar e da satisfação dos trabalhadores.

Fernandes (1996) informa que a tecnologia de QVT pode ser implantada para que as organizações restaurem sua organização no trabalho, com isso, se eleva o nível de satisfação do pessoal e também a produtividade das empresas, por meio de uma maior participação dos empregados nos processos relacionados ao seu trabalho.

Percebe-se situação semelhante no trabalho em Drogarias, nos quais muitas empresas oferecem elevação de cargos em reconhecimento aos serviços prestados pelos farmacêuticos, como, por exemplo, a gerência do estabelecimento, desse modo, ao mesmo tempo que aumenta sua renda, aumenta sua participação, satisfação, desempenho e conseqüentemente a produtividade para a empresa.

Particularmente interessante por sua abrangência, a definição de Bergeron (1982 apud FERNANDES, 1996, p. 43), segundo a qual QVT consiste:

Na aplicação concreta de uma filosofia humanista pela introdução de métodos participativos, visando modificar um ou vários aspectos do meio-ambiente de trabalho, a fim de criar uma nova situação mais favorável à satisfação dos empregados e à produtividade da empresa.

Hackman e Lawler (1971 apud CARDOSO, 1999) nomearam quatro dimensões da tarefa para a satisfação pessoal, que inclui a variedade, a autonomia, a identidade e o *feedback*. Esta pesquisa teve como base a Teoria de Herzberg que acreditava que a motivação decorre da própria tarefa e do conteúdo do cargo ocupado. A responsabilidade, o crescimento e a autonomia na realização das tarefas aumentam a motivação do trabalhador (CARDOSO, 1999).

Walton (1973 apud FERNANDES, 1996) forneceu de seu artigo clássico um modelo de análise de experimentos de grande amplitude sobre a QVT e descreve oito categorias conceituais de QVT (QUADRO 2).

**QUADRO 2** - Categorias conceituais de QVT

<b>Crítérios</b>	<b>Indicadores de QVT</b>
1 – Compensação justa e adequada	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Equidade interna e externa</li> <li>– Justiça na compensação</li> <li>– Partilha de ganhos de produtividade</li> </ul>
2 – Condições de trabalho	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Jornada de trabalho razoável</li> <li>– Ambiente físico seguro e saudável</li> <li>– Ausência de insalubridade</li> </ul>
3 – Uso e desenvolvimento de capacidades	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Autonomia</li> <li>– Autocontrole relativo</li> <li>– Qualidades múltiplas</li> <li>– Informações sobre o processo total do trabalho</li> </ul>
4 – Oportunidades de crescimento e segurança	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Possibilidade de carreira</li> <li>– Crescimento pessoal</li> <li>– Perspectiva de avanço salarial</li> <li>– Segurança de emprego</li> </ul>
5 – Integração social na organização	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Ausência de preconceitos</li> <li>– Igualdade</li> <li>– Mobilidade</li> <li>– Relacionamento</li> <li>– Senso comunitário</li> </ul>
6 – Constitucionalismo	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Direitos de proteção ao trabalhador</li> <li>– Privacidade pessoal</li> <li>– Liberdade de expressão</li> <li>– Tratamento imparcial</li> <li>– Direitos trabalhistas</li> </ul>
7 – O trabalho e o espaço total de vida	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Papel balanceado no trabalho</li> <li>– Estabilidade de horários</li> <li>– Poucas mudanças geográficas</li> <li>– Tempo para lazer da família</li> </ul>
8 – Relevância social do trabalho na vida	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Imagem da empresa</li> <li>– Responsabilidade social da empresa</li> <li>– Responsabilidade pelos produtos</li> <li>– Práticas de emprego</li> </ul>

Fonte: Walton (1973 apud FERNANDES, 1996, p. 48).

Ressalta Fernandes (1996) que algumas organizações se aproveitaram do termo QVT para manipular suas atividades empresariais para aderir à moda de se investir em recursos humanos. Entende que, na guerra de competição entre as empresas, algumas perceberam a importância de se comprometer com os funcionários, com a satisfação destes para alcançarem resultados significativos de produção. No entanto, adverte Fernandes (1996), é relevante que a preocupação seja com as pessoas e não somente com os aspectos técnicos voltados para a qualidade do processo produtivo em si.

O campo do trabalho nesses últimos anos vem passando por profundas e intensas transformações e temas como competitividade, flexibilidade, globalização e novos formatos de organização do trabalho estão em destaque na análise de pesquisadores e estudiosos. Conforme apontam alguns autores, as pessoas que atuam nas organizações passam a ser consideradas fonte de interesse e são exatamente os colaboradores que possibilitam essa vantagem competitiva nas organizações e, ao mesmo tempo, tem-se a necessidade de incorporar ações que propiciem a QVT (TOLFO; PICCININI, 2001).

As práticas seguidas pelas organizações e que se estabelecem em ações voltadas à QVT são destacadas por Bowditch e Buono (1992, p. 207):

[...] um conjunto de definições equaciona a QVT com a existência de um certo conjunto de condições e práticas organizacionais tais como cargos enriquecidos, participação dos empregados nos processos de tomada de decisões, condições seguras de trabalho e assim por diante. Uma outra abordagem equaciona a QVT com os efeitos visíveis que as condições de trabalho têm no bem-estar de um indivíduo (por exemplo, manifestação de satisfação no local de trabalho, crescimento e desenvolvimento dos funcionários, a capacidade de atender a toda a gama de necessidades humanas).

Albuquerque e França (1998 apud TOLFO; PICCININI, 2001) relatam que diante a acirrada competição entre as organizações, as práticas adotadas pelos recursos humanos é a melhor forma encontrada para as empresas efetivamente conceberem a QVT, e citam as seguintes:

- a) recompensas econômicas conjugadas com recompensas simbólicas;
- b) substituição dos mecanismos clássicos de controle pela confiança;

- c) substituição de linguagem, preconizando-se colaboradores, parceiros, portas abertas etc.;
- d) espírito global, isto é, empresa algo mais do que local de trabalho;
- e) oportunidade de promoções horizontais e verticais;
- f) estabilidade de emprego;
- g) autonomia controlada;
- h) competição acentuada no mercado;
- i) competição no interior da empresa, isto é, duelos de desempenho;
- j) controle via autodisciplina, pressão, autonomia outorgada, valorização do trabalho;
- k) medidas para aumentar fluxos de informações;
- l) intelectualização das tarefas;
- m) grande exigência de flexibilidade e adaptabilidade;
- n) tendência a eliminar o papel autoritário da hierarquia;
- o) valorização do consenso, antecipação dos conflitos;
- p) política de individualização, visando a evitar reivindicações coletivas;
- q) controle por adesão e interiorização de regras;
- r) redução drástica do número de especialistas;
- s) novas formas de gerenciamento científico das pessoas;
- t) educação como ênfase à educação profissional;
- u) síntese dos modelos japoneses (equipe) e americano (esforço individual);
- v) existência do outro, isto é, visando à impressão de respeito e valorização do próximo;

- w) exigência de QT – defeito zero – dos produtos e serviços;
- x) substituição da programação pela estratégia;
- y) priorização dos objetivos financeiros.

Lacaz (2000) relata que o controle é um dos elementos utilizados para mencionar a definição e a concretização de QVT, proporcionando ao trabalhador poder e autonomia sobre os processos de trabalho, incluindo questões de saúde, segurança e as relações com a organização do trabalho, considerado um dos mais importantes para determinar a QVT das pessoas. Por isso, os ambientes, as condições de trabalho e a organização de todo o processo devem respeitá-las em sua individualidade.

Sato (1991) informa que o trabalhador tendo o controle das condições do trabalho e de sua organização, faz com que ele deixe de ser apenas objeto para tornar-se também sujeito na situação (conhecer o que os incomoda, os fazem sofrer, adoecer, acidentar, entre outros). Descreve ainda que o exercício do controle apresenta tanto uma face subjetiva, como uma face objetiva (poder e familiaridade com o trabalho), ou seja, o limite que cada um suporta das exigências do seu trabalho.

### 3.4 QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE

A expressão Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS) surgiu na década de 1990, incorporando de forma mais enfocada os aspectos relacionados ao processo saúde-doença e o impacto dessa condição no dia-a-dia dos indivíduos (SCHWARTZMANN, 2003).

A QVRS pode ser definida como o valor dado à vida, considerando os prejuízos funcionais, repercussões sociais alteradas pelo estado de doença, complicações e tratamentos, incluindo a organização política e econômica do sistema assistencial de saúde (AUQUIER; SIMEONI; MENDIZABAL, 1997).

Kaplan et al. (1989, p. 28) descrevem que “Qualidade de vida relacionada à saúde se refere ao impacto de saúde sobre três funções: mobilidade, atividade física e atividade social”. Para Andresen e Meyers (2000), a QVRS incorpora aspectos como o estado de saúde (físico, psicológico e social), danos, sintomas ou incapacidades.

Jeammet, Reynaud e Consoli (2000) informam que saúde é subjetiva e que os conflitos sociais são refletidos nela, confirmando que as percepções e concepções que os indivíduos têm de sua própria vida interfere diretamente no processo saúde-doença, sendo que a saúde depende de aspectos físicos, sociais e psíquicos, bem como a QV.

Segundo Anderson e Burckhardt (1999) e Fayers e Machin (2000), a OMS define saúde como sendo o completo bem-estar físico, mental e social, e não só como ausência de doença. A avaliação de QVRS baseia-se na percepção individual e no impacto de vários aspectos clínicos e não clínicos relacionados aos aspectos relevantes que podem influenciar a saúde dos pacientes, como a avaliação geral de sua saúde, estado mental e emocional, saúde física, função social e aspectos de doença.

Fleck (2008) relata a importante contribuição da introdução do conceito de QV para as medidas de desfecho em saúde, assim como devido a sua natureza abrangente e por estar relacionado com que o próprio indivíduo sente e percebe, tem um valor intrínseco e intuitivo. E ainda, está associado diretamente a um dos anseios básicos do ser humano, que é o de viver bem e de sentir-se bem.

Em relação à introdução do conceito de QV na área da saúde, Fleck (2008, p. 21) discorre:

A introdução do conceito de qualidade de vida na área da saúde encontrou outros construtos presentes afins, os quais tiveram um desenvolvimento independente e cujos limites não são claros, apresentando várias intersecções. Alguns são distorcidos por uma visão eminentemente biológica e funcional, como *status* de saúde, *status* funcional e incapacidade/deficiência; outros são eminentemente sociais e psicológicos, como bem-estar, satisfação e felicidade. Um terceiro grupo é de origem econômica, baseando-se na teoria da “preferência” (*utility*). A qualidade de vida apresenta intersecções com vários desses conceitos, mas seu aspecto mais genérico (a saúde é apenas um de seus domínios) tem sido apontado como o seu grande diferencial e sua particular importância.

A definição de *status* de saúde está relacionado com o nível de saúde de cada indivíduo, grupo ou população, podendo ser avaliado pela pessoa de forma subjetiva ou por meio de medidas mais objetivas. Gill e Feinstein (1994 apud FLECK, 2008, p. 21) relatam a diferença entre qualidade de vida de *status* de saúde ao afirmarem que “[...] qualidade de vida, ao invés de ser uma descrição do *status* de saúde, é um reflexo da maneira como o paciente percebe e reage ao seu *status* de saúde e a outros aspectos não médicos de sua vida”.



Testa e Simonson (1996) explicam que a QV e especificamente a QVRS referem-se aos domínios físico, psicológico e social da saúde, e são percebidas como áreas diferentes, porém, influenciadas pelas expectativas, experiências, crenças e percepções do indivíduo, e afirmam que “avaliações de QVRS medem alterações na saúde física, funcional, mental e social, a fim de avaliar os custos humanos e financeiros, e os benefícios de novos programas e intervenções”.

### 3.5 OS INSTRUMENTOS DE MEDIDA DE QUALIDADE DE VIDA

Existem duas formas de mensurar QV atualmente: por meio de instrumentos genéricos e específicos. Os instrumentos genéricos englobam o perfil de saúde ou não, bem como procuram relacionar todos os aspectos importantes referentes à saúde e o impacto que uma doença reflete no indivíduo. Podem ser utilizados para estudar indivíduos da população geral e de grupos específicos como portadores de doenças crônicas. Desse modo, permitem comparar a QV de indivíduos sadios com doentes ou portadores de determinada doença, vivendo em contextos sociais e culturais diferentes (GIBRAN, 2006).

Dantas, Sawada e Malerbo (2003) elucidam que os instrumentos específicos têm como vantagem a capacidade de verificar particularidades da QV em ocasiões exclusivas, avaliam de modo individual e específico aspectos de QV como as funções física e sexual, a fadiga, o sono etc.

O MOS SF-36 está entre as opções de instrumentos de medida de QV, assim como foi criado com o propósito de ser um instrumento genérico de avaliação de QVRS, de fácil compreensão e administração, contudo, não tão extenso com os anteriores (WARE, 1994; WARE et al., 1995).

Os diferentes tipos de instrumentos apresentam propósitos, conteúdo e enfoques variados. Para sua escolha, deve-se considerar a proposta de utilização e que seus componentes sejam claros e adequados à determinada população. Precisam apresentar facilidades na sua compreensão e aplicação, com formato simples e tempo de administração adequado, além de observar se existe uma especificidade do instrumento com o grupo avaliado. Em geral, de forma implícita ou explícita, toda medida é fundamentada nas teorias que guiam a seleção de procedimentos de mensuração (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000).

### 3.6 THE MEDICAL OUTCOMES STUDY 36-ITEM SHORT-FORM HEALTH SURVEY

O MOS SF-36 inicialmente foi derivado de um questionário de avaliação de saúde composto por 149 itens, desenvolvido e testado em mais de 22.000 pacientes, como parte de um estudo de avaliação de saúde (The Medical Outcomes Study-MOS) (WARE; GANDEK; THE IQOLA PROJECT GROUP, 1994).

Devido ao crescente interesse em sua aplicação e às características do instrumento MOS SF-36, foi criado em 1991, um projeto de tradução e validação internacional, com objetivo de utilizá-lo em larga escala nos ensaios clínicos internacionais e multicêntricos, culturas e países diferentes (WARE, 1993).

Ciconelli (1997) afirma que o MOS SF-36 por ser um questionário genérico, seus conceitos não são específicos para uma determinada idade, doença ou grupo de tratamento, portanto, permite comparações entre diferentes patologias ou entre diferentes terapias.

A validação do MOS SF-36 para uso no Brasil foi realizada por Ciconelli (1997), em tese apresentada à Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Medicina, para obtenção do título de Doutora em Medicina. A sua validação foi obtida por meio da relação com outros parâmetros clínicos comumente utilizados na avaliação de pacientes com artrite e reumatóide (e.g.: rigidez matinal, escala numérica de dor, classe funcional, avaliação global da atividade de doença pelo paciente e pelo médico, contagem de articulações dolorosas e inflamadas) (CICONELLI, 1997; CICONELLI et al., 1999).

Segundo Ciconelli (1997), o MOS SF-36 é um questionário multidimensional, formado por 36 itens de pesquisa distribuídos em oito domínios:

- a) Capacidade funcional (10 itens): avalia tanto a presença como a extensão das limitações impostas à capacidade física, variando em três níveis: muito, pouco ou sem limitações (atividades vigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados);
- b) Aspectos físicos (4 itens): avaliam as limitações no tipo e quantidade de trabalho, bem como o quanto essas limitações dificultam a realização do trabalho e de atividades de vida diária do paciente (relacionado com a produtividade);

- c) Dor (2 itens): baseado em uma questão do SF-20 sobre a intensidade da dor, acrescida de uma questão sobre a interferência da dor nas atividades da vida diária do paciente;
- d) Estado geral de saúde (5 itens): domínio derivado do questionário General Health Rating Index;
- e) Vitalidade (4 itens): leva em consideração o nível de energia (cheio de vigor físico, muita energia), bem como o de fadiga (esgotado, cansado). Foi derivado do questionário Avaliação de Saúde Mental (Mental Health Inventory – MHI);
- f) Aspectos sociais (2 itens): esse domínio analisa a integração do indivíduo em atividades sociais;
- g) Aspectos emocionais (3 itens): avalia o equilíbrio emocional em relação ao trabalho;
- h) Saúde mental (5 itens): resume os 38 itens do questionário MHI-38 e procuram investigar as dimensões: ansiedade, depressão, alteração do compromisso ou descontrole emocional e bem-estar psicológico, e mais uma questão de avaliação comparativa entre as condições de saúde atual e de um ano atrás.

Para a avaliação de seu resultado após sua aplicação, é fornecido um escore para cada questão que posteriormente são transformados numa escala de 0 a 100, no qual 0 corresponde ao pior estado de saúde e 100 ao melhor, sendo analisado cada dimensão em separado. Não existe um único valor que resuma toda a avaliação, traduzindo-se num estado geral de saúde melhor ou pior, exatamente para que numa média de valores não seja cometido erro de não se identificar os verdadeiros problemas de saúde do paciente ou mesmo subestimá-los (CICONELLI, 1997; WARE, 1996).

A profissão farmacêutica está passando por transformações e melhorias principalmente nas duas últimas décadas, através de várias ações advindas do CRF, CFF e Vigilância Sanitária, em que se observa mudanças na QV do profissional, juntamente com o resgate de sua função na Drogaria através da atenção farmacêutica. Conforme experiência do pesquisador atuando como farmacêutico em Drogaria, a presente pesquisa tem como propósito colaborar para a visibilidade da QV dos farmacêuticos que atuam em Drogarias,

podendo contribuir para um melhor conhecimento da profissão, assim como ações que valorizem o profissional.

### 3.7 OBJETIVO GERAL

Avaliar a QV de uma amostra de farmacêuticos de Drogarias de Campo Grande, MS.

### 3.8 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Caracterizar a amostra por meio das variáveis sociodemográficas, como: idade, sexo, estado civil, renda mensal, carga horária de trabalho, necessidade de jornada dupla, tempo de serviço, proprietário (a) ou funcionário (a) da Drograria, número de funcionários na Drograria, autonomia na profissão, satisfação no trabalho, relacionamento com seus colegas de trabalho, doenças crônicas e licenças médicas.

Avaliar a média de QV da população amostrada a partir da aplicação do MOS SF-36.

Verificar a correlação entre os domínios de QV do MOS SF-36: capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspecto emocional, saúde mental com as variáveis sociodemográficas.

Correlacionar os domínios do MOS SF-36 entre si.

## **4 METODOLOGIA**

---

## 4.1 MÉTODO

Trata-se de um estudo exploratório-descritivo e de corte transversal.

O estudo exploratório é obtido através de uma questão de pesquisa ou sobre um problema quando existem poucos ou nenhum estudo anteriormente, tendo como objetivo buscar suposições, idéias ou padrões, ao invés de confirmar ou testar hipóteses. O estudo descritivo refere-se ao comportamento dos fenômenos, utilizado para obter e identificar informações sobre determinadas características de uma questão ou problema, e o estudo de corte transversal é uma metodologia positivista que é projetada para conseguir informações sobre variáveis em diferentes contextos, porém de forma simultânea (COLLIS; HUSSEY, 2005).

## 4.2 LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada em Drogarias situadas em todas as regiões de Campo Grande, MS, inscritas e regularizadas junto ao Conselho Regional de Farmácia do Estado de Mato Grosso do Sul (CRF-MS).

A cidade de Campo Grande está localizada na região central do Estado de Mato Grosso do Sul, região Centro-Oeste do Brasil, com uma população de 755.107 habitantes e área de unidade territorial de 8.096 km<sup>2</sup> (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2009).

## 4.3 PARTICIPANTES

Foi realizado um estudo com farmacêuticos que atuam em Drogarias de Campo Grande, MS, no período de março a abril de 2009. Os dados foram obtidos junto ao CRF-MS, em março de 2009, totalizando 1.997 farmacêuticos inscritos neste Estado, sendo destes 935 em Campo Grande. O quadro é composto por 77,8% de farmacêuticas e 22,2% de farmacêuticos. São 476 Drogarias inscritas no Conselho pertencentes ao Estado de Mato Grosso do Sul e destas 176 estão em Campo Grande. Somente 64 Drogarias, perfazendo 36%

do total, estão regularizadas em Campo Grande, ou seja, possuem certidões de regularidade expedida pelo CRF-MS.

A amostra foi composta por 64 profissionais farmacêuticos de ambos os sexos, correspondendo ao total de 64 Drogarias regularizadas (36% do total), uma vez que em cada Drograria atua somente um profissional farmacêutico.

Dos 64 questionários aplicados, 43 (67,2%) profissionais farmacêuticos responderam, 10 (15,6%) não responderam e 11 (17,2%) tinham menos de seis meses de trabalho na Drograria e por isso foram excluídos da amostra.

#### 4.3.1 Critérios de inclusão

Ser farmacêutico.

Estar inscrito (registrado) no CRF-MS.

Estar trabalhando pelo menos há seis meses na função.

Trabalhar como farmacêutico em Drograria.

#### 4.3.2 Critérios de exclusão

Estar de licença médica.

Não se inserir nos critérios de inclusão.

Recusar-se a participar da pesquisa.

### 4.4 INSTRUMENTOS DE PESQUISA

O questionário sociodemográfico foi elaborado especificamente para uso neste estudo e engloba as seguintes variáveis: idade, sexo, estado civil, renda mensal, carga horária de trabalho, necessidade de jornada dupla, tempo de serviço, proprietário (a) ou funcionário (a) da Drograria, número de funcionários na Drograria, autonomia na profissão, satisfação no

trabalho, relacionamento com seus colegas de trabalho, doenças crônicas e licenças médicas (APÊNDICE A).

Para avaliar a QV dos farmacêuticos foi escolhido o questionário genérico MOS SF-36 (ANEXO A), por ser um teste de uso e aplicação nas mais variadas profissões, e não exclusivo dos profissionais Psicólogos.

#### 4.5 PROCEDIMENTOS

Foi solicitado junto ao CRF-MS a relação de farmacêuticos inscritos neste Estado e em Campo Grande, além das Drogarias inscritas e regularizadas em Campo Grande, com seus respectivos endereços e telefones.

Confeccionou-se um folheto explicativo sobre a pesquisa, o qual foi entregue para a diretoria das Drogarias. Em seguida foi feito contato por telefone com os farmacêuticos, explicando os objetivos da pesquisa e agendando horário para a entrega dos questionários (APÊNDICE B).

Na Drogaria, os farmacêuticos receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, para assinatura (APÊNDICE C). Posteriormente, foram explicados os questionários para coleta de dados. Por fim, foi aplicado o questionário sociodemográfico ocupacional, e em seguida o MOS SF-36. O tempo total da coleta dos questionários variou de 24 a 48 horas.

#### 4.6 RECURSOS HUMANOS E MATERIAIS

O pesquisador aplicou os instrumentos de medida e contou com auxílio de um estatístico para análise dos dados.

Os recursos materiais foram cópias do folheto explicativo da pesquisa, bem como do questionário sociodemográfico ocupacional, do MOS SF-36, do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, folhas de papel sulfite, envelopes e impressão.



## 4.7 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Na análise estatística dos dados foram aplicados três testes estatísticos distintos, sendo que para as variáveis categóricas em relação às dimensões do questionário MOS SF-36, utilizou-se o teste *t*-student e o teste de Análise de Variância (ANOVA). Em relação às variáveis demográficas contínuas foi aplicado o teste de correlação linear de *Pearson*, sendo todos eles aplicados com 95% de confiabilidade.

## 4.8 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Houve a autorização do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica Dom Bosco (ANEXO B), conforme estabelecido pela Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde, que trata de investigação não invasiva e não envolvendo qualquer tipo de manipulação que possa atentar contra a ética em pesquisa (BRASIL, 1996).

Foi realizada a solicitação de autorização do CRF-MS para pesquisa com seres humanos, porém, o referido órgão não possui nenhuma normatização sobre este tipo de pesquisa.

Antes de cada aplicação dos questionários, na ocasião da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o profissional farmacêutico foi informado dos objetivos e do sigilo da pesquisa, sem risco algum ao mesmo, e tendo acompanhamento do pesquisador para a orientação de quaisquer dúvidas.

## **5 RESULTADOS**

---

Foram aplicados 64 questionários de QV MOS SF-36, sendo que 43 profissionais farmacêuticos os responderam, 10 não responderam e 11 tinham menos de seis meses de trabalho na Drogaria. Com isso, foram pesquisados 43 farmacêuticos.

Os resultados foram divididos em quatro partes. A primeira apresenta os dados sociodemográficos da amostra; na segunda parte foi feita a comparação entre os domínios do questionário MOS SF-36, para verificar em qual domínio os profissionais farmacêuticos apresentam maior ou menor escore em relação a sua QV. Na terceira parte foram feitos os testes estatísticos referentes aos dados sociodemográficos categóricos e na quarta, os testes estatísticos referentes aos dados sociodemográficos contínuos.

## 5.1 DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS DOS PROFISSIONAIS AMOSTRADOS

A Tabela 1 apresenta os dados demográficos dos participantes, sendo que 64,9% atuam como funcionários e 35,1% como proprietários; 76,7% do sexo feminino e 23,3% do sexo masculino; e 61,0% são casados.

Com relação a carga horária, 57,1% trabalham até 44 horas semanais; a minoria trabalha em outro local (20,9%). No quesito tempo de serviço, 46,5% estão acima de dois anos. Quanto ao número de funcionários no local de trabalho, 59,5% trabalham com até cinco funcionários na Drogaria e a maioria (79,1%), não precisou pedir licença médica nos últimos dois anos.

**TABELA 1** - Dados demográficos dos participantes

<b>Variável</b>		<b>n</b>	<b>%</b>
Situação*	Funcionários	24	64,9
	Proprietários	13	35,1
Sexo	Feminino	33	76,7
	Masculino	10	23,3
Estado civil*	Casados	25	61,0
	Solteiros	16	39,0
Carga horária*	Até 44 h	24	57,1
	Acima 44 h	18	42,9
Outro trabalho	Não	34	79,1
	Sim	9	20,9
Tempo de serviço	Até 2 anos	23	53,5
	Acima de 2 anos	20	46,5
Funcionários*	Até 5	25	59,5
	Acima de 5	17	40,5
Licença médica	Não	34	79,1
	Sim	9	20,9

\*Nem todos os participantes responderam.

A Tabela 2 apresenta as variáveis demográficas contínuas: idade e renda dos participantes. Os participantes apresentaram uma média de idade de 32,63 anos, com um desvio padrão de 11,49 anos e renda média de R\$ 1.974,00.

**TABELA 2** - Estatística descritiva das variáveis demográficas contínuas dos participantes

<b>Variável</b>	<b>n</b>	<b>Média</b>	<b>DP</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>
Idade (em anos)	43	32,63	11,49	24,00	82,00
Renda (em R\$)*	37	1.974,00	979,00	830,00	4.800,00

\*Nem todos os participantes responderam.

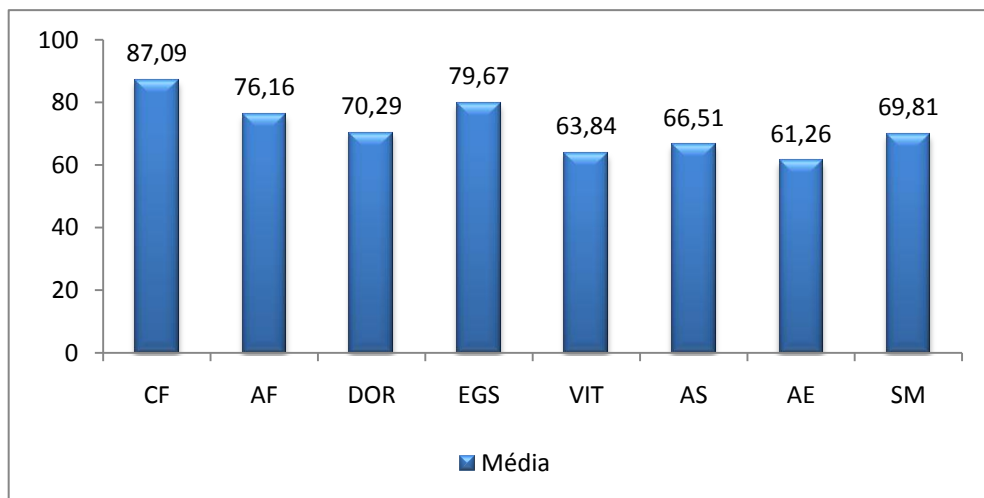
## 5.2 ANÁLISE DOS DOMÍNIOS DO MOS SF-36

A Tabela 3 apresenta a comparação entre os participantes quanto aos domínios do MOS SF-36.

**TABELA 3** - Comparação entre os participantes quanto aos domínios do MOS SF-36

Domínios	n	Média	DP	F	p
<b>Capacidade Funcional</b>	43	87,09	13,59		
Aspectos Físicos	43	76,16	31,79		
Dor	41	70,29	20,06		
Estado Geral de Saúde	42	79,67	17,58	5,01	<0,001
Vitalidade	43	63,84	16,18		
Aspectos Sociais	39	66,51	27,86		
<b>Aspecto Emocional</b>	43	61,26	43,63		
Saúde Mental	42	69,81	15,31		

O Gráfico 1 apresenta o escore geral médio por domínio do MOS SF-36 dos participantes, demonstrando-se que o maior escore é a Capacidade Funcional (87,09), e o menor foi o domínio Aspecto Emocional (61,26).

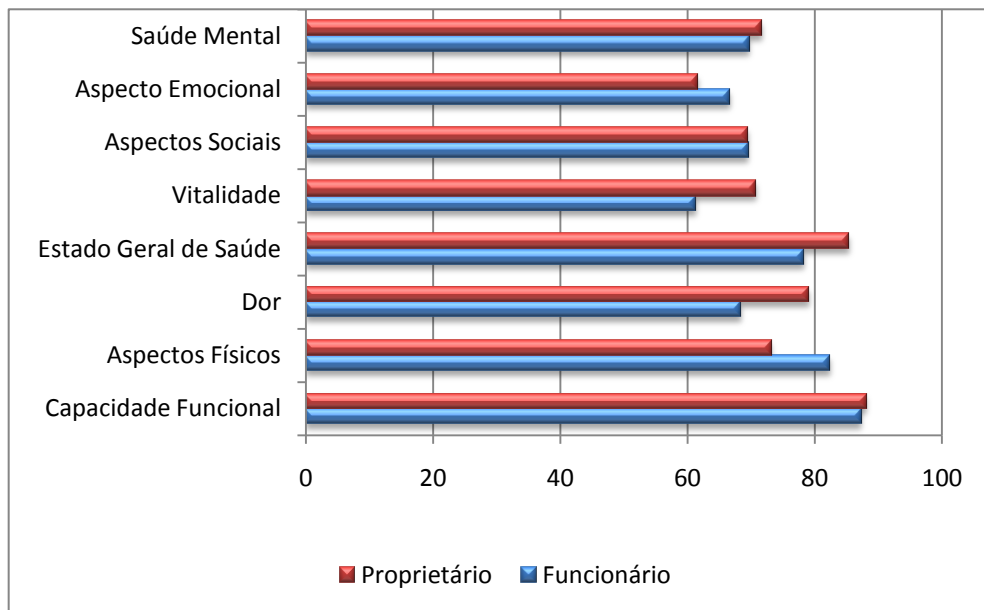


**GRÁFICO 1** - Escore geral médio por domínio do MOS SF-36 dos participantes.

Em relação à Tabela 3, os dados representados evidenciam escores acima de 60% para todos os domínios do MOS SF-36, apontando para uma QV satisfatória.

### 5.3 ANÁLISE ESTATÍSTICA DOS DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS CATEGÓRICOS

Para a análise sobre o farmacêutico ser ou não proprietário da Drogaria, foi aplicado o teste *t*-student para verificação de diferenças significativas. Os resultados estão apresentados no Gráfico 2.



**GRÁFICO 2** - Comparação entre o farmacêutico ser ou não proprietário da Drogaria em relação às dimensões do questionário de QV MOS SF-36.

De acordo com os dados do Gráfico 2, nenhuma das dimensões do questionário MOS SF-36 apresentou diferença significativa sobre o farmacêutico ser ou não proprietário da Drogaria em relação a sua QV.

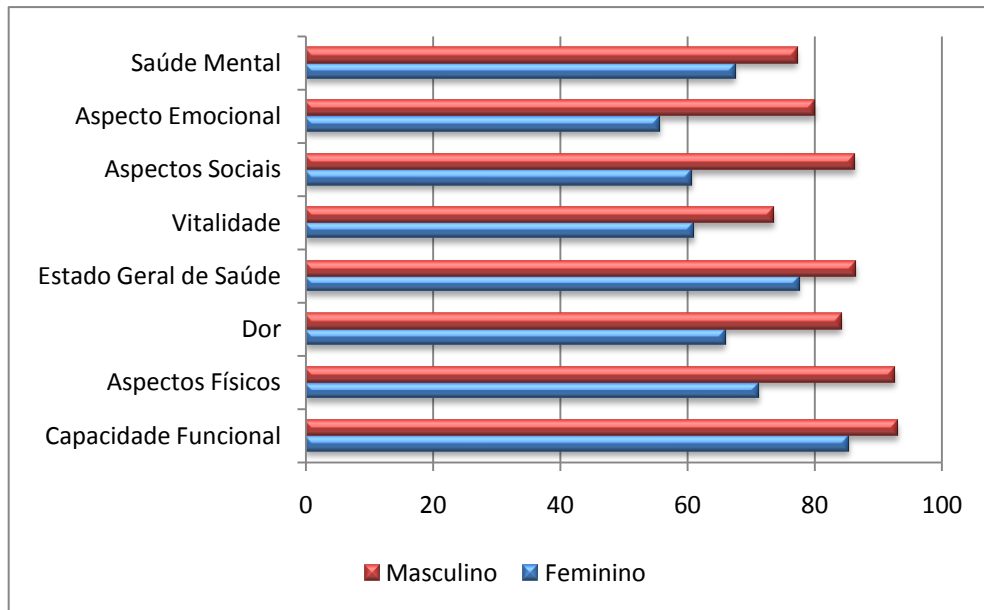
Para a comparação da QV dos farmacêuticos com relação ao sexo, os resultados constam na Tabela 4 e Gráfico 3.

**TABELA 4** - Comparação entre o sexo em relação as dimensões do questionário de QV MOS SF-36

<b>Dimensões</b>	<b>Variável</b>	<b>n</b>	<b>Média</b>	<b>DP</b>	<b>t</b>	<b>p</b>
Capacidade Funcional	Feminino	33	85,30	14,47	2,55	0,118
	Masculino	10	93,00	8,23		
Aspectos Físicos	Feminino	33	71,21	34,30	3,66	0,063
	Masculino	10	92,50	12,08		
Dor	Feminino	31	65,84	19,29	7,24	0,010 *
	Masculino	10	84,10	16,37		
Estado Geral de Saúde	Feminino	32	77,56	17,96	1,97	0,168
	Masculino	10	86,40	15,20		
Vitalidade	Feminino	33	60,91	15,98	5,10	0,029 *
	Masculino	10	73,50	13,34		
Aspectos Sociais	Feminino	30	60,60	27,96	6,74	0,013 *
	Masculino	9	86,22	16,88		
Aspecto Emocional	Feminino	33	55,58	44,65	2,49	0,122
	Masculino	10	80,00	35,87		
Saúde Mental	Feminino	32	67,50	15,40	3,23	0,080
	Masculino	10	77,20	13,07		

\*p&lt;0,05.

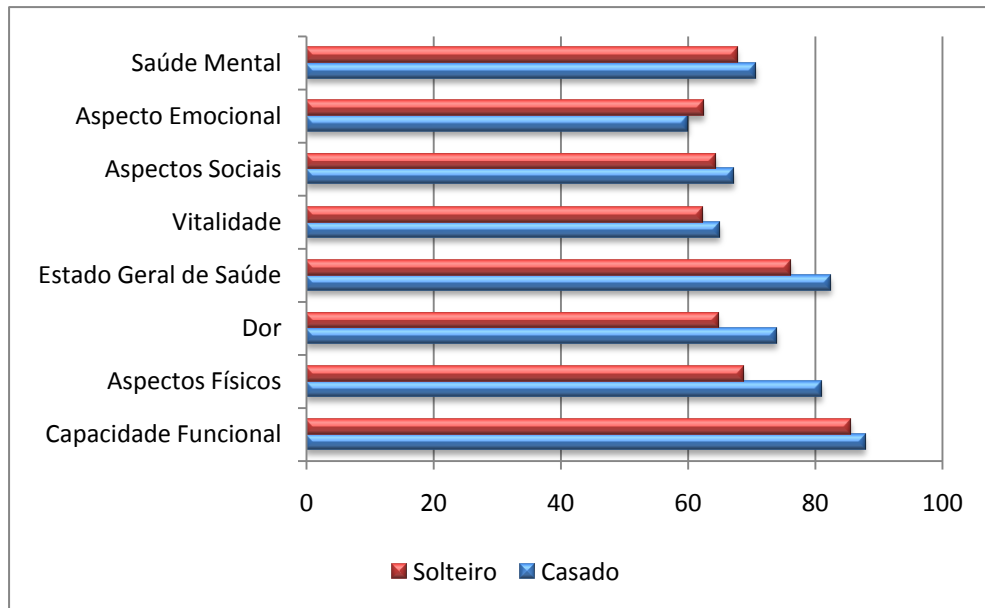
Com relação a variável sexo dos profissionais farmacêuticos, foi detectada diferença significativa na QV nas dimensões: Dor (p=0,010), Vitalidade (p=0,029) e Aspectos Sociais (p=0,013). Nas dimensões, nas quais houve diferença, em todos os casos, os farmacêuticos estão melhores em QV em relação às farmacêuticas.



**GRÁFICO 3** - Comparação entre o sexo em relação às dimensões do questionário de QV MOS SF-36.

O Gráfico 4 mostra a verificação de diferenças significativas entre a variável estado civil dos participantes em relação a QV.





**GRÁFICO 4** - Comparação entre o estado civil em relação às dimensões do questionário de QV MOS SF-36.

Em nenhuma dimensão do questionário MOS SF-36 foi detectada diferença significativa entre a QV dos farmacêuticos em relação ao estado civil.

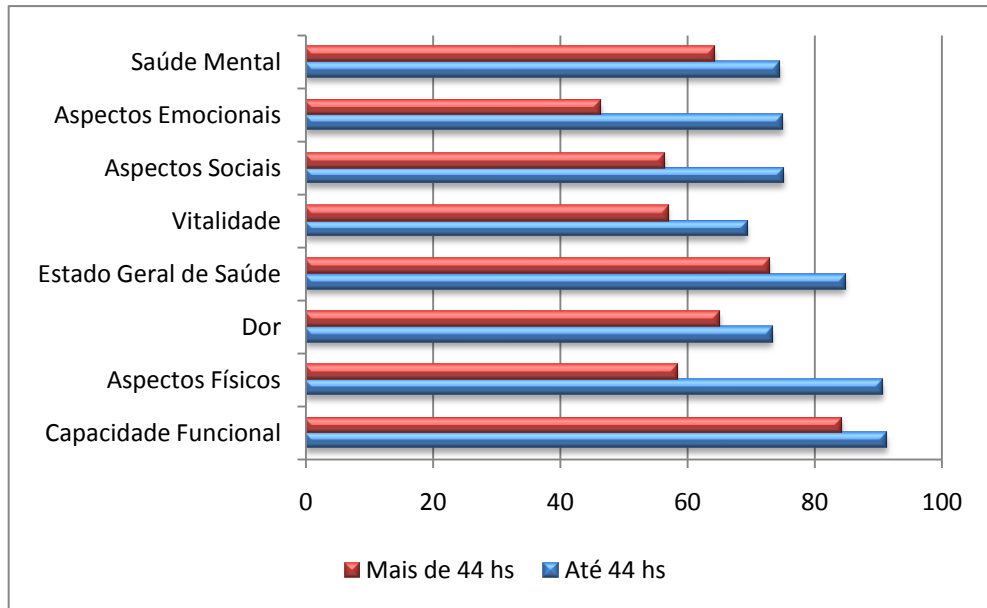
A carga horária dos participantes foi dividida em até 44 horas semanais e acima de 44 horas semanais. Os resultados em relação a QV constam na Tabela 5 e Gráfico 5, a seguir.

**TABELA 5** - Comparação entre a carga horária em relação as dimensões do questionário de QV MOS SF-36

<b>Dimensões</b>	<b>Variável</b>	<b>n</b>	<b>Média</b>	<b>DP</b>	<b>t</b>	<b>p</b>
Capacidade Funcional	Até 44 h	24	91,25	8,75	4,15	0,048*
	Acima de 44 h	18	84,17	13,75		
Aspectos Físicos	Até 44 h	24	90,63	17,77	13,83	0,001*
	Acima de 44 h	18	58,33	37,38		
Dor	Até 44 h	24	73,25	18,67	1,63	0,210
	Acima de 44 h	16	65,00	21,96		
Estado Geral de Saúde	Até 44 h	24	84,79	13,28	5,25	0,027*
	Acima de 44 h	18	72,83	20,51		
Vitalidade	Até 44 h	24	69,38	13,21	6,82	0,013*
	Acima de 44 h	18	56,94	17,67		
Aspectos Sociais	Até 44 h	22	75,14	23,39	4,59	0,039*
	Acima de 44 h	16	56,44	30,47		
Aspecto Emocional	Até 44 h	24	75,00	37,14	5,00	0,031*
	Acima de 44 h	18	46,33	45,96		
Saúde Mental	Até 44 h	24	74,50	10,86	4,97	0,032*
	Acima de 44 h	17	64,24	18,57		

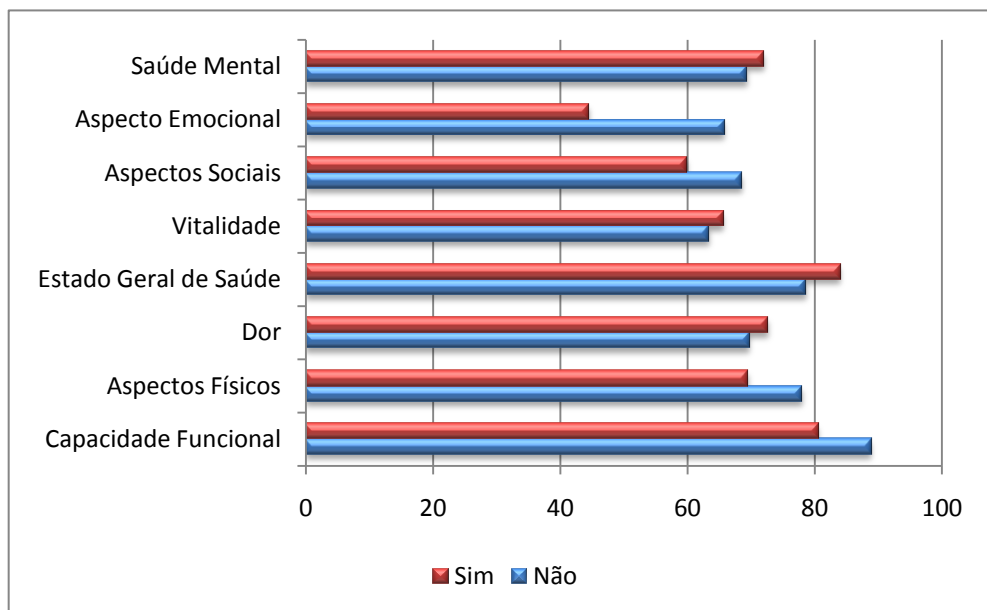
\* p&lt;0,05.

Detectou-se diferença significativa nas dimensões Capacidade Funcional (p=0,048), Aspectos Físicos (p=0,001), Estado Geral de Saúde (p=0,027), Vitalidade (p=0,013), Aspectos Sociais (p=0,039), Aspectos Emocionais (p=0,031) e Saúde Mental (p=0,032) em relação a carga horária dos farmacêuticos. Nestas dimensões, os farmacêuticos que trabalham acima de 44 horas por semana apresentam pior QV.



**GRÁFICO 5** - Comparação entre a carga horária em relação às dimensões do questionário de QV MOS SF-36.

Com relação se o farmacêutico possui outro trabalho, os resultados constam no Gráfico 6, a seguir:



**GRÁFICO 6** - Comparação entre se o farmacêutico possui outro trabalho em relação às dimensões do questionário de QV MOS SF-36.

Em nenhuma dimensão do questionário MOS SF-36 foi detectada diferença significativa por meio do teste *t*-student em relação se o farmacêutico possui ou não outro trabalho.

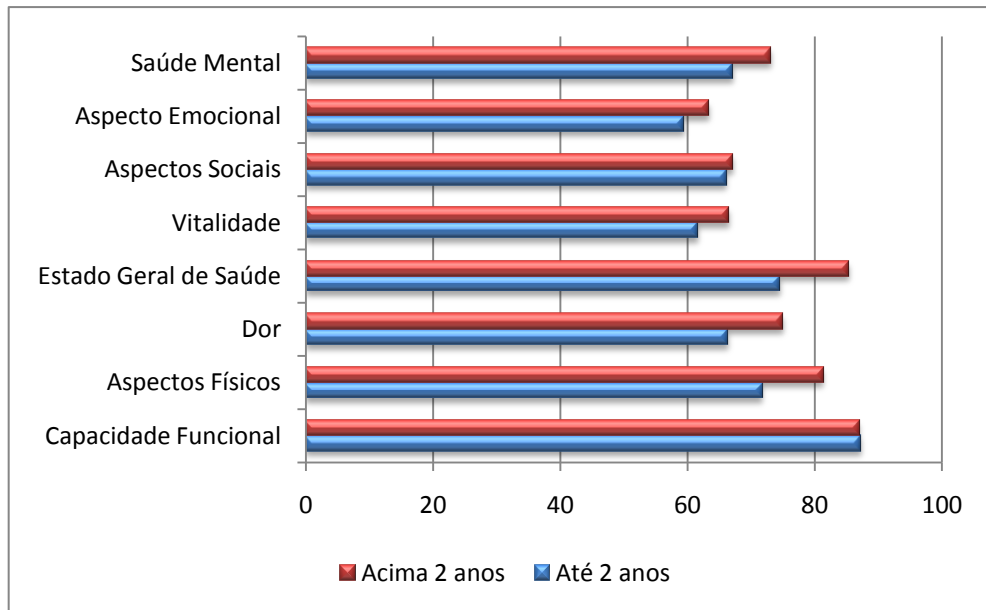
Para avaliar a variável tempo de serviço, os participantes foram divididos em dois grupos: até dois anos de serviço e acima de dois anos de serviço. Os resultados constam na Tabela 6 e Gráfico 7.

**TABELA 6** - Comparação entre o tempo de serviço em relação as dimensões do questionário de QV MOS SF-36

Dimensões	Variável	n	Média	DP	t	p
Capacidade Funcional	Até 2 anos	23	87,17	14,60	0,00	0,967
	Acima 2 anos	20	87,00	12,71		
Aspectos Físicos	Até 2 anos	23	71,74	28,51	0,96	0,334
	Acima 2 anos	20	81,25	35,24		
Dor	Até 2 anos	22	66,27	20,29	1,95	0,170
	Acima 2 anos	19	74,95	19,28		
Estado Geral de Saúde	Até 2 anos	22	74,55	17,63	4,23	0,046*
	Acima 2 anos	20	85,30	16,12		
Vitalidade	Até 2 anos	23	61,52	15,55	1,01	0,320
	Acima 2 anos	20	66,50	16,87		
Aspectos Sociais	Até 2 anos	22	66,09	21,05	0,01	0,916
	Acima 2 anos	17	67,06	35,51		
Aspecto Emocional	Até 2 anos	23	59,43	44,92	0,08	0,773
	Acima 2 anos	20	63,35	43,15		
Saúde Mental	Até 2 anos	23	67,13	14,67	1,58	0,216
	Acima 2 anos	19	73,05	15,82		

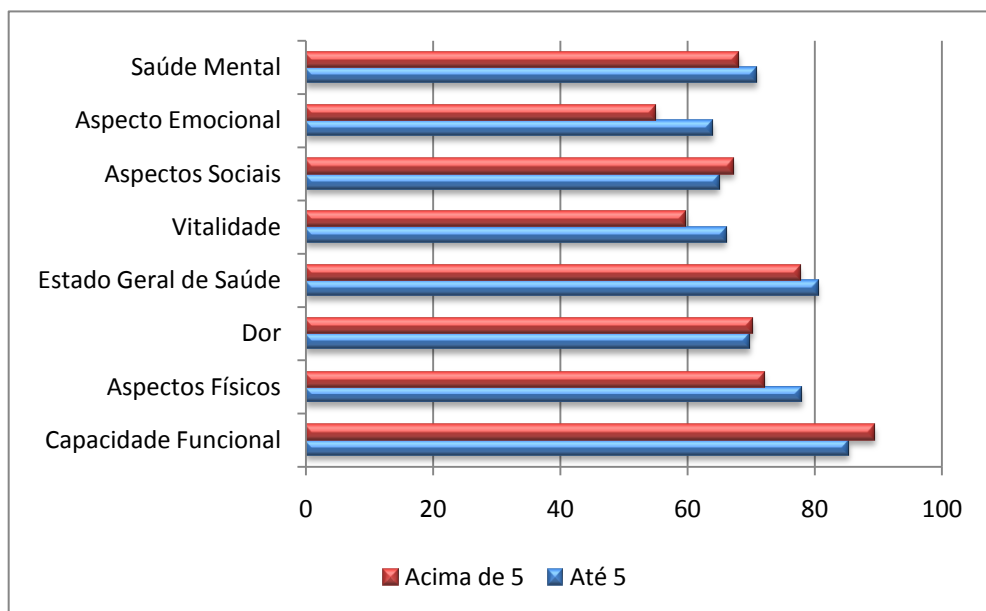
\*p<0,05.

Com relação ao Estado Geral de Saúde foi detectada diferença significativa entre o tempo de serviço (p=0,046). É importante ressaltar que os farmacêuticos com tempo de serviço superior a dois anos possuem melhor QV em relação aos farmacêuticos com até dois anos de tempo de serviço nesta dimensão.



**GRÁFICO 7** - Comparação entre o tempo de serviço em relação às dimensões do questionário de QV MOS SF-36.

Para a comparação da QV dos participantes com relação ao número de funcionários na Drogeria, os resultados estão apresentados no Gráfico 8.



**GRÁFICO 8** - Comparação entre o número de funcionários em relação às dimensões do questionário de QV MOS SF-36.

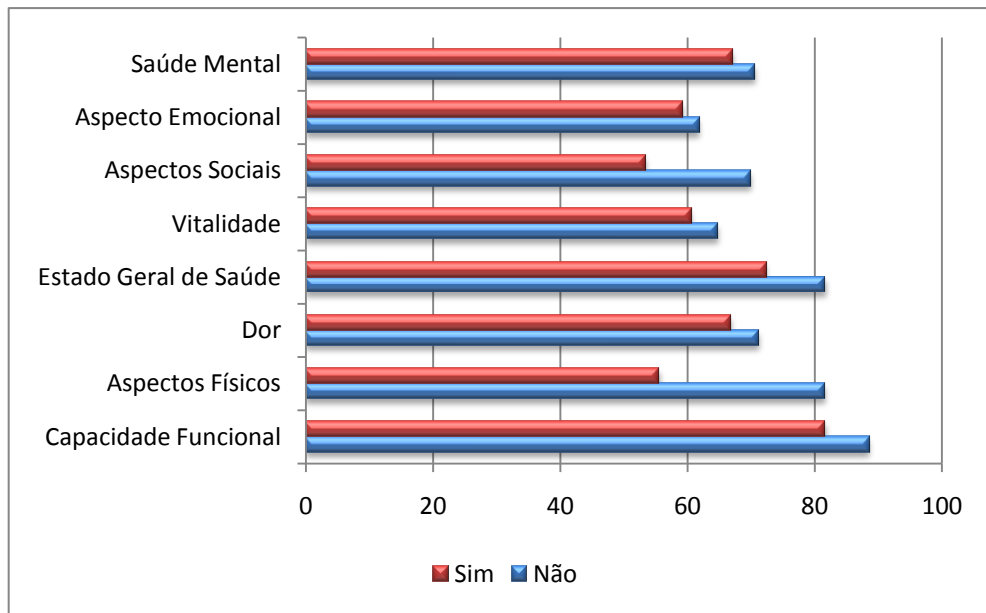
Com relação ao número de funcionários na Drogaria, não foi detectada diferença significativa entre os grupos. Pode-se acreditar que este quesito não interfere na QV dos profissionais farmacêuticos.

Para a análise da variável se o farmacêutico esteve ou não em licença médica nos últimos dois anos, os resultados constam na Tabela 7 e Gráfico 9.

**TABELA 7** - Comparação se o farmacêutico esteve em licença médica em relação as dimensões do questionário de QV MOS SF-36

<b>Dimensões</b>	<b>Variável</b>	<b>n</b>	<b>Média</b>	<b>DP</b>	<b>t</b>	<b>p</b>
Capacidade Funcional	Não	34	88,53	14,01	1,85	0,181
	Sim	9	81,67	10,90		
Aspectos Físicos	Não	34	81,62	24,08	5,27	0,027*
	Sim	9	55,56	48,05		
Dor	Não	33	71,15	21,05	0,30	0,584
	Sim	8	66,75	16,02		
Estado Geral de Saúde	Não	33	81,67	17,00	2,04	0,161
	Sim	9	72,33	18,73		
Vitalidade	Não	34	64,71	17,27	0,46	0,500
	Sim	9	60,56	11,30		
Aspectos Sociais	Não	31	69,90	26,83	2,32	0,137
	Sim	8	53,38	29,66		
Aspecto Emocional	Não	34	61,79	42,77	0,02	0,877
	Sim	9	59,22	49,40		
Saúde Mental	Não	33	70,55	15,32	0,35	0,557
	Sim	9	67,11	15,85		

\*p<0,05.



**GRÁFICO 9** - Comparação se o farmacêutico esteve em licença médica em relação as dimensões do questionário de QV MOS SF-36.

Verificou-se diferença significativa na dimensão Aspectos Físicos ( $p=0,027$ ). Nesta dimensão, os farmacêuticos que não estiveram em licença médica possuem na média, uma melhor QV que os farmacêuticos que estiveram em licença médica nos últimos dois anos.

#### 5.4 ANÁLISE DOS DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS CONTÍNUOS

Para análise dos dados demográficos contínuos foi aplicado o teste de correlação linear de *Pearson*, com 95% de confiabilidade.

Inicialmente, foi correlacionada a idade em relação as dimensões do questionário aplicado (TABELA 8).

**TABELA 8** - Correlação entre a idade dos profissionais farmacêuticos e as dimensões do questionário MOS SF-36

<b>Dimensões</b>	<b>Correlação</b>	<b>p</b>
Capacidade Funcional	0,020	0,897
Aspectos Físicos	0,079	0,613
Dor	0,276	0,081
Estado Geral de Saúde	0,114	0,472
<b>Vitalidade</b>	0,382	<b>0,012</b>
Aspectos Sociais	0,187	0,254
Aspecto Emocional	0,170	0,275
Saúde Mental	0,262	0,093

Com relação a idade dos participantes, a dimensão do questionário correlacionada significativamente foi Vitalidade ( $p=0,012$ ), sendo que a mesma possui uma correlação positiva, ou seja, quanto maior a idade, melhor a QV nesta dimensão.

Na Tabela 9 foi verificada a correlação entre a renda dos participantes e as dimensões do questionário MOS SF-36.

**TABELA 9** - Correlação entre a renda dos profissionais farmacêuticos e as dimensões do questionário MOS SF-36

<b>Dimensões</b>	<b>Correlação</b>	<b>p</b>
Capacidade Funcional	0,006	0,973
Aspectos Físicos	-0,123	0,468
Dor	0,204	0,241
Estado Geral de Saúde	0,027	0,874
Vitalidade	0,038	0,821
Aspectos Sociais	-0,067	0,711
Aspecto Emocional	0,053	0,755
Saúde Mental	-0,081	0,639

Com relação a renda dos participantes, a mesma não apresentou correlação significativa com nenhuma dimensão do questionário MOS SF-36.

A seguir, a discussão sobre os resultados da pesquisa e finalizando, as conclusões e considerações finais.



## **6 DISCUSSÃO**

---

## 6.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DA AMOSTRA

Com os dados obtidos por meio da pesquisa, constatou-se que sobre a situação do profissional em serviço, a maioria dos farmacêuticos atua como funcionário da Drogaria. Verificando ser esse um mercado de trabalho de considerável concorrência nos dias atuais, com um número excessivo de Drogarias em relação à população, no qual grandes Redes dominam o cenário farmacêutico, grupos vindos de outros ramos comerciais como é o caso dos grandes supermercados acabam por monopolizar o setor Farmacêutico. Tal ação gera pouca lucratividade para as pequenas empresas que geralmente são de propriedade de farmacêuticos, fazendo com que muitos profissionais desistam de serem donos e se tornem funcionários.

É importante ressaltar também que nos últimos anos, os farmacêuticos começaram a ser mais valorizados na questão profissional, havendo maior visibilidade na promoção da saúde, por meio de normatizações da Vigilância Sanitária, Conselhos Regionais e Conselho Federal, nos quais até mesmo o piso salarial da categoria passa por constantes melhorias, fazendo com que os farmacêuticos optem em trabalhar como funcionários.

Com relação ao sexo dos farmacêuticos avaliados, constatou-se que as mulheres (76,7%) são maioria em relação aos homens, em concordância com dados fornecidos pelo CRF-MS, nos quais a maioria verificada foi do sexo feminino (77,8%). Resultados semelhantes foram encontrados em Teixeira, Fonseca e Máximo (2002), em um estudo de avaliação da QV dos alunos do curso de Psicologia do Centro UNISAL – U.E. Lorena, SP, as mulheres são maioria (91%); em Nunes e Freire (2006), em um estudo de QV de cirurgiões-dentistas que atuam em um serviço público em Goiânia, GO, as mulheres são maioria (67,8%); e em Rocha e Felli (2004), em um estudo que aborda a QV no trabalho docente do Curso de Enfermagem da Universidade Católica de Santos, na qual as mulheres também são maioria (86,6%). Esses dados podem ser interpretados pela inserção das mulheres na sociedade e no mercado de trabalho nos últimos anos, principalmente nas profissões relacionadas à saúde como Farmácia, Nutrição, Enfermagem e Psicologia, nas quais a proporção de mulheres é superior aos homens.

A maioria dos farmacêuticos avaliados é casado (61,0%), observa-se que nos últimos anos, a profissão farmacêutica está sendo mais valorizada, evidenciando a atenção

farmacêutica, presença em tempo integral do profissional nos estabelecimentos, melhorias no piso salarial, principalmente, contribuindo para uma relativa estabilidade econômica e apresentando um renda mensal satisfatória de R\$ 1.974,00. Verificou-se que a maioria dos profissionais avaliados (57,1%) trabalha até 44 horas semanais, quadro composto principalmente por funcionários. Os profissionais que trabalham mais de 44 horas semanais são compostos principalmente por proprietários, que atuam em todos os turnos em que a Drogeria permanece em funcionamento, inclusive nos finais de semana e feriados.

A maioria dos profissionais avaliados (79,1%) não exerce outra atividade, o que pressupõe uma satisfação salarial frente ao exercício profissional. Constatou-se certo equilíbrio no quesito tempo de serviço, 46,5% dos farmacêuticos estão acima de dois anos trabalhando na Drogeria, enquanto 53,5% trabalham até dois anos na Drogeria, havendo a hipótese de que por haver em Campo Grande, atualmente, quatro Faculdades de Farmácia e todo ano estas formam vários profissionais, com isso a proporção de profissionais com até dois anos de trabalho é bastante expressiva. Por outro lado, o percentual de farmacêuticos que trabalham acima de dois anos pode ser interpretado pelo excessivo número de Drogerias em Campo Grande, proporcionando ofertas de vagas de trabalho e conseqüentemente um maior vínculo nos estabelecimentos, bem como pela valorização da profissão nesses últimos anos.

A maioria dos farmacêuticos (59,5%) trabalha em Drogerias com até cinco funcionários, consideradas de pequeno porte devido ao fluxo de vendas e clientes, e 40,5% trabalham em Drogerias acima de cinco funcionários, que são consideradas de médio e grande porte, que geralmente localizam-se no centro da cidade e bairros com grande fluxo de pessoas.

Na pesquisa, a maior parte dos farmacêuticos (79,1%) não precisou solicitar licença médica nos últimos dois anos, reafirmando a hipótese de melhoria e valorização da profissão farmacêutica, com isso beneficiando sua QV em todos os aspectos. A média de idade verificada dos farmacêuticos é de 32,63 anos, tendo a mínima de 24 e máxima de 82 anos.

## 6.2 DOMÍNIOS DO MOS SF-36

Na avaliação da QV sobre o farmacêutico ser ou não proprietário da Drogeria, não foi detectada diferença significativa. A melhor média de QV foi capacidade funcional e a menor

aspecto emocional, sendo satisfatórios os escores médios em todos os domínios para farmacêuticos funcionários ou proprietários, apontando para uma boa QV na profissão.

Constatou-se neste estudo que a melhor média geral de QV foi capacidade funcional (87,09), que está relacionada à capacidade de realização de atividades diárias de um indivíduo (capacidade física). Correlacionando esse resultado associado diretamente com a média de idade dos profissionais farmacêuticos (32,63 anos), fica demonstrado melhor disponibilidade para executar suas atividades profissionais.

O menor escore geral de QV foi aspecto emocional (61,26), sugerindo que o próprio exercício da função farmacêutica, que exige contato direto com a população diariamente, pode ocasionar um determinado desgaste emocional, pois normalmente lida-se com enfermidades e doenças, nas quais o paciente necessita de orientação farmacêutica precisa e total atenção. Mesmo sendo o menor escore geral de QV nessa pesquisa, os profissionais farmacêuticos apresentam condições satisfatórias nesse domínio, necessitando de novos estudos para validar tais constatações.

Com relação a variável sexo dos participantes, foi detectada diferença significativa nas dimensões dor ( $p=0,010$ ), vitalidade ( $p=0,029$ ) e aspectos sociais ( $p=0,013$ ). Nas dimensões, nas quais houve diferença, em todos os casos, os farmacêuticos estão melhores em QV em relação as farmacêuticas. Provavelmente esses resultados estão associados a rotina diária das farmacêuticas, que além de serem mais atenciosas e detalhistas na atuação na Drogaria, dividem seu tempo com atividades extras, como cuidar dos afazeres de casa por exemplo, as vezes filhos, pois a maioria dos participantes são casados e do sexo feminino. Com isso, as farmacêuticas podem apresentar determinado desgaste, cansaço no seu dia-a-dia, além do pouco tempo que sobra para os afazeres pessoais. Mesmo assim, apresentou boa média em todos os escores, caracterizando uma QV satisfatória.

Na comparação do estado civil dos farmacêuticos com os domínios de QV não apresentou diferença significativa. Observou-se na variável estado civil (solteiro ou casado), a melhor média de QV foi capacidade funcional, na qual os casados obtiveram um melhor escore em relação aos solteiros. Esses resultados demonstram que ser casado ou solteiro não influencia na QV dos farmacêuticos nesse estudo, o que implica a hipótese que os compromissos ou não com família e às vezes filhos, não altera a capacidade de executar a profissão de maneira adequada e com qualidade de vida.

Com relação à variável carga horária (até 44 horas e acima de 44 horas semanais), constatou-se diferença significativa nas dimensões capacidade funcional ( $p=0,048$ ), aspectos físicos ( $p=0,001$ ), estado geral de saúde ( $p=0,027$ ), vitalidade ( $p=0,013$ ), aspectos sociais ( $p=0,039$ ), aspectos emocionais ( $p=0,031$ ) e saúde mental ( $p=0,032$ ), nos quais os farmacêuticos que trabalham acima de 44 horas semanais apresentam pior QV nestas dimensões. O que se constata é que muitos desses profissionais trabalham nos finais de semana e feriados sem descanso, podendo levar a diminuição de sua produtividade e de sua capacidade física, bem como a possibilidade de desencadear estresse e fadiga, devido ao aumento da quantidade de horas trabalhadas, e como consequência a piora de sua QV; com isso sobra pouco tempo disponível para os afazeres pessoais, o que também pode ocasionar alterações emocionais nos farmacêuticos. Na dimensão aspectos emocionais apresentou escore de 46,33 apontando para uma QV ruim. Em concordância com o estudo de Nunes e Freire (2006) que apesar de não haver associação entre variável carga horária trabalhada e os domínios de qualidade de vida, a sobrecarga de trabalho poderia interferir na QV dos profissionais pesquisados.

Na comparação de QV em relação se o farmacêutico possui outro trabalho, em nenhuma dimensão foi detectada diferença significativa. Não ter que trabalhar em dois ou mais lugares possibilita ao farmacêutico apresentar equilíbrio na QV. A jornada dupla pode implicar em piora de QV dos farmacêuticos.

Na comparação entre tempo de serviço (até dois anos e acima de dois anos), com os domínios de QV, a melhor média de QV foi capacidade funcional, sendo que na dimensão estado geral de saúde foi detectada diferença significativa entre o tempo de serviço ( $p=0,046$ ), demonstrando que os farmacêuticos com tempo de serviço superior a dois anos possuem melhor QV nesta dimensão. Assim, os farmacêuticos com maior experiência conseguem lidar melhor com todos os aspectos do cotidiano de trabalho, tem mais domínio e segurança na execução de suas tarefas, o que melhora sua QV.

A melhor média de QV na comparação entre o número de funcionários na Drogaria (até cinco ou acima de cinco funcionários), foi capacidade funcional. Demonstrando a hipótese que o número de funcionários não interfere na capacidade dos farmacêuticos em exercer suas funções na Drogaria e nem em sua QV.

Com relação a afastamento de saúde, se o farmacêutico esteve ou não em licença médica nos últimos dois anos, foi detectada diferença significativa na dimensão Aspectos Físicos ( $p=0,027$ ). Nessa dimensão, os farmacêuticos que não estiveram em licença médica possuem na média uma melhor QV que os farmacêuticos que estiveram em licença médica. Os dados sugerem que o farmacêutico quando atua sem solicitar licença médica na Drogaria, tal fator contribui para um melhor desempenho e produtividade na profissão. A melhor média de QV encontrada foi capacidade funcional.

A análise dos dados sociodemográficos contínuos, demonstram que com relação a idade, a dimensão correlacionada foi vitalidade ( $p=0,012$ ), sendo que a mesma possui uma correlação positiva, ou seja, quanto maior a idade, melhor a QV na dimensão vitalidade. Os resultados apontam que o farmacêutico com maior idade e conseqüentemente maior atuação na Drogaria, sua experiência profissional e conhecimentos adquiridos promove melhorias no seu trabalho, cargo, renda, satisfação profissional e em sua QV, não havendo necessidade, muitas vezes, de uma jornada dupla de trabalho. Dados similares foram encontrados em Paschoa, Zanei e Whitaker (2007), os quais apontaram que quanto maior a idade dos trabalhadores de enfermagem, maior o escore no domínio físico. Contrapondo com o estudo de Nunes e Freire (2006), em que os cirurgiões-dentistas com 41 anos ou mais, apresentaram mais chances de baixa QV no domínio psicológico.

Na avaliação da renda dos participantes, a mesma não apresentou correlação significativa com nenhuma dimensão do questionário MOS SF-36. As políticas de valorização do profissional farmacêutico nos últimos anos, maior empenho dos Órgãos de Classe, Vigilância Sanitária, a renda do farmacêutico houve melhoras significativas, em um nível satisfatório, promovendo assim a QV dos profissionais.

## **7 CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS**

---

Pesquisas sobre QV em populações específicas têm aumentado consideravelmente nos últimos anos, principalmente entre os profissionais da saúde como os enfermeiros, psicólogos e cirurgiões-dentistas. Sobre os farmacêuticos que atuam em Drogaria, a presente pesquisa é pioneira em nosso meio, pois não foram encontrados estudos específicos a respeito de QV nas literaturas de referência.

A pesquisa apresentou dados importantes e relevantes para a QV dos farmacêuticos de Drogaria e verificou que, em geral, apresentam uma boa QV principalmente quando comparados com pesquisas realizadas com profissionais de outras áreas da saúde. Para tanto, apresentou a melhor média de QV no domínio capacidade funcional, indicando bom desempenho produtivo no exercício da profissão, e a menor média, aspecto emocional. Mesmo assim, os resultados são satisfatórios em todos os domínios, não interferindo de maneira significativa em sua QV.

Nos últimos anos, por meio de normatizações advindas dos Conselhos Regionais e Federais, Vigilância Sanitária, a profissão farmacêutica está mais valorizada, com melhorias no salário, maior visibilidade na promoção a saúde, a permanência do profissional em tempo integral nos estabelecimentos, priorizando a ênfase a atenção farmacêutica, bem como a geração de mais empregos neste setor.

Percebe-se a satisfação dos farmacêuticos na atuação profissional, no desempenho, no cuidado e na dedicação com os serviços prestados à população, contribuindo para valorização do profissional, com isso melhorando sua qualidade de vida, a qualidade da assistência prestada e sua produtividade.

Entretanto, conforme experiência de 10 anos do pesquisador atuando como farmacêutico em Drogaria, os resultados satisfatórios apresentados estão acima do esperado, devido ao cotidiano de trabalho que requer muita atenção e concentração para orientação farmacêutica correta ao paciente, como consequência pode ocorrer alterações em sua capacidade funcional, em seu equilíbrio emocional, a integração com os pacientes, bem como sua vitalidade. Também há necessidade na grade curricular do curso de Farmácia a inclusão de uma disciplina inserida na área da Psicologia que aborde principalmente a relação do farmacêutico com seus clientes, pois muitas vezes o profissional apresenta determinado desequilíbrio emocional por não estar preparado para essa integração, o que pode causar alterações em seu trabalho, sobretudo em seus aspectos emocionais.



Outro dado relevante na pesquisa que merece atenção é a média de idade dos farmacêuticos (32,63), tendo a mínima de 24 anos e máxima de 82 anos, o que permite o exercício de muitos anos na profissão e com qualidade de vida.

Este trabalho teve como objetivo avaliar a QV dos farmacêuticos de Drogaria de Campo Grande, MS, elucidando a percepção de como o trabalho pode influenciar seu desempenho profissional. Contribui também para uma melhor visibilidade da profissão junto à população, reafirmando a importância do farmacêutico como parte integrante da assistência a saúde, por meio da orientação e atenção farmacêutica correta ao paciente. A divulgação da pesquisa e resultados aos farmacêuticos dar-se-á por intermédio do CRF-MS, bem como palestras nas Faculdades de Campo Grande, eventos científicos e artigos em periódicos.

Conquanto, acredita-se na importância social e profissional deste estudo, que o mesmo venha a servir de referência, motivação e incentivo para novas pesquisas sobre qualidade de vida relacionada à saúde e ao trabalho dos farmacêuticos em nosso Estado e no Brasil. Deste modo, são necessários novos estudos para comparar com os resultados obtidos, uma vez que profissionais de outras localidades podem apresentar resultados diferentes.

**REFERÊNCIAS**

---

AMORIM, E.; BLANCO, M. (Coords.). *O SESC e a qualidade de vida dos comerciários: à procura de novos conceitos e marcos teóricos*. Rio de Janeiro: SESC, Departamento Nacional, 2007.

ANDERSON, K. L.; BURCKHARDT, C. S. Conceptualization and measurement of quality of life as an outcome variable for health care intervention and research. *J Journal of Advanced Nursing*, Oxford, v. 29, n. 2, p. 298-306, 1999.

ANDRESEN, E. M.; MEYERS, A. R. Health-related quality of life outcomes measures. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, Philadelphia, v. 81, n. 12, p. S30-S45, 2000. Suplemento 2.

ANGONESI, D. Dispensação farmacêutica: uma análise de diferentes conceitos e modelos. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, p. 629-640, 2009. Suplemento.

AUQUIER, P.; SIMEONI, M. C.; MENDIZABAL, H. Approches théoriques et méthodologiques de la qualité de vie liée à la santé. *Revue Prevenir*, Paris, v. 33, p. 77-86, 1997.

BOWDITCH, J. L.; BUONO, A. F. *Elementos do comportamento organizacional*. São Paulo: Pioneira, 1992.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 16 out. 1996. Disponível em: <<http://www.conselho.saude.gov.br/resolucoes/1996/Reso196.doc>>. Acesso em: 7 nov. 2007.

BRASIL. Presidência da República. Lei n. 5.991, de 17 de dezembro de 1973. Dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 19 dez. 1973. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L5991.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L5991.htm)>. Acesso em: 9 nov. 2008.

BRASIL. Presidência da República. Lei n. 3.820, de 11 de novembro de 1960. Cria o Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Farmácia, e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 21 nov. 1960. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L3820.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L3820.htm)>. Acesso em: 9 nov. 2008.

BURLAGE, H. M. et al. *Fundamental principles and process of pharmacy*. New York: McGraw Hill, 1994.

CALMAN, K. C. Definitions and dimensions of quality of life. In: AARONSON, N. K.; BECKMAN, J. (Eds.). *The quality of life of cancer patients*. New Cork: Raven, 1989. p. 1-9.

CARDOSO, W. L. C. D. Qualidade de vida e trabalho: uma articulação possível. In: GUIMARÃES, L. A. M.; GRUBITS, S. (Orgs.). *Série saúde mental e trabalho*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003. v. 1, p. 73-103.

\_\_\_\_\_. Qualidade de vida e trabalho: uma articulação possível. In: GUIMARÃES, L. A. M.; GRUBITS, S. (Org.). *Série saúde mental e trabalho*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999. v. 1, p. 89-116.

CASTELLANOS, P. L. Epidemiologia, saúde pública, situação de saúde e condições de vida: considerações conceituais. In: BARATA, R. B. (Org.). *Condições de vida e situação de saúde*. Rio de Janeiro: Abrasco, 1997. v. 4, p. 31-76.

CICONELLI, R. M. et al. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). *Revista Brasileira de Reumatologia*, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 143-150, 1999.

CICONELLI, R. M. *Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida "Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36)"*. 1997. 120 f. Tese (Doutorado em Medicina) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 1997.

CIPOLLE, R. J.; STRAND, L. M.; MORLEY, P. C. *El ejercicio de la atención farmacéutica*. Madrid: McGraw-Hill-Interamericana, 2000.

COLLIS, J; HUSSEY, R. *Pesquisa em administração*. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

CONSELHO FEDERAL DE FARMACIA. Resolução, n. 357 de 20 de abril de 2001. Aprova o regulamento técnico de boas práticas de farmácia. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 27 abr. 2001. Disponível em: <<http://e-legis.anvisa.gov.br/leisref/public/showAct.php?id=4123>>. Acesso em: 9 nov. 2008.

CONSELHO REGIONAL DE FARMACIA DO PIAUÍ. História da Farmácia. 2009. Disponível em: <[http://www.crfpi.org/secao.php?sec\\_id=101](http://www.crfpi.org/secao.php?sec_id=101)>. Acesso em: 26 jan. 2010.

CYTRYNOWICZ, M. M.; STÜCKER, A. (Coords.). *Origens e trajetória da indústria farmacêutica no Brasil*. São Paulo: Narrativa Um, 2007.

DAMINELLI, M. Qualidade de vida e meio ambiente. In: SALUM, C. A. L. (Org.). *Ecologia: a qualidade de vida*. São Paulo: SESC, 1993. p. 97-110.

DANTAS, R. A. S.; SAWADA, N. O.; MALERBO, M. B. Pesquisas sobre qualidade de vida: revisão da produção científica das universidades públicas do Estado de São Paulo. *Revista Sul-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 11, n. 4, p. 532-538, 2003.

DIAS, J. P. S. *A farmácia e a história: uma introdução à história da farmácia, da farmacologia e da terapêutica*. Coimbra: Minerva, 2005. Disponível em: <[www.acd.ufrj.br/consumos/leituras/lm\\_historiafarmaciamed.pdf](http://www.acd.ufrj.br/consumos/leituras/lm_historiafarmaciamed.pdf)>. Acesso em: 20 set. 2009.

EDLER, F. C. *Boticas e farmácias: uma história ilustrada da Farmácia no Brasil*. Rio de Janeiro: Casa da Palavra, 2006.

FAYERS, P. M.; MACHIN, D. *Quality of life: Assessment, analysis and interpretation*. Chichester: John Wiley, 2000.

FERNANDES, E. C. *Qualidade de vida no trabalho: como medir para melhorar*. Salvador: Casa da Qualidade, 1996.

FLECK, M. P. A. Problemas conceituais em qualidade de vida. In: FLECK, M. P. A. et al. *A avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais da saúde*. Porto Alegre: Artmed, 2008. cap. 1, p. 19-28.

FLECK, M. P. A. Avaliação de qualidade de vida. In: FRÁGUAS JUNIOR, R.; FIGUEIRÓ, J. A. B. (Orgs.). *Depressão em medicina interna e em outras condições médicas: depressões secundárias*. São Paulo: Atheneu, 2000. p. 120-153.

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

GIBRAN, T. M. *Qualidade de Vida e estética bucal na comunidade remanescente de quilombo de Furnas do Dionísio, Mato Grosso do Sul*. 2006. 135 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande, 2006.

GOMES JUNIOR, M.S. ABC da Farmácia. São Paulo: Org. Andrei, 1988. 215f.

GOULART, Í. B.; SAMPAIO, J. R. Qualidade de vida no trabalho: uma análise da experiência de empresas brasileiras. In: SAMPAIO, J. R. (Org.). *Qualidade de vida, saúde mental e psicologia social: estudos contemporâneos II*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999. v. 1, p. 19-37.

GOUVEIA, W. A. At center stage: Pharmacy in the next century. *American Journal of Health-System Pharmacy*, Bethesda, v. 56, n. 16, p. 1.613-1.618, 1999.

HARRIS, D. *La justificación del estado de bienestar*. Madrid: Instituto de Estudios Fiscales, 1990.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Campo Grande, MS*. Brasília, DF, 2009. Disponível em <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>>. Acesso em: 25 abr. 2010.

JEAMMET, P. H.; REYNAUD, M.; CONSOLI, S. *Psicologia médica*. 2. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2000.

KAPLAN, R. M. et al. The Quality of Well-being Scale. Applications in AIDS, cystic fibrosis, and arthritis. *Medicinal Care*, Philadelphia, v. 27, p. S27-S43, 1989. Suplemento.

KIMURA, M. *Tradução para o português e validação do "Quality of life index" de Ferrans e Powers*. 1999. 85 f. Tese (Livre-docência) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.

LACAZ, F. A. C. Qualidade de vida no trabalho e saúde/doença. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 151-161, 2000.

LIMA, M. O. *Qualidade de vida relacionada à saúde de mulheres grávidas com baixo nível socioeconômico*. 2006. 101 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

MARTÍNEZ-ROMERO, F. Atención farmacéutica en España: un gran compromiso. *Farmacia Profesional*, Buenos Aires, v. 6, n. 9, p. 6-12, 1996.

MATOS, F. G. *Empresa feliz*. 3. ed. São Paulo: Makron Books, 1996.

MELHEM, D. *Apostila de Deontologia e legislação farmacêutica*. São Paulo: Safady, 1982.

- MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 7-18, 2000.
- NUNES, M. F.; FREIRE, M. C. M. Qualidade de vida de cirurgiões-dentistas que atuam em um serviço público. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 40, n. 6, p. 1.019-1.026, 2006.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. *Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica: proposta*. Brasília, DF, 2002.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *El papel del farmacêutico em el sistema de atención de salud*. Tóquio, 1993.
- PASCHOA, S.; ZANEI, S. S. V.; WHITAKER, I. Y. Qualidade de vida dos trabalhadores de enfermagem de unidades de terapia intensiva. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 20, n. 3, p. 305-310, 2007.
- PASCHOAL, S. M. P. *Qualidade de vida do idoso: elaboração de um instrumento que privilegia sua opinião*. 2000. 263 f. Dissertação (Mestrado em Medicina) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.
- PERETTA, M.; CICCIA, G. *Reengenharia farmacêutica: guia para implantar atenção farmacêutica*. Brasília, DF: Ethospharma, 2000.
- PERINI, E. A questão do farmacêutico: remédio ou discurso? In: BONFIM, J. R. A.; MERCUCCI, V. L. (Orgs.). *A construção da política de medicamentos*. São Paulo: Hucitec-Sobravime, 1997. p. 323-334.
- RAMOS, W. M. *A qualidade de vida no trabalho de médicos e enfermeiros: um estudo de caso em hospital público de Belo Horizonte*. 1995. 182 f. Dissertação (Mestrado em Administração de Recursos Humanos) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 1995.
- ROCHA, S. S. L.; FELLI, V. E. A. Qualidade de vida no trabalho docente em enfermagem. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, São Paulo, v. 12, n. 1, p. 28-35, 2004.
- SANTOS, L. D.; MARTINS, I. Qualidade de vida urbana: o caso da cidade do Porto. *Investigação: Trabalhos em Curso*, Porto, n. 116, p. 1-24, 2002. Disponível em: <<http://www.fep.up.pt/investigacao/workingpapers/wp116.pdf>>. Acesso em: 9 out. 2009.
- SANTOS, M. R. *Do boticário ao bioquímico: as transformações ocorridas com a profissão farmacêutica no Brasil*. 1993. 175 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1993.
- SATO, L. *Abordagem psicossocial do trabalho penoso: estudo de caso de motoristas de ônibus urbano*. 1991. 115 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) – Pontifícia Universidade Católica, São Paulo, 1991.
- SCHWARTZMANN, L. Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Cyencia y Enfermería*, Concepcion, Chile, v. 9, n. 2, p. 9-21, 2003.
- 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, 2004.

- SEVALHO, G. O medicamento percebido como o objeto e híbrido: uma visão crítica do uso racional. In: ACURCIO, F. A. (Org.). *Medicamentos e assistência farmacêutica*. Belo Horizonte: COOPMED, 2003. p. 1-8.
- SILVA, I. O. et al. História da farmácia sob a ótica anatômica. *Ciências Farmacêuticas*, Brasília, DF, v. 1, n. 1, 2003. Disponível em: <<http://www.saudeemmovimento.com.br/revista/artigos/cienciasfarmaceuticas/v1n1a8.pdf>>. Acesso em: 9 ago. 2009.
- SILVA, L. R.; VIEIRA, E. M. Conhecimento dos farmacêuticos sobre legislação sanitária e regulamentação da profissão. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 38, n. 3, p. 429-437, 2004.
- SOUZA, J. C.; GUIMARÃES, L. A. M. *Insônia e qualidade de vida*. Campo Grande, MS: Editora da UCDB, 1999.
- SOUZA, J. C. R. P. *Sono, hábitos, qualidade de vida e acidentes em camionistas do Brasil e de Portugal*. 2004. 52 f. Tese (Pós-Doutorado em Saúde Mental) – Instituto de Medicina Molecular, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal, 2004.
- SPIPKER, B. (Ed.). *Quality of life and pharmacoeconomics in clinical trials*. 2<sup>nd</sup> ed. New York: Lippincott-Raven, 1996.
- TEIXEIRA, A. C. P. T.; FONSECA, A. R.; MÁXIMO, I. M. N. S. Inventário SF36: avaliação da qualidade de vida dos alunos do Curso de Psicologia do Centro UNISAL – U.E. de Lorena (SP). *Revista de Psicologia*, São Paulo, v. 3, n. 1, p. 16-27, 2002.
- TERRA DE OS. *História da farmácia brasileira*. Disponível em: <<http://www.terradeos.com.br/tom%20das%20ervas/farmacia.html>>. Acesso em: 9 out. 2009.
- TESTA, M. A.; SIMONSON, D. C. Assessment of quality of life outcomes. *The New England Journal of Medicine*, Boston, v. 334, n. 13, p. 835-840, 1996.
- TOLFO, S. R.; PICCININI, V. C. As melhores empresas para trabalhar no Brasil e a qualidade de vida no trabalho: disjunções entre a teoria e a prática. *Revista de Administração Contemporânea*, Curitiba, v. 5, n. 1, p. 165-193, 2001.
- VALLADÃO, M. L. F. *A profissão e o ensino de farmácia na visão dos profissionais mineiros*. Belo Horizonte: Faculdade de Farmácia da UFMG, 1981. Relatório de Pesquisa do Projeto de Apoio ao Desenvolvimento do Ensino Superior – ÁDES (datilografado).
- VALLADÃO, M. L. F. et al. Os (dês) caminhos do ensino de farmácia no Brasil. *Revista de Farmácia e Bioquímica*, Belo Horizonte, v. 7, p. 63-74, 1986.
- VOTTA, R. *Breve história da farmácia no Brasil*. Rio de Janeiro: Enila, 1965.
- WARE, J. E. *SF-36: Health survey update*. 2. ed. Lincoln: QualityMetric, 1996. Disponível em : <<http://www.sf-36.org/tools/sf36.shtml>>. Acesso em: 12 jan. 2010.
- \_\_\_\_\_. *The SF-36: Health survey manual and interpretation guide*. Boston: New England Medical Center, 1993.

WARE, J. E.; GANDEK, B.; IQOLA PROJECT GROUP. The SF-36 Health survey: development and use in mental health research and the IQOLA Project. *International Journal of Mental Health*, v. 23, n. 2, p. 49-73, 1994.

WARE, J. E. et al. Evaluating translations of health status survey: Lesson from the IQOLA Project. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, Cambridge, 1995. In press.

YAMADA, B. F. A. *Qualidade de vida de pessoas com úlceras venosas crônicas*. 2001. 158 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

ZUBIOLI, A. *Profissão farmacêutico: e agora?* Curitiba: Lovise, 1992.



**APÊNDICES**

---

## APÊNDICE A – Instrumento para a coleta de dados

<b>QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO</b>
--------------------------------------

Entrevista número: .....

- 1) Sexo:  masculino       feminino
- 2) Idade em anos: .....
- 3) Estado civil:  solteiro                       casado/união estável  
 separado/divorciado       viúvo
- 4) Renda mensal em R\$: .....
- 5) Carga horária semanal (horas): .....
- 6) Trabalha em outro emprego?:  sim       não      Qual? .....
- 7) Carga horária: ..... Por que motivo: .....
- 8) Tempo de serviço nessa Drograria: ..... meses/anos
- 9) Proprietário(a) ou funcionário (a) da Drograria:.....
- 10) Número de funcionários da Drograria: .....
- 11) Tem autonomia na profissão?  
 sim       não  
Por quê? .....
- 12) Sente satisfação no trabalho?  
 sim       não  
Por quê? .....
- 13) Como se relaciona com seus colegas na Drograria?  
 muito bem                       bem                       razoavelmente  
 mal                       muito mal
- 14) Tem alguma doença crônica?  
 sim       não  
Qual? .....
- 15) Precisou pedir licença médica nos últimos 2 anos?  
 sim       não  
Por qual motivo? .....

## APÊNDICE B – Folheto

**FOLHETO EXPLICATIVO DA PESQUISA**

Pesquisa em nível de Mestrado, área da Psicologia da Universidade Católica Dom Bosco (UCDB), área de concentração: Psicologia da Saúde, sob orientação da Profa. Dra. Liliana Andolpho Magalhães Guimarães, intitulada “QUALIDADE DE VIDA DOS FARMACÊUTICOS DE DROGARIAS DE CAMPO GRANDE, MS”. Será realizado um estudo de campo com aplicação de questionários, com farmacêuticos responsáveis pelas Drogarias que estejam cadastradas e regularizadas junto ao Conselho Regional de Farmácia (CRF-MS).

.....  
Nome e assinatura do pesquisador

## APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO<sup>1</sup>**

Entrevista número: .....

## 1. TÍTULO DO PROJETO DE PESQUISA:

Qualidade de Vida dos Farmacêuticos de Drogarias de Campo Grande, MS.

## 2. PESQUISADOR:

Nome: Cézar França Costa

CPF: 793480171-87; RG: 777188 SSP/MS; Telefone: (67) 3026-1687 / (67) 9253-4262

Endereço: Rua das Garças, n. 790 – Centro – Campo Grande, MS.

## 3. ORIENTADOR:

Nome: Liliana Andolpho Magalhães Guimarães

CPF: 001544278-02; RG: 4429465-7 SSP/SP; Telefone: (67) 3312-3605

Endereço: Rua Izabel Negrão Bertotti, n. 101, Ap. 152 – Campinas, SP.

## 4. OBJETIVOS DA PESQUISA:

A pesquisa tem por objetivo avaliar a Qualidade de Vida de uma amostra de farmacêuticos de Drogarias de Campo Grande, MS.

## 5. JUSTIFICATIVA DA PESQUISA (SÍNTESE):

O termo Qualidade de Vida (QV) está presente em vários setores de nossa sociedade, como economia, na política, educação, sociologia, especialidades da saúde, entre outros. É um tema multidisciplinar, sendo amplamente utilizado em pesquisa, pois é campo de interface entre diversas áreas do conhecimento.

---

<sup>1</sup> O modelo do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido é de responsabilidade do pesquisador e seu conteúdo deve responder a dois critérios fundamentais: assegurar ao pesquisador a autonomia para publicação dos resultados alcançados pela pesquisa e assegurar aos sujeitos que serão submetidos à pesquisa o direito de se manifestar e apoiar ou não o que estiver sendo apresentado na posposta.

O profissional farmacêutico é parte integrante da assistência à saúde, seu objetivo é contribuir para melhora da QV da população, por meio da orientação adequada e atenção farmacêutica correta.

A escolha pelo tema “Qualidade de Vida dos farmacêuticos de Drogarias de Campo Grande, MS” surgiu mediante experiência do pesquisador enquanto farmacêutico atuante em Drogaria, o que oportunizou refletir sobre os elementos que influenciam o universo desse trabalho, considerando a relevância social do profissional farmacêutico, bem como o avanço dos conhecimentos nesse campo de estudos, podendo contribuir para uma prática profissional mais saudável dos farmacêuticos atuantes em Drogarias.

A pesquisa justifica-se também por ser um trabalho pioneiro em nosso meio farmacêutico.

#### 6. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS:

Confeccionou-se um folheto explicativo sobre a pesquisa, o qual foi entregue para a diretoria das Drogarias. Em seguida foi feito contato por telefone com os farmacêuticos, explicando os objetivos da pesquisa e agendando horário para a entrega dos questionários.

Na Drogaria, os farmacêuticos receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para assinatura. Posteriormente, foi explicado os questionários para coleta de dados. Por fim, foi aplicado questionário sociodemográfico em seguida o SF-36

#### 7. POSSÍVEIS DESCONFORTOS E RISCOS:

A participação nessa pesquisa é voluntária e não demandará qualquer risco ou desconforto.

#### 8. POSSÍVEIS BENEFÍCIOS ESPERADOS:

Contribuir para a visibilidade da QV dos farmacêuticos de Drogarias de Campo Grande, MS, em seu aspecto físico, emocional e das políticas para a valorização profissional.

Considerando as informações constantes dos itens acima e as normas expressas na Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), do Ministério da Saúde, consinto, de modo livre e esclarecido, participar da presente pesquisa na condição de participante da pesquisa e/ou responsável por participante da pesquisa, sabendo que:

- 1) A participação em todos os momentos e fases da pesquisa é voluntária e não implica em quaisquer tipos de despesa e/ou ressarcimento financeiro. Em havendo despesas operacionais, estas deverão estar previstas no Cronograma de Desembolso Financeiro e em nenhuma hipótese poderão recair sobre o sujeito da pesquisa e/ou seu responsável;
- 2) É garantida a liberdade de retirada do consentimento e da participação no respectivo estudo a qualquer momento, sem qualquer prejuízo, punição ou atitude preconceituosa;
- 3) É garantido o anonimato;
- 4) Os dados coletados só serão utilizados para a pesquisa e os resultados poderão ser veiculados em livros, ensaios e/ou artigos científicos em revistas especializadas e/ou em eventos científicos;
- 5) A pesquisa aqui proposta foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), da Universidade Católica Dom Bosco (UCDB), que a referenda;
- 6) O presente termo está assinado em duas vias.

Campo Grande, MS, ..... / ..... / .....

.....

Nome e assinatura do(a) participante

( ) Sujeito da pesquisa

( ) Responsável pelo participante

Meio de contato: .....

.....

Nome e assinatura do pesquisador

.....

Nome e assinatura da orientadora



## ANEXO A - Instrumento de coleta de dados

**2 - QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA – SF-36**

SF-36 PESQUISA EM SAÚDE (UCDB)

Score: .....

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

1. Em geral você diria que sua saúde é:

(circule uma)

- |                  |   |
|------------------|---|
| Excelente .....  | 1 |
| Muito boa .....  | 2 |
| Boa .....        | 3 |
| Ruim .....       | 4 |
| Muito ruim ..... | 5 |

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

(circule uma)

- |  |   |
|--|---|
| Muito melhor agora do que há um ano atrás .....  | 1 |
| Um pouco melhor agora que há um ano atrás .....  | 2 |
| Quase a mesma de um ano atrás .....              | 3 |
| Um pouco pior agora do que há um ano atrás ..... | 4 |
| Muito pior agora que há um ano atrás .....       | 5 |



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

(circule um número em cada linha)

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

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

(circule uma em cada linha)

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

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

(circule uma em cada linha)

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

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

(circule uma)

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

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

(circule uma)

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

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

(circule uma)

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

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

(circule um número para cada linha)

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

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

(circule uma)


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

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

(circule um número em cada linha)

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

## ANEXO B – Autorização para realização da pesquisa

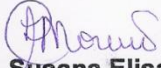
**HOMOLOGAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UCDB**

Missão Salesiana de Mato Grosso  
**Universidade Católica Dom Bosco**  
Instituição Salesiana de Educação Superior

Campo Grande, 23 de março de 2009.

**DECLARAÇÃO**

Declaramos para os devidos fins que o projeto **“Qualidade de vida dos farmacêuticos de drogaria de Campo Grande - MS”** sob a responsabilidade de **Cézar França Costa** e orientação da **Profa. Dra. Liliana Andolpho Magalhães Guimarães**, protocolo nº **070/2008B** após análise do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica Dom Bosco, foi considerado aprovado sem restrições.

  
**Profa. Dra. Susana Elisa Moreno**  
Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa da  
Universidade Católica Dom Bosco

Av. Tamandaré 6000 - Jardim Seminário - Campo Grande / MS - CEP 79117-900 - (67) 312 - 3300 / 312 - 3800 - [www.ucdb.br](http://www.ucdb.br)

04160152-1