UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FCF / FEA / FSP
Programa de Pós-Graduação Interunidades
em Nutrição Humana Aplicada – PRONUT

MARIA APARECIDA DA CRUZ CONSTANTINO

**Avaliação da Qualidade de Vida: desenvolvimento e validação de
um instrumento, por meio de indicadores biopsicossociais, junto à
Comunidade da Universidade de São Paulo – USP**

São Paulo

2007

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FCF / FEA / FSP
Programa de Pós-Graduação Interunidades
em Nutrição Humana Aplicada – PRONUT

MARIA APARECIDA DA CRUZ CONSTANTINO

**Avaliação da Qualidade de Vida: desenvolvimento e validação de
um instrumento, por meio de indicadores biopsicossociais, junto
à Comunidade da Universidade de São Paulo – USP**

Tese apresentada ao PRONUT -
Programa Inter-Unidades de Nutrição
Humana Aplicada FEA / FCF / FSP –
USP, sob a orientação do Prof. Dr.
Antonio Carlos Coelho Campino e Co-
orientação da Profa. Dra. Ana Cristina
Limongi-França.

Nível: Doutorado

São Paulo

2007

FICHA CATALOGRÁFICA

Elaborada pela Seção de Processamento Técnico do SBD/FEA/USP

Constantino, Maria Aparecida da Cruz

Avaliação da qualidade de vida: desenvolvimento e validação de um instrumento, por meio de indicadores biopsicossociais, junto à comunidade da Universidade de São Paulo – USP / Maria Aparecida da Cruz Constantino. -- São Paulo, 2007.

163 p.

Tese (Doutorado) – Universidade de São Paulo, 2007
Bibliografia.

1. Qualidade de vida 2. Qualidade de vida no trabalho 3. Indicadores de qualidade de vida 4. Validade do teste I. Universidade de São Paulo. Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade II. Título.

CDD – 306

MARIA APARECIDA DA CRUZ CONSTANTINO

Avaliação da Qualidade de Vida: desenvolvimento e validação de um
instrumento, por meio de indicadores biopsicossociais, junto à
Comunidade da Universidade de São Paulo – USP

Comissão Julgadora
Tese de Doutorado

Prof. Dr. Antonio Carlos Coelho Campino
(Orientador / Presidente)

Profa. Dra. Ana Cristina Limongi França
1º Examinador

Prof. Dr. Francisco Baptista Assumpção Junior
2º Examinador

Profa. Dra. Emília Satoshi Miyamaru Seo
3º Examinador

Profa. Dra. Sandra Marcia Ribeiro Lins de Albuquerque
4º Examinador

São Paulo, 17 de janeiro de 2008.

Dedicatória

*Dedico este trabalho aos meus pais, Antonio e Vilma,
in memoriam, com todo o carinho.*

*Aos meus filhos, Juliana e Carlos Augusto, fonte
de toda a minha força, com muito amor.*

*Ao meu esposo, Walter, presença em cada
momento de vida.*

*À Cristina, minha irmã, à Larissa, ao Yuri e à Marina,
laços importantes de minha vida.*

Agradecimentos

Durante a elaboração desta Tese, sei que não caminhei sozinha. Contei com a contribuição, orientação, apoio e incentivo de diversas pessoas que, em momentos difíceis, impulsionaram-me e possibilitaram a sua conclusão.

Quero, por meio destas palavras, registrar aqui minha gratidão, meu carinho e meu profundo agradecimento.

À Profa. Ana Cristina Limongi-França, que foi muito mais do que uma orientadora, co-orientadora, mas uma verdadeira amiga que soube me incentivar e impelir, acreditando no meu trabalho e possibilitando oportunidades para os meus estudos.

Ao Prof. Antonio Carlos Coelho Campino, meu orientador, por sua atenção e cuidado em conduzir meus passos neste estudo.

À Profa. Denise Cavallini Cyrillo - a madrinha, pelo incentivo e amizade.

A Luiz César Mesquita Quintella, amigo atento, comprometido e exigente nos padrões e rigor científicos, auxiliando-me com dedicação.

A João Pedro Nunes Pereira, pelo apoio e amizade em momentos delicados de minha vida.

Às queridas professoras, Sonia Tucunduva Philippi, Sophia Szarfarc e Silvia Cozzolino, pelos ensinamentos e solidariedade oferecida.

Aos colegas do Projeto PRINUTHA: André Avelino, Andréa Gomes, Eliana Bistriche, Cinthia Sobral, Silvana Bragatto, Andréa Kanikadan, Flavia Mori, Viviane Xavier, Milena, João Pimentel e Edgar Perlotti, pela colaboração e empenho nesta trajetória.

Aos queridos amigos que foram chegando ao longo destes anos e colaboraram de maneira significativa na realização deste trabalho: Cláudia César, Eliete Arellano, Arthur Silva Filho, Milene Raimundo, Kátia Souza, Geni Sampaio, Maritsa Bertoli, Káthia Cunha, Maria Ângela Abduch e Sandra Albuquerque.

Aos queridos amigos de uma nova etapa: Jurema Policarpo, Sandra Freire, Sandra Alves, Liana Peçanha, Philip e Shyrley.

À equipe de apoio da FEA: Ana, Márcia Bento, Alda, Cristina e Bela, pelo auxílio em vários momentos do desenvolvimento deste estudo.

À secretaria de Pós-Graduação do PRONUT, Jorge e Elaine, pela eficiência, atenção, acolhida e irrestrito apoio.

Ao meu médico, Dr. Edilson Diógenes Pinheiro Junior, que Deus colocou em meu caminho, com sua sabedoria e carinho, contribuiu para que eu pudesse concluir este trabalho.

Ao Dr. Francisco Assumpção, muito obrigada, pelo carinho, incentivo e cuidado.

À Elaine Cappellano e Sandra Taioli, queridas amigas, sensíveis e presentes em minha vida. Meu carinho aos meus familiares que fazem parte positiva de minha vida.

A todos que, direta e indiretamente, colaboraram com este trabalho, sou sinceramente grata.

Epígrafe

“Descobri que na vida existem mais hipóteses que teoremas. Supor é melhor que demonstrar e na dúvida mora a vontade de continuar”.

