



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CENTRO-OESTE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO INTERDISCIPLINAR EM
DESENVOLVIMENTO COMUNITÁRIO – PPGDC
DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Thailine Ellen Chimin Woicolesco

Qualidade de Vida e Sua Associação Com Fatores Sociodemográficos, Relacionados à Saúde e Comportamentais em Mulheres Profissionais nas Unidades Básicas de Saúde de São João do Triuno – PR, 2017

IRATI - PR

2018

THAILINE ELLEN CHIMIN WOICOLESKO

Qualidade de Vida em Mulheres Profissionais das Unidades Básicas de Saúde de São João do Triunfo – PR, 2017

Trabalho apresentado ao Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Desenvolvimento Comunitário, da Universidade Estadual do Centro-Oeste, como requisito parcial para a qualificação no curso de Mestrado em Desenvolvimento Comunitário.

Linha de Pesquisa: Processos do desenvolvimento humano nos contextos comunitários.

Orientador: Prof. Dr. Cláudio Shigueki Suzuki

**IRATI - PR
2018**

Aos meus pais, e a minha irmã, por me proporcionarem a autonomia suficiente para tomar as minhas decisões, e o apoio incondicional para vivenciá-las.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais e a minha irmã, por nunca terem medido esforços em relação aos meus estudos, por terem me mostrado que o conhecimento é a melhor forma de transformarmos a nossa realidade e alcançar os nossos objetivos. São eles, os principais incentivadores da minha carreira acadêmica e profissional, e que estiveram segurando minha mão do começo ao fim, me ensinando que os desafios são oportunidades para o nosso desenvolvimento, e que após a superação destes nos tornamos mais fortes, não existindo limites para os nossos sonhos.

Ao Prof. Dr. Cláudio Suzuki, que entrou nessa “onda” comigo, me dando liberdade para definição do meu objeto de estudo, flexibilidade nas orientações, e tranquilidade o suficiente para ter passado pela pós-graduação (em meio ao caos) e permanecer integra até o final, sendo um exemplo de ética, profissionalismo, conhecimento e ser humano. Sou eternamente grata pela oportunidade de compartilhar dessa trajetória com você.

Ao Prof. Dr. Luis Paulo Mascarenhas, por auxiliar na construção do meu objeto de estudo, compartilhando sua excelência acadêmica, e contribuindo para o desenvolvimento da minha pesquisa. Ao Prof. Dr. Roberto Cruz por acrescentar, com sensibilidade ética, profissional e acadêmica, os elementos fundamentais para o resultado apresentado.

A cidade de Irati - PR por ter me oportunizado vivenciar o conceito “Vida com Qualidade”, e a UNICENTRO por despertar meu interesse ainda maior pelo conhecimento, aliado a essa temática.

A Ivana, Rogério e Guilherme Turczyn, por acompanharem essa trajetória, me fornecendo apoio e incentivo, e lembrando do meu potencial para tornar meus sonhos realidade.

As colegas do Mestrado, em especial a Denise, Meiry e Fabíola, sendo fundamentais nessa caminhada, dividindo os momentos de angústia, e fortalecendo os vínculos diante das dificuldades. Transformamos os momentos juntas em diversão e afeto, foi uma oportunidade maravilhosa ter compartilhado disso tudo junto a vocês.

A minha grande amiga Catarine, um presente da Graduação que perpetuou em uma linda amizade e apoio mútuo no incentivo em uma das muitas afinidades que temos: a paixão pelo estudo e pela Psicologia! Obrigada por ter sido fundamental no desenvolvimento da minha pesquisa e para a conclusão da mesma. Sem você esse caminho não teria sido tão especial. Juntas vamos mais longe, sempre!

As minhas amigas Kayane, Marcela e Patrícia, por se interessarem e se preocuparem com o desenvolvimento da minha pesquisa, sendo importantes para o meu fortalecimento diante dos momentos de aflição, me recordando da minha capacidade e compreendendo os momentos de mais dedicação aos estudos.

E principalmente ao Município de São João do Triunfo – PR, à Secretaria Municipal de Saúde, e às profissionais que participaram da pesquisa. Vocês foram incríveis, demonstrando interesse pelo objeto investigado, receptividade e acolhimento durante as entrevistas. Os nove meses que permaneci no local foram suficientes para nascer uma nova profissional, obrigada!

Não posso, por conseguinte, provar que a minha opinião quanto à vida virtuosa seja correta; posso, apenas, expor o meu ponto de vista, esperando que o maior número possível de pessoas concorde com ele. Eis aqui a minha opinião: *a vida virtuosa é uma vida inspirada pelo amor e guiada pelo conhecimento.*

Bertrand Russell

RESUMO

Objetivo: Caracterizar os indicadores de Qualidade de Vida segundo as variáveis sociodemográficas, relacionadas a saúde e comportamentais em mulheres profissionais que trabalham nas Unidades Básicas de Saúde em São João do Triunfo – PR. **Métodos:** Estudo transversal, quantitativo, *ex post facto*. Realizou-se estatística descritiva das variáveis e, para identificar os fatores associados a Qualidade de Vida das profissionais mulheres foram construídos os modelos de Regressão Linear, em modelos uni e multivariados, que foram estimados por pontos e por intervalos com 95% de confiança. As variáveis para as quais obtiveram valores $p < 0,25$ (Teste de Wald) foram candidatas aos modelos multivariados. Nos modelos multivariados finais, permaneceram as variáveis que apresentarem valores $p < 0,05$. **Resultados:** A amostra foi constituída pela prevalência de mulheres solteiras (74,19%) a média de idade foi de 35,11 anos, e com sobrepeso e obesidade (58,06%). Em relação a prática de atividade física, verificou-se a prevalência na condição suficientemente ativas com 78,52%. As profissionais demonstraram maior satisfação com a Qualidade de Vida relacionada ao Domínio Físico (73,91%), e maior insatisfação com o Domínio Ambiente (65,52%), sendo que 69,34% delas estão satisfeitas com a sua Qualidade de Vida. As principais variáveis associadas aos Domínios foram a saúde auto-aferida, estado marital e prática de atividade física. **Considerações finais:** Os principais fatores que influenciam negativamente na QV das profissionais pesquisadas, estão inclusos a falta de oportunidade de recreação e lazer, falta de recursos financeiros, tabagismo e a condição de sobrepeso/obesidade. E fatores como a prática de atividade física, mobilidade e pouca dependência de medicação ou tratamentos, estiveram associados à melhor percepção da QV, sendo essencial o incentivo a tais condições.

Palavras-chave: Mulheres; Profissional de Saúde; Unidade Básica de Saúde; Atividade Física; Qualidade de Vida.

ABSTRACT

Objective: To characterize the indicators of Quality of Life according to sociodemographic, health - related and behavioral variables in professional women who work in the Basic Health Units in São João do Triunfo - PR. Methods: Cross-sectional, quantitative, ex post facto study. Descriptive statistics of the variables were performed and, to identify the factors associated with the Quality of Life of female professionals, Linear Regression models were constructed in univariate and multivariate models, which were estimated by points and intervals with 95% confidence. The variables for which they obtained values $p < 0.25$ (Wald test) were candidates for multivariate models. In the final multivariate models, the variables that presented p values < 0.05 remained. Results: The sample consisted of the prevalence of single women (74.19%), the mean age was 35.11 years, and overweight and obesity (58.06%). In relation to the practice of physical activity, the prevalence in the condition was sufficiently active with 78.52%. The professionals showed greater satisfaction with Quality of Life related to the Physical Domain (73.91%), and greater dissatisfaction with the Environmental Domain (65.52%), and 69.34% of them are satisfied with their Quality of Life. The main variables associated to the Domains were self-rated health, marital status and physical activity practice. Final considerations: The main factors that negatively influence the Quality of Life of the professionals surveyed are lack of recreational and leisure opportunities, lack of financial resources, smoking and overweight / obesity. And factors such as the practice of physical activity, mobility and little dependence on medication or treatments, were associated with better perception of Quality of Life, and the incentive to these conditions is essential.

Keywords: Women; Healthcare Professional; Basic Health Unit; Physical activity; Quality Of Life.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AF	Atividade Física
AUDIT	Alcohol Use Disorders Identification Test
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
ESF	Estratégia Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMC	Índice de Massa Corpórea
INSS	Instituto Nacional de Seguridade Social
IPAQ	International Physical Activity Questionnaire
MS	Ministério da Saúde
NR	Norma Regulamentadora
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNAS	Política Nacional de Assistência Social
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
PNSTT	Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora
POF	Pesquisa de Orçamentos Familiares
QV	Qualidade de Vida
QVT	Qualidade de Vida no Trabalho
SJT	São João do Triunfo
ST	Saúde do Trabalhador
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
USP	Universidade de São Paulo
VISAT	Vigilância em Saúde no Trabalhador

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Domínios e facetas do WHOQOL-bref.

Figura 2 – Resultado dos Domínios analisados pelo WHOQOL-bref, 2017.

Figura 3 – Resultado das facetas que compõem os Domínios do instrumento WHOQOL-bref, 2017.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Características sociodemográficas da população de estudo, segundo grupo de referência. São João do Triunfo - PR, 2017.

Tabela 2. Características relacionadas à saúde da população de estudo, segundo grupo de referência. São João do Triunfo - PR, 2017.

Tabela 3. Características comportamentais da população de estudo, segundo grupo de referência. São João do Triunfo - PR, 2017.

Tabela 4 - Fatores Associados a Qualidade de Vida, com respectivo intervalo de confiança (95%), segundo os Domínios do WHOQOL-Bref. Modelo final. São João do Triunfo – PR, 2017.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	4
1.1 SAÚDE E FATORES ASSOCIADOS.....	4
1.2 CONTEXTUALIZAÇÃO DA SAÚDE DO TRABALHADOR.....	8
1.3 QUALIDADE DE VIDA EM PROFISSIONAIS DE SAÚDE	10
1.4 MULHERES: CONQUISTAS E DESAFIOS.....	16
1.5 AVALIANDO A QUALIDADE DE VIDA.....	18
2 OBJETIVOS	21
2.1 OBJETIVO GERAL.....	21
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	21
3 MATERIAL E MÉTODO	22
3.1 DELINEAMENTO, LOCAL E PERÍODO DO ESTUDO	22
3.2 PARTICIPANTES.....	23
3.3 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO DAS PARTICIPANTES	23
3.4 VARIÁVEIS DE ESTUDO E PROCEDIMENTOS	23
3.4.1 VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS.....	23
3.4.2 VARIÁVEIS RELACIONADAS À SAÚDE.....	24
3.4.3 VARIÁVEIS COMPORTAMENTAIS	25
3.4.4 VARIÁVEIS DA QUALIDADE DE VIDA.....	26
3.4.5 PROCEDIMENTOS.....	29
3.5 TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS.....	29
3.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	30
4 RESULTADOS	31
4.1 VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS	31
4.2 VARIÁVEIS RELACIONADAS À SAÚDE.....	33
4.3 VARIÁVEIS COMPORTAMENTAIS	33
4.4 INDICADORES DE QUALIDADE DE VIDA (WHOQOL-BREF).....	35
4.4.1 FATORES ASSOCIADOS A QUALIDADE DE VIDA	37
5 DISCUSSÃO	41
5.1 VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS, RELACIONADAS À SAÚDE E COMPORTAMENTAIS.....	41

5.2 QUALIDADE DE VIDA	45
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	55
ANEXOS.....	68

1. INTRODUÇÃO

1.1 SAÚDE E FATORES ASSOCIADOS

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades” (OMS, 1946, s/p). Além disso, outros aspectos que envolvem o ambiente no qual o indivíduo está inserido possui influência em sua saúde, sendo este físico, cultural, social, econômico e político.

O avanço das políticas públicas ao promover condições favoráveis ao desenvolvimento da saúde e reforço para os indivíduos e suas comunidades, tem sido melhorada de forma contínua nos últimos séculos, em conjunto com os avanços na saúde pública e na medicina na maioria dos países (BUSS, 2000).

No Brasil, a saúde pública tem seu marco fundamental na VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986, legitimando a reforma sanitária que vigorava no país neste período, e sendo este um dos principais momentos da luta pela universalização da saúde no Brasil. Nesta Conferência foram deliberados os princípios e as diretrizes da Política Nacional de Saúde, contemplados mais tarde na Constituição Federal de 1988, com a criação de um novo modelo de atenção à saúde: O Sistema Único de Saúde (SUS) (CONASS, 2011a). Esse modelo de atenção é adotado no Brasil por meio de ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação do indivíduo, da família, de sua comunidade, e também pela forma de organização das relações entre os profissionais de saúde e os usuários, as tecnologias empregadas nesse processo e as necessidades sociais de saúde (PAIM, 1999).

Essas condições foram garantidas com a promulgação da Lei nº. 8080/1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. De acordo com o art. 3º da Lei nº. 8080/1990,

A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País. Parágrafo único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do

disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social (BRASIL, 1990, art. 3º).

O percurso histórico para o desenvolvimento das normativas que assegurem o modelo de atenção à saúde adotado no Brasil demonstra o avanço nos conceitos que a defendem como está sendo influenciada por inúmeros fatores. Por outro lado, existe um conjunto de fatores de risco que afetam diretamente a saúde da população, como o hábito de fumar, o alcoolismo, a obesidade, a alimentação inadequada e a inatividade física, os quais respondem pela maioria das mortes, e contribuem para o desenvolvimento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e outras doenças decorrentes dessas enfermidades (BRASIL, 2011b).

Conforme estabelecido no documento do Ministério da Saúde intitulado Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não-transmissíveis: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência,

Os fatores de risco podem ser classificados em “não modificáveis” (sexo, idade e herança genética) e “comportamentais” (tabagismo, alimentação, inatividade física, consumo de álcool e outras drogas). Os fatores de risco comportamentais são potencializados pelos fatores condicionantes socioeconômicos, culturais e ambientais (BRASIL, 2008, p.16).

Avaliava-se, até pouco tempo, que os malefícios gerados pelo estilo de vida aconteciam apenas em países desenvolvidos, porém, a OMS descreve que a situação atual e as projeções para o ano 2025, dos problemas de saúde atribuídos a um estilo de vida “suicida” deveriam ser também uma das preocupações dos países em desenvolvimento (WHO, 2014). Essa transição do estilo de vida pode ser influenciada por condutas como a “aceitação social de hábitos que comprovadamente são lesivos à saúde, como o fumo, a ingestão de álcool e alimentos ricos em gorduras saturadas, favorecendo o aumento da incidência das doenças hipocinéticas” (AMORIM; FARIA, 2012, p. 299).

A história da humanidade perpassou por inúmeras transformações até o momento, as quais influenciam o estilo de vida da população atualmente. Dentre os estudos que foram realizados nas últimas décadas sobre esta questão, destaca-se a obra produzida por Omran (2006), que buscou sistematizar tais transformações por meio de modelos que descrevem variações nos padrões, ritmos, determinantes e consequências da transição sobre a saúde das populações.

A Transição Epidemiológica faz parte desse modelo e pode ser caracterizada pelas mudanças nos padrões de saúde e doença. O autor fundamenta que essa transição é diretamente

influenciada pela Transição-Demográfica e pela Transição Sócio-Econômica, caracterizando o “complexo da modernização” (OMRAN, 2006). O fenômeno conhecido como Transição Demográfica, é definido pela alteração do padrão demográfico mundial, ou seja, importantes mudanças nos perfis etários das populações, caracterizado pelo envelhecimento populacional.

A interação com as transformações econômicas, demográficas, comportamentais e culturais ocorridas na sociedade englobam também o conceito de Transição Nutricional. Este se caracteriza por um conjunto de mudanças no padrão nutricional das populações, relacionados às alterações no consumo dietético diário, especialmente em sua estrutura e composição, e no padrão de gasto energético. Esse construto é caracterizado pela passagem de uma condição de intensa desnutrição, para uma situação de alta prevalência de obesidade na população (MONTEIRO; POPKIN, 2004).

A OMS aponta a obesidade como um dos maiores problemas de saúde pública no mundo, e declara que a sua fundamental causa para ocorrência é o desequilíbrio entre a quantidade de energia consumida e necessária para manutenção do peso (WHO, 2004). Em 2008-2009, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em sua Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) constatou uma prevalência de 50% de excesso de peso na população adulta brasileira e baixo consumo de alimentos ricos em fibras, como frutas, verduras e leguminosas e alto consumo de alimentos ricos em gordura saturada, açúcar e sal. Na última pesquisa realizada pela Vigitel por inquéritos telefônicos os resultados apontam que 52,5% dos brasileiros estão acima do peso, e 17,9% estão obesos (BRASIL, 2015).

Moratoya et al. (2013) descrevem que as mudanças nos padrões de consumo de alimentos ocorreram em vários estágios no decorrer da história, sendo os principais fatores que alteram os padrões de consumo a urbanização, a globalização e a renda. Os autores destacam que uma renda mais elevada não necessariamente contribuiu para o consumo saudável de alimentos, e que embora a distribuição de itens alimentares seja mais variada para a sociedade, não é possível garantir uma vida mais saudável, e concluem que o processo de industrialização, portanto, não garante uma dieta adequada. Os autores inferem que ainda que os “alimentos consumidos no Brasil serem mais variados, o país não é estatisticamente cointegrado nos hábitos de consumo com o resto do mundo” (MORATOYA et al., 2013, p. 72).

O desenvolvimento tecnológico ocorrido na agricultura, aliado ao processo de urbanização e de crescimento econômico da sociedade, promoveram um aumento na demanda de alimentos no mercado, e conseqüentemente o consumo de alimentos com maior concentração calórica. Além

disso, o marketing alimentar, amplamente difundido nos meios de comunicação de massa, tem influenciado nas mudanças dos padrões das dietas, com uma tendência crescente do consumo de alimentos industrializados e comercializados em grande escala e da cultura do “fastfood”. Inicialmente, essa era uma característica que se limitava às populações urbanas de renda mais elevadas, mas essa tendência tem afetado a todos os segmentos da sociedade (POPKIN; GORDON, 2004; KENNEDY, 2005).

Em evidência, o aumento significativo de excesso de peso e a obesidade, tem sido considerado como um dos principais fatores de risco para as DCNT, pois sua prevalência aumenta diretamente o grau de excesso de peso e o acúmulo de gordura na região abdominal (WHO, 2003). Para Omran (2006), as doenças crônico-degenerativas e as provocadas pelo homem substituíram as doenças infecciosas como principal causa de morte.

Em 2011 foi lançado pelo Ministério da Saúde (MS) o Plano de Ações Estratégicas Para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) para o período de 2011 a 2022. Algumas estratégias já estão sendo implementadas, incluindo a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), que prioriza as ações direcionadas a alimentação saudável; a atividade física (AF); a prevenção do uso do tabaco e álcool; o Programa Academia da Saúde; o Guia Alimentar Para a População Brasileira, que incentiva as empresas a rotularem os alimentos de forma adequada eliminando as gorduras trans e a redução do sal nos alimentos; o aumento na oferta de medicamentos e a criação da Farmácia Popular; e também a criação do Programa Brasil sem Miséria, tendo em vista a redução da pobreza e as ações para o enfrentamento de doenças crônicas como hipertensão arterial e diabetes (BRASIL, 2011c).

Schmidt et al. (2011) ressaltam que as mudanças desfavoráveis na dieta e na atividade física da população brasileira tem desencadeado no aumento da prevalência da diabetes e da hipertensão, paralelamente ao excesso de peso. Decorrente do desenvolvimento industrial e tecnológico as pessoas não possuem mais trabalhos que requerem esforço físico intenso, o número de carros aumentou e as máquinas e aparelhos tecnológicos substituíram os esforços antes despendidos para essas atividades.

No Brasil, as mudanças no padrão de atividade física estão vinculadas diretamente ao desenvolvimento da economia, entre outros fatores como,

(1) diminuição do esforço com o trabalho doméstico pelo uso de equipamentos para a execução das tarefas mais árduas; (2) o crescente uso da televisão como principal meio de lazer; e (3) o uso de automóvel/veículo automotivo para o

deslocamento. Deve-se ainda acrescentar que a televisão contribui para a delimitação do estilo de vida ocidental mediante ampliação do incentivo ao consumo difundido pelo marketing (MENDONÇA; ANJOS, 2004, p. 703).

Os benefícios e malefícios associados ao estilo de vida têm crescido como contexto de pesquisas e intervenções, aliados a outros constructos que abrangem a temática. Dessa maneira, compreende-se que os determinantes e condicionantes da saúde são elementos fundamentais para o bom desenvolvimento desta, sendo que a ausência ou a precariedade de algum desses fatores pode comprometer a saúde da população.

1.2 CONTEXTUALIZAÇÃO DA SAÚDE DO TRABALHADOR

As questões referentes à saúde e ao trabalho também percorrem uma trajetória histórica de avanços e conquistas dos seus direitos. Com a intenção de proteger os problemas de saúde resultantes do trabalho durante a Revolução Industrial em 1830, surge a Medicina do Trabalho enquanto especialidade Médica. Esta era executada focando somente no adoecimento, porém este modelo não era mais suficiente após a II Guerra Mundial, desencadeando em questionamentos e insatisfação pelos empregados e empregadores (FRIOCRUZ et al., 2011).

Nesse contexto, surgiu a Saúde Ocupacional, com o intuito de intervir nos ambientes de trabalho a partir de uma atuação multiprofissional. Contudo, devido ao intenso processo mundial de mudanças sociais, que desencadeou maior participação dos trabalhadores na construção dos seus direitos sobre saúde e segurança do trabalho, esse modelo também não foi suficiente (FRIOCRUZ et al., 2011).

Concomitantemente a evolução das conquistas da saúde pública no Brasil, a saúde do trabalhador (ST) também obteve destaque para a consolidação de seus direitos. O principal marco histórico para a saúde do trabalhador no Brasil também aconteceu na VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986 que deliberou o “trabalho em condições dignas, com amplo conhecimento e controle dos trabalhadores sobre o processo e ambiente de trabalho” (BRASIL, 1986, p. 05). A partir de 1990, o trabalho ficou reconhecido como um fator determinante e condicionante no processo de saúde, atribuindo ao SUS à incorporação das ações da saúde do trabalhador no país (BRASIL, 1990).

Atualmente temos em vigor a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT) que define as seguintes normativas:

Art. 2º A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora tem como finalidade definir os princípios, as diretrizes e as estratégias a serem observados pelas três esferas de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), para o desenvolvimento da atenção integral à saúde do trabalhador, com ênfase na vigilância, visando a promoção e a proteção da saúde dos trabalhadores e a redução da morbimortalidade decorrente dos modelos de desenvolvimento e dos processos produtivos.

Art. 3º Todos os trabalhadores, homens e mulheres, independentemente de sua localização, urbana ou rural, de sua forma de inserção no mercado de trabalho, formal ou informal, de seu vínculo empregatício, público ou privado, assalariado, autônomo, avulso, temporário, cooperativados, aprendiz, estagiário, doméstico, aposentado ou desempregado são sujeitos desta Política. Parágrafo único. A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora alinha-se com o conjunto de políticas de saúde no âmbito do SUS, considerando a transversalidade das ações de saúde do trabalhador e o trabalho como um dos determinantes do processo saúde-doença (BRASIL, 2012, p. 01).

Gómez (2013) resume os avanços para a saúde do trabalhador com a definição da PNSTT, e destaca o desafio em aplicar as diretrizes por meio de ações efetivas juntamente aos problemas de gestão. O autor considera essa uma tarefa coletiva, em que as instituições públicas, os centros acadêmicos e as instâncias organizativas da sociedade civil devem se empenhar para tornar realidade a política que juntos construíram. Por conseguinte, fica evidente a importância da participação dos sujeitos tanto na construção das políticas quanto em sua implementação, e a reflexão a respeito das temáticas que envolvem esse campo de discussão levando em conta a influência do ambiente físico, social, econômico, as relações interpessoais e os jogos de poderes que permeiam a complexa relação trabalho x trabalhador (CRUZ, 2016).

A partir de uma cooperação entre o Ministério Público do Trabalho e a Organização Internacional do Trabalho (OIT) foi criado o Observatório Digital de Saúde e Segurança do Trabalho¹, para mapear os dados referentes aos acidentes de trabalho e os gastos decorrentes destes, cuja pesquisa é conduzida pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Os dados apresentados na página eletrônica desse Observatório indicam que no Brasil, no período de 2012-2017, a cada 48 segundos ocorreu um acidente de trabalho, e a cada 3h 38m e 43s alguém morreu devido a um acidente de trabalho. Nesse mesmo período, 3.879.755 acidentes foram registrados e foram notificadas 14.412 mortes. Diante desses dados, os gastos estimados da Previdência Social com os benefícios acidentários são de R\$ 1,00 a cada 7ms. No período de 2012-

¹ Disponível em <https://observatoriosst.mpt.mp.br/>. Acesso em 06 jun. 2018.

2017 foram gastos R\$ 26.235.501.489 com auxílio-doença, aposentadoria por invalidez, pensão por morte e auxílio-acidente-sequelas (OIT, 2017).

Outra fonte que fornece dados sobre os acidentes de trabalho no Brasil, porém somente sobre os trabalhadores formais, é o Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS), que elabora relatórios divulgados anualmente. O Ministério da Fazenda divulgou em seu Anuário Estatístico da Previdência Social que “Durante o ano de 2016, foram registrados no INSS cerca de 578,9 mil acidentes do trabalho. Comparado com 2015, o número de acidentes de trabalho teve um decréscimo de 6,98%” (2016, p. 564). Porém, mesmo que o número total de acidentes de trabalho tenha reduzido o Brasil ainda é considerado o 4º país em que mais trabalhadores sofrem acidente de trabalho no mundo ficando atrás somente da China, da Índia e da Indonésia, segundo a OIT (2017).

Em 2017 foi lançado o 1º Boletim Quadrimestral sobre Benefícios por Incapacidade que apresenta informações sobre a concessão de benefícios por incapacidades relacionados aos transtornos mentais e comportamentais entre 2012 e 2016. O boletim expõe que esses “totalizaram em 668.927 casos no período de 2012 a 2016, caracterizando-os como a terceira causa de incapacidade para o trabalho e 9% do total dos benefícios concedidos nesses anos” (BRASIL, 2017, p. 09).

São perceptíveis os investimentos do governo federal em estudos e pesquisas a respeito das incapacidades relacionadas ao trabalho por limitações físicas, causadas por acidentes ou apresentadas em exames que comprovem tal invalidez. No entanto, destaca-se a relevância do aspecto psíquico ligado a incapacidade de exercer as funções laborais, que pode ser explicada devido a lógica capitalista globalizada, que visa maior produtividade e lucro, e a dificuldade das empresas em reconhecer que esse fator pode desencadear o adoecimento mental do trabalhador devido às atividades disfuncionais (BRASIL, 2017).

Atualmente os dados relacionados a ST no Brasil sugerem a necessidade de intervenções mais efetivas a respeito da prevenção dos acidentes e agravos aos trabalhadores ainda que, os avanços sejam contínuos e muitas conquistas tenham sido realizadas nessa trajetória em busca dos direitos dos trabalhadores.

A partir dessas análises, identificou-se a necessidade de ampliar a compreensão sobre as interfaces que influenciam na saúde do trabalhador, priorizando aqueles ligados à Qualidade de Vida.

1.3 QUALIDADE DE VIDA EM PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Embora o termo Qualidade de Vida (QV) já fosse objeto de reflexão pelos cientistas sociais, filósofos e políticos, somente em 1964 a expressão foi utilizada pela primeira vez por Lyndon Johnson, presidente dos Estados Unidos da época (SOUZA, 2011). O autor define que a QV “refere-se a um movimento dentro das ciências humanas e biológicas no sentido de valorizar parâmetros mais amplos que o controle de sintomas, a diminuição da mortalidade e o aumento da expectativa de vida” (SOUZA, 2011, p. 157).

O construto da QV é amplo e característico de cada época, refletindo sua construção social, marcado pela relatividade cultural, influenciado pelos conhecimentos e experiências de determinado momento da história. Dessa maneira, a QV “pressupõe a capacidade de efetuar uma síntese cultural de todos os elementos que determinada sociedade considera seu padrão de conforto e bem-estar” (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000, p. 08). Kluthcovsky e Takayanagi ressaltam que a “Qualidade de Vida tem sido mais estudada nos últimos anos, inclusive no Brasil, e, apesar de ser complexo, trata-se de tema atual e muito relevante, principalmente quando relacionado à promoção da saúde” (2007, p. 15).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define a QV como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (OMS, 1946, p.1). A definição de QV pode ser considerada “uma importante contribuição para as medidas de desfecho em saúde. Por sua natureza abrangente e por estar estreitamente ligado àquilo que o próprio indivíduo sente e percebe, tem um valor intrínseco e intuitivo” (FLECK, 2000, p. 26). Novelli (2006, p. 09) corrobora com esse conceito ao relatar que a Qualidade de Vida é subjetiva e influenciada pela classe social do indivíduo, por sua cultura, seus valores, seu estado emocional, suas características da personalidade e os fatos que cada um vivencia em seu cotidiano. Nesse aspecto, a expressão Qualidade de Vida é compreendida como as condições que englobam a saúde física, o estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais, as crenças pessoais e a relação com as características do meio ambiente em que a pessoa vive (FLECK, 2003).

De acordo com Minayo, Hartz e Buss

o patamar material mínimo e universal para se falar em Qualidade de Vida diz respeito à satisfação das necessidades mais elementares da vida humana: alimentação, acesso à água potável, habitação, trabalho, educação, saúde e lazer; elementos materiais que têm como referência noções relativas de conforto, bem-estar e realização individual e coletiva. No mundo ocidental atual, por exemplo,

é possível dizer também que desemprego, exclusão social e violência são, de forma objetiva, reconhecidos como a negação da Qualidade de Vida. Trata-se, portanto, de componentes passíveis de mensuração e comparação, mesmo levando-se em conta a necessidade permanente de relativizá-los culturalmente no tempo e no espaço (2000, p. 10).

Há um movimento crescente no âmbito das ciências humanas e biológicas com as temáticas que envolvem o constructo Qualidade de Vida “no sentido de valorizar parâmetros mais amplos que o controle de sintomas, a diminuição da mortalidade ou o aumento da expectativa de vida” (PEREIRA; TEIXEIRA; SANTOS, 2012, p. 241). Para o termo Qualidade de Vida são identificadas duas tendências, as quais podem ser descritas como “um conceito genérico e outro ligado à saúde”. No primeiro caso, QV apresenta uma acepção mais ampla, aparentemente influenciada por estudos sociológicos, sem fazer referência a disfunções ou agravos. Entretanto, quando a QV é relacionada à saúde engloba dimensões específicas do estado de saúde (SEIDL; ZANNON, 2004, p. 583).

Auquier et al. (1997), define que a QV ligada a saúde é quando as doenças, os agravos e os tratamentos são decorrentes das deteriorações funcionais, pelas percepções, pelas condições sociais, pela organização política e econômica do sistema assistencial. Um exemplo é o trabalho, que é parte integrante e essencial da vida, e o meio pelo qual o homem interage na sociedade produtiva e dependendo da forma como está sendo executado, pode ser gerador de fatores desgastantes e intensificador dos processos de saúde-doença (FOGAÇA, CARVALHO e NOGUEIRA, 2009).

Com a expansão da preocupação com a QV nas últimas décadas, concomitantemente com a visão do homem como um ser biopsicossocial, questões a respeito da saúde dos trabalhadores relacionada com a sua QV tem se fortalecido e ganhado espaço. O trabalho é um elemento significativo na vida do homem, para o qual dedica grande parte da sua vida, investindo seu tempo, seus esforços, seus conhecimentos e suas qualificações, fato que contribui e influencia em sua Qualidade de Vida (PEDROSO; PILATTI, 2010)..

A estruturação do trabalho foi influenciada pela chamada era moderna, promovendo uma série de mudanças, tendo em vista o acompanhamento das transformações no processo de produção-consumo. Conseqüentemente, os trabalhadores foram estimulados a modificar o seu estilo de vida, colocando em evidência a atividade laboral. Ao investigarmos sobre a saúde do trabalhador diversas questões se interpõem, principalmente aquelas relacionadas ao tipo de organização do trabalho ao longo do tempo. Devido a isso, é fundamental entender as

organizações do trabalho e seus reflexos na Qualidade de Vida, de saúde e no modo de adoecimento desses trabalhadores, para compreensão e intervenção em situações de trabalho que estejam gerando sofrimento e agravos à saúde (SANTOS, 2011).

Para Ferro, ao abordar a relação entre os conceitos de Qualidade de Vida (QV) e Qualidade de Vida no Trabalho (QVT), afirma que:

É notório que Qualidade de Vida no trabalho sofre influências de variáveis diversas, como relações interpessoais no ambiente de trabalho, satisfação com a remuneração, reconhecimento e valorização da atividade exercida, além da constatação de que os objetivos estão sendo atingidos. Estes fatores também contribuem com o comprometimento com o trabalho, a produtividade e a motivação. Da mesma forma, fatores externos ao ambiente de trabalho como vida pessoal, saúde, lazer e estado emocional também estão relacionados com a Qualidade de Vida no trabalho (2012, p. 22).

No presente trabalho, a categoria profissional de interesse diz respeito aos profissionais que executam a sua atividade laboral nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Este trabalho é fundamental para o desenvolvimento das comunidades na busca de melhores condições de saúde, e para isso, esses profissionais precisam de investimentos em sua QV, pois os fatores que interferem nela podem comprometer a qualidade do cuidado prestado.

Para Bracaraense “o cenário atual no qual se desempenha o trabalho em saúde é consequência de sucessivas mudanças sociais e políticas” (2015, p. 543). Nesse contexto, Scherer, Marino e Ramos descrevem que no

setor de saúde brasileiro, o modelo legalmente instituído e praticado até 1988 estava estabelecido na Lei 6.229/75, criando dicotomias entre curativo e preventivo, individual e coletivo, por meio de práticas assistenciais fortemente centradas em hospitais, restritas aos contribuintes previdenciários (2005, p. 54).

O conceito de trabalho em saúde evoluiu historicamente e é definido por meio da Norma Regulamentadora – NR 32 – desenvolvida pelo Ministério da Saúde (MS), como “qualquer edificação destinada à prestação de assistência à saúde da população, e todas as ações de promoção, recuperação, assistência, pesquisa e ensino em saúde em qualquer nível de complexidade” (BRASIL, 200X, p. 01). Essa definição atinge os profissionais que desenvolvem atividades diretamente relacionadas à assistência dos pacientes e/ou clientes, e aos que pertencem aos serviços de apoio e infraestrutura para a assistência, como os serviços gerais, manutenção e outros (BRASIL, 2005).

Além da sobrecarga física e mental/emocional que os profissionais da saúde estão submetidos, identifica-se que, diante das suas rotinas exaustivas de trabalho, o próprio profissional de saúde, ao cuidar de seus pacientes, negligencia sua própria saúde, o que torna a avaliação da QV no trabalho dos profissionais da saúde cada vez mais importante (SOUZA; STANCATO, 2011).

Esse trabalho é muitas vezes executado em situação rotineira, o que pode comprometer a saúde desencadeando em desgaste físico, o aparecimento de doenças, entre outros agravos. Sendo assim, frequentemente os trabalhadores ausentam-se do serviço por não suportarem as cargas a que estão expostos, adoecerem ou se acidentarem. Esses afastamentos demonstram que devido a esses processos de desgaste, a QV do trabalhador fica comprometida ao longo de sua existência (SANTANA et al., 2013).

Os efeitos do estresse excessivo e contínuo além de ser um fator de risco para o desenvolvimento de inúmeras doenças, pode causar prejuízos na QV e produtividade das pessoas, o que segundo Sadir et al. (2010) resulta em um grande interesse pelas causas e pelos métodos para a redução do estresse. Segundo os autores, identificar e compreender a influência do trabalho nas condições de vida dos trabalhadores de saúde contribui para perceber suas relações com o mundo “fora do trabalho”, contemplando o acesso aos recursos sociais, de educação, de saúde, de lazer, entre outros. O conceito de Qualidade de Vida para esses profissionais “está relacionado com o bem-estar e saúde do ser humano e sua família, bem como questões amplas envolvendo educação, lazer, moradia e trabalho” (CECAGNO et al. 2002, p. 11).

Seidl e Zannon (2004) identificaram que o trabalho tem relevante significado na QV de profissionais de saúde, com associação com o estilo de vida adotado por esses profissionais na sua relação com o trabalho e sua vida fora dele. Esta última tem importância singular para estes profissionais, representando um marco operador na Qualidade de Vida. A maneira como cada um vivencia essa experiência é determinada pela subjetividade, sendo essa uma das muitas dimensões que compõe o complexo cenário do trabalho em saúde.

O trabalho em saúde possui suas especificidades, sendo denominado de trabalho vivo em ato, de origem relacional em que o produto confeccionado emerge da relação entre o produtor e consumidor. Sendo incorporado pelo usuário o papel de consumidor, e o profissional de saúde exercendo a função de produtor. O modo singular como cada um significa o trabalho e o cuidado evidencia a forma como se produz o agir em saúde, sendo expressa no trabalho meramente prescritivo, ou até na maneira acolhedora do estabelecimento de vínculo entre trabalhador e

usuário, independentemente da situação, a subjetividade está presente nas opções para o cuidado (FRANCO & MERHY, 2012). Nesse contexto,

Apesar de ser uma das mais belas, a arte de cuidar é também a mais difícil, lidar com o sofrimento do próximo pode desencadear, no cuidador, sentimentos de compaixão, sofrimento, resignação, impotência, estresse, depressão, entre outros. Em sua totalidade o trabalho é estressante, sempre existe alguma adaptação, seja pelo trabalhador ao ambiente ou o inverso (SANTOS et al., 2010, p.14).

Azambuja et al. (2007) descreve a influência do trabalho na personalidade e na saúde física e mental do indivíduo, é indissociável de sua vida. O ser humano está em constante formação e transformação, e demonstra suas capacidades criativas a partir das relações, sendo inseparáveis as vivências cotidianas do trabalho, de seus sonhos e aspirações. Essa relação

pode emergir como um aspecto potencializador do viver humano, destacando-se como sendo fonte de remuneração, segurança, satisfação das necessidades básicas, de prazer e satisfação pessoal, de interação e reconhecimento social, de desafios, de realização pessoal e transformação social. E paradoxalmente, ligado à sobrecarga de trabalho, muitas vezes realizado de forma (in)consciente pelos trabalhadores(as) que buscam constantemente a busca de melhores condições de vida e saúde para a comunidade à qual atendem, causando estresse, falta de tempo para convívio com a família, lazer e ao cuidado de si, angustias relacionadas às responsabilidades assumidas e a impotência sentida na resolução dos problemas sociais, políticos, econômicos e ambientais presentes na comunidade pode exercer um papel (dês) potencializador na vida do indivíduo (AZAMBUJA et al., 2007, p. 75).

Desse modo, Santana et al., (2014) destaca a relevância das condições adequadas aos profissionais de saúde para exercerem suas funções, bem como orientação e treinamento adequados para desempenharem seu trabalho sem que este lhe cause danos.

1.4 MULHERES: CONQUISTAS E DESAFIOS

Desencadeado pelas lutas femininas, a igualdade entre os gêneros provocou transformações no cotidiano das mulheres, principalmente diante da necessidade de contribuir com o orçamento familiar, o ingresso no mercado de trabalho e a exigência no aumento do nível de escolaridade (CARVALHO NETO; TANURE; ANDRADE, 2010). Após vencerem inúmeras barreiras, começaram a ocupar espaços que até recentemente eram destinados somente aos homens. Ferreira, Santos e Tomé (2011) contextualizam que

a inserção da mulher no mercado de trabalho vem de tempos remotos, precisamente da década de 1970 até os dias de hoje. Ela tem apresentado uma espantosa progressão. Com as transformações ocorridas no pensamento humano no século XXI, a perspectiva de desenvolvimento da carreira da mulher pode ser repensada a níveis além das fronteiras da organização, por meio de decisões tomadas ao longo de sua vida, aproveitando as oportunidades de possíveis migrações e sucessões de cargos no meio trabalhista (2011, p. 03).

As autoras ressaltam que mesmo diante dos avanços conquistados nos últimos anos, ainda existe um longo caminho a ser percorrido pela igualdade de gênero no mercado de trabalho. Porém, consideram que as mulheres são capazes de exercer as mesmas funções que os homens, caracterizando-as como determinadas e corajosas, incentivando-as ao dizer que “as mulheres não devem desistir de continuar a buscar seus objetivos, sua independência e igualdade no mercado de trabalho, pois foi comprovado que elas são capazes de provocar mudanças profundas no curso da história social” (FERREIRA; SANTOS; TOMÉ, 2011, p. 06).

Os dados do IBGE (2012) apontam para uma evolução no nível de ocupação das mulheres no mercado de trabalho. Em 2003 o percentual de mulheres economicamente ativas era de 40,5% elevando-se para 45,3% em 2011, e para os homens esse percentual foi de 60,8% para 63,4%. Em 2011, as mulheres trabalharam, em média, 39,2 horas semanais, contra 43,4 horas dos homens, uma diferença de 4,2 horas. O rendimento médio real do trabalho das pessoas ocupadas em 2011 foi de R\$ 1.857,63 para os homens e de R\$ 1.343,81 para as mulheres. Esses valores indicam uma evolução no rendimento em relação ao ano de 2003, quando a remuneração média das mulheres foi de R\$ 1.076,0.

A Organização Internacional do Trabalho (OIT (2016) indica que além das condições que influenciam a saúde da mulher, os riscos psicossociais específicos as tornam mais vulneráveis ao estresse relacionado ao trabalho, devido ao seu duplo papel entre trabalho e casa, e as expectativas

sociais, o risco de assédio sexual no trabalho, a violência doméstica e a discriminação relacionada ao gênero. Além disso, o estresse vivenciado por elas está relacionado à sensibilidade em reportar suas emoções e sintomas físicos.

O 1º Boletim Quadrimestral sobre Benefícios por Incapacidade de 2017, do Ministério da Previdência Social, expõe os dados referentes aos benefícios relacionados aos transtornos mentais e comportamentais no período de 2012 e 2016. Esse documento apresenta dados importantes para repensar a maneira como essas questões têm sido abordadas até o momento, sendo que o maior volume de recursos é destinado aos benefícios para pessoas do sexo feminino, totalizando em 56,98%.

Estudos indicam uma relação significativa entre estresse e gênero, sendo que as mulheres são as que mais apresentam elevados níveis de estresse. Nesse sentido,

o *stress* pessoal e o *stress* social podem refletir nas condições de vida fora do âmbito de trabalho e incluem condições de vida caóticas, conflitos na dinâmica familiar e interpessoal e responsabilidades aflitivas. As mulheres que concentram suas energias na carreira sentem-se frequentemente culpadas ou preocupadas com o fato de terem deixado a família de lado. Além disso, o gasto de energia e dedicação para com o marido e filhos pode desviar parte da energia que seria dirigida para a obtenção do sucesso profissional (SADIR et. al., 2010, p.75).

Atualmente, muitas mulheres estão inseridas no mercado de trabalho para contribuir com a renda familiar, sendo este um dos fatores que podem contribuir com a sobrecarga de atividades. O trabalho profissional pode prolongar a jornada de trabalho diária em até 12 horas, aumentando o risco com acidentes ocasionados por desgaste decorrente dessa jornada ampliada. Além disso, outras características da morbidade feminina, como distúrbios hormonais influenciam na saúde da mulher (GEHRING et al., 2007).

As transformações familiares no Brasil ao longo do tempo são abordadas pela Política Nacional de Assistência Social – PNAS (2004). Em 1992 a participação da mulher como referência da família era de 22%, passando para 29% em 2002. Essa situação ocorreu de formas diferentes nas regiões do país, sendo a região Sul a que apresentou menor participação, representando 25,5% (BRASIL, 2005). Diante desses avanços e da luta do movimento feminista, o cuidado ainda se faz característico do sexo feminino, implicando responsabilidade e compromisso contínuos, sendo expresso principalmente dentro do grupo familiar. Para Guimarães (2008) a influência cultural desse aspecto, é uma reprodução dos valores, entendida como algo natural e integrado as atividades familiares e domésticas.

Fatores como a rotina estressante, a dupla jornada de trabalho em casa e externo, o cuidado com a família, a luta diária pelos seus direitos e a conquista do espaço na sociedade, além dos padrões impostos pela mesma, produzem a deterioração da saúde das mulheres diante do excesso de tarefas e responsabilidades. De acordo com Santos e Woicolesco, a sociedade considera a mulher como “fracassada” quando esta não se encaixa em determinados padrões, que são organizados através do “outro”, que é tomado como o ideal, e que as colocam em uma busca constante por esse ideal (2014, p. 29).

A OMS (2011) no relatório Mulheres e Saúde esclarece que as mulheres possuem a tendência a viver mais que os homens, representando uma parte crescente da população idosa. Desse modo, é necessário a prevenção dos problemas crônicos de saúde e o incentivo desde cedo ao estabelecimento de hábitos saudáveis, para que elas possam viver suas vidas mais ativas e saudáveis, principalmente até as idades mais avançadas.

Isto posto, é necessário o investimento em pesquisas para melhor compreender as causas subjacentes a esses óbitos e identificar estratégias eficazes de prevenção adequadas a cada realidade, pois ainda “existem lacunas em nossa compreensão de como a maioria das ameaças à saúde afeta as mulheres de forma distinta da que afeta os homens, e dos efeitos diferenciados das intervenções e dos serviços de saúde sobre meninas e mulheres” (OMS, 2011, p. 87). Dessa forma, os cuidados de saúde à mulher devem ser dirigidos para a melhoria contínua da QV em todas as fases do ciclo vital (FERNANDES, 2012, p. 21).

1.5 AVALIANDO A QUALIDADE DE VIDA

Com o desenvolvimento do construto da Qualidade de Vida, após meados do século XX, surgiu a importância da criação de instrumentos para a sua avaliação (PODESTÁ *et al.*, 2013). Reppold, Serafini e Menda (2014) reafirmam que o conceito de QV ainda é amplo e controverso, porém consideram um grande avanço o fato de ter sido desvinculado somente ao aspecto de uma medida econômica. Os autores descrevem que para abranger todos os contextos culturais, a divisão de Saúde Mental da OMS criou o The Whoqol Group com o intuito de suprir as limitações culturais para a avaliação da Qualidade de Vida.

Diante disso, foi desenvolvido o instrumento WHOQOL -100 em 1994, reunindo indivíduos de 15 grandes centros, sediados em 14 países e traduzido para 20 idiomas. No Brasil, o instrumento foi traduzido e validado por um grupo da Universidade Federal do Rio Grande do

Sul (UFRGS) ligado ao Hospital de Clínicas de Porto Alegre, coordenado pelo Dr. Marcelo Pio de Almeida Fleck do Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da UFRGS (FLECK et al, 2000). De acordo com o autor,

A introdução do conceito de QV foi uma importante contribuição para as medidas de desfecho em saúde. Por sua natureza abrangente e por estar estreitamente ligado àquilo que o próprio indivíduo sente e percebe, tem um valor intrínseco e intuitivo. Está intimamente relacionado a um dos anseios básicos do ser humano, que é de viver bem e de sentir-se bem (FLECK, 2008, p. 26).

O instrumento é baseado nos pressupostos de que a Qualidade de Vida é formada por três aspectos fundamentais “(1) subjetividade; (2) multidimensionalidade; (3) presença de dimensões positivas (ex. mobilidade) e negativas (ex. dor)” (FLECK et al, 1999, p. 20). O autor descreve esses pressupostos como

1. Subjetividade, isto é, a perspectiva do indivíduo é o que está em questão. A realidade objetiva só conta na medida em que é percebida pelo indivíduo. 2. Multidimensionalidade, isto é, a Qualidade de Vida é composta por várias dimensões. Este aspecto tem uma consequência métrica importante, a de que não é desejável que um instrumento que mensure a Qualidade de Vida venha a ter um único escore, mas sim que a sua medida seja feita por meio de escores em vários Domínios (p. ex., físico, mental, social, etc.). 3. Presença de dimensões positivas e negativas. Assim, para uma “boa” Qualidade de Vida, é necessário que alguns elementos estejam presentes (p. ex., mobilidade) e outros ausentes (p. ex., dor) (FLECK et al, 2008, p.25).

Para avaliação desses itens, o instrumento WHOQOL-100 consta com 100 perguntas divididas em seis Domínios: Físico; Psicológico; Nível de Independência; Relações Sociais; Meio Ambiente; e Espiritualidade/ Religiosidade/Crenças Pessoais. Devido à necessidade de demandar menos tempo ao preenchimento dos questionários, porém mantendo as características psicométricas satisfatórias foi criada uma versão resumida do WHOQOL -100, o WHOQOL-BREF, preservando a avaliação da abrangência do constructo “Qualidade de Vida”, sendo que a diferença entre eles é que no WHOQOL-100 cada faceta é avaliada a partir de quatro questões, e no WHOQOL-BREF é avaliada por apenas uma questão (FLECK, 2000).

Fleck et al. (2000) ao validar a versão em português do instrumento abreviado constatou que o “instrumento apresenta características satisfatórias de consistência interna, validade discriminante, validade de critério, validade concorrente e fidedignidade teste-reteste” (FLECK et al, p. 181, 2000).

Para Cruz, o WHOQOL-Bref produz um perfil de Qualidade de Vida

Além dos escores de cada um dos quatro Domínios, há também dois itens que são examinados separadamente: a questão 1 pergunta sobre a percepção do indivíduo sobre sua QV em geral e a questão 2 sobre percepção de sua saúde geral. O escore médio dos itens de cada Domínio é utilizado para calcular o escore do Domínio. As médias dos escores são então multiplicadas por 4 a fim de possibilitar a comparação com os escores do WHOQOL-100 (2010, p. 49).

O instrumento pode ser administrado por um entrevistador, ou até mesmo ser autoaplicável. Pode ser utilizado tanto em tratamentos paliativos para doenças que não possuem cura, como para pesquisas epidemiológicas, promovendo dados detalhados de uma população em particular, favorecendo o desenvolvimento de métodos para tratamento e principalmente na prática clínica, permitindo que o profissional identifique qual área da vida do paciente está sendo mais afetada pela doença ou tratamento (CRUZ, 2010).

De acordo com Castro et al. “não foram identificados estudos sobre a dimensionalidade deste instrumento em trabalhadores de instituição de saúde” (2013, p. 1358). São esses os profissionais que estão em contato direto com o sofrimento físico e psíquico dos pacientes, o que difere da maioria dos estudos encontrados, pois a validação do WHOQOL-BREF no Brasil refere-se predominantemente à população em geral e doente (CASTRO et al., 2013). Dessa maneira, se faz presente à necessidade de estudos a respeito dessa temática para o desenvolvimento desses profissionais em relação a sua QV, visando uma atuação mais condizente com o a promoção de saúde, tanto própria, quanto a dos pacientes que estão sob seus cuidados.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Caracterizar indicadores de Qualidade de Vida em profissionais mulheres que trabalham nas Unidades Básicas de Saúde em São João do Triunfo – PR.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar o perfil sociodemográfico, relacionado à saúde, comportamental e qualidade de vida das participantes do estudo;
- Analisar a associação entre a qualidade de vida e variáveis sociodemográficas, relacionadas à saúde e comportamentais entre os participantes do estudo;
- Relacionar os principais fatores associados à Qualidade de Vida na população do estudo.

3 MATERIAL E MÉTODO

Este capítulo apresenta a metodologia utilizada na pesquisa e descreve os instrumentos e procedimentos que foram adotados para a coleta e análise dos dados, de acordo com os objetivos gerais e específicos estabelecidos. Tratando-se assim, de uma pesquisa transversal, de cunho descritivo.

Hoga e Borges (2016) afirmam que neste tipo de estudo, a relação exposição desfecho é investigada em uma população de um determinado espaço e momento de tempo. É considerado um bom método para detectar frequências de doenças crônicas e fatores associados, assim como identificar grupos vulneráveis na população. As autoras ainda complementam que

neste tipo de estudo, pode-se verificar a prevalência de determinado evento na população estudada, ou seja: Podem ser tanto descritivos quanto analíticos. Em estudos analíticos verifica-se se uma determinada exposição é mais frequente em pessoas com o desfecho de interesse. Tanto o desfecho quanto a exposição são verificados ao mesmo momento, e a relação temporal é incerta, ou seja, não se garante que a exposição precedeu o desfecho (2016, p. 110)

Sendo assim, não é possível estabelecer relação de causa e efeito, mas possibilita a elaboração de hipóteses (PEREIRA, 2008). Algumas das vantagens ao utilizar desta metodologia incluem a objetividade na coleta de dados, facilidade em obter amostras representativas na população, sendo adequado para descrever as características dos eventos na população, identificar casos na comunidade e para detectar grupos mais vulneráveis (PEREIRA, 2008; ALMEIDA FILHO E BARRETO, 2012).

3.1 DELINEAMENTO, LOCAL E PERÍODO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo transversal, descritivo, correlacional, *ex post facto* (GIL, 2008) e quantitativo (MICHEL, 2005), realizado no município de São João do Triunfo (SJT), Paraná, em 2017. Este município conta com uma população de aproximadamente 14.815 habitantes e predominantemente vivendo na zona rural, sendo que a principal atividade econômica da cidade é a agricultura.

3.2 PARTICIPANTES

Foram convidadas a participar todas as mulheres que trabalhavam nas quatro Unidades Básicas de Saúde do município de São João do Triunfo, sendo três localizadas na região rural e uma no perímetro urbano. Conforme disponibilizado pelo Recursos Humanos da Secretaria de Saúde, totalizavam no período do estudo: 71 mulheres trabalhando nestes locais, porém a amostra se caracterizou por 62 mulheres entrevistadas conforme os critérios de exclusão.

Quanto à profissão das participantes, essas eram: 21 Agentes Comunitárias de Saúde, 4 Auxiliares de Dentista, 3 Serviços Gerais, 11 Auxiliares de Enfermagem /Técnicas de Enfermagem, 5 Médicas, 6 Auxiliares Administrativos, 1 Fisioterapeuta, 1 Assistente Social, 4 Enfermeiras, 2 Agente de Endemias, 1 Dentista, 2 Técnicas de Laboratório e 1 Auxiliar de Vigilância Sanitária. Todas foram admitidas por concurso público e são regidas pelo regime de trabalho estatutário.

3.3 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO DAS PARTICIPANTES

Foram excluídas da pesquisa três mulheres que estavam de licença por tempo de serviço, duas em licença para tratamento de saúde, três de licença maternidade e uma das funcionárias por fazer parte da equipe que estava investigando o objeto de estudo.

3.4 VARIÁVEIS DE ESTUDO E PROCEDIMENTOS

3.4.1 VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS

Idade: a idade foi obtida através do cálculo: [(Data da Entrevista – Data de Nascimento)/365,25], buscando-se, assim, a idade mais precisa. Na fase descritiva, a idade foi classificada em intervalos de 10 anos.

Estado Marital: Esta variável foi classificada em 2 categorias: “vive sem companheiro” e “vive com companheiro”.

Número de filhos: definida pelo total de filhos das participantes.

Tempo de trabalho: definido pelo tempo que a participante trabalhava no local do estudo.

Nível Educacional: medida por anos completos de escolaridade formal (SUZUKI, 2011). A variável foi classificada na fase descritiva em 4 categorias: “analfabetos ou com menos de 1 ano de escolaridade formal”; “1 a 5 anos”; “5 a 9 anos”; de “9 a 12 anos”; “12 anos ou mais”.

Renda individual: definida pelo valor recebido em Reais (R\$) no mês que antecedeu a entrevista, tendo sido tratada na fase descritiva sob a forma de tercís.

Dependente da renda individual: caracterizada segundo o número de pessoas dependentes da renda do participante.

Renda conjunta: esta variável foi definida pela renda conjunta da família, em Reais (R\$), no mês que antecedeu a entrevista.

Dependente da renda conjunta: definida pelo total de pessoas que moravam na residência e que dependiam da renda conjunta.

3.4.2 VARIÁVEIS RELACIONADAS À SAÚDE

Antropométrica: foram aferidas massa corporal e estatura dos indivíduos. Para a avaliação antropométrica, foi seguido o protocolo descrito por Lohman et al. (1988). Para a medida de massa, utilizou-se balança eletrônica portátil, tipo plataforma, com capacidade para 150kg e precisão de 0,1 kg, sendo solicitado para que o participante retirasse o calçado, o casaco ou outros objetos que pudessem interferir significativamente na pesagem. A estatura foi aferida através de antropômetro portátil, desmontável, com precisão de 0,1 cm, com indivíduos descalços, com o mínimo de roupa, sem enfeites, boné e similares na cabeça, na posição ortostática. Destaca-se, ainda, que os equipamentos de coleta de dados (balança e antropômetro) foram apoiados em superfície seca, firme e plana, além de serem devidamente calibrados antes da realização das medidas.

Para diagnóstico do *estado nutricional*, realizou-se o cálculo o IMC por meio do peso corporal e da estatura dos indivíduos (peso corporal (Kg)/altura (m)²). A classificação do mesmo foi realizada através dos critérios estabelecidos pela OMS (OMS, 1996), sendo classificados com

desnutrição indivíduos com IMC $<18,8 \text{ kg/m}^2$, eutróficos com IMC de 18,9 a 24,9 kg/m^2 , com sobrepeso IMC de 25,0 a 29,9 kg/m^2 e obesos com IMC $\geq 30,0 \text{ kg/m}^2$.

Autopercepção do estado de saúde: essa variável se refere à percepção do participante sobre o seu estado de saúde (saúde auto-referida). Sendo assim, foi classificada em quatro níveis: “excelente”, “boa”, “regular” e “precária” (ruim+péssima). A percepção do estado de saúde do entrevistado também foi definida quando comparado ao de familiares e amigos da mesma faixa etária e classificado em três níveis: “pior que o seu”, “igual ao seu” e “melhor que o seu” (SUZUKI, 2011).

Doenças Diagnosticadas: Os participantes foram questionados quanto à presença de doença(s) ou problema(s) de saúde pessoais alguma vez diagnosticado(s) por um médico, também de forma dicotômica. Em caso de resposta positiva, a classificação se configurou na fase descritiva da seguinte forma: “nenhuma”, “1”, “2”, “3 e mais”.

Uso de medicamentos: Os participantes foram questionados quanto ao uso de diferentes medicamentos, e a quantidade de medicamentos utilizados nos últimos 15 dias. A variável “uso de medicamentos” foi tratada de forma dicotômica: “sim” e “não”. Além de se considerar o uso de medicamentos como variável dicotômica, os participantes foram classificados, na fase descritiva, segundo quantidade de medicamentos utilizados (número de medicamentos) em quatro categorias: “nenhum”, “1-2”, “3-4”, “5 ou mais”. Entretanto, na fase analítica, esta variável foi tratada na forma contínua.

3.4.3 VARIÁVEIS COMPORTAMENTAIS

Hábito de fumar: Os participantes foram questionados sobre o hábito de fumar cigarros, bem como sua duração (apêndice 1). A variável “hábito de fumar” foi classificada em quatro categorias: “nunca fumou”, “fuma ocasionalmente”, “ex-fumantes” e “fumantes”, e a variável “quantidade de cigarros” foi classificada em três categorias “nenhum”, “1-9 por dia” e “10 ou + por dia” (SUZUKI, 2010).

Consumo abusivo de álcool: Com o intuito de avaliar o consumo de bebidas alcoólicas, foi aplicado o Questionário Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) (anexo 2), recomendado pela WHO (2001) para estudos epidemiológicos. Os participantes foram

questionados sobre o hábito de consumir bebidas alcoólicas, como a frequência e quantidade média de consumo regular no último ano, assim como a duração do hábito. Ao todo, são 10 perguntas, sendo que, destas, 8 apresentam 5 possibilidades de resposta (de 0 a 4), e 2 questões com 3 possibilidades de respostas (de 0 a 2), em que a pontuação se apresenta gradual, onde 0 é a melhor condição e 2 a pior condição. Deste modo, os escores ≥ 8 serão classificados como consumo abusivo/dependência de álcool (FIGLIE et al., 2000; MENDONZA-SASSI, BÉRIA, 2003). Além desses aspectos, os sujeitos foram questionados se houve o consumo de álcool em período anterior ao último ano, assim como o período de consumo.

Prática de atividade física: para avaliar esta variável, foi aplicado o International Physical Activity Questionnaire (IPAQ), versão curta (anexo 1) validado por Matsudo et al. (2001). O referido questionário considera a prática de atividade física em atividades de diferentes Domínios (atividades no lazer, ocupacionais, domésticas e deslocamentos), sem distingui-las (CRAIG et al., 2003), característica que difere as duas versões do instrumento. A reprodutibilidade da versão curta em relação à versão longa se mostrou satisfatória (MATSUDO et al., 2001), sendo utilizada em estudos epidemiológicos.

Para o presente estudo, a classificação foi configurada da seguinte maneira: suficientemente ativo, para indivíduos que praticam atividades físicas em ≥ 5 dias/semana e ≥ 150 min/semana, considerando a soma da duração e da frequência dos diferentes tipos de atividades; e insuficientemente ativo os participantes que não atingirem tais quesitos (HASKELL et al., 2007).

As variáveis sociodemográficas, relacionadas à saúde e comportamentais foram verificadas por meio do Roteiro de Avaliação (Anexo 1), pelo Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ) – Versão Curta, e pelo Questionário Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) (SCHEIDT, 2016; SUZUKI, 2011).

3.4.4 VARIÁVEIS DA QUALIDADE DE VIDA

A QV foi avaliada por meio do instrumento *WHOQOL-BREF*: O questionário foi preenchido pelo entrevistador, e para as 26 questões foram atribuídas o valor de 1 a 5, pela escala Likert. Os escores de cada Domínio são calculados por meio da soma dos escores da média das questões que compõem cada Domínio, e um escore “total” do respondente. Os Domínios avaliados

no instrumento compreendem: Domínio Físico, Domínio Psicológico, Domínio das Relações Sociais, Domínio do Meio Ambiente, e o Domínio Relacionado a Qualidade de Vida Geral. Posterior a isso os Domínios são convertidos para uma escala de 0 a 100 (PEDROSO et al., 2010). A transformação dessa escala indica que 0 é considerado pior a Qualidade de Vida e 100 a melhor (FLECK et al., 2006). Foi utilizada a ferramenta proposta por Pedroso et al. no Microsoft Excell 2007, “realizando os cálculos dos escores e estatística descritiva do WHOQOL-bref de forma automatizada, cabendo ao pesquisador apenas tabular os dados coletados na aplicação do WHOQOL-bref” (2010, p. 34). Abaixo são apresentados os Domínios e as facetas do avaliadas pelo WHOQOL-Bref:

Figura 1. Domínios e facetas do WHOQOL-bref (Continua)

Domínio 1	Domínio Físico
	1. dor e desconforto
	2. energia e fadiga
	3. sono e repouso
	9. mobilidade
	10. atividades da vida cotidiana
	11. dependência de medicação ou de tratamentos
	12. capacidade de trabalho
Domínio 2	Domínio Psicológico
	4. sentimentos positivos
	5. pensar, aprender, memória, concentração
	6. auto-estima
	7. imagem corporal e aparência
	8. sentimentos negativos
	24. espiritualidade/religião/crenças pessoais
Domínio 3	Relações Sociais
	14. suporte (apoio) social
	15. atividade sexual
Domínio 4	Meio Ambiente
	16. segurança física e proteção
	17. ambiente do lar

Figura 1. Domínios e facetas do WHOQOL-bref
(Continuação)

-
19. cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade
 20. oportunidades de adquirir novas informações e habilidades
 21. participação em, e oportunidades de recreação/lazer
 22. ambiente físico: (poluição/ruído/trânsito/clima)
 23. transporte
-

Fonte: FLECK, 2000, p. 179.

3.4.5 PROCEDIMENTOS

A coleta de dados foi realizada na Unidade Básica de Saúde (UBS) da região central do município de São João do Triunfo-PR, em um consultório utilizado pela Psicóloga do serviço, por meio de exame físico (antropometria), pelo Roteiro de Avaliação (Anexo 1), pelo Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ) – Versão Curta, pelo Questionário Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT), e pelo instrumento WHOQOL-BREF, com auxílio de uma pessoa após treinamento prévio. As participantes foram convidadas a participar da pesquisa, sendo que todas concordaram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), obedecendo aos critérios de exclusão. Em tal período não estava ocorrendo atendimentos no local, o que colaborou para que não houvesse interferências. Os questionários foram respondidos individualmente no consultório. Cada coleta durou em média 40 minutos, esta realizou-se no mês de Maio de 2017.

As participantes da pesquisa foram comunicadas previamente e pessoalmente sobre o seu horário e data para a aplicação de tais procedimentos, foi entregue um comunicado com essas informações e lembradas com um dia de antecedência. Porém, mesmo diante dessa organização, houve contratemplos, como relatar esquecimento, estar em serviço no momento da entrevista não podendo ser adiado, falta no trabalho, sendo remarcado o horário, e dificuldade em conciliar a agenda da pesquisa com a das profissionais que trabalham nos postos de saúde localizados no interior do Município.

3.5 TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados obtidos foram coletados em questionários e tabulados no Software Microsoft Excel 2007. Para o teste de consistência externa, a digitação dos dados foi efetuada através de dupla entrada de dados. Posteriormente, o banco de dados foi transformado mediante o Software Stattransfer, e analisado por meio do Software STATA 11.0 (StataCorp. CollegeStation, Estados Unidos).

Os dados das variáveis sociodemográficas, relacionadas à saúde, comportamentais e de Qualidade de Vida foram primeiramente analisados por meio de estatística descritiva, com a finalidade de caracterização do perfil sociodemográfico, relacionado à saúde, comportamental e de Qualidade de Vida das participantes do estudo (n=62) e utilizados percentuais para expor a distribuição percentual das ocorrências ou prevalências, quando fosse o caso.

No segundo momento, foi realizada a estatística analítica para a verificação de associações entre os fatores sociodemográficos, relacionados à saúde, e comportamentais com a Qualidade de Vida das participantes. Os Domínios da variável Qualidade de Vida foram avaliados quanto ao tipo de distribuição por meio do teste de normalidade Shapiro Wilk.

Foram construídos modelos de Regressão Linear (KLEINBAUM et al., 1998), para identificação dos fatores associados a este desfecho, em modelos uni e multivariados, estimados por pontos e por intervalos com 95% de confiança. Modelos univariados foram construídos, contendo cada uma das variáveis independentes e a variável-resposta. Nestes modelos, as variáveis para as quais obtiveram valores $p < 0,25$ (Teste de Wald) foram candidatas aos modelos multivariados. Nos modelos multivariados finais, permaneceram as variáveis que apresentarem valores $p < 0,05$.

3.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O presente estudo foi encaminhado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (COMEP) da UNICENTRO, tendo como o número do CAEE **66920017.0.0000.0106**, conforme consta em anexo. Além disso, todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme recomendações da Resolução nº. 196 e nº. 304/00, do Conselho Nacional de Saúde.

4 RESULTADOS

4.1 VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS

As características sociodemográficas das participantes, estratificadas por grupo de referência, são apresentadas na Tabela 1.

Tabela 1. Características sociodemográficas dos participantes do estudo. São João do Triunfo - PR, 2017.

Variável	Valor	Mulheres	
		N	%
Faixa etária (anos)	19 a 29 anos	22	35,48
	30 a 39 anos	21	33,87
	40 a 49 anos	12	19,35
	50 a 59 anos	7	11,29
Estado Marital	Vive sem companheiro	46	74,19
	Vive com companheiro	16	25,81
Número de Filhos	Nenhum filho	21	33,87
	1-2 filhos	30	48,39
Tempo de Trabalho na Instituição	11 e +	27	43,55
	4 a 10 anos	15	24,19
	Até 4 anos	20	32,26
Nível Educacional	16+ anos escola	23	37,1
	12 a 15 anos escola	17	27,42
	9 a 11 anos escola	20	32,26
	1 a 8 anos escola	2	3,23
Renda Individual (tercis)	R\$ 2.095,80 e +	21	33,87
	R\$ 1.200,00 a 2.095,00	22	35,48
	até R\$ 1.199,00	19	30,65
Dependente Renda Individual	1 dependente	20	32,26
	2 a 3 dependentes	32	51,61
	4 a 5 dependentes	10	16,13
Renda Conjunta (tercis)	R\$ 5.000,00 e +	25	40,32
	R\$ 1.200,00 a 2.095,00	20	32,26
	até R\$ 2.999,00	17	27,42
Dependente Renda Conjunta	1 dependente	4	6,45
	2 a 3 dependentes	33	53,2
	4 a 5 dependentes	25	40,32

No que se refere à distribuição por faixa etária, verificou-se uma prevalência maior nas primeiras faixas etárias, sendo de 35,48% entre 19 e 29 anos, sendo que 74,19% das participantes viviam sem companheiro, 48,39% possuíam de 1 a 2 filhos e 43,55% trabalhavam na instituição há 11 anos ou mais.

O nível educacional apresentou prevalências mais elevadas entre as mulheres que possuíam 16 anos ou mais de escolaridade formal (37,1%), sendo que apenas 3,23% estudaram de 1 a 8 anos. Quanto aos terços de renda individual, estes apresentaram prevalências semelhantes no grupo investigado. Porém, para a variável renda conjunta, esta distribuição foi crescente, com maior prevalência no terço mais elevado, referente à renda de R\$ 5.000 e mais, com 40,32%. Quanto ao número de dependentes da renda individual e conjunta, encontrou-se uma disparidade na distribuição, com a categoria “1 dependente” da renda individual com 32,26% e para a renda conjunta apenas 6,45%.

4.2 VARIÁVEIS RELACIONADAS À SAÚDE

As características relacionadas à saúde dos participantes da pesquisa são apresentadas na Tabela 2.

Tabela 2. Características relacionadas à saúde das participantes do estudo. São João do Triunfo - PR, 2017.

Variável	Valor	Mulheres	
		N	%
Estado Nutricional	Desnutridos	1	1,61
	Eutróficos	25	40,32
	Sobrepeso	24	38,71
	Obesos	12	19,35
Saúde Auto Referida	Excelente	10	16,13
	Boa	35	56,45
	Regular	16	25,81
	Ruim + Péssima	1	1,61
Saúde em Relação a Amigos	Pior que o seu	11	17,84
	Igual ao seu	41	66,13
	Melhor que o seu	10	16,13
Saúde em Relação a Familiares	Pior que o seu	13	20,97
	Igual ao seu	38	61,29
	Melhor que o seu	11	17,74
Número de Doenças Autorreferidas	Nenhum	16	25,81
	1	15	24,19
	2	10	16,13
	3 e +	21	33,87
Número de medicamentos	Nenhum	24	38,71
	1	17	27,42
	2	16	25,81
	3 e +	5	8,06

Ao analisar a variável Estado Nutricional, destacou-se a predominância nas taxas de sobrepeso e obesidade, respectivamente 38,71% e 19,35%, totalizando 58,06% das participantes com excesso de peso.

Quanto às variáveis doenças autorreferidas e número de medicamentos tomados nos últimos 15 dias, destaca-se que 25,81% das mulheres participantes da pesquisa relataram não possuir nenhuma doença diagnosticada por médico, e 38,71% das mulheres revelaram não ter tomado nenhum medicamento nos 15 dias que antecederam a entrevista.

4.3 VARIÁVEIS COMPORTAMENTAIS

A Tabela 3 apresenta as características comportamentais das participantes do estudo.

Tabela 3. Características comportamentais das participantes. São João do Triunfo - PR, 2017.

Variável	Valor	Mulheres	
		N	%
Hábito de Fumar	Nunca fumou	39	62,9
	Fuma ocasionalmente	2	3,23
	Ex-fumantes	14	22,58
	Fumantes	7	11,29
Quantidade de cigarros	Nenhum	39	63,93
	1-9 por dia	14	22,95
	10 ou + por dia	8	13,11
Consumo Abusivo de Álcool	Sem dependência (0 – 7)	58	93,55
	Com dependência (8 – 40)	4	6,45
Prática de Atividade Física	Suficientemente Ativo	45	78,52
	Insuficientemente Ativo	17	27,42
Tempo Sentado	Menor que 3h e 43min	20	32,26
	Entre 3h e 43min e 6h e 13min	21	33,87
	Maior que 6h e 14min	21	33,87

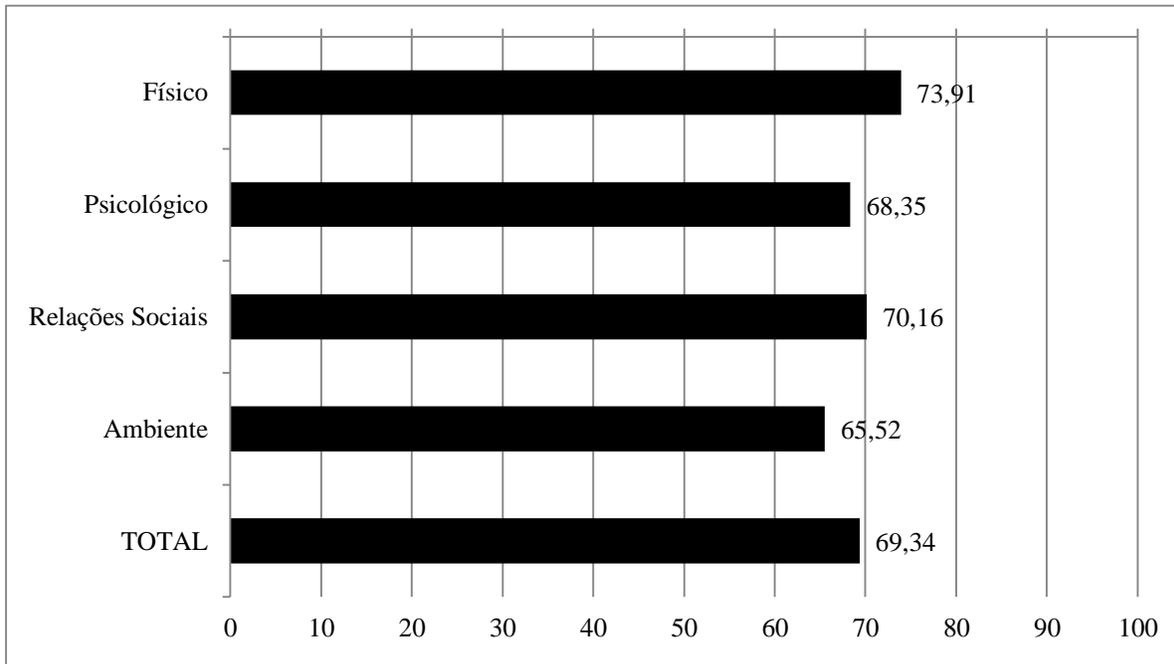
Em relação ao hábito de fumar, destaca-se o fato de que 62,9% das participantes nunca fumaram. No que se refere ao consumo de bebidas alcoólicas, apenas 6,45% da amostra foi classificada como apresentando algum grau de dependência.

Em relação a prática de AF, verificou-se a prevalência na condição suficientemente ativas com 78,52% das entrevistas. Quanto à variável de tempo sentado, as prevalências dos terços apresentaram uma distribuição similar.

4.4 INDICADORES DE QUALIDADE DE VIDA (WHOQOL-BREF)

A Figura 2 apresenta os resultados dos domínios analisados pelo WHOQOL-Bref.

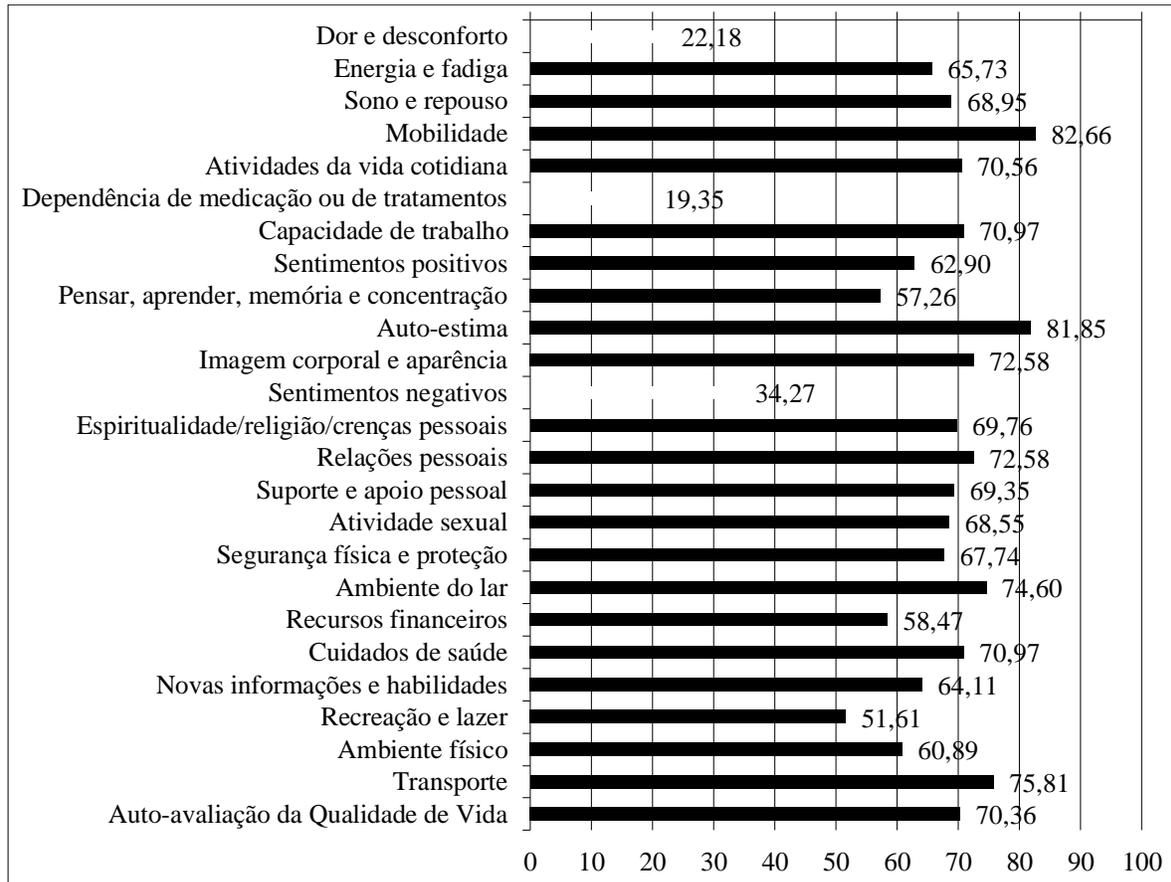
Figura 2 – Resultado dos Domínios analisados pelo WHOQOL-bref, 2017.



Em um índice geral, os parâmetros avaliados categorizados como Domínio Físico, Psicológico, Relações Sociais, Meio Ambiente e Geral indicaram que a maior satisfação das profissionais estava relacionada ao Domínio Físico sendo de 73,91%, e o menor o Domínio Ambiente com 65,52%, sendo que 69,34% delas estão satisfeitas com a sua Qualidade de Vida.

A Figura 3 apresenta o resultados das facetas avaliadas pelo instrumento WHOQOL-Bref de acordo com os Domínios.

Figura 3 – Resultado das facetas que compõem os Domínios do instrumento WHOQOL-bref, 2017.



Dentre os resultados apresentados na Figura 3, destaca-se que 82,66% das entrevistadas estavam satisfeitas com a sua mobilidade, 81,85% com a sua auto-estima e 75,81% com seu transporte. Por outro lado, apenas 19,35% delas estavam satisfeitas com a dependência de medicação ou de tratamentos, 22,18% com a dor e desconforto e 34,27% apresentaram sentimentos negativos.

4.4.1 FATORES ASSOCIADOS A QUALIDADE DE VIDA

Diferentes conjuntos de variáveis permaneceram associadas à Qualidade de Vida nos modelos finais (Tabela 4), ao considerar, em separado, os Domínios Físico (1), Psicológico (2), Relações Sociais (3), Meio Ambiente (4), Autoavaliação Da QV (5).

Tabela 4 - Fatores Associados a Qualidade de Vida, com respectivo intervalo de confiança (95%), segundo os Domínios do WHOQOL-Bref. Modelo final. São João do Triunfo – PR, 2017. (Continua)

Variável		Coef Bruta β	95% IC	Coef Ajustado β	95% IC	p<0,05
DOMÍNIO FÍSICO						
Prática de Atividade Física	Suficientemente ativo	1		1(*)		
	Insuficientemente ativo	-1,10	-2,15 - -0,04	-1,23	-2,00 - -0,46	0,041
Número de Filhos		0,34	-0,03 - 0,72	0,44	0,18 - 0,70	0,077
Doenças Autorreferidas		-0,54	-0,76 - -0,31	-0,40	-0,59 - -0,22	0,000
Saúde Autorreferida	Excelente	1		1(*)		
	Boa	-1,75	-2,89 - -0,61	-1,35	-2,21 - -0,48	0,003
	Regular	-3,07	-4,36 - -1,78	-2,88	-3,89 - -1,87	0,000
DOMÍNIO PSICOLÓGICO						
Estado Nutricional	Eutrófico	1		1(*)		
	Obeso	-1,09	-2,45 - 0,27	-1,30	-2,52 - -0,07	0,038
Saúde em Relação a Famíliares	Pior que o seu	1		1(*)		
	Melhor que o seu	-2,16	-3,49 - -0,83	-1,56	-2,92 - -0,21	0,024
Prática de Atividade Física	Suficientemente ativo	1		1(*)		
	Insuficientemente ativo	-1,77	-2,92 - -0,62	-1,40	-2,57 - -0,23	0,020
DOMÍNIO RELAÇÕES SOCIAIS						
Prática de Atividade Física	Suficientemente ativo	1		1(*)		
	Insuficientemente ativo	-1,85	-3,18 - -0,51	-1,63	-2,93 - -0,33	0,015
Saúde em Relação a Famíliares	Pior que o seu	1		1(*)		
	Igual ao seu	-1,48	-2,89 - -0,08	-1,67	-2,99 - -0,35	0,014
	Melhor que o seu	-3,85	-5,64 - -2,05	-3,70	-5,50 - -1,89	0,000
Total de Tempo Sentado		0,002	-0,001 - 0,006	0,005	,001 - 0,008	0,003
DOMÍNIO AUTO AVALIAÇÃO DA QV						
Idade		0,61	-0,001 - 0,12	0,10	0,04 - 0,17	0,001
Estado Marital	Vive com Companheiro	1		1(*)		
	Vive sem companheiro	-1,02	-2,43 - 0,39	-1,17	-2,27 - -0,07	0,038

Tabela 4 - Fatores Associados a Qualidade de Vida, com respectivo intervalo de confiança (95%), segundo os Domínios do WHOQOL-Bref. Modelo final. São João do Triunfo – PR, 2017. (Continuação)

Número de Filhos		0,33	-0,16 – 0,83	-1,02	-1,65 - -0,39	0,002
Estado Nutricional	Eutrófico	1		1(*)		
	Sobrepeso	1,48	0,24 – 2,71	1,45	0,54 – 2,36	0,002
Saúde em Relação a Familiares	Pior que o seu	1		1(*)		
	Igual ao seu	-2,02	-3,47 - -0,56	-1,90	-3,04 - -0,76	0,002
	Melhor que o seu	-3,25	-5,11 - -1,40	-2,24	-3,81 - -0,67	0,006
Nível Educacional	Ensino superior	1		1(*)		
	Sem formação específica	-0,27	-1,53 – 0,98	1,37	0,30 – 2,45	0,013
Renda		0,0000	-0,0000- 0,0002	0,0003	0,0001 – 0,005	0,001
Dependentes da Renda Individual		0,67	0,12 – 1,22	1,01	0,43 – 1,58	0,000
Doenças Autorreferidas		- 0,46	-0,77 - 0,14	-0,52	-0,78 - -0,25	0,000
Hábito de Fumar	Nunca fumou	1		1(*)		
	Fumante	-0,45	-2,44 – 1,53	2,13	0,63 – 3,64	0,006
Saúde Autorreferida	Excelente	1		1(*)		
	Boa	-0,92	-2,17 – 0,32	-1,11	-2,05 - -0,16	0,022
DOMÍNIO GERAL						
Dependente da Renda Individual		0,23	-0,11 – 0,57	0,42	0,06 – 0,77	0,021
Estado Marital	Vive com Companheiro	1		1(*)		
	Vive sem companheiro	-0,50	-1,37 – 0,36	-0,75	-1,43 - -0,07	0,030
Prática de Atividade Física	Suficientemente ativo	1		1(*)		
	Insuficientemente ativo	-1,30	-2,10 - -0,51	-1,00	-1,70 – 0,029	0,006
Saúde em Relação a Familiares	Pior que o seu	1		1(*)		
	Igual ao seu	-1,04	-1,89 - -0,18	-1,20	-1,91 – -0,49	0,001
	Melhor que o seu	-2,36	-3,45 - -1,27	-1,83	-2,81 – -0,85	0,000
Doenças Autorreferidas		-0,33	-0,52 - -0,14	-0,24	-0,39 - -0,09	0,002
Dependentes da Renda Conjunta da Família		-0,20	-0,54 – 0,13	-0,35	-0,67 - -0,04	0,026
Total de Tempo Sentado		0,0006	-0,001 – 0,003	0,003	0,001 – 0,005	0,003

No Domínio Físico permaneceram associadas as variáveis número de filhos, número de doenças, saúde autorreferida e prática de atividade física.

No Domínio Psicológico permaneceram associadas as variáveis estado nutricional, saúde autorreferida e prática de atividade física.

No Domínio das Relações Sociais permaneceram associadas as variáveis saúde autorreferida e prática de atividade física.

Para o Domínio Meio Ambiente nenhuma variável permaneceu associada no modelo final.

No Domínio da Autoavaliação da QV, destaca-se o maior número de variáveis associadas sendo estas: idade, estado marital, número de filhos, nível educacional, renda, dependentes da

renda individual, estado nutricional, saúde autorreferida, doenças autorreferidas, e hábito de fumar.

Ao Domínio Geral permaneceram associadas também múltiplas variáveis, sendo estas: estado marital, dependente de renda individual, dependentes da renda conjunta da família, saúde autorreferida, doenças autorreferidas, e prática de atividade física.

5 DISCUSSÃO

5.1 VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS, RELACIONADAS À SAÚDE E COMPORTAMENTAIS

Esta pesquisa, desenvolvida com mulheres profissionais que trabalham nas Unidades Básicas de Saúde em São João do Triunfo – PR, buscou avaliar, por meio do questionário WHOQOL-Bref, a Qualidade de Vida e sua relação com os fatores sociodemográficos, relacionados à saúde e comportamentais.

Os resultados apontaram que 69,35% das profissionais participantes estavam categorizadas nas faixas etárias inferiores (19-29; 30-39 anos), valor semelhante ao encontrado na pesquisa desenvolvida por Fernandes et al. (2010) em 27 municípios da Macrorregião de Saúde do Triângulo Sul em 2007, com enfermeiros das equipes de saúde da família, em que obteve-se a predominância da amostra na faixa etária entre 20-30 anos (72,1%), no sexo feminino (92,2%). Estes dados revelam se tratar de uma população trabalhadora ainda jovem. Tal característica pode ser explicada segundo dados do IBGE, quando em 2011, em todo o território nacional, 63,9% das mulheres ocupadas tinham entre 25 e 49 anos (IBGE, 2012).

Embora o presente estudo não tenha investigado os trabalhadores do sexo masculino das UBS de São João do Triunfo, o setor de Recursos Humanos da Secretaria de Saúde informou que apenas 18,60% do total de trabalhadores desta área no referido município e período são homens. Este fato pode ser explicado pela divisão do trabalho para homens e mulheres que existe em todos os setores. Historicamente e culturalmente foi naturalizado a prática do “cuidar” para o sexo feminino. Dessa maneira, existe uma concentração de profissionais mulheres no campo de trabalho da área da saúde, principalmente nos setores de enfermagem, higienização e nutrição, sendo também atividades menos valorizadas economicamente e caracterizadas pela precarização e flexibilização nas relações de trabalho (PASTORE et al., 2008).

A influência histórica e cultural no âmbito desse gênero se contextualiza na década de 1920 durante a Reforma Carlos Chagas, em que foi criada a primeira Escola de Enfermagem, exclusivamente para mulheres, devido à vinda de um grupo de enfermeiras norte-americanas para o controle da população mais pobre, por meio da educação sanitária, valorizando o cuidado técnico

e levando em conta o papel da mulher no lar ligado ao cuidado do outro (SANTOS; BARREIRA, 2008).

Em um estudo transversal conduzido em Pelotas (RS), Porto et al. (2013) trabalharam com uma amostra de 240 profissionais enfermeiros, no período de 2009-2010, no qual também prevaleceu o sexo feminino (69,9%) e a característica de não serem casados (55,4%). Resultado semelhante ao encontrado na pesquisa de Fernandes et al. (2010), sendo a prevalência para solteiros (57,8%). No presente estudo, apesar de aproximadamente 70% das entrevistadas possuírem idade inferior a 40 anos, uma parcela mais elevada (74,19%), em relação ao estado marital, declarou viver sem companheiro. Dessa maneira, a predominância das características de serem adultas, jovens e não casadas são compartilhadas por essas mulheres. Tais características podem estar relacionadas à maior receptividade do mercado de trabalho, por não possuírem outras grandes responsabilidades além do trabalho, como tarefas domésticas, marido e filhos, tendo mais tempo disponível ao serviço (PORTO et al., 2003).

Esses dados também podem incidir sobre o nível educacional das profissionais investigadas, na medida em que 37,1% delas possuíam 16 anos ou mais de escolaridade formal. Isso porque, diante do fato de possivelmente não possuírem outras responsabilidades além do trabalho, poderiam se dedicar mais à formação pessoal. Além disso, todas as profissionais investigadas em SJT eram contratadas por Concurso Público e regidas pelo Plano de Carreira vigente no Município. Este plano incentiva a qualificação profissional e o tempo de serviço por meio do aumento salarial, sendo que das profissionais que participaram da pesquisa, 43,55% trabalhavam há 11 anos ou mais na instituição.

A qualificação profissional entre as mulheres tem assumido grande importância no contexto do mercado de trabalho. Diante dos inúmeros avanços relatados até o momento na conquista pelos seus direitos, o aumento do nível educacional está entre eles. O IBGE (2012) constatou que o aumento da escolaridade feminina é visível em números, sendo o percentual de anos de estudo para elas são maiores em praticamente todos os agrupamentos de atividades, inclusive para a construção. Nesta atividade profissional, 28,6% das mulheres atuantes possuíam ensino superior na área e os homens apenas 4,7%, sendo esta uma atividade predominantemente ocupada pelo sexo masculino.

Nas variáveis relacionadas à saúde, destacaram-se as taxas de sobrepeso e obesidade totalizando em 58,06% da amostra. Maduro et al. (2017) encontraram diferentes resultados em sua pesquisa realizada com os servidores de um Hospital, na cidade de Petrolina-PE, em 2016, sendo

que os homens apresentaram maior prevalência na categoria “sobrepeso” e “obeso” (63,1%), do que as mulheres (45,8%). Essa característica também foi expressa na pesquisa realizada por Siqueira et al. (2015) realizada com trabalhadores de enfermagem em um hospital do Rio de Janeiro em 2006, sendo as maiores prevalências para a categoria no sexo masculino (54,3%) do que no sexo feminino (44,8%). Identifica-se a escassez nos estudos que avaliam o IMC em profissionais de saúde, além da diferença de critérios para avaliação do mesmo, sendo que o estudo de Siqueira et al. (2015) utilizou somente o peso e a altura referidos para a avaliação do IMC.

No presente estudo, 56,45% das mulheres avaliaram seu estado de saúde como bom, sendo esse valor próximo ao encontrado para o número de doenças referidas (50%), considerando que apenas 8,06% utilizavam 3 ou mais medicamentos. Schneider e Azambuja (2015), em estudo conduzido em Santa Cruz do Sul-RS, em 2012, com o objetivo de investigar a utilização de psicofármacos e os fatores associados ao uso com profissionais da saúde de um hospital, com amostra de 106 participantes, verificaram que 21,7% faziam uso de fármacos psicotrópicos. Observaram também que a maior prevalência foi entre os técnicos de enfermagem (22,8%), e com carga horária semanal de trabalho superior a 60 horas (50%), incluindo situações de mais de um vínculo empregatício e devido aos sintomas de depressão, ansiedade e insônia.

No estudo supracitado foi observado também a falta de conhecimento pelos entrevistados sobre os medicamentos e tratamentos de saúde. A adoção de diferentes critérios utilizados para a classificação do uso de medicamentos, principalmente em relação à categoria dos mesmos, pode ter sido responsável pela diferença das prevalências do uso de medicamentos, entre os estudos de Schneider e Azambuja (2015) (21,7%), e o presente estudo (8,06%). Porém, são informações relevantes que podem ser explicadas devido ao fácil acesso aos medicamentos dentro dos ambientes onde esses profissionais executam suas funções, como observado no contexto do estudo em SJT, ou seja, proximidade com os colegas de trabalho médicos e farmacêuticos, e manuseio das prescrições dos mesmos com os pacientes.

As características comportamentais evidenciaram que 62,9% das mulheres participantes desta pesquisa nunca fumaram e 93,55% não apresentaram dependência de álcool. Fato esse que difere com o encontrado em outras pesquisas com profissionais de saúde, como no estudo desenvolvido por Freire et al. (2015), de delineamento transversal, nas cidades de Pretolina-PE e Juazeiro-BA, em 2011, com amostra de 59 profissionais de saúde atuantes em UTIs clínicas adultos, no qual nenhum dos entrevistados fumava (0%), e 69,49% não apresentavam dependência de álcool.

No estudo de Schneider e Azambuja (2014), os autores identificaram que em relação ao uso de tabaco e de álcool, respectivamente, 96,2% e 67% dos profissionais pesquisados relataram não consumi-los. Resultado diferente foi encontrado no presente estudo em relação a essa categoria, na qual 37,1% das mulheres entrevistadas foram categorizadas em “Fuma ocasionalmente”, “Ex-fumantes” e “Fumantes”. Possivelmente essa característica pode ser explicada pelo cultivo de fumo na região de São João do Triunfo-PR, sendo esta a principal fonte de renda para muitas famílias, e o consumo socialmente aceito desde a infância/adolescência no município.

Em relação ao consumo de álcool, os estudos citados não utilizaram o mesmo instrumento para aferição da variável, sendo que nesta pesquisa o instrumento utilizado foi o AUDIT, recomendado pela WHO (2001). Outra diferença entre as pesquisas refere-se à delimitação de gênero das entrevistadas, pois nos outros estudos ambos os sexos foram investigados, aumentando assim a prevalência nas variáveis.

A variável atividade física recebeu destaque no presente estudo, sendo a condição suficientemente ativas (78,52%) expressiva nas participantes. Esse resultado foi semelhante ao encontrado na pesquisa realizada por Ferrari et al. (2014), em estudo quantitativo e transversal, realizado com 400 participantes entre 20 e 59 anos da região urbana da cidade de Florianópolis - SC em que os autores constataram que 76% das mulheres entre 46 e 59 anos são suficientemente ativas. Os resultados foram classificados conforme a idade e nível de atividade física, entretanto, não houve diferença significativa entre os grupos etários e o nível de atividade física.

Os dois estudos utilizaram o mesmo instrumento para aferição dos dados, IPAQ, porém não se tratavam da mesma população de estudo. Esses resultados diferem do encontrado em profissionais de saúde de ambos os sexos, em que 58,5% não praticavam atividade física com frequência (SCHNEIDER; AZAMBUJA, 2015).

O IBGE em parceria com o Ministério do Esporte divulgou os números atualizados a respeito da prática de atividade física no Brasil no ano de 2015, sendo que apenas 37,9% da população pratica algum esporte ou atividade física. No Sul do país essa porcentagem foi maior (40,8%), sendo observado maior prevalência no sexo masculino (53,9%) em relação ao feminino (46,1%) (IBGE, 2017).

Com o objetivo de investigar a prevalência de sedentarismo nos profissionais de saúde, Siqueira et al. (2009) entrevistaram 4.749 trabalhadores das 240 Unidades Básicas de Saúde (UBS) de 41 municípios no Sul e Nordeste, em 2005, e estes dados demonstraram índices abaixo dos

divulgados pelo IBGE, sendo que 26,4% das mulheres participantes foram classificadas como sedentárias.

Esses dados se assimilam aos apresentados pelo IBGE (2017), pelos quais é possível identificar que a região Sul apresenta maiores níveis de sedentarismo, sendo uma possível explicação as condições climáticas, aumentando a dificuldade para a prática da atividade física. Outro fato identificado pelos autores foi que as variáveis socioeconômicas foram relevantes para a determinação do desfecho (SIQUEIRA et al., 2009).

Tendo em vista as condições socioeconômicas presentes nessa pesquisa, a localização geográfica, a cultura do local, por ser um município de pequeno porte, e considerando que o instrumento de avaliação para atividade física (IPAQ) identifica as atividades domésticas e caminhadas a partir de 10 minutos, muitas participantes do presente estudo atribuíram a sua referência de atividade física ao tempo de deslocamento caminhando até o serviço ou até mesmo até as visitas domiciliares, quando no caso das Agentes Comunitárias de Saúde (ACS).

Essas características corroboram com as hipóteses de Hallal et al. (2003) de que é mais frequente na classe econômica mais baixa, as práticas de deslocamento ativo, serviços domésticos pesados e atividade física pesada no trabalho. Em relação ao nível econômico também pode estar associada à atividade profissional, sendo que os agentes comunitários de saúde são os profissionais mais ativos e os de menor remuneração no âmbito da atenção básica. Quando associada à classe econômica alta, a atividade física está relacionada ao lazer.

De ordem cultural, essa influência pode ser caracterizada pela prevalência da descendência Polonesa nessa população, e o fato de todas elas realizarem seus serviços domésticos. No Brasil, a região Sul apresenta o maior percentual de pessoas que realizam afazeres domésticos (86,5%), sendo expressiva a diferença dessa atividade entre os homens (71,9%) e mulheres (89,8%) (IBGE, 2017).

Torna-se oportuno salientar que as variáveis discutidas acima foram as que possuíram maior destaque em relação ao seu resultado, além de terem sido as principais encontradas em outros estudos para a discussão. Dessa maneira, se faz necessário novas investigações para a identificação das variáveis sociodemográficas, de saúde e comportamentais em profissionais de saúde e a padronização para aferir tais variáveis.

5.2 QUALIDADE DE VIDA

O instrumento WHOQOL não possui um “padrão ouro” para comparações, e não existe um limiar entre “normal” ou “disfuncional” como em exames clínicos, sendo este um desafio para a interpretação dos dados obtidos pelos escores, sendo uma estratégia muito utilizada a comparação com outros estudos pelos pesquisadores, afirma Cruz (2010).

Os resultados obtidos com o WHOQOL-bref indicam que as participantes do estudo estavam mais satisfeitas com o seu Domínio Físico (73,91%) e menos satisfeitas com o Domínio Ambiente (65,52%), e a Qualidade de Vida Geral esteve na média dos resultados encontrados (69,34%) (Figura 2). As principais facetas que contribuem com a satisfação no Domínio Físico corresponde a mobilidade (82,66%) e a pouca dependência de medicação ou de tratamentos (19,35%), e para o Domínio Meio Ambiente a principal insatisfação está relacionada a participação em, e oportunidade de recreação/lazer (51,61%) e recursos financeiros (58,47%) (Figura 3).

Tais resultados são passíveis de comparação com outros estudos. Com o objetivo de avaliar a Qualidade de Vida de técnicos de enfermagem de um hospital filantrópico no município de Dourados-MS, Maciel e Oliveira (2014) entrevistaram 73 funcionários, sendo a maioria mulheres (76,9%), permanecendo a satisfação com o Domínio Físico (73,8%) e insatisfação com o Domínio Ambiental (56,2%). A diferença nos valores no Domínio Meio Ambiente pode ser atribuído ao contexto de trabalho a que os participantes de cada estudo estão inseridos e suas funções, sendo que o presente estudo investigou profissionais que trabalham nas Unidades Básicas de Saúde e o estudo de Maciel e Oliveira (2014) investigou profissionais técnicos de enfermagem que trabalham em um Hospital Filantrópico, obtendo uma prevalência de insatisfação expressivamente menor.

Porém, em pesquisas realizadas com Profissionais vinculados à Estratégia Saúde da Família (ESF), apresentaram resultados similares ao presente estudo para o Domínio Meio Ambiente. No estudo de Marques et al. (2015) com o objetivo de investigar o contexto de trabalho e sua relação com a Qualidade de Vida, foram entrevistados 50 profissionais da equipe de enfermagem (enfermeiros e técnicos de enfermagem) vinculados à ESF em um município no interior de Minas Gerais em 2013-2014, permanecendo em destaque o Domínio Meio Ambiente, o mais afetado (61,37%).

O mesmo Domínio também foi classificado como de maior insatisfação pelos profissionais investigados por Gomes, Mendes e Fracoli (2016) que em sua pesquisa avaliaram a Qualidade de Vida de 98 profissionais atuantes na ESF do Município de Assis (SP), município localizado no interior do estado de São Paulo, com população de 100.204 mil habitantes e IDH de 0,805,

ocupando o 28º lugar entre as cidades de maior IDH do país no ano em que a pesquisa foi realizada (2015). Embora os autores também tenham utilizado o instrumento WHOQOL-Bref, não apresentaram os dados obtidos com a pesquisa como no presente estudo (Figura 1, 2 e 3), dificultando a comparação de prevalências.

Estudos realizados com ACS apontam para a similaridade entre os resultados. Para Ursine et al. (2010), os ACS são fundamentais para a consolidação do ESF nos municípios, por isso, investigaram as condições de trabalho e a Qualidade de Vida desses profissionais na região sul de Londrina – PR em 2009. Foram entrevistados 73 ACS, a maioria do sexo feminino (86,3%). Os resultados obtidos para os Domínios do WHOQOL-Bref apresentaram os escores mais elevados para o Domínio da Qualidade de Vida geral (76,7%), em seguida para Domínio Físico (74%), e por último o Meio Ambiente (58%). Os autores atribuem o elevado escore para o Domínio Físico ao fato de que os ACS contrariam a tendência crescente do sedentarismo na população, pois em sua rotina de trabalho é necessário aptidão e capacidade física para caminhar. Este fato também influencia no contexto do meio ambiente, sendo obtido um escore significativamente mais baixo, devido ao fato de que essas visitas domiciliares podem ser distantes e o acesso dificultado por barreiras geográficas.

Na pesquisa realizada com 334 ACS no município de Jequié – BA em 2011, os resultados também apresentaram a prevalência de insatisfação em relação ao Domínio Meio Ambiente (47,5%) (MASCARENHAS; PRADO; FERNANDES, 2013). Os autores atribuem esse resultado à variável local de trabalho, sendo estes profissionais mais comprometidos por trabalharem na zona urbana e acompanharem famílias que residem nas comunidades de periferia e locais considerados perigosos, a poluição do ar, água, som, tráfego intenso de veículos, etc, e descrevem que essas características não permeiam a atuação dos profissionais na zona rural.

No entanto, 70,5% da população de SJT residia na zona rural do município (IBGE, 2010), e o discurso das profissionais entrevistadas evidenciam as dificuldades encontradas para trabalharem, devido às condições climáticas que são expostas como chuva, frio e sol excessivos devido às condições geográficas, não tendo suporte de ambientes fechados para proteção diante desses fatores climáticos, além dos venenos das plantações e a poeira.

Esses resultados corroboram com aqueles encontrados por Mascarenhas, Prado e Boery (2013), que realizaram uma revisão sistemática de trabalhos científicos que abordaram a Qualidade de Vida em trabalhadores da área da saúde, referente ao período de 2000 a junho de 2010. Destaca-se que na maioria dos estudos encontrados, os Domínios Físico e das Relações

Sociais obtiveram os maiores escores e o Domínio Meio Ambiente foi o de maior insatisfação por profissionais de saúde, e em nenhum deles o Domínio Psicológico obteve maior escore entre os Domínios do WHOQOL-Bref. Dessa forma, os autores refletem sobre a importância de atitudes para a promoção de saúde e incentivo aos profissionais a viverem com mais qualidade. É importante compreender como essas facetas estão contribuindo para o declínio da avaliação por parte desses profissionais em relação a sua Qualidade de Vida.

A QV desses profissionais sofre influência do contexto de trabalho, como por exemplo, as inadequações das condições para o exercício profissional, o ritmo de trabalho acelerado, as exigências, pouca autonomia, a falta de controle sobre as atividades executadas e as relações socioprofissionais. Dessa maneira, o trabalho fica comprometido por esses fatores implicando na assistência à saúde dos usuários (MARQUES et al., 2015).

Profissionais de outras áreas também demonstraram insatisfação com o Domínio Meio Ambiente. A avaliação desse Domínio envolve a segurança física e a proteção, o ambiente do lar, os recursos financeiros, os cuidados de saúde e sociais, as oportunidades de adquirir novas informações e habilidades, e a participação em oportunidades de recreação e lazer (FLECK, 2000). Em uma indústria do setor madeireiro em Vitória da Conquista - BA, foram avaliados, em relação a sua Qualidade de Vida, 100 funcionários do gênero masculino de 11 empresas. O Domínio Meio Ambiente prevaleceu em relação a insatisfação desses indivíduos com a sua Qualidade de Vida (35,5%) (VIEIRA et al., 2013).

Essa característica também prevaleceu no estudo realizado por Costa et al. (2012) com 100 trabalhadores industriais no interior de São Paulo. Os autores diferenciaram os resultados obtidos pelo sexo masculino (58,35%) dos obtidos pelo sexo feminino (54,4%). A satisfação em relação à Qualidade de Vida desses profissionais esteve associada ao Domínio das Relações Sociais, e este também apresentou maior oscilação entre os resultados para o sexo masculino (76,32%) e para o sexo feminino (69,71%). Destaca-se o fato do sexo feminino ter obtido menores valores em todos os Domínios investigados.

Esse fato pode estar relacionado às inúmeras atividades exercidas pelas mulheres, sendo ela operária, esposa, mãe e dona de casa, simultaneamente. Diante da longa jornada de trabalho, além das outras responsabilidades atribuídas a elas, as quais podem causar cansaço excessivo, não sobrando tempo e motivação para os seus próprios cuidados e para as relações interpessoais, quando comparadas aos homens investigados. O tempo dedicado para opções de recreação e lazer,

cuidados com a sua saúde e outras atividades que demandam alteração em sua rotina atarefada acabam por não serem prioridades.

Em relação às variáveis que permaneceram associadas à Qualidade de Vida no presente estudo, a variável estado marital permaneceu associada ao Domínio Geral e Autoavaliação da QV, sendo que o fato de não possuir companheiro diminui a Qualidade de Vida nesses respectivos Domínios. Diferentes resultados foram encontrados em outras pesquisas. Nos estudos de Mascarenhas et al. (2013) o estado marital permaneceu associado ao Domínio Das Relações Sociais, da mesma forma como na pesquisa realizada por Almeida-Brasil (2017), que entrevistou 930 usuários adultos das UBS de Belo Horizonte – MG, no período de 2013-2014.

No estudo de Fernandes et al. (2010) além do Domínio das Relações Sociais, essa variável influenciou nos Domínios Psicológico, Meio Ambiente e Nível de Independência. Os autores relataram que ter um companheiro influencia no apoio social do indivíduo, pois o afeto gera sentimentos e pensamentos positivos, melhora a autoestima e os problemas da vida quando compartilhados com os parceiros, são muitas vezes melhores administrados.

A variável estado nutricional mostrou-se associada somente ao Domínio Psicológico das participantes, sendo este Domínio classificado como o segundo de maior insatisfação em relação à Qualidade de Vida (68,35%). Atualmente a valorização da beleza é evidente, e a preocupação com o corpo alvo de atenção. Porém, essas características não possuem associação com os hábitos alimentares adequados. As mulheres se preocupam com a sua alimentação, porém o motivo que as levam a essa conduta está mais relacionado à imagem corporal do que com a saúde (SANTOS, 2015).

O município de SJT constava apenas com uma Nutricionista, que atuava na Secretaria Municipal de Educação, dificultando o acesso a essa profissional, e conseqüentemente às orientações eficazes sobre uma alimentação equilibrada. Diante desse fato, devido à influência da mídia e dos padrões impostos culturalmente pela sociedade sobre o “corpo ideal”, são cada vez mais frequentes desordens psicológicas que desencadeiam em transtornos alimentares na população, em especial nas mulheres, que recorrem a estratégias imediatistas e insustentáveis para a perda de peso e muitas vezes não alcançam os resultados almejados, acarretando no efeito sanfona, na insatisfação, na baixa autoestima, e como identificado no presente estudo, na insatisfação em sua Qualidade de Vida relacionada ao Domínio Psicológico.

As variáveis relacionadas ao estado de saúde, como a saúde autorreferida e a comparada aos familiares da mesma idade, permaneceram associadas aos vários Domínios avaliados, trazendo

prejuízos na Qualidade de Vida relacionada aos Domínios Físico, Psicológico, Relações Sociais, Autoavaliação da QV e QV Geral.

Estes resultados apontam para possíveis comparações. A saúde autorreferida razoável ou ruim foi citada pelos autores Almeida e Brasil (2017) como sendo associada à piora de todos os Domínios do WHOQOL-bref, e a QV geral foi a mais prejudicada em seu estudo, pois representa a faceta “satisfação com a saúde”. Já nos ACS investigados por Mascarenhas et al. (2013) a associação negativa foi no comprometimento do Domínio Físico. Os autores expõem também a escassez de estudos que associam a satisfação com a saúde e os Domínios de Qualidade de Vida. Estudos envolvendo essas variáveis são relevantes, pois a presença de uma doença pode causar prejuízo na qualidade do serviço prestado, causando sentimento de culpa e impotência nos profissionais diante das suas atividades laborais (FERNANDES et al., 2010).

A percepção de saúde está relacionada ao processo dinâmico entre doença e saúde, refletindo a ligação estrutural entre o corpo e a sociedade. Esta pode ser afetada pelo fato de possuir alguma limitação ou dificuldade para realizar suas atividades cotidianas por determinado problema de saúde ou incapacitação (BRASIL, 2004).

Os hábitos e o estilo de vida também influenciam na diminuição da percepção da Qualidade de Vida (ALMEIDA; BRASIL, 2017). No presente estudo foi identificado que em relação ao hábito de fumar, quando comparado com indivíduos não fumantes, elas apresentam menores escores de QV, principalmente nos Domínios Psicológico e das Relações Sociais.

A relação do comprometimento dessa variável no Domínio Psicológico também foi obtida no estudo de Mascarenhas et al. (2013), uma vez que essa dependência além de prejudicar a Qualidade de Vida da população em geral, também agrava a sua saúde. Os autores ressaltam que as alterações nos aspectos psicológicos desencadeiam tensão, ansiedade e estresse, que também influenciam na satisfação da saúde desses indivíduos.

A variável que mais apresentou associação em relação aos Domínios da Qualidade de Vida nos Domínios Físico, Psicológico, Relações Sociais e Geral, foi o nível de atividade física. Os valores indicam que as profissionais entrevistadas nessa pesquisa, classificadas como insuficientemente ativas, possuem um declínio em sua Qualidade de Vida relacionada a esses Domínios. Siqueira et al. (2009) expõem que as pessoas muito ativas apresentavam melhores percepções nos Domínios da QV, exceto quanto ao Domínio das Relações Sociais, porém não foi significativa a diferença. Os autores concluem que fatores como sexo, idade e profissão não apresentam diferenças significativas na influência da atividade física na Qualidade de Vida, e que

ela está associada à melhora em todos os aspectos da vida dos indivíduos, sendo essa uma prática de lazer que restaura a saúde dos efeitos nocivos que a rotina estressante do trabalho proporciona aos trabalhadores investigados.

Na comparação entre os estudos, identificou-se que a atividade física influencia em muitos aspectos da Qualidade de Vida, e suas diferenças de resultados podem ser explicadas devido ao número da amostra, população de estudo, localização geográfica e também por esta pesquisa ser realizada exclusivamente com o gênero feminino.

Outros estudos apontam para a relação entre a melhora da Qualidade de Vida em sujeitos ativos. Acioli Neto et al. (2013), com o intuito de avaliar a Qualidade de Vida em profissionais de saúde que atuam em UTI's na região Metropolitana de Recife, em 2010, identificaram que os profissionais classificados como ativos apresentaram maiores escores de QV em função do nível de atividade física. Para os autores, a promoção de saúde e a prevenção de doenças para esses profissionais, melhora a qualidade do serviço prestado aos usuários. Esses profissionais utilizam do esforço físico em suas rotinas de trabalho, no deslocamento dos pacientes, com os cuidados de higiene pessoal, com o transporte dos equipamentos, com a transferência de paciente, com o banho no leito, etc, estando em constante movimento dentro do ambiente de trabalho. Para Acioli Neto et al. (2013) medidas simples como a própria avaliação do nível de AF e o acompanhamento para esses profissionais, auxiliam na diminuição do absenteísmo e previnem problemas futuros de saúde.

O estudo de Freire et al. (2015) obteve-se resultados semelhantes. Os indivíduos considerados ativos apresentaram maiores pontuações em todos os Domínios quando comparados aos inativos. Porém, o instrumento usado para avaliação da Qualidade de Vida nos estudos citados foi o questionário Medical Outcomes Study 36 (SF-36), diferente do utilizado na pesquisa em SJT, na qual foi adotado o instrumento WHOQOL-Bref, limitando assim a comparação direta entre eles. Esse fato evidencia a escassez de estudos envolvendo a associação da atividade física com a Qualidade de Vida em profissionais de saúde, sendo esta uma área fundamental para o desenvolvimento de pesquisas e ações para promover melhorias na vida desses profissionais.

O município de SJT possuía a oferta da academia da terceira idade, quadra de vôlei, uma academia somente para mulheres, que oferecia exercícios funcionais e aula de zumba, e uma academia de musculação, porém essas últimas duas eram privadas, o que influenciava na adesão às atividades. Embora houvesse à disposição de tais estruturas, as atividades físicas relatadas por elas eram o deslocamento caminhando até a sua casa, ou a casa de sua mãe. Durante essa

caminhada muitas vezes encontravam conhecidos e participavam de brincadeiras com os filhos, favorecendo assim a Qualidade de Vida das mesmas no que está relacionado à atividade física executada por elas.

A atividade física tem sido cada vez mais divulgada como fator de proteção para diversas doenças, e os seus benefícios são expostos pela mídia constantemente, sendo esta uma medida eficaz e de baixo custo para a melhoria das condições de vida das pessoas. Um dos benefícios está associado à presença de mais vigor e vontade para realizar suas atividades cotidianas e profissionais, desencadeando em um melhor nível cognitivo e menos cansaço (FREIRE et al., 2015).

É necessário que os profissionais de saúde mantenham hábitos de vida saudáveis, tendo em vista que em seu cotidiano exercem a função de estimuladores da prática de atividade física. Porém estudos relacionados a essa temática ainda são escassos na literatura, sendo estes importantes para subsidiar a criação de estratégias que estimulem os profissionais a mudarem seus comportamentos em relação a prática de atividade física, criando projetos de capacitação, orientação e prática de atividades físicas (SIQUEIRA et al., 2009).

Contudo, não é somente a saúde física que possui importância para o cuidado das trabalhadoras, mas também a saúde psicológica e emocional, sendo estas influenciadas tanto no âmbito familiar quanto no âmbito social, e repleta de subjetividade. Quando os indivíduos estão insatisfeitos com a sua Qualidade de Vida não é possível proteger os usuários atendidos, sendo que a qualidade dos profissionais de saúde se relaciona a qualidade dos meios para desenvolver o seu trabalho (GOMES; MENDES; FRACOLLI, 2016).

Dessa maneira, é necessário fortalecer os programas junto às instituições de trabalho que incentivam a promoção da saúde dos profissionais, contribuindo com a Qualidade de Vida. A criação de grupos para compartilhamento das vivências e dificuldades no trabalho, ginástica laboral e mecânica laboral no trabalho são estratégias que podem ser implementadas nesse âmbito (MACIEL; OLIVEIRA, 2014).

Não foi possível estabelecer relação entre as variáveis: tempo de trabalho na instituição, renda individual, renda conjunta, saúde em relação aos amigos, número de medicamentos, quantidade de cigarros e consumo abusivo de álcool com a QV.

No que se refere ao instrumento para avaliação da QV, deve-se levar em conta que o Brasil é marcado por diferenças regionais e culturais, tornando-se necessário o uso de instrumentos para avaliação da QV em versões brasileiras e validadas, e em específico no campo da saúde, o que

equiparia o país com as pesquisas internacionais e os avanços teóricos e metodológicos na área. Embora o instrumento WHOQOL-Bref seja recomendado para a avaliação da QV, ele pode apresentar tendências de distorção de respostas negando os traços e os comportamentos socialmente indesejáveis. Outro fator que corrobora com essa tendência é que a maioria dos estudos sobre QV foram realizados com idosos, populações específicas e algum perfil de saúde definido (ALMEIRA; BRASIL, 2017).

Para possibilitar a generalização dos resultados e fortalecer a consolidação desses conhecimentos é necessário o desenvolvimento de investigações envolvendo esta temática. Trata-se da necessidade de realizar mudanças promotoras do bem-estar geral e do trabalho. Apesar das variáveis permanecerem associadas ao desfecho QV no presente estudo, esse constructo não aborda a dimensionalidade subjetiva existente além do que foi considerado como fatores para satisfação da vida dos sujeitos.

Reppold, Serafini e Menda (2014) complementam que a QV inclui indicadores sociais e aspectos palpáveis da vida, envolvendo aspectos objetivos e subjetivos, porém Giacomoni (2004) destaca o campo do bem-estar subjetivo, que seria a análise subjetiva da Qualidade de Vida, ou seja, o que a pessoa pensa sobre tudo isso.

A Qualidade de Vida, diante disso, pode ser considerada como um guarda-chuva conceitual, e o bem-estar subjetivo como um dos seus indicadores, assim como apoio social, ajustamento, saúde física e padrão de vida (LENT, 2004). A relação entre esses constructos se torna tênue, por estarem inter-relacionados, no entanto a noção de bem-estar é democrática, atribuindo ao indivíduo a decidir o quanto a sua vida vale a pena diante da avaliação afetiva e cognitiva sobre a mesma (DIENER, 2000).

Dessa forma, avaliar por indicadores externos ao indivíduo e o seu bem-estar subjetivo não é possível, mesmo diante de indicadores que descrevem os avanços em políticas sociais que projetam a Qualidade de Vida nas comunidades e nações, sendo necessário considerar na avaliação desse constructo o modo como cada pessoa apoia-se em suas expectativas, valores, emoções e experiências prévias (SIQUEIRA; PADOVAM, 2008).

Os resultados alcançados com a pesquisa remetem à necessidade de continuidade das discussões acerca da avaliação subjetiva dessas profissionais, ou seja, seu bem-estar subjetivo, que complementaria o desenvolvimento de ações estratégicas para essa população.

O conhecimento desses fatores é essencial para auxiliar essas profissionais na tomada de decisões adequadas para o enfrentamento dos aspectos que comprometem a sua Qualidade de

Vida, ao desenvolvimento de ações e programas por parte dos gestores de São João do Triunfo – PR e também no desenvolvimento de políticas públicas para promoção de saúde as profissionais de saúde, levando em consideração as especificidades dessa população e as variáveis que influenciam na Qualidade de Vida.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O perfil sociodemográfico das participantes da pesquisa apontam a predominância de mulheres adultas, jovens e não casadas. Nas variáveis relacionadas à saúde, destacou-se as taxas de sobrepeso e obesidade, e as características comportamentais evidenciaram que a condição suficiente ativas da variável prática de atividade física foi expressiva nas participantes.

Os resultados desta pesquisa permitiram verificar que as variáveis que mais tiveram associação ao desfecho da QV foram as variáveis sociodemográficas e de saúde, e as que menos obteve associação foram as variáveis comportamentais.

Em síntese, os principais fatores que influenciam negativamente na QV das profissionais pesquisadas, estão inclusos a falta de oportunidade de recreação e lazer, falta de recursos financeiros, tabagismo e a condição de sobrepeso/obesidade. E fatores como a prática de atividade física, mobilidade e pouca dependência de medicação ou tratamentos, estiveram associados a melhor percepção da QV, sendo essencial o incentivo a tais condições.

Na pesquisa realizada em SJT não foi possível analisar as distintas profissões isoladamente devido à amostra reduzida, e a sua relação com a QV e as variáveis associadas ao desfecho, o que promoveria maiores aproximações para comparações com outros estudos. Não foi possível também o estabelecimento da direção causal das relações encontradas, em decorrência do seu delineamento transversal, que restringe a compreensão das relações preditoras, de influência ou causalidade entre as variáveis independentes e a dependente. Outra limitação da pesquisa foi a quantidade de itens do instrumento aplicados em uma pequena amostra, que restringe a análise de associações e aferição de indicadores psicométricos. Apesar disso, a literatura investigada enriqueceu a discussão dos resultados encontrados nos Domínios da Qualidade de Vida nas profissionais de SJT entrevistadas. Esses resultados apontam para a detecção de variáveis que estão prejudicando a Qualidade de Vida dessas trabalhadoras.

Para possibilitar a generalização dos resultados e fortalecer a consolidação desses conhecimentos é necessário o desenvolvimento de investigações envolvendo esta temática, aprimorando a metodologia utilizada, com um número de amostra maior que o do presente estudo, visando também a construção de estratégias específicas para determinadas profissionais de acordo com a rotina de trabalho que se diferenciam nos locais de atuação, e conforme tais resultados criar

um protocolo de intervenção com estratégias para promover a qualidade de vida nessa população em específico, facilitando a disseminação deste conteúdo e aplicação nos variados contextos.

REFERÊNCIAS

- ACIOLI NETO, A. et al. Qualidade de Vida e nível de atividade física de profissionais de saúde de unidades de terapia intensiva. **Rev. Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 18, n. 6, p. 711, 2013.
- ALMEIDA-BRASIL, C.C et al. Qualidade de Vida e características associadas: aplicação do WHOQOL-BREF no contexto da Atenção Primária à Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 1705-1716, 2017.
- ALMEIDA FILHO N; BARRETO ML. **Epidemiologia & Saúde**. Fundamentos, Métodos, Aplicações. Rio de Janeiro. Gen/Guanabara Koogan. 2012.
- ALVES, R. B. Vigilância em saúde do trabalhador e promoção da saúde: aproximações possíveis e desafios. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, n. 1, p. 319-22, 2003.
- AMORIM, P.R.S.; FARIA, F.R. Dispendio energético das atividades humanas e sua repercussão para a saúde. **Motricidade**, v. 8, n. 2, p. 295-302, 2012.
- AUQUIER, P ; SIMEONI, MC ; MENDIZABAL, H. Approches théoriques et méthodologiques de la qualité de vie liée à la santé. **Revue Prevenir**, v.33, p. 77-86, 1997.
- AZAMBUJA, E. P. et al. Significados do trabalho no processo de viver de trabalhadoras de um programa de saúde da família. **Texto Contexto Enferm**, v. 16, n. 1, p. 71-9, 2007.
- BARCAUI, A; LIMONGI-FRANCA, A.C. Estresse, Enfrentamento e Qualidade de Vida: Um Estudo Sobre Gerentes Brasileiros. **Rev. Adm. Contemp.**, Curitiba, v. 18, n. 5, p. 670-694, 2014.
- BENEDETTI, T. B.; MAZO, G. Z; BARROS, M.V.G. Aplicação do questionário internacional de atividades físicas para avaliação do nível de atividades físicas de mulheres idosas: validade concorrente e reprodutibilidade teste-reteste. **Revista Brasileira de Ciência e Movimento**, v. 12, n. 1, p. 25-34, 2004.
- BENEDETTI, T. R. B.; ANTUNES, P. C.; RODRIGUEZ-AÑES, C. R.; MAZO, G. Z.; PETROSKI, E. L. Reprodutibilidade e validade do Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ) em homens idosos. **Rev. Bras. Med. Esporte**, v. 13, n. 1, p. 11-16, 2007.
- BRACARENSE, C.F et al. Qualidade de Vida no trabalho: discurso dos profissionais da Estratégia Saúde da Família. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 542-548, 2015.
- BRASIL. **Conferência Nacional de Saúde, 8. Relatório final**. [S.I.: s.n.], 1986.
- _____. **Constituição (1988)**. Promulgada em 05 de outubro de 1988. Brasília, DF, Senado, 1988. Disponível em: <
https://www.senado.leg.br/atividade/const/con1988/CON1988_05.10.1988/ind.asp>. Acesso em: 10 Jun. 2018.

_____. **Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 10 Jun. 2018.

_____. Ministério da saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde. Instituto Nacional de Câncer (INCA). **Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis: Brasil, 15 capitais e Distrito Federal, 2002-2003.** Rio de Janeiro: INCA; 2004. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/inquerito22_06_parte1.pdf>. Acesso em: 10 Jun. 2018.

_____. Política Nacional de Assistência Social – PNAS/2004; **Norma Operacional Básica – NOB/Suas. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome – Secretaria Nacional de Assistência Social, 2005.** Disponível em: <http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/PNAS2004.pdf>. Acesso em: 10 Jun. 2018.

_____. Ministério do trabalho e emprego. **Portaria nº 485, de 11 de novembro de 2005.** Aprova a norma regulamentadora nº 32 (Segurança e saúde no trabalho em estabelecimentos de saúde). Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília(DF); 2005 nov. Disponível em: < http://www.trtsp.jus.br/geral/tribunal2/ORGaos/MTE/Portaria/P485_05.html>. Acesso em: 10 Jun. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não-transmissíveis: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência /** Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância à Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 72 p. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_recomendacoes_cuidado_doencas_cronicas.pdf>. Acesso em: 10 Jun. 2018.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Sistema Único de Saúde / Conselho Nacional de Secretários de. **Saúde. – Brasília: CONASS, 2011. 291 p.** (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011a, 1). ISBN: 978-85-89545-61-7. 1. SUS (BR). 2. Sistema Único de Saúde. I Título. NLM WA 525. Disponível em: < http://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/colecao2011/livro_1.pdf>. Acesso em: 10 Jun. 2018.

_____. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise e Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022.** Brasília: Ministério da Saúde; 2011b. (Série B. Textos básicos de saúde). Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf>. Acesso em: 10 Jun. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012.** Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 24 ago. 2012. Seção I, p. 46-51. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html >. Acesso em: 10 Jun. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Vigitel Brasil 2014: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: < http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/2015_vigitel.pdf >. Acesso em: 10 Jun. 2018.

_____. Ministério da Fazenda. **Anuário Estatístico da Previdência Social: AEPS 2016.** V. 24. Brasília: 2016a. Disponível em: < <http://www.previdencia.gov.br/wp-content/uploads/2015/08/AEPS-2015-FINAL.pdf> >. Acesso em: 10 Jun. 2018.

_____. Ministério do Trabalho. 1o Boletim **Quadrimestral sobre Benefícios por Incapacidade de 2017 sobre Adoecimento Mental e Trabalho:** a concessão de benefícios por incapacidade relacionados a transtornos mentais e comportamentais entre 2012 e 2016b. Brasília: Ministério do Trabalho. 2017. Disponível em: < <http://www.previdencia.gov.br/wp-content/uploads/2017/04/1%C2%BA-boletim-quadrimestral.pdf> >. Acesso em: 10 Jun. 2018.

BUSS, P.M. Promoção da saúde e Qualidade de Vida. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000.

CAMPOS, M. O; NETO, J. F.R. *Qualidade de Vida: instrumento para promoção de saúde.* **Rev.Saúde Pública [online]**, v.32, n.2, p. 232-240, 2008.

CAMPOS, I.C.M et al. Fatores Sociodemográficos e Ocupacionais Associados à Síndrome de Burnout em Profissionais de Enfermagem. **Psicol. Reflex. Crit.**, Porto Alegre, v. 28, n. 4, p. 764-771, 2015.

CARVALHO NETO, A.M; TANURE, B; ANDRADE, J. Executivas: carreira, maternidade, amores e preconceitos. **RAE electron.** São Paulo, v. 9, n. 1, p. 1-23, 2010.

CASTRO, J.; VALE, R.; CADER, S.; MOREIRA, M. H.; DANTAS E. Nível de atividades físicas em mulheres idosas freqüentadoras das agências de assistência à saúde do idosos residentes em Belém do Pará. **R. bras. Ci. e Mov.**, v. 18, n. 4, p. 39-44, 2010.

CASTRO, M.M.L.D; HOKERBERG, Y.H.M; PASSOS, S.R.L. Validade dimensional do instrumento de Qualidade de Vida WHOQOL-BREF aplicado a trabalhadores de saúde. **Cad. Saúde Pública [online]**, v. 29, n.7, p. 1357-136, 2013.

CECAGNO, D; GALLO, CMC; CECAGNO, S; SIQUEIRA, HCH. Qualidade de vida e o trabalho sob a ótica do enfermeiro. **Cogitare Enfermagem.** v. 7, n.2, p. 9-54, 2002.

COELHO, M.T.A.D; ALMEIDA FILHO, N. Conceitos de saúde em discursos contemporâneos de referência científica. **Hist. cienc. saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 315-333, 2002.

COSTA, C.S.N et al. Capacidade para o trabalho e Qualidade de Vida de trabalhadores industriais. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 6, p. 1635-1642, 2012.

CRAIG, C. et al. International Physical Questionnaire: 12-country reliability and validity. **Med. Sci. Sports Exercise**, v. 35, p. 1381-95, 2003.

CRUZ, LN. **Medidas de Qualidade de Vida e utilidade em uma amostra da população de Porto Alegre [tese]**. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2010.

CRUZ, J.M.A. **Qualidade de Vida no trabalho, ansiedade e depressão em profissionais da saúde que prestam assistência infantil em unidades hospitalares**. 2016. 84f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2016.

DEL DUCA, G. F.; SILVA, S. G.; THUME, E.; SANTOS, I. S.; HALLAL, P. C. Indicadores da institucionalização de idosos: estudo de **casos e controles**. **Rev Saúde Pública**, v. 46, n. 1, p. 147-53, 2012.

FAO & OPS. **Panorama da Segurança Alimentar e Nutricional na América Latina e no Caribe 2016**. Santiago de Chile, 2017.

FERNANDES, J.S et al. A relação dos aspectos profissionais na Qualidade de Vida dos enfermeiros das equipes Saúde da Família. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 2, p. 404-412, 2012.

FERNANDES, J.S et al. Qualidade de Vida dos enfermeiros das equipes de saúde da família: a relação das variáveis sociodemográficas. **Texto contexto – enferm**, Florianópolis, v. 19, n. 3, p. 434-442, 2010.

FERNANDES, P.F.S. **Determinantes da Qualidade de Vida em Mulheres com Incontinência Urinária**. 154p. Dissertação – Escola Superior de Saúde de Viseu. Coimbra. 2012.

FERRO, F.F. **Instrumentos para medir a Qualidade de Vida no trabalho e a ESF: uma revisão de literatura**. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Brumadinho, 92f. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família), 2012.

FERRARI, J.V.T et al. Prevalência De Atividade Física Em Mulheres. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 27, n. 4, p. 533-540, 2014.

FERREIRA, J.C; SANTOS, S.A.S; TOMÉ, M.F. Mulher e o mercado de trabalho: uma revisão sobre os percursos da mulher no mercado do trabalho. **Revistas Científicas Eletrônicas da FAEF**, Faculdade de Ensino Superior e Formação Integral -FAEF, Garça/SP, v. 20, n 20, p. 1-7, 2011.

FIGLIE, N. B.; PILLON, S. C.; DUNN, J.; LARANJEIRA, R. The frequency of smoking and problem drinking among general hospital inpatients in Brazil – using the AUDIT and Fagerstrom questionnaires. **Med. K**, São Paulo, v. 118, n. 5, p. 139-43, 2000.

FIOCRUZ ET AL. Saúde ocupacional x saúde do trabalhador. **Boletim Fonoaudiologia na Saúde do Trabalhador**, n. 6, p. 1-4, 2011.

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**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 2, p. 198-205, 1999.

FLECK MPA; LOUZADA S; XAVIER M; CHACHAMOVICH E; VIEIRA G; SANTOS L; PINZON V. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “WHOQOL-bref”. **Rev. Saúde Pública**, v. 34, n.2, p. 178-183, 2000.

LECK, M. P.A. O instrumento de avaliação de Qualidade de Vida da organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 33-38, 2000.

FLECK MPA, CHACHAMOVICHE E, TRENTINI CM. Projeto WHOQOL-OLD: método e resultados de grupos focais no Brasil. **Rev. Saúde Pública [online]**, v.37, n.6, p.793-799, 2003.

FLECK MPA, organizador. **A avaliação da Qualidade de Vida: guia para profissionais da saúde**. Porto Alegre: Artmed; 228p, 2008.

FOGACA, M.C; CARVALHO, W.B; NOGUEIRA-MARTINS, L.A. Estudo preliminar sobre a Qualidade de Vida de médicos e enfermeiros intensivistas pediátricos e neonatais. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 3, p. 708-712, 2010.

FRANCO, TB; MERHY, EE. Cartografias do Trabalho e Cuidado em Saúde. **Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva**, v. 6, n. 2, p. 151-163, 2012.

FREIRE, C.B et al. Qualidade de Vida e atividade física em profissionais de terapia intensiva do sub médio São Francisco. **Rev. Bras. Enferm., Brasília**, v. 68, n. 1, p. 26-31, 2015.

GEHRING JUNIOR, G et al. Absenteísmo-doença entre profissionais de enfermagem da rede básica do SUS Campinas. **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo, v. 10, n. 3, p. 401-409, 2007.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GOMES, MFP ; MENDES, ES ; FRACOLLI, LA. Qualidade de Vida dos profissionais que trabalham na estratégia saúde da família. **Rev Atenção Saúde**, v. 14, n. 49, p. 27-33, 2016.

GÓMEZ, C.; MINAYO. Avanços e entraves na implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador. **Rev. Bras. Saúde Ocup**; v. 38, p. 127, p. 21-25, 2013.

GONÇALVES, A.K.S et al. Impacto da atividade física na Qualidade de Vida de mulheres de meia idade: estudo de base populacional. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 12, p. 408-413, 2011.

HANSE, D. et al. Nível de atividade física e risco de quedas em idosos da comunidade. **Santa Maria**, v. 42, n.2, p. 157-166, 2016.

HASKELL, W. L, et al. Physical activity and public health: updated recommendation for adults from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. **Med Sci Sports Exerc.**, v. 39, n. 8, p. 1423-1434, 2007.

HALLAL PC, V CG; Wells JC, L; RC. Physical inactivity: prevalence and associated variables in Brazilian adults. **Med Sci Sports Exerc**, v. 35, n.11, p. 1894-1900, 2003.

HOGA, LAK; BORGES, ALV. **Pesquisa empírica em saúde: guia prático para iniciantes**. [S.l: s.n.], 2016. Disponível em: http://www.ee.usp.br/cartilhas/pesquisa_empirica_saude_2016.pdf Acesso em: 09 set. 2018.

IBGE. Censo, Universo – **Indicadores Sociais Municipais**. 2010. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pr/sao-joao-do-triunfo/pesquisa/23/25124?detalhes=true>. Acesso em: 25 mai. 2018.

IBGE. **Mulher no mercado de trabalho: perguntas e respostas**. 2012. Disponível em: < https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/indicadores/trabalhoerendimento/pme_nova/Mulher_Mercado_Trabalho_Perg_Resp_2012.pdf> Acesso em: 02 mar.2018.

IBGE. **Práticas de esporte e atividade física: 2015** / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. - Rio de Janeiro: IBGE, 2017. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv100364.pdf>, Acesso em: 02 mar.2018.

KENNEDY ET. The global face of nutrition: what can governments and industry do. **J Nutritional**; v. 135, n.16, p. 913-915, 2005.

KIMURA, M.; CARADINA, D. M. Desenvolvimento e validação de uma versão reduzida do instrumento para avaliação da Qualidade de Vida no Trabalho de enfermeiros em hospitais. **Revista da Escola De Enfermagem da USP**, v. 43, n. 5, p. 1044–1054, 2009.

KLEINBAUM, DG.; KUPPER, LL.; MULLER, KE.; NIZAM, A. **Applied regression analysis and other multivariable methods**. Washington; Duxbury Press: 1998.798p.

KLUTHCOVSKY, ACGC; TAKAYANAGUI, AMM. Qualidade de Vida - aspectos conceituais. **Rev. Salus**, Guarapuava – PR, v.1, n.1, p.13-25, 2007.

KRABBE, S.; VARGAS, A. C. Qualidade de Vida percebida por mulheres em diferentes tipos de exercício físico. **Revista Kairós Gerontologia**, v. 17, n. 2, p. 193-204, 2014.

LOHMAN, T. G. ROCHE, A. F.; MARTORELL, R. **Anthropometric standardization reference manual**. Champaign: Human Kinetics, 1988.

LOURENÇO, E. Â. DE S.; BERTANI, Í. F. Saúde do trabalhador no SUS: desafios e perspectivas frente à precarização do trabalho. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 32, n. 115, p. 121–134, 2007.

LUIJPEN, W. **Introdução a Fenomenologia Existencial**, São Paulo, EDUSP-E.P.U, 1973.

MACIEL, M.E.D; OLIVEIRA, F.N. Qualidade de Vida do profissional técnico de enfermagem: a realidade de um hospital filantrópico em Dourados-MS. **Rev. Psicol. Saúde**, Campo Grande, v. 6, n. 1, p. 83-89, 2014.

MASCARENHAS, C.H.M; PRADO, F.O; FERNANDES, M.H; BOERY, E.M; SENA, E.L.S. Qualidade de Vida em trabalhadores da área de saúde: uma revisão sistemática. **Revista espaço para a saúde**, v. 15, n. 2, p. 72-81, 2014.

MASCARENHAS, C.H.M; PRADO, F.O; FERNANDES, M.H; BOERY, E.M; SENA, E.L.S. Fatores associados à Qualidade de Vida de Agentes Comunitários de Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, p. 1375-1386, 2013.

MASUCHI, M. H.; ROCHA, E. F. Cuidar de pessoas com deficiência: um estudo junto a cuidadores assistidos pela estratégia da saúde da família. **Rev. Ter. Ocup.** Univ. São Paulo, v. 23, n. 1, p. 89-97, 2012.

MATSUDO, S. M. **Avaliação do Idoso: física e funcional**. Londrina: Midiograf, 2000.

MAZO, G. Z.; KULKAMP, W; WLADYMYR L.; BELLANI, V.; PRADO, A. P. M. Aptidão funcional geral e índice de massa corporal de idosas praticantes de atividade física. **Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano**, v. 8, n. 4, p. 46-51, 2006.

MAZZEU, FJC; DEMARCO, DJ; KALIL, L. **Mulher e Trabalho**. São Paulo: Unitrabalho-Fundação Interuniversitária de Estudos e Pesquisas sobre o Trabalho. Brasília – DF: Ministério da Educação. SECAD-Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade, (Coleção Cadernos de EJA); 64p, 2007.

MENDES, R.; DIAS, E.C. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. **Rev. Saúde. Públ. S. Paulo**, v. 25, n. 5, p. 341-349, 1991.

MENDONÇA CP; ANJOS LA. Aspectos das práticas alimentares e da atividade física como determinantes do crescimento do sobrepeso/obesidade no Brasil. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 698-709, 2004.

MENDONÇA-SASSI RA, BÉRIA JU. Prevalence of alcohol use disorders and associated factors: a population-based study using AUDIT in southern Brazil. *Addiction*, v. 98, n. 6, p. 799-804, 2003.

MICHEL, M. H. **Metodologia e pesquisa científica em ciências sociais: um guia prático para acompanhamento da disciplina e elaboração de trabalhos monográficos**. São Paulo: Atlas, 2005.

MINAYO, M.C.S; HARTZ, Z.M.A; BUSS, P.M. Qualidade de Vida e saúde: um debate necessário. **Ciência e Saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v.5, n.1, p. 7-18, 2000.

MONTEIRO, CA; CONDE, WL; POPKIN, BM. Burden of disease from undernutrition and overnutrition countries undergoing rapid nutrition transition: a view from Brazil. **Am J Public Health**, v. 94, n. 3, p. 433-444, 2004.

MORATOYA, E. E.; CARVALHAES, G. C.; WANDER, A. E. ALMEIDA, L.M de M. C. Mudanças no padrão de consumo alimentar no Brasil e no mundo. **Revista de Política Agrícola**, Brasília, DF, v. 22, n. 1, p. 72-84, 2013.

MORETTI, G.S; MOREIRA, K.A; PEREIRA, S.R. Qualidade de Vida dos cuidadores de crianças com paralisia cerebral da Amazônia Sul ocidental. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 25, n. 1, p. 30-36, 2012.

NASCIMENTO JÚNIOR, B. J.; et al. *Avaliação do conhecimento e percepção dos profissionais da estratégia de saúde da família sobre o uso de plantas medicinais e fitoterapia em Petrolina-PE, Brasil*. **Rev. Bras. Pl. Med.**, v.18, n.1, p.57-66, 2016.

NOVELLI, MMPC. **Validação da escala de Qualidade de Vida para pacientes com doença de Alzheimer e seus respectivos cuidadores/familiares [tese]**. São Paulo: USP/Programa de Pós-Graduação em Ciências; 2006.

OBSERVATÓRIO DIGITAL DE SAÚDE E SEGURANÇA NO TRABALHO – **Smartlab de Trabalho Decente MPT** - OIT. 2017. Disponível em: endereço <<http://observatoriosst.mpt.mp.br>>, Acesso em: 06 Jun. 2018.

OMRAN AR. **The epidemiology transition in the Americas**. PAHO, Washington: The University of Maryland; 188p, 1996.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO)** - 1946. Disponível em: <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>>, Acesso em: 10 Jun. 2018.

_____. **Mulheres e saúde: evidências de hoje, agenda de amanhã, 2011**. Disponível em: endereço < http://www.who.int/eportuguese/publications/Mulheres_Saude.pdf>, Acesso em: 10 Jun. 2018.

_____. [WORLD HEALTH ORGANIZATION] [WHO]. **Obesity: preventing and managing the global epidemic**. WHO/NUT/NCD 98.1, Geneva: World Health Organization, 1996. Disponível em: endereço <http://www.who.int/nutrition/publications/obesity/WHO_TRS_894/en/>, Acesso em: 10 Jun. 2018.

PAIM, J. S. **Políticas de descentralização e atenção primária à saúde**. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. *Epidemiologia & Saúde*. 5.ed. Rio de Janeiro: MEDSI. p.489-503, 1999.

PASTORE, E.; ROSA, L. D.; HOEMEM, I. D. Relações de gênero e poder entre trabalhadores da área da saúde. **Fazendo Gênero**, v.8, p. 1-7, 2008.

PEDROSO, B.; PILATTI, L. A. Avaliação de indicadores da área da saúde: a Qualidade de Vida e suas variantes. **Revista eletrônica FAFIT/FACIC**, v. 01, n. 01, p. 1-9, 2010.

PEREIRA, E.F; TEIXEIRA, C.S; LOPES, A.S. Qualidade de Vida de professores de educação básica do município de Florianópolis, SC, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 7, p. 1963-1970, 2013.

PEREIRA MG. **Epidemiologia Teoria e Prática**. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2008.

PODESTÁ, MHMC; SOUZA, WA; VILAS BOAS, OMGC; MARTINS, AD; BRAZ, CL; FERREIRA EB. Qualidade de Vida dos usuários da Atenção Primária à Saúde: perfil e fatores que interferem. **RUVRD**, v. 11, n. 2, p. 316-326, 2013.

POLISSENI, M.L.C; RIBEIRO, L.C. Exercício físico como fator de proteção para a saúde em servidores públicos. **Rev Bras Med Esporte**, São Paulo, v. 20, n. 5, p. 340-344, 2014.

POPKIN, BM; GORDON-LARSEN, P. The nutrition transition: worldwide obesity dynamics and their determinants. **Int J Obesity**, v. 28, p. 02-09, 2004.

PORTO, AR. et al. Autoavaliação de saúde e doenças crônicas entre enfermeiros de Pelotas/RS. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**. v. 15, n. 3, p. 763-771, 2013.

REPPOLD, C. T.; SERAFINI, A. J.; MENDA, S. C. In Claudio. S. Hutz. (Org.). **Avaliação em Psicologia Positiva**. Porto Alegre: Artmed. P. 121-146, 2014.

SADIR, M. A.; BIGNOTTO, M. M.; & LIPP, M. E. N. Stress e Qualidade de Vida: Influência de algumas variáveis pessoais. **Paidéia (Ribeirão Preto)**, v. 20, n. 45, p. 73- 81, 2010.

SAMPAIO, J. DOS R. Qualidade de Vida no trabalho: perspectivas e desafios atuais. **Revista de Psicologia: Organizações e Trabalho**, v. 12, n. 1, p. 121–136, 2012.

SANTANA, LL. et al. Cargas e desgastes de trabalho vivenciados entre trabalhadores de saúde em um hospital de ensino. *Ver. Gaúcha Enferm.* v. 34, n. 1, p. 64-70, 2013.

SANTANA, V. S. et al. Qualidade de Vida dos profissionais de saúde em ambiente hospitalar. **Revista Pesquisa em Fisioterapia**, v. 4, n. 1, p. 35–46, 2014.

SANTOS, IER. **Estresse ocupacional em agentes comunitários de saúde da cidade de Aracaju-Sergipe** [dissertação]. Aracaju: Universidade Tiradentes; 2011.

SANTOS, TCF; BARREIRA, IA. A mulher e a enfermeira na nova ordem social do Estado Novo. **Texto & contexto enferm**, v.17, n.3, p. 587-593, 2008.

SANTOS, HJX. **Relação entre aspectos nutricionais e qualidade e de vida percebida em docentes universitários.** / Hugo José Xavier Santos; orientação [de] Prof^ª. Dr^ª Bettina Steren dos Santos. – Porto Alegre-RS: PUCRS, 2016.

SANTOS, K.; WOICOLESCO, T. Os blogs e o discurso sobre corpo feminino: a construção de uma imagem da/na contemporaneidade. **Voos Revista Polidisciplinar Eletrônica da Faculdade Guairacá**, v. 5, n.1, p. 17-32, 2014.

SCHIEDT, Isabela Vinharski. **Atividade física e atividades diárias de grupos de idosos de Irati – PR, 2016.** Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento Comunitário) – Universidade Estadual do Centro-Oeste – UNICENTRO, Irati – PR, 2017.

SCHERER, MDA; MARINO, SRA; RAMOS, FRS. Rupturas e resoluções no modelo de atenção à saúde: reflexões sobre a estratégia saúde da família com base nas categorias kuhnianas. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, v. 9, n. 16, p.53-66, 2005.

SCHMIDT, Maria Inês et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. **THE LANCET**, London, p 61-74, 2011.

SCHNEIDER, APH; AZAMBUJA, PG. Uso de fármacos psicotrópicos por profissionais da saúde atuantes da área hospitalar. **Infarma**, v. 27, n.1, p. 14-21, 2015.

SEIDL, E.M.F.; ZANNON, C.M.L.C. Qualidade de Vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cad Saúde Pública**, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 508-518, 2004.

SILVA, RS; SILVA, I; SILVA, RA; SOUZA, L; TOMASI, E. Atividade física e Qualidade de Vida. **Rev. Ciên Saúde Coletiva**, v.15, n.1, p. 115-120, 2010.

SIQUEIRA, FCV; NAHAS, MV; FACCHINI, LA; PICCINI, RX; TOMASI, E; THUMÉ E, et al. Atividade física em profissionais de saúde do Sul e Nordeste do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 25, n.9, p. 1917-1928, 2009.

SIQUEIRA, M.M.M; PADOVAM, V.A.R. Bases teóricas de bem-estar subjetivo, bem-estar psicológico e bem-estar no trabalho. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília, v. 24, n. 2, p. 201-209, 2008.

SIQUEIRA, K et al. Inter-relações entre o estado nutricional, fatores sociodemográficos, características de trabalho e da saúde em trabalhadores de enfermagem. **Ciênc. saúde coletiva [online]**. v. 20, n. 6, p.1925-1935, 2015.

SOUZA, M. A. DE; STANCATO, K. Avaliação da Qualidade de Vida dos profissionais de saúde do Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Campinas. **Revista de Enfermagem UFPE**, v. 5, n. 4, p. 886–895, 2011.

SUZUKI, C.S. **Padrão de atividade física, comportamento sedentário e fatores associados na população adulta de Ribeirão Preto, SP – 2006 – Projeto OBEDIARP.** 104 2006. 125f. Tese (Doutorado Enfermagem em Saúde Pública) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, USP, Ribeirão Preto, 2010.

SUZUKI, C.S; MORAES, S.A; FREITAS, I.C.M. Atividade física e fatores associados em adultos residentes em Ribeirão Preto, SP. **Rev. Saúde Pública, São Paulo**, v. 45, n. 2, p. 311-320, 2011.

URSINE, B.L; TRELHA, C.S; NUNES, E.F.P.A. O Agente Comunitário de Saúde na Estratégia de Saúde da Família: uma investigação das condições de trabalho e da Qualidade de Vida. **Rev. Bras. Saúde Ocup.**, São Paulo, v. 35, n. 122, p. 327-339, 2010.

VIEIRA, G.C; CERQUEIRA, P.H.A; FREITAS, L.C. Qualidade de Vida dos profissionais do setor madeireiro de Vitória da Conquista-BA. **Floresta Ambient., Seropédica**, v. 20, n. 2, p. 231-237, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Carta de Ottawa, pp. 11-18, 1986.** In Ministério da Saúde/FIOCRUZ. Promoção da Saúde: Cartas de Ottawa, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá. Ministério da Saúde/IEC, Brasília. Disponível em: endereço <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf>, Acesso em: 10 Jun. 2018.

_____. **Summary: surveillance of risk factors for noncommunicable diseases.** The WHO STEP wise approach. Geneva: WHO; 2001. Disponível em: <http://www.who.int/ncd_surveillance/media/en/269.pdf>, Acesso em: 10 Jun. 2018.

_____. **Diet, nutrition and prevention of chronic diseases.** Report FAO/WHO Expert Consultation. Geneva: WHO; 2003. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42665/WHO_TRS_916.pdf?sequence=1>, Acesso em: 10 Jun. 2018.

_____. **Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic.** Report of a WHO Consultation. Geneva; 2004. WHO Technical Report Series no. 894. Disponível em: <http://www.who.int/nutrition/publications/obesity/WHO_TRS_894/en/>, Acesso em: 10 Jun. 2018.

_____. **Global Nutrition Targets 2025: policy brief series.** Geneva: WHO; 2014. Disponível em: <http://www.who.int/nutrition/publications/globaltargets2025_policybrief_overview/en/>, Acesso em: 10 Jun. 2018.

ANEXOS

**ANEXO 1 – ROTEIRO DE AVALIAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICO E DE
COMPORTAMENTOS RELACIONADO À SAÚDE**

Questionário: _____ Data da entrevista: ____/____/____

INFORMAÇÕES PESSOAIS

1.	Em que dia, mês e ano o(a) Sr(a) nasceu?	____/____/____
2.	Qual seu sexo?	Masculino.....0 () Feminino.....1 ()
3.	Estado Marital	Vive com companheiro 1 () Vive sem companheiro 0 ()
4.	Número de Filhos	_____
5.	A quanto tempo o (a) Sr (a) está inserido no Projeto/Instituição?	Meses _____ Anos _____
6.	Profissão que exerce na Instituição	_____
7.	O(a) Sr(a) foi à escola?	Não.....1 () Sim.....0 ()
8.	Quantos anos COMPLETOS de estudo o(a) Sr(a) tem? Por favor, diga-me quantos anos estudo e desconte os anos que repetiu ou parou de estudar. Entrevistador(a): Se o tempo for interior a 1 ano anote 00.	Anos de escolaridade.....() NS/NR.....()
9.	No total, quanto o(a) Sr(a) ganha por seu trabalho principal e por outros que realiza? Entrevistador(a): o mês de referência é o mês anterior o da entrevista.	Renda: _____
10.	Quantas pessoas dependem dos seus ganhos? Entrevistador(a): inclua a pessoa entrevista no total de pessoas que dependem dessa renda.	Número de pessoas: _____

11. No total, qual é a renda conjunta da sua família? Entrevistador(a): o mês de referência é o mês anterior o da entrevista.	Renda: _____, _____
12. No total, quantas pessoas que moram nesta residência dependem dessa renda conjunta?	Número de pessoas:.....

ESTADO DE SAÚDE

Como o(a) sr(a) considera seu estado de saúde hoje? Entrevistador(a): leia todas as observações até obter uma única resposta.	Excelente.....0 () Bom.....1 () Regular.....2 () Péssimo.....3 ()
Como o(a) sr(a) considera o estado de saúde de seus amigos(as) de sua idade? Entrevistador(a): leia todas as observações até obter uma única resposta.	Melhor que o seu.....1 () Igual ao seu.....2 () Pior que o seu.....3 ()
Como o(a) sr(a) considera o estado de saúde de sua família? Entrevistador(a): leia todas as observações até obter uma única resposta.	Melhor que o seu.....1 () Igual ao seu.....2 () Pior que o seu.....3 ()

Agora vou ler uma lista de doenças ou problemas de saúde (queixas) e gostaria de saber se alguma vez o MÉDICO falou que o (a) Sr(a) tem ou teve:

Artrite, reumatismo ou artrose	Não.....0 () Sim.....1 ()
Bronquite	Não.....0 () Sim.....1 ()
Asma	Não.....0 () Sim.....1 ()
Prisão de ventre	Não.....0 () Sim.....1 ()
Catarata	Não.....0 () Sim.....1 ()
Problemas de coluna	Não.....0 () Sim.....1 ()
Perda de peso	Não.....0 () Sim.....1 ()
Úlcera do estômago	Não.....0 () Sim.....1 ()
Má circulação	Não.....0 () Sim.....1 ()
Câncer ou tumor	Não.....0 ()

	Sim.....1 ()
Excesso de peso/obesidade	Não.....0 () Sim.....1 ()
Sífilis	Não.....0 () Sim.....1 ()
Tuberculose	Não.....0 () Sim.....1 ()
Lupus eritematoso sistêmico	Não.....0 () Sim.....1 ()
AIDS	Não.....0 () Sim.....1 ()
Outra doença infecciosa	Não.....0 () Sim.....1 () (Especifique)
Derrame cerebral (AVC)	Não.....0 () Sim.....1 ()
Infarto	Não.....0 () Sim.....1 ()
Diabetes	Não.....0 () Sim.....1 ()

MEDICAMENTOS

Agora, eu gostaria de anotar os remédios que o(a) sr(a) está tomando ou usando NOS ÚLTIMOS 15 DIAS.

Não toma remédios.....() (Encerre esta parte da entrevista)
Sim.....() (Vá para 2)

Lista de medicamentos: Nome dos medicamentos que está usando ou tomando:	Quem receitou? Médico.....1 Farmacêutico.....2 Enfermeira.....3 O próprio.....4 Outro.....5	Tempo de uso: Há quanto tempo o sr(a) usa ou toma esse medicamento?	Como adquiriu? Como adquiriu esse medicamento? Comprou.....1 Pegou gratuitamente nos pontos de distribuição.....2 Outro.....3
1-	()	Meses _____ Anos _____	()
2-	()	Meses _____ Anos _____	()
3-	()	Meses _____ Anos _____	()
4-	()	Meses _____ Anos _____	()
5-	()	Meses _____ Anos _____	()

HÁBITOS DE VIDA

<p>O(a) Sr(a) tem ou teve o hábito de fumar?</p> <p>Entrevistador(a): Para a opção 3 – “Fuma ocasionalmente”, considere somente aqueles que referirem o hábito de fumar de forma esporádica, isto é, até 1 cigarro por mês.</p>	<p>Sim, fuma.....3 () (Vá para 2)</p> <p>Já fumou, mas não fuma mais..1 () (Vá para 4)</p> <p>Nunca fumou.....0 () (Vá para 1)</p> <p>Fuma ocasionalmente.....2 () (Vá para 3)</p>
<p>Em média, quantos cigarros, charutos ou cachimbos o (a) Sr(a) fuma por dia?</p> <p>Definição: maço= 20 cigarros; para cachimbo – número de vezes que é acendido.</p>	<p>Cigarros _____ por dia</p> <p>Charutos _____ por dia</p> <p>Cachimbos _____ por dia</p>
<p>Em média, há quanto tempo o(a) sr(a) fuma? Por favor, considere o tempo efetivo de fumo, excluindo o tempo em que interrompeu o hábito.</p>	<p>_____ Anos</p> <p>_____ Meses (Vá para 1/Bebida)</p>
<p>Em média, quantos cigarros, charutos ou cachimbos o (a) Sr(a) fumava por dia?</p> <p>Definição: maço= 20 cigarros; para cachimbo – número de vezes que é acendido.</p> <p>SOMENTE SE PAROU DE FUMAR.</p>	<p>Cigarros _____ por dia</p> <p>Charutos _____ por dia</p> <p>Cachimbos _____ por dia</p>
<p>Em média, por quanto tempo o (a) sr(a) fumou? Por favor, considere tempo efetivo de fumo, excluindo o tempo em que interrompeu o hábito.</p> <p>SOMENTE SE PAROU DE FUMAR.</p>	<p>_____ Anos</p> <p>_____ Meses</p>

Agora vou fazer algumas perguntas sobre o consumo de bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, vodka, cachaça, etc). Gostaria que o(a) Sr(a) respondesse pensando no seu consumo no ÚLTIMO ANO.

CONSUMO DE BEBIDAS ALCÓOLICAS (NO ÚLTIMO ANO)

<p>NO ÚLTIMO ANO, com que frequência o (a) Sr (a) consumiu algum tipo de bebida alcoólica?</p> <p>Entrevistador(a): leia todas as opções até obter uma única resposta.</p>	<p>Nunca.....0 () (Vá p/ 9)</p> <p>Uma vez ou menos por mês.....1 ()</p> <p>De dois a quatro vezes por mês.....2 ()</p> <p>De duas a três vezes por semana....3 ()</p> <p>Quatro ou mais vezes por semana..4 ()</p>
<p>NO ÚLTIMO ANO, quantas doses de bebida alcóolica o (a) Sr (a) tomou, em um dia de consumo normal?</p> <p>Entrevistador(a): leia todas as opções até obter uma única resposta.</p>	<p>Uma ou duas.....0 ()</p> <p>Três ou quatro.....1 ()</p> <p>Cinco ou seis.....2 ()</p> <p>Sete, oito ou nove.....3 ()</p> <p>Dez ou mais.....4 ()</p>
<p>NO ÚLTIMO ANO, com que frequência o(a) sr(a) toma seis ou mais doses de bebida alcoólica em um único dia?</p> <p>Entrevistador(a): leia todas as opções até obter uma única resposta.</p>	<p>Nunca.....0 ()</p> <p>Menos de uma vez por mês;.....1 ()</p> <p>Mensalmente.....2 ()</p> <p>Semanalmente.....3 ()</p> <p>Diariamente ou quase diariamente.....4 ()</p>

Obs.: Entrevistador(a): se a resposta da pessoa entrevistada para a pergunta 2 for “0” (1 ou 2 doses) e para a pergunta 3 for “0” (nunca) vá para as perguntas 09 e 10, caso contrário, siga com a pergunta 4.

<p>NO ÚLTIMO ANO, com que frequência o(a) sr(a) não conseguiu realizar suas atividades por que havia bebido?</p> <p>Entrevistador(a): leia todas as opções até obter uma única resposta.</p>	<p>Nunca.....0 ()</p> <p>Menos de uma vez por mês;.....1 ()</p> <p>Mensalmente.....2 ()</p> <p>Semanalmente.....3 ()</p> <p>Diariamente ou quase diariamente.....4 ()</p>
<p>NO ÚLTIMO ANO, com que frequência o(a) sr(a) precisou beber em jejum para se recuperar depois de ter bebido muito no dia anterior?</p> <p>Entrevistador(a): leia todas as opções até obter uma única resposta.</p>	<p>Nunca.....0 ()</p> <p>Menos de uma vez por mês;.....1 ()</p> <p>Mensalmente.....2 ()</p> <p>Semanalmente.....3 ()</p> <p>Diariamente ou quase diariamente.....4 ()</p>
<p>NO ÚLTIMO ANO, com que frequência o(a) sr(a) sentiu arrependimento (remorso) ou sentimento de culpa depois de ter bebido?</p> <p>Entrevistador(a): leia todas as opções até obter uma única resposta.</p>	<p>Nunca.....0 ()</p> <p>Menos de uma vez por mês;.....1 ()</p> <p>Mensalmente.....2 ()</p> <p>Semanalmente.....3 ()</p> <p>Diariamente ou quase diariamente.....4 ()</p>

<p>NO ÚLTIMO ANO, com que frequência o(a) sr(a) não foi capaz de se lembrar o que tinha acontecido no dia ou na noite anterior porque estava bebendo?</p> <p>Entrevistador(a): leia todas as opções até obter uma única resposta.</p>	<p>Nunca.....0 () Menos de uma vez por mês;.....1 () Mensalmente.....2 () Semanalmente.....3 () Diariamente ou quase diariamente.....4 ()</p>
<p>O(a) sr(a) ou alguma outra pessoa ficou aborrecido, ofendido ou incomodado porque o (a) sr(a) havia bebido?</p> <p>Entrevistador(a): leia todas as opções até obter uma única resposta.</p>	<p>Não.....0 () Sim, mas não no último ano.....1 () Sim, aconteceu no último ano.....2 ()</p>
<p>Algum familiar, amigo, médico ou profissional de saúde tem demonstrado preocupação por seu consumo de bebidas alcoólicas ou sugeriram que o (a) sr(a) parasse de beber?</p> <p>Entrevistador(a): leia todas as opções até obter uma única resposta.</p>	<p>Não.....0 () Sim, mas não no último ano.....1 () Sim, aconteceu no último ano.....2 ()</p>
<p>Excluindo o último ano, o(a) sr(a) alguma vez consumiu bebidas alcóolicas? SOMENTE SE PAROU DE BEBER.</p>	<p>Não.....0 (Vá para AF) Sim.....1</p>
<p>Em média, durante quanto tempo o(a) sr(a) bebeu? Por favor, considere o tempo de consumo de bebidas alcoólicas, excluindo as interrupções. SOMENTE SE PAROU DE BEBER.</p>	<p>_____ Anos. _____ Meses.</p>

QUESTIONÁRIO INTERNACIONAL DE ATIVIDADE FÍSICA (IPAQ) – VERSÃO CURTA

Nós estamos interessados em saber que tipos de atividade física as pessoas fazem como parte do seu dia a dia. Este projeto faz parte de um grande estudo que está sendo feito em diferentes países ao redor do mundo. Suas respostas nos ajudarão a entender que tão ativos nós somos em relação à pessoas de outros países. As perguntas estão relacionadas ao tempo que você gasta fazendo atividade física na ÚLTIMA semana. As perguntas incluem as atividades que você faz no trabalho, para ir de um lugar a outro, por lazer, por esporte, por exercício ou como parte das suas atividades em casa ou no jardim. Suas respostas são MUITO importantes. Por favor responda cada questão mesmo que considere que não seja ativo.

Para responder as questões lembre-se que:

- Atividades físicas VIGOROSAS são aquelas que precisam de um grande esforço físico e que fazem respirar MUITO mais forte que o normal;
- Atividades físicas MODERADAS são aquelas que precisam de algum esforço físico e que fazem respirar UM POUCO mais forte que o normal

Para responder as perguntas pense somente nas atividades que você realiza por pelo menos 10 minutos contínuos de cada vez.

1a. Em quantos dias da última semana você CAMINHOU por pelo menos 10 minutos contínuos em casa ou no trabalho, como forma de transporte para ir de um lugar para outro, por lazer, por prazer ou como forma de exercício?

dias _____ por SEMANA () Nenhum

1b. Nos dias em que você caminhou por pelo menos 10 minutos contínuos quanto tempo no total você gastou caminhando por dia?

horas: _____ Minutos: _____

2a. Em quantos dias da última semana, você realizou atividades MODERADAS por pelo menos 10 minutos contínuos, como por exemplo pedalar leve na bicicleta, nadar, dançar, fazer ginástica aeróbica leve, jogar vôlei recreativo, carregar pesos leves, fazer serviços domésticos na casa, no quintal ou no jardim como varrer, aspirar, cuidar do jardim, ou qualquer atividade que fez aumentar moderadamente sua respiração ou batimentos do coração (POR FAVOR NÃO INCLUA CAMINHADA)

dias _____ por SEMANA () Nenhum

2b. Nos dias em que você fez essas atividades moderadas por pelo menos 10 minutos contínuos, quanto tempo no total você gastou fazendo essas atividades por dia?

horas: _____ Minutos: _____

3a. Em quantos dias da última semana, você realizou atividades VIGOROSAS por pelo menos 10 minutos contínuos, como por exemplo correr, fazer ginástica aeróbica, jogar futebol, pedalar rápido na bicicleta, jogar basquete, fazer serviços domésticos pesados em casa, no quintal ou cavoucar no jardim, carregar pesos elevados ou qualquer atividade que fez aumentar MUITO sua respiração ou batimentos do coração.

dias _____ por SEMANA () Nenhum

3b. Nos dias em que você fez essas atividades vigorosas por pelo menos 10 minutos contínuos quanto tempo no total você gastou fazendo essas atividades por dia?

horas: _____ Minutos: _____

4. Estas últimas questões são sobre o tempo que você permanece sentado todo dia, no trabalho, na escola ou faculdade, em casa e durante seu tempo livre. Isto inclui o tempo sentado estudando, sentado enquanto descansa, fazendo lição de casa visitando um amigo, lendo, sentado ou deitado assistindo TV. Não inclua o tempo gasto sentando durante o transporte em ônibus, trem, metrô ou carro.

4a. Quanto tempo no total você gasta sentado durante um dia de semana?

_____ horas ____ minutos

4b. Quanto tempo no total você gasta sentado durante em um dia de final de semana? _____ horas

____ minutos

ANTROPOMETRIA

Qual sua altura? Entrevistador(a): na ausência de resposta, anote 999,9 nas caselas correspondentes.	_____ cm.
Qual seu peso atual?	_____ kg.
Peso do(a) entrevistado(a).	Peso 1: _____ kg Peso 2: _____ kg
Altura do(a) entrevistado(a).	Altura 1: _____ cm Altura 2: _____ cm

WHOQOL - ABREVIADO

Versão em Português

PROGRAMA DE SAÚDE MENTAL ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE GENEVRA

Coordenação do GRUPO WHOQOL no Brasil

Dr. Marcelo Pio de Almeida Fleck

Professor Titular

Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal Universidade Federal do Rio Grande do Sul Porto Alegre – RS – Brasil

Instruções

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

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

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

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

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

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

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

		muito ruim	ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa

1	Como você avaliaria sua Qualidade de Vida?	1	2	3	4	5
---	--	---	---	---	---	---

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	O quanto você se sente em segurança em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

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

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

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

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

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

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

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

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?.....
Quanto tempo você levou para preencher este questionário?.....

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: Hábitos e Qualidade de Vida em Mulheres Profissionais das Unidades Básicas de Saúde de São João do Triunfo - PR, 2017

Pesquisador: THAILINE ELLEN CHIMIN WOICOLESCO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 66920017.0.0000.0106

Instituição Proponente: Universidade Estadual do Centro Oeste - UNICENTRO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.024.407

Apresentação do Projeto:

Trata-se da apreciação do projeto de pesquisa intitulado: Hábitos e Qualidade de Vida em Mulheres Profissionais das Unidades Básicas de Saúde de São João do Triunfo/PR, 2017, de responsabilidade de THAILINE ELLEN CHIMIN WOICOLESCO.

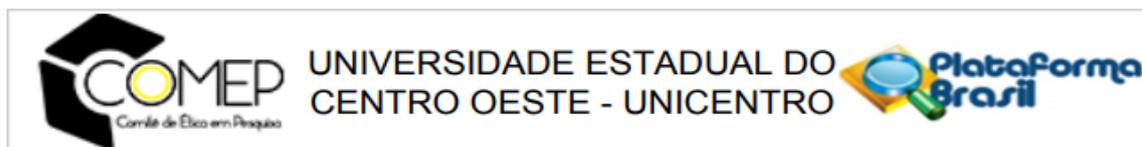
Trata-se de um estudo transversal, onde participarão profissionais que atuam na Unidade Básica de Saúde do município, do sexo feminino (69). A coleta dos dados será realizada mediante entrevista estruturada, no local de referência. Os dados serão coletados através de exame físico simplificado e aplicação dos questionários. Serão avaliadas as seguintes variáveis: Variáveis sociodemográficas: sexo; local de residência; nível educacional; renda. Variáveis relacionadas à saúde: antropométrica – estatura e peso; uso de medicamentos; autopercepção do estado de saúde; doenças diagnosticadas. Variáveis comportamentais: prática de atividade física, tempo sentado, consumo abusivo de álcool, hábito de fumar, avaliação do consumo dietético, avaliação da Qualidade de Vida.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar a Qualidade de Vida e fatores associados em mulheres profissionais das Unidades Básicas de Saúde de São João do Triunfo em 2017.

Endereço: Rua Simeão Camargo Varella de Sá, 03 - Campus CEDETEG - (ao lado do Departamento de Nutrição)
Bairro: Vila Carlí **CEP:** 85.040-080
UF: PR **Município:** GUARAPUAVA
Telefone: (42)3629-8177 **Fax:** (42)3629-8100 **E-mail:** comep_unicentro@yahoo.com.br



Continuação do Parecer: 2.024.407

Objetivo Secundário:

- Identificar o nível de qualidade de vida segundo as variáveis sociodemográficas, comportamentais e relacionadas à saúde, em profissionais mulheres que trabalham na(s) Unidade Básica de Saúde em São João do Triunfo, Paraná.
- Identificar os principais fatores associados à Qualidade de Vida, nesta população.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisadora afirma que:

Riscos:

Constrangimento com algum procedimento executado ou pergunta realizada no decorrer da entrevista. Destaca-se que o entrevistado tem a possibilidade de se negar a responder qualquer pergunta ou interromper a entrevista. Se algum dano for causado, a pesquisadora se responsabiliza por dar os devido encaminhamentos para a reparação dos mesmos, bem como pela assistência imediata e gratuita.

Benefícios:

O presente estudo é relevante para que se possa identificar a relação entre os hábitos e a qualidade de vida em mulheres profissionais de saúde, e, a partir dos resultados, planejar estratégias que melhorem as condições de saúde de tal população.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A presente pesquisa apresenta relevância científica com método adequado para atingir aos objetivos propostos.

Critérios de exclusão: menores de 18 anos e mulheres em licença maternidade.

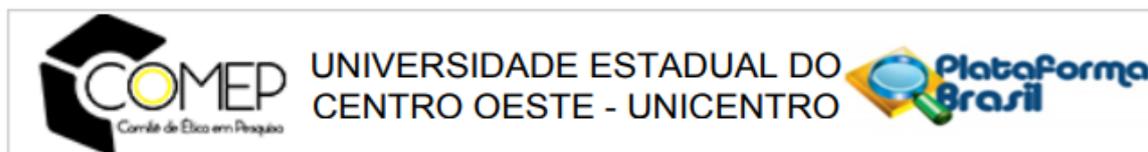
Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

(1) Folha de rosto: adequada. Assinada pelo Coordenador da pós graduação em Desenvolvimento Comunitário, Luiz Paulo Mascarenhas.

(2) Carta de anuência: adequada, assinada pelo Secretário da Saúde do Município, Geraldo Chaves.

(3) TCLE: adequado.

Endereço: Rua Simeão Camargo Varella de Sá, 03 - Campus CEDETEG - (ao lado do Departamento de Nutrição)
Bairro: Vila Carlí **CEP:** 85.040-080
UF: PR **Município:** GUARAPUAVA
Telefone: (42)3629-8177 **Fax:** (42)3629-8100 **E-mail:** comep_unicentro@yahoo.com.br



Continuação do Parecer: 2.024.407

(4) Cronograma:adequado.

(5) Orçamento adequado, com vigência da pesquisa de maio a dezembro de 2017.

(6) Projeto completo: anexado

(7) Instrumento para coleta dos dados: anexado separadamente

Recomendações:

Ressalta-se que segundo a Resolução CNS/MS-466/2012, item XI – DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL, parágrafo f), é de responsabilidade do pesquisador "manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa."

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

PROJETO CONSIDERADO APROVADO: A presente pesquisa está em conformidade com a Resolução 466/2012. Este CEP considera que todos os esclarecimentos necessários foram devidamente prestados, estando este projeto de pesquisa apto a ser realizado, devendo-se observar as informações presentes no item "Recomendações".

Considerações Finais a critério do CEP:

PROJETO APROVADO

Em atendimento à Resolução CNS/MS- 466/2012, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório parcial assim que tenha transcorrido um ano da pesquisa e relatório final em até trinta dias após o término da pesquisa. Qualquer alteração no projeto deverá ser encaminhada para análise deste comitê.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_866966.pdf	04/04/2017 10:25:35		Aceito
Outros	Instrumentos.docx	04/04/2017 10:25:10	THAILINE ELLEN CHIMIN WOICOLESKO	Aceito
Folha de Rosto	FolhadeRostoCorrigida.pdf	04/04/2017	THAILINE ELLEN	Aceito

Endereço: Rua Simeão Camargo Varella de Sá, 03 - Campus CEDETEG - (ao lado do Departamento de Nutrição)
Bairro: Vila Carli **CEP:** 85.040-080
UF: PR **Município:** GUARAPUAVA
Telefone: (42)3629-8177 **Fax:** (42)3629-8100 **E-mail:** comep_unicentro@yahoo.com.br



Continuação do Parecer: 2.024.407

Folha de Rosto	FolhadeRostoCorrigida.pdf	10:22:20	CHIMIN WOICOLESCO	Aceito
Outros	CheckList.doc	29/03/2017 10:47:21	THAILINE ELLEN CHIMIN WOICOLESCO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLECorrigido.doc	29/03/2017 10:46:31	THAILINE ELLEN CHIMIN WOICOLESCO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	17/02/2017 11:25:21	THAILINE ELLEN CHIMIN WOICOLESCO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	CartaDeAnuencia.pdf	16/02/2017 08:39:13	THAILINE ELLEN CHIMIN WOICOLESCO	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	14/02/2017 10:56:10	THAILINE ELLEN CHIMIN WOICOLESCO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

GUARAPUAVA, 20 de Abril de 2017

Assinado por:
Roberta Leticia Krüger

Endereço: Rua Simeão Camargo Varella de Sá, 03 - Campus CEDETEG - (ao lado do Departamento de Nutrição)
Bairro: Vila Carli **CEP:** 85.040-080
UF: PR **Município:** GUARAPUAVA
Telefone: (42)3629-8177 **Fax:** (42)3629-8100 **E-mail:** comep_unicentro@yahoo.com.br

ANEXO 3 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CENTRO-OESTE – UNICENTRO
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO – PROPESP
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – COMEP**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezado(a) Colaborador(a),

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa Hábitos e Qualidade de Vida em Mulheres Profissionais das Unidades Básicas de Saúde de São João do Triunfo – PR, 2017, sob a responsabilidade de Thailine Ellen Chimin Woicolesco, mestranda do Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Desenvolvimento Comunitário (UNICENTRO), sob orientação do Prof. Dr. Cláudio Shigueki Suzuki, que irá investigar a Qualidade de Vida e fatores associados em mulheres profissionais das Unidades Básicas de Saúde de São João do Triunfo em 2017. O presente projeto de pesquisa foi aprovado pelo COMEP/UNICENTRO.

DADOS DO PARECER DE APROVAÇÃO

Emitido Pelo Comitê de Ética em Pesquisa, COMEP-
UNICENTRO

Número do parecer: 2.024.407

Data da relatoria: 20/04/2017

1. PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA: Ao participar desta pesquisa você responderá primeiramente um questionário sobre informações pessoais (idade, sexo, escolaridade, estado civil, uso de medicação); posteriormente, serão coletados os dados referentes à antropometria (peso e altura); e, em seguida, será aplicado outro questionário referente à prática de atividade física, questionário de frequência alimentar e por último o instrumento de avaliação para a Qualidade de Vida. Lembramos que a sua participação é voluntária, você tem a liberdade de não querer participar, e pode desistir, em qualquer momento, mesmo após ter iniciado a entrevista, aplicação de algum questionário ou coleta das medidas antropométricas.

2. RISCOS E DESCONFORTOS: O(s) procedimento(s) utilizado(s), como a entrevista (aplicação de questionários) ou coleta das medidas antropométricas (peso e altura) poderão trazer algum desconforto, como o constrangimento com alguma pergunta, ou risco, pois será verificado seu peso, o que requer a permanência sobre a balança por um curto período. O procedimento para verificar o peso oferece risco mínimo, que será reduzido com a colocação de objetos que possam servir de apoio. Se o Sr(a) precisar de algum tratamento, orientação ou encaminhamento para algum profissional ou serviço de saúde por se sentir prejudicado devido a participação na pesquisa, ou sofrer algum dano decorrente da pesquisa, o pesquisador se responsabiliza pela assistência integral, imediata e gratuita, envolvendo desde transporte, atendimento com profissionais e medicamentos.

3. BENEFÍCIOS: Os benefícios esperados com o estudo são no sentido de promover a melhora nos hábitos e conseqüentemente na Qualidade de Vida nas profissionais mulheres das Unidades

Básicas de Saúde, através da estruturação de programas e serviços que atendam integralmente tal população.

4. CONFIDENCIALIDADE: Todas as informações que o(a) Sr.(a) nos fornecer ou que sejam conseguidas por exames, avaliações, ou relatos de pessoas de seu convívio, serão utilizadas somente para esta pesquisa. Seus dados pessoais, avaliações físicas e respostas ficarão em segredo e o seu nome não aparecerá em lugar nenhum dos questionários ou ficha de registro de dados, nem quando os resultados forem apresentados.

5. ESCLARECIMENTOS: Se tiver alguma dúvida a respeito da pesquisa e/ou dos métodos utilizados na mesma, pode procurar a qualquer momento o pesquisador responsável.

Nome do pesquisador responsável: Thailine Ellen Chimin Woicolesco
Endereço: Francisco Neves Filho, 65, apto 23 – Centro – São João do Triunfo/PR
Telefone para contato: (42) 99949-9998
Horário de atendimento: 9h às 12h – 14h às 17h

6. RESSARCIMENTO DAS DESPESAS: Caso o(a) Sr.(a) aceite participar da pesquisa, não receberá nenhuma compensação financeira.

7. CONCORDÂNCIA NA PARTICIPAÇÃO: Se o(a) Sr.(a) estiver de acordo em participar deverá preencher e assinar o Termo de Consentimento Pós-esclarecido que se segue, em duas vias, sendo que uma via ficará com você.

=====

CONSENTIMENTO PÓS INFORMADO

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, o Sr.(a) _____, portador(a) da cédula de identidade _____, declara que, após leitura minuciosa do TCLE, teve oportunidade de fazer perguntas, esclarecer dúvidas que foram devidamente explicadas pelos pesquisadores, ciente dos serviços e procedimentos aos quais será submetido e, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, firma seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO em participar voluntariamente desta pesquisa.
E, por estar de acordo, assina o presente termo.

São João do Triunfo, _____ de _____ de _____.

Assinatura do participante / Ou Representante legal

Assinatura do Pesquisador