João Bosco

RESUMO

CONSTANTINO, M. A. C. **Avaliação da Qualidade de Vida: desenvolvimento e validação de um instrumento, por meio de indicadores biopsicossociais, junto à Comunidade da Universidade de São Paulo - USP.** São Paulo, 2007. [Tese de Doutorado – Programa de Nutrição Humana Aplicada – Universidade de São Paulo].

O estudo apresenta o desenvolvimento e validação de um instrumento genérico de avaliação da Qualidade de Vida, no âmbito dos indicadores biopsicossociais, junto à Comunidade da USP – Campus São Paulo. Por ter grande profusão teórica, optou-se por definir Qualidade de Vida como a percepção individual de bem-estar, sustentada pelo equilíbrio do tripé biopsicossocial; entendendo, portanto, que o homem é um ser integrado nessas três dimensões. Adotou-se como ponto de partida para o desenvolvimento do instrumento, o modelo apresentado por Kertesz e Kerman (1985), tendo como base a teoria do conceito de investigação dos aspectos biológico, psicológico e social. A metodologia fundamenta-se em análises estatísticas pertinentes à psicometria. Uma amostra de 947 pessoas, de ambos os sexos, em faixas etárias a partir de 18 anos, foi usada. Foram investigados aspectos demográficos, socioeconômicos, saúde e avaliação do estado nutricional (IMC), para obtenção do perfil dos participantes, utilizando-se questão fechada e de múltipla escolha. Após o pré-teste, foram realizados os procedimentos analíticos: análise de confiabilidade, validade e fidedignidade. O resultado foi o novo Instrumento composto por 55 itens, dos 68 propostos inicialmente, e nove domínios, demonstrando bom desempenho psicométrico. Todos os domínios apresentaram um resultado final de Alfa Total com nível satisfatório (Alfa Total 0,8913, variando de 0,7032 a 0,9255), exceto o da Dimensão Hábitos Alimentares, que obteve o menor resultado (Alfa = 0,4993) e, por questões metodológicas, esse domínio foi mantido. A validade do instrumento, obtida segundo a realização da Análise Fatorial, definiu que o instrumento contivesse nove fatores, todos com autovalores maiores do que um, além de algumas modificações. A fidedignidade, análise da estabilidade por meio do teste-reteste, apresentou um resultado adequado. Conclui-se que as estratégias de análises demonstraram que os índices obtidos atenderam as exigências metodológicas e que o instrumento final apresentou confiabilidade e validade.

Palavras-chave: Indicadores Biopsicossociais; Qualidade de Vida; Qualidade de Vida no Trabalho; Validação.

ABSTRACT

CONSTANTINO, M. A. C. Evaluation of quality of life: development and validation of an instrument, through biopsychosocial indicators, along with the Community of University of São Paulo - USP. São Paulo, 2007. [Doctoral Thesis – Applied Human Nutrition Program – University of São Paulo].

This study shows the development and validation of a generic instrument of evaluation of quality of life, within the ambit of biopsychosocial indicators along with USP Community – Campus of São Paulo. The methodology is based on statistical analysis belong to Psychometrics. A sample of 947 people, from both sexes, with different age groups since 18 years old, was used. In order to get a profile from the participants, demographic, health and socioeconomic aspects were analyzed, besides the evaluation of their nutritional state (CMI), through multiple choice and closed questions. It was used Kertesz and Kerman's (1985) instrument as a model, based on the concept of investigation of biopsychosocial aspects. After the pre-test, the analytic procedures were done: analysis of faithfulness, validity and reliability. The result was a new instrument compound by 55 items – of 68 initially proposed – and nine domains, which showed a good psychometric performance. All the domains demonstrated a final result of Total Alpha with an acceptable level (Total Alpha 0,8913, varying from 0,7032 to 0,9255), excepting the level of Dimension Eating Habits, which got the lowest result (Alpha = 0,4993); however it was kept because of methodological matters. The validity of the instrument, got according the Factorial Analysis, defined that the instrument had some modifications, besides nine factors with self values bigger than one. The reliability, analysis of the stability through test-retest, showed a satisfactory result. In conclusion, the analysis strategies demonstrated that the results met with the methodological requirements and that the final instrument is faithful and valid, less complex and practical during its employment.

Keywords: Biopsychosocial indicator; Quality of life; Quality of work environment; Validation.

Lista de Quadros

Quadro 1.	Recursos para lidar com o estresse	62
Quadro 2.	Premissas da base teórico-conceitual	70
Quadro 3.	Proposição de Validação do Instrumento	76
Quadro 4.	Distribuição da população nas Unidades da USP – Campus de São Paulo, segundo sexo e por unidade, em 2005	90
Quadro 5.	Faixas de renda familiar consideradas na pesquisa	94
Quadro 6.	Classificação de IMC	95
Quadro 7.	Itens relativos ao Domínio Hábitos Alimentares	100
Quadro 8.	Itens relativos ao Domínio Atividade Física	101
Quadro 9.	Itens relativos ao Domínio Sono e Repouso.....	102
Quadro 10.	Itens relativos ao Domínio Bem-estar Pessoal	103
Quadro 11.	Itens relativos ao Domínio Lazer e Diversão	104
Quadro 12.	Itens relativos ao Domínio Inserção Social	105
Quadro 13.	Itens relativos ao Domínio Ocupação Principal	106
Quadro 14.	Itens relativos ao Domínio Bem-estar no Trabalho.....	107
Quadro 15.	Hábitos Alimentares.....	140
Quadro 16.	Atividade Física	140
Quadro 17.	Sono e Repouso	141
Quadro 18.	Bem-estar Pessoal	141
Quadro 19.	Lazer e Diversão.....	142
Quadro 20.	Inserção Social	142
Quadro 21.	Ocupação Principal.....	143
Quadro 22.	Bem-estar no Trabalho	143

Lista de Figuras

Figura 1.	A Interação Biopsicossocial	39
Figura 2.	Hexágono Vital	41
Figura 3.	Pirâmide dos Alimentos.....	45
Figura 4.	Heptágono Vital.....	75

Lista de Gráficos

Gráfico 1.	Distribuição da amostra, segundo estado nutricional - conceito IMC por faixas (valores em %)96
Gráfico 2.	Distribuição da amostra, segundo a autopercepção de sua saúde (em valores %).....98
Gráfico 3.	Distribuição da amostra, segundo a comparação de sua saúde (valores em %)98
Gráfico 4.	Distribuição da amostra, segundo a autopercepção de sua Qualidade de Vida (em valores %)99

Lista de Tabelas

Tabela 1. Distribuição da amostra, segundo sexo.....	84
Tabela 2. Distribuição da amostra, segundo sexo.....	91
Tabela 3. Distribuição da amostra, segundo faixas de idade	92
Tabela 4. Distribuição da amostra, segundo estado civil	92
Tabela 5. Distribuição da amostra, segundo raça	93
Tabela 6 . Distribuição da amostra, segundo escolaridade	93
Tabela 7. Distribuição da amostra, segundo renda familiar	94
Tabela 8. Distribuição da amostra, segundo estado nutricional - conceito IMC por faixas	96
Tabela 9. Distribuição da frequência relativa da Dimensão Hábitos Alimentares.....	100
Tabela 10. Distribuição da frequência relativa do Domínio Atividade Física ..	101
Tabela 11. Distribuição da frequência relativa do Domínio Sono e Repouso.....	102
Tabela 12. Distribuição da frequência relativa do Domínio Bem-estar Pessoal.....	103
Tabela 13. Distribuição da frequência relativa do Domínio Lazer e Diversão ..	104
Tabela 14. Distribuição da frequência relativa do Domínio Inserção Social...	105
Tabela 15. Distribuição da frequência relativa do Domínio Ocupação Principal.....	106
Tabela 16. Distribuição da frequência relativa do Domínio Bem-estar no Trabalho	107
Tabela 17. Coeficientes de consistência interna do instrumento, segundo análise de Alfa de Cronbach em amostras aleatórias nos domínios	109
Tabela 18. Coeficientes de consistência interna do instrumento, segundo análise de Alfa de Cronbach.....	110
Tabela 19. Principais Correlações encontradas nas sub-amostras de 25% da população, segundo análise de Alfa de Cronbach.	112
Tabela 20. Principais Correlações encontradas nas sub-amostras de 50% da população, segundo análise de Alfa de Cronbach.	112
Tabela 21. Principais Correlações encontradas nas sub-amostras de 75% da população, segundo análise de Alfa de Cronbach.	113

Tabela 22. Principais Correlações encontradas nas sub-amostras de 100% da população, segundo análise de Alfa de Cronbach.....	113
Tabela 23. Coeficiente da Consistência Interna dentro do Domínio de Bem-estar no Trabalho, segundo análise de Alfa de Cronbach	114
Tabela 24. Valores absolutos e percentuais da variância explicada pelos fatores na Análise Fatorial	116
Tabela 25. Descrição dos Itens Agrupados nos Fatores e as Respectivas Cargas Fatoriais.....	117
Tabela 26. Valores absolutos e percentuais da variância explicada pelos fatores na Análise Fatorial	120
Tabela 27. Descrição dos Itens Agrupados no Fator 1 e as Respectivas Cargas Fatoriais	121
Tabela 28. Descrição dos Itens Agrupados no Fator 2 e as Respectivas Cargas Fatoriais	121
Tabela 29. Médias do teste e do reteste, segundo os itens dos primeiros sete domínios	123
Tabela 30. Médias do teste e do reteste, segundo os itens do Domínio Bem-estar no Trabalho	124
Tabela 31. Coeficiente de correlação entre o teste e reteste, segundo os itens dos primeiros sete domínios	124
Tabela 32. Coeficiente de correlação entre o teste e reteste, segundo os itens do Domínio Bem-estar no Trabalho,	126
Tabela 33. Coeficiente da Consistência Interna dentro do Domínio de Atividade Física, segundo análise de Alfa de Cronbach.....	127
Tabela 34. Coeficiente da Consistência Interna dentro do Domínio Atividade Física, segundo re-análise de Alfa de Cronbach.....	128
Tabela 35. Coeficiente da Consistência Interna dentro do Domínio de Ocupação Principal, segundo análise de Alfa de Cronbach ..	129
Tabela 36. Coeficiente da Consistência Interna dentro do Domínio Ocupação Principal, segundo re-análise de Alfa de Cronbach	129
Tabela 37. Coeficiente da Consistência Interna dentro do Domínio de Bem-estar Pessoal, segundo análise de Alfa de Cronbach.....	130
Tabela 38. Coeficiente da Consistência Interna dentro do Domínio Bem-estar Pessoal, segundo re-análise de Alfa de Cronbach	131

Tabela 39. Coeficiente da Consistência Interna dentro do Domínio de Lazer e Diversão, segundo análise de Alfa de Cronbach.....	131
Tabela 40. Coeficiente da Consistência Interna dentro do Domínio de Sono e Repouso, segundo análise de Alfa de Cronbach.....	132
Tabela 41. Coeficiente da Consistência Interna dentro do Domínio Sono, segundo re-análise de Alfa de Cronbach.....	133
Tabela 42. Coeficiente da Consistência Interna dentro do Domínio Repouso, segundo re-análise de Alfa de Cronbach.....	133
Tabela 43. Coeficiente da Consistência Interna dentro do Domínio de Inserção Social, segundo análise de Alfa de Cronbach	134
Tabela 44. Coeficiente da Consistência Interna dentro do Domínio Inserção Social, segundo re-análise de Alfa de Cronbach.....	134
Tabela 45. Coeficiente da Consistência Interna dentro do Domínio de Hábitos Alimentares, segundo análise de Alfa de Cronbach	135
Tabela 46. Coeficiente da Consistência Interna dentro do Domínio Hábitos Alimentares, segundo re-análise de Alfa de Cronbach.....	136
Tabela 47. Coeficiente da Consistência Interna dentro do Domínio Bem-estar no Trabalho, segundo análise de Alfa de Cronbach.....	137
Tabela 48. Coeficiente da Consistência Interna dentro do Domínio Bem-estar no Trabalho, segundo análise de Alfa de Cronbach.....	138
Tabela 49. Coeficiente da Consistência Interna dentro do Domínio Bem-estar no Trabalho, segundo análise de Alfa de Cronbach.....	138
Tabela 50. Coeficiente da Consistência Interna, segundo Alfa de Cronbach.	139

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	25
2. OBJETIVOS	31
Geral	31
Específicos	31
3. FUNDAMENTAÇÃO CONCEITUAL.....	32
3.1 Qualidade de Vida: a evolução do conceito	32
3.1.1 O Enfoque da Qualidade de Vida no Trabalho	56
3.2 Indicadores de Avaliação em Qualidade de Vida.....	62
3.3 A Validação de Instrumentos de Qualidade de Vida	64
4. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	73
4.1 O Teórico	73
4.1.1 Desenvolvimento do Instrumento	74
4.2 O Empírico	83
4.2.1 Tipo de estudo.....	83
4.3 O Analítico	85
4.3.1 Tratamento e Análise Estatística dos Dados	86
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	89
5.1 Caracterização Demográfica e Socioeconômica	91
5.2 Avaliação do Estado Nutricional e Saúde	95
5.3 Análise Descritiva dos Dados de Qualidade de Vida	100
5.4 Análise da Consistência Interna do Instrumento	108
5.5 Análise da Validade do Instrumento.....	115
5.6 Análise do Coeficiente de Fidedignidade Teste-reteste	122
5.7 Análise Final da Consistência Interna e da Validade do Instrumento	126
5.8 O novo Instrumento após as análises e as exclusões.....	139
6. CONCLUSÕES	144
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	147
ANEXOS	132
APÊNDICE	152

1. INTRODUÇÃO

A expressão Qualidade de Vida, pela atenção que desperta no entendimento popular e geral, representa uma forma de bem-estar que se encontra arraigada no inconsciente coletivo.

Este trabalho, num primeiro instante, procura construir indicadores que refletem a percepção do bem-estar pessoal, constituído por fatores subjetivos relacionados à felicidade, ao amor, ao prazer e à realização pessoal. Para tanto, indicadores, aqui, podem ser entendidos como a representação – tanto quantitativa quanto qualitativa – de características e propriedades de uma dada realidade: processos, produtos, organizações, serviços. São uma espécie de "marca" ou sinalizador que busca expressar algum aspecto da realidade sob forma que se possa observar ou mensurar¹. Visa a construir, também, norteamento para o estudo da satisfação das necessidades criadas pelo grau de desenvolvimento econômico e social. Essas necessidades refletem o ideal de Qualidade de Vida, representado nos diversos trabalhos e estudos desenvolvidos junto à Comunidade da USP (Universidade de São Paulo), Campus São Paulo, objeto de discussão nesta Tese.

Para isso, o estudo enfoca o desenvolvimento e a validação de um instrumento de pesquisa voltado à medição da Qualidade de Vida com o uso de indicadores, cujas respostas devem auxiliar na compreensão do bem-estar dessa comunidade. Acessoriamente, busca pontos que possam corresponder a deficiências que distanciam as pessoas da situação de bem-estar, conforto psicológico e sensação de felicidade.

Instrumentos dessa natureza, que focam aspectos de bem-estar, entendidos como Qualidade de Vida, ganharam destaque há muito tempo e tornaram-se motivo de muitas pesquisas no âmbito acadêmico, com o intuito de melhor entender esse fenômeno e seus efeitos.

¹ Definição disponível em:
http://www.sustentabilidade.org.br/doku.php?id=portug:um_mundo_sustentavel:indicadores:indicadores,
Acesso em: 12/07/2007.
http://www.ipm.org.br/ipmb_pagina.php?mpg=3.06.03.05.03&ver=por. Acesso em: 12/07/2007.

Este processo procura representar, em cada grupamento social, o olhar de cada indivíduo. Somadas, essas visões podem revelar a Qualidade de Vida do segmento escolhido para a análise. O resultado potencializa o conhecimento por oferecer um diagnóstico oportuno aos especialistas das mais variadas ciências, que têm como meta elucidar quais vias ou iniciativas devem ser tomadas para alcançar a Qualidade de Vida.

Quando se trata de um ambiente organizacional, seus campos de aplicação se ampliam, dando origem a instrumentos com outras configurações à mercê da demanda proveniente de pressões da sociedade que, mais do que solicita, exige atitudes direcionadas a atender a Qualidade de Vida no Trabalho.

No campo da saúde, os conceitos de Qualidade de Vida passam por um momento de especial atenção e são objetos de significativo número de estudos e trabalhos de cunho científico. Em geral, voltam-se mais aos aspectos ligados à funcionalidade dos indivíduos, sem desprezar os aspectos psicológico e socioeconômico. Destes, ou por meio deles, investigam os efeitos sobre a percepção de Qualidade de Vida em indivíduos com limitações funcionais.

Minayo, Hartz e Buss (2000, p. 9) observam que “[...] *o discurso da relação entre saúde e Qualidade de Vida existe desde o nascimento da Medicina Social, nos séculos XVIII e XIX, quando investigações sistemáticas começaram a referendar essa tese e dar subsídios para políticas públicas e movimentos sociais*”. Apoiando-se em Mckeown (1982), Breilh et al. (1990), Nuñez (1994) e Paim (1997), acentuam que esse relacionamento perpassa toda a história da Medicina Social do Ocidente. Os instrumentos, nessa área médica, podem permitir o acompanhamento da saúde de uma população. Podem até ser mais específicos: indicar os elementos etiológicos de doenças, realizarem prognósticos sobre elas, efeitos sobre tratamentos e necessidades de intervenções públicas.

A validade desse conceito é defendida por Tamanini (2002), que apresenta a Qualidade de Vida como meio para servir “[...] *a cuidados a pacientes individuais, auditoria médica, ensaios clínicos, avaliação em serviços de saúde,*

além de fins comerciais”. Complementarmente, apresenta uma lista qualitativa de trabalhos científicos, surgidos nos últimos tempos e relacionados com a Qualidade de Vida e diferentes doenças. São elas: hipertensão (GROOG et al., 1986); incontinência urinária (SHUMAKER et al., 1994); lesão da medula espinhal (HAMMELL, 1995); câncer de pênis (D’ANCONA et al., 1997); artrite reumatóide (CICONELLI et al., 1999); esquizofrenia (CAMPOS, 1999); auto-estima em Cirurgia Plástica (DINI, 2000); câncer de próstata (GUGLIOTTA, 2001), entre outras.

Nesses casos, as moléstias ganham outra dimensão: o paciente – o titular da problemática – é quem vai descrever os sintomas, os detrimientos que as doenças impõem, como prejuízo da auto-estima, restrições ao contato social, insatisfação com a vida e depressões. A ciência quer apreender esse ponto. “*O foco da análise é a percepção do paciente sobre suas condições*”, enfatiza Ferrans e Powers (1985, p.20).

Como avaliar o impacto, por exemplo, da incontinência urinária na Qualidade de Vida de pacientes do sexo feminino? Os trabalhos científicos que procuram essas respostas não se restringem a buscar solução para o caso em si, mas querem saber o que acontece a essas mulheres, quais as reações comportamentais que se alteram, assim como os desdobramentos que o mal ocasiona, relatados por elas. Nota-se a preocupação da Ciência com essas pacientes na atitude da Sociedade Internacional de Continência (ICS), recomendando que medidas de Qualidade de Vida sejam incluídas em todas as pesquisas clínicas sobre incontinência urinária, como um complemento aos tradicionais parâmetros clínicos (TAMANINI, 2002).

A Qualidade de Vida encontra-se aí comprometida. Instrumentos de avaliação aplicados expressam muito mais sobre ela. As respostas obtidas revelam problemas para diversas áreas. Entre elas a psicológica, a social, a física, a econômica e a sexual, que representam sérios impactos negativos na vida dessas pacientes. O uso dessa instrumentalidade, além de penetrar na essência da problemática, ajuda as pacientes a se sentirem ouvidas e respeitadas.

Como se vê, a pesquisa pode dar resultados. Se, por um lado, há pontos negativos, de outro, é uma oportunidade para trazer à discussão os pontos críticos a serem avaliados, ao mesmo tempo em que se procuram alternativas para suavizar ou extinguir tais condições. Além deste exemplo, é possível realizar pesquisas diante de um universo afetado por crise de desemprego; fome coletiva – quando ela se alastra; precariedade ou ausência total de infra-estruturas de saneamento básico em determinada região ou violência das grandes cidades. Reforçando, bastaria lembrar as condições de turbulência das grandes metrópoles, em que seus habitantes vivem o alucinante ritmo competitivo, os conflitos gerados pelas disputas, as tensões econômicas e sociais, entre outros fatores. Tudo o que leva a um desgaste físico e/ou mental. A essas intercorrências diárias, de efeito acumulativo, as pessoas estão propensas a reagir muitas vezes de forma mais tensa. Então, a Qualidade de Vida, que é uma percepção de bem-estar, dadas às necessidades individuais, poderá ficar abaixo dos padrões esperados.

Por ser um trabalho científico, que propõe mensurar a percepção da realidade e no qual se quer obter dados, os mais fiéis possíveis, adotou-se, aqui, uma seleção cuidadosa de indagações que vão formar o corpo desta pesquisa, centrando a atenção no público a ser analisado. Portanto, instrumento de medida, como este, é uma tentativa de captar a realidade de um universo que se quer analisar e conseguir dados conclusivos. A proposta, no caso, é utilizar uma metodologia baseada em indicadores que transformem os dados obtidos em possíveis padrões de comportamento, expectativas e valores visíveis para subsidiar diagnósticos, programas e melhorias contínuas, voltados aos indivíduos que integram o meio então escolhido.

Por outro lado, esse constructo Qualidade de Vida é um fenômeno abstrato, complexo e multidimensional para o qual não se encontrou um consenso, havendo muitas tendências de pesquisas, todas complementares entre si. A construção desse instrumento exigiu partir de premissas que são a base teórico-conceitual e a escolha de uma metodologia de desenvolvimento e validação.

A seleção e a escolha dos indicadores, que devem participar do instrumento de pesquisa, estão entre as etapas das mais delicadas e estratégicas. Quaisquer indicadores levarão a um dado resultado. Contudo, o que se busca não são resultados quantitativos, mas resultados qualitativos que melhor representem a sensação autopercebida do indivíduo, objeto desta pesquisa. Um importante alerta é feito por Pires, Martiello e Gonçalves (1998, p.56). Para eles, a seleção e a escolha de indicadores estão ligadas:

[...]...às características próprias e aos interesses de uso de quem os estabelece. Com isso, surge profusão de critérios quantitativos, muitas vezes bastante diferentes entre si e que, conforme o recorte da área específica de conhecimento e intervenção, pretende estimar o nível de qualidade de vida do grupo analisado. Assim, o número de leitos hospitalares ou de médicos por habitantes pode ser um indicador bastante seguro da qualidade de vida para a área de saúde, tal como os índices de contaminação dos mananciais ou percentual de reaproveitamento dos resíduos também o são para ambientalistas. Tratar-se-iam, portanto, de diferentes qualidades de vida?

O modelo, aqui apresentado, serve a um único propósito: a análise da Qualidade de Vida, da Comunidade USP – Campus São Paulo. Eventualmente, determinantes considerados para este trabalho poderão ser utilizados em outros estudos desse gênero. Estando pronto o constructo, cabe submetê-lo aos integrantes do grupo escolhido, para que cada um o responda segundo sua percepção. Concluída a fase de consulta, a avaliação dos dados obtidos pelo instrumento oferecerá o indicativo de Qualidade de Vida dessa comunidade, bem como revelará eventuais pontos qualificados como negativos. Mensura-se, assim, uma realidade, por meio da ótica de seus participantes.

Esta Tese, mesmo diante de um cenário de divergências e convergências sobre o que possa significar o conceito, pauta-se para fins de nivelamento e entendimento dos objetivos, discussão e conclusão, que Qualidade de Vida consiste “*na percepção individual de bem-estar, sustentada pelo equilíbrio do tripé biopsicossocial*” (Constantino, 2005).

A motivação primordial para a realização desta Tese tem base no interesse em responder e explicar eventos relacionados ao bem-estar das pessoas e as decorrentes ligações com as questões da Qualidade de Vida no Trabalho.

A importância que tem sido dada ao tema, conforme relatado, mais que justifica o aumento de trabalhos e pesquisadores se envolvendo com ele. Inúmeras questões ainda são desafios para serem resolvidos e, a cada dia, novos se somam aos já existentes, demonstrando que o assunto está longe de ser esgotado. A relação indicada na nota abaixo é testemunha do número considerável de pesquisadores que tratam do tema².

Isso considerado, a expectativa é de que este trabalho seja uma contribuição efetiva para diminuir o número de desafios que ainda esperam por respostas e explicações.

Procurando atender aos objetivos propostos, o presente estudo está assim estruturado:

- no Capítulo 2, a apresentação dos objetivos propostos;
- no Capítulo 3, fundamentação conceitual, relacionada ao desenvolvimento deste estudo. Trata da revisão bibliográfica das principais definições e conceitos e sua evolução referente à Qualidade de Vida;
- no Capítulo 4, são discutidos os procedimentos metodológicos, assim como os métodos de pesquisa e os critérios usados para a sua aplicação;
- o Capítulo 5 apresenta a pesquisa com seus resultados e a análise dos dados, com relação ao referencial teórico;
- no Capítulo 6, é feita uma síntese, comparando as conclusões da pesquisa com relação aos dados encontrados, tendo por base o referencial teórico.

² Relação disponível em: http://www.cpes.org.br/lista_quali.htm. Acesso em: 13/08/2005.

2. OBJETIVOS

Geral

- Desenvolver e validar um instrumento de avaliação da percepção da Qualidade de Vida junto à Comunidade USP – Campus São Paulo.

Específicos

- Desenvolver um instrumento genérico de avaliação de Qualidade de Vida, partindo do modelo Kertesz e Kerman³, no âmbito dos indicadores biopsicossociais;
- Validar o instrumento pela análise das suas propriedades psicométricas;
- Analisar as relações da autopercepção de Qualidade de Vida com características sociodemográficas, saúde e estado nutricional.

³ Kertesz e Kerman Kerman (1985) desenvolveram o questionário denominado Diagrama Hexágono Vital.

3. FUNDAMENTAÇÃO CONCEITUAL

O presente capítulo aborda as bases conceituais que norteiam este estudo, voltado ao desenvolvimento e à validação de um instrumento de Qualidade de Vida, próprio no caso, para avaliar a Comunidade USP – Campus São Paulo.

3.1 Qualidade de Vida: a evolução do conceito

A primeira e principal questão é consolidar o conceito de Qualidade de Vida. O fato que pontifica seu valor é que o conceito de Qualidade de Vida é tão antigo como a Grécia, de Aristóteles, o qual já tratava do assunto no século IV a.C., e tão atual quanto o processo de desenvolvimento tecnológico, exaustivamente citado como o mais importante marco da virada do milênio. Assim, produzir uma definição de cunho universal sobre o que seja Qualidade de Vida passa a ser uma tarefa difícil. As tentativas vêm se multiplicando desde longa data, elaborando-as cada autor ou propositor, dentro de uma ótica própria ou vinculada aos seus interesses focais.

A origem do conceito de Qualidade de Vida é apresentada por Ostfeld (1994, p. 32), entre outros autores, quando traz o pensamento aristotélico que, ao se deparar com a expressão “eudaimonia”, interpretou-a como “[...] *algo próximo do sentir-se realizado e pleno, o fim último, o bem maior e supremo, que só poderia ser alcançado pela prática das virtudes*”. Era esse o ensinamento para tanto: prática da virtude durante a vida inteira. Aristóteles diz, ainda, que “[...] *a essência da felicidade estaria na atividade virtuosa, sendo todos os demais bens condições necessárias e contributivas para ela*”. Estaria, desta forma, propondo a realização das potencialidades humanas. Fica assim registrado que a pretensão de boas condições de vida remonta aos primórdios da civilização antiga. Albuquerque (2005, p. 53) complementa a idéia ao afirmar que “*Analisando-se a semântica da expressão, observa-se que a sua difusão tem sido tão popular, em todo o mundo, que ainda não existe consenso, do ponto de vista acadêmico, na aceitação de uma única definição*”.

Relativamente ao presente estudo, há um cuidado na identificação dos aspectos comportamentais e da orientação dos indivíduos, com base em seus próprios padrões com o intento de oferecer informações e estímulos para mudanças, qualitativas, desses comportamentos e hábitos. A estratégia é a busca do equilíbrio de um tripé que envolve conceitos da Psicologia, da Biologia e da Sociologia. Isso é traduzido como o equilíbrio das atividades cotidianas do indivíduo, relacionadas ao bem-estar físico, ao estado emocional, às relações interpessoais, às atividades de lazer, às atividades sociais, ao desenvolvimento e à realização pessoal.

A luta para melhor definir a origem histórica ou conceitual de Qualidade de Vida, ao mesmo tempo em que encontra substancial produção intelectual em diversos pensadores, traz divergências contributivas para a formação do pensamento a respeito do tema. Neste percurso chegam à sociedade contemporânea reflexos das lições da filosofia aristotélica, específicas à questão. Nesse campo, por exemplo, para Gracia-Guillén (1996), esse conceito de Qualidade de Vida, na sociedade atual, não é proveniente nem da Filosofia nem da Teologia, tampouco da Ética. Esse conceito se deve à Sociologia e à Economia, que trouxeram o homem moderno ao centro das discussões, considerando-o detentor do poder de mudar a si mesmo e a própria sociedade. Modernamente, o Grupo de Qualidade de Vida, da OMS – Organização Mundial de Saúde (WHOQOL GROUP, 1995) –, define-a como “[...] *a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e do sistema de valores, nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações*”.

Diante dessa definição, Fleck, Louzada, Xavier et al. (1999, p. 199) concluem que “[...] *fica clara a posição da OMS quanto ao caráter subjetivo e multidimensional do termo e a inclusão de elementos positivos e negativos na sua avaliação*”. O WHOQOL GROUP (1995) considera que, nos tempos mais recentes, foi o presidente norte-americano, Lyndon Johnson⁴ quem, em seu discurso de posse, empregou, pela primeira vez, a expressão Qualidade de Vida, ao declarar que “[...] *os objetivos não podem ser medidos através do balanço dos bancos. Eles*

⁴ Lyndon Baines Johnson (1908-1973). Presidente dos Estados Unidos da América, no período 1963–1969.

só podem ser medidos, através da qualidade de vida que proporcionam às pessoas”.

Duphine (1999, apud Albuquerque, 2005) diz que o termo “Qualidade de Vida” já fora usado por Pigou, em 1920, que na oportunidade explanou sobre o impacto governamental relativamente à vida das pessoas de classes menos favorecidas. Em meados de 1940, com o surgimento de técnicas estatísticas, as indústrias de produtos manufaturados desenvolveram o conceito de produtos com qualidade. Em seguida, após 1945, associaram Qualidade de Vida à aquisição desses bens. Quanto à evolução do conceito, diz ainda que os economistas e sociólogos passaram a buscar índices para mensurar a avaliação de Qualidade de Vida. Estes indicadores tratavam das esferas da esperança de vida, mortalidade infantil, entre outros, e somente em 1960 surgiram indicadores subjetivos focados na satisfação, bem-estar e felicidade das pessoas, por meio de suas experiências de vida.

Sobre a definição e conceituação de Qualidade de Vida, tarefa complexa, com diversos enfoques e visões, várias delas merecem reflexão e análise mais atenta. Rufino Netto (1994) considera que a Qualidade de Vida poderá ser conceituada como boa ou excelente, quando esta proporcionar as pessoas condições mínimas para que se possa registrar o máximo de seu potencial para viver, amar, trabalhar, produzindo bens e serviços, fazendo ciências ou arte. Martins; França e Kimura (1996) acreditam que o conceito de Qualidade de Vida é atingido pela subjetividade, abarcando todos os elementos essenciais da condição humana.

Para Matos (1998), a Qualidade de Vida é definida como algo intrínseco ao ser humano, cuja tendência é vista, pelos indivíduos, como parte integrante das relações familiares, amorosas, social e ambiental. Ainda segundo esse autor, quanto maior o estado de normalidade de uma sociedade, mais ampla é a percepção de Qualidade de Vida e maior o grau de bem-estar e de acesso a bens materiais e culturais. Ferrans (1996) afirma que as áreas cotidianas da vida são determinantes para a satisfação e insatisfação das pessoas e correlacionam-se

com a sensação de bem-estar. Ballesteros (1996) considera Qualidade de Vida como o bem-estar no âmbito social, no da saúde, no da Medicina e no nível de satisfação no domínio psicológico. Para ele, uma vida com qualidade é determinada por uma relação de equilíbrio entre forças internas e externas. Assim, ela diz respeito à maneira pela qual o indivíduo interage (dada a sua individualidade e subjetividade) com o mundo externo, isto é, a maneira como ele influencia e é influenciado. Na concepção de Assumpção (2000), o termo Qualidade de Vida está ligado às características da experiência humana, relacionado diretamente às percepções do bem-estar e destaca a importância de se estabelecer um parâmetro mais sensível e universal para detectar e comparar o seu impacto psicossocial. Complementa, ainda, (op. cit., 2000, p. 126) que *“Infelizmente, até o momento, o que se consegue perceber é a dificuldade em se avaliar essa condição, pois sob a insígnia de ‘qualidade de vida’ jazem as mais variadas concepções, desde capacidade física até desempenho social, passando por idéias subjetivas de bem estar e inserção satisfatória num contexto cultural”*. Para Setién Santamaría (1993), Qualidade de Vida, felicidade, bem-estar pertencem a um mesmo universo semântico.

Ressalta-se, ainda, que a expressão Qualidade de Vida quando citada isoladamente, desprovida de atributos, deve ser entendida como a condição de que um indivíduo, ou um país ou uma região esteja desfrutando. Desta forma, também dir-se-ia que a Qualidade de Vida um é caldeirão em que várias ciências e modismos se misturam. Dentre elas a Sociologia, a Economia e a Educação, que buscam indicadores capazes de refletir melhor o bem-estar social. As últimas décadas foram pródigas no surgimento de um grande número de modelos para classificar e diagnosticar a Qualidade de Vida, o que implicou o aprofundamento da análise para a seleção dos componentes dos constructos.

Outras questões que colaboram para eleger o tema da Qualidade de Vida, como atual e importante, são os fatores estressantes, martírio imposto ao indivíduo pela sociedade de consumo, de caráter cumulativo e explosivo, desgastante, que reclama sempre por alternativas compensadoras. São justamente esses reparos à sobrevivência, essa exigência natural do corpo e do íntimo do

indivíduo, que fazem parte da preocupação natural, entre outras, daqueles que se envolvem com o estudo da Qualidade de Vida. Buscam, preliminarmente, formas, as mais variadas, para atenuar esse desgaste do dia-a-dia e, até, ter a pretensão de fazer desaparecer os fatores que corroboram para o estresse. Em contrapartida, essa fragilidade do ser entra para a análise dos criadores de produtos e dos especialistas em marketing que lhe propõem atenuar ou suprir seu cansaço físico ou mental com adoção de fórmulas compensadoras que podem ir desde a aquisição de um imóvel, de um carro, de um alimento de qualidade, até outras ilusões e sonhos.

Sobre a questão do estresse, Limongi-França e Rodrigues (1999) consideram não ser ele o vilão da história. O estresse parece estar, na visão cotidiana, na outra ponta da gangorra. Quando ele sobe, do lado de cá, desce a Qualidade de Vida, num movimento apenas mecânico. Associa-se a ele, ainda, a gastrite, a úlcera, o baixo rendimento de um atleta, dores de cabeça, desânimo. Uma série de outras situações negativas responde por esse estresse. Culpá-lo diretamente por qualquer estrago no organismo seria queimar etapas. Essas conclusões, de tanto serem repetidas, ganharam status de verdade. Hoje, com o melhor entendimento sobre esse fenômeno, reconhece-se que o ser humano se encontra exposto a estímulos estressantes. Seria, contudo, pela resposta individual de cada um, que esses intrusos proporcionariam uma reação positiva (eustress) ou negativa (distress), podendo, neste caso, gerar inclusive doenças.

O estresse não é uma doença; é sim uma condição que enfraquece o organismo e assim oferece oportunidade para as doenças surgirem. Embora não seja uma patologia, deve-se tratar o estresse e até mesmo preveni-lo, pois suas conseqüências podem ser muito graves (LIPP, 1998). Todavia, são os estímulos estressantes que obrigam o indivíduo a responder com dispêndio de mais energia, provocando o desgaste dele. Se esse pelear for movido por determinado objetivo, muito almejado; se a recompensa alcançada for satisfatória, essa conquista neutraliza o dispêndio do esforço empregado. Os estímulos que, até então, eram adversos e exigiram mais esforços, mais atenção, mais sacrifícios, foram-lhe benéficos. Portanto, caso esse empenho tenha produzido resultado satisfatório, a

euforia se incumbe de revitalizar o organismo, a ponto de desaparecer qualquer vestígio dos fatores estressantes. Se, ao contrário, o trabalho exercido é de forma coercitiva, pouca criatividade, sem controle sobre ritmo, intensidade e duração, permeado de tarefas aborrecidas e relações pessoais fragmentadas e competitivas, dir-se-á que se trata de uma experiência subjetiva de alienação, gerando sensação de falta de poder, frustração constante e sensação de que se vive em um mundo frio e insensível. Seu executor, envolvido por esses fatores negativos, tem tudo para se sentir estressado. Essa situação oferece estímulo desgastante a seus participantes com reflexos no sistema orgânico de cada um. Para que isso ocorra é indispensável que um elenco de condições sejam contempladas: “[...] *é necessário que outras condições sejam satisfeitas, como uma vulnerabilidade orgânica ou uma forma inadequada de avaliar e enfrentar a situação estressante*” Limongi-França e Rodrigues (1999, p. 30).

Acentua Lipp (2000, p. 62) que o estresse “[...] *é um fato importante da vida. Ele é uma parte da vida diária e não pode ser evitado. O estresse excessivo, entretanto, produz demasiada tensão que pode afetar o indivíduo em um número de maneiras, em seu trabalho, reduzindo sua produtividade, em sua vida pessoal e em sua saúde*”. Entretanto, pode-se aprender como utilizar a resposta do estresse para seu próprio benefício, empregando a energia que gera, ao controlar seus aspectos negativos.

Por outro lado, uma crescente atenção vem sendo dada às necessidades das pessoas, com relação a cuidados de saúde, alimentação, atividade física, descanso e outras. Dessa maneira, a Qualidade de Vida procura definir-se não só pelo que é feito pelo indivíduo, mas também pelo que ele faz por si mesmo e por terceiros.

De acordo com a WHO (2004), o conceito de estilo de vida está relacionado com a forma como as pessoas vivem: as escolhas que fazem são parte do que se chama estilo de vida. Diz-se parte porque algumas das opções que se faz estão relacionadas com o contexto no qual se vive, com a cultura da região,

com os hábitos que são adquiridos nos ambientes familiares e sociais e com o conhecimento acumulado sobre saúde que se dispõe em determinados momentos.

Falar em estilos de vida é o mesmo que falar em como o sujeito se relaciona com ele mesmo, com os outros e com a natureza. Construir uma vida saudável implica adotar certos hábitos – como é o caso da atividade física e da alimentação saudável – enfrentar condições ou situações adversas e também estabelecer relações afetivas solidárias e cidadãs, adotando uma postura de ser e estar no mundo com o objetivo de bem viver. Compreender a importância do estilo de vida para a saúde das pessoas é ampliar esta concepção de vida saudável e dar passos importantes neste caminho que as levam à sua construção. É agir em favor de uma saúde que se faz e se melhora a cada dia. É promover saúde. Adotar hábitos de vida saudáveis é contribuir para o estabelecimento de relações mais solidárias; é participar da criação de políticas públicas que incidam positivamente na saúde de todos e, sobretudo, é ser capaz de lidar com o mundo de uma forma positiva.

Discussões dessa natureza ganharam destaque com a aprovação da Estratégia Global para Promoção da Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde, na 57ª Assembléia Mundial de Saúde da OMS, apresentada em março de 2004. Representa um marco na prevenção e controle integrados das Doenças Não Transmissíveis (DNT), nas esferas relacionadas com a nutrição, atividade física e saúde, promovendo políticas públicas direcionadas e o envolvimento de profissionais na superação destes problemas.

A meta da Estratégia Global é promover e proteger a saúde, orientando a criação de um segmento favorável para a adoção de medidas sustentáveis em nível individual, comunitário, nacional e mundial, a fim de reduzir a morbidade e a mortalidade associadas a uma alimentação pouco saudável e à falta de atividade física. Essas medidas contribuem para conseguir os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio das Nações Unidas e são grandes potenciais para a obtenção de benefícios para a saúde pública em todo o mundo. A aplicação desta estratégia por todas as partes interessadas permitirá alcançar melhoras consideráveis e

sustentáveis na saúde da população. Por meio das ações propostas com a Estratégia Global, a OMS acredita ser possível realizar intervenções eficazes para possibilitar que as pessoas vivam mais e levem uma vida mais saudável, para reduzir as desigualdades e promover o desenvolvimento.

Complementando isso, Limongi-França e Rodrigues (1999) destacam a importância de as pessoas se preocuparem em preservar sua necessidade de auto-estima e realização, não menosprezando o seu bem-estar biológico, psicológico e social. No contexto de uma abordagem holística, esses três aspectos devem estar em equilíbrio dinâmico, na medida em que se inter-relacionam e são marcados pelo ambiente socioeconômico, em permanente mudança. Assim, é importante considerar o impacto sobre o bem-estar do indivíduo, das reações do organismo (dados o metabolismo, as resistências e as vulnerabilidades dos órgãos), das mudanças sociais (ligadas a valores, a crenças, ao papel da família, ao trabalho, às preocupações com a comunidade como um todo, em que o indivíduo pertence e participa) e também das alterações psicológicas – relacionadas aos processos afetivos, emocionais e de raciocínio, consciente e/ou inconsciente, que diretamente se relacionam com a personalidade da pessoa – (Figura 1).

Fonte: LIMONGI-FRANÇA, A. C. RODRIGUES, A. L. Stress e Trabalho: uma abordagem psicossomática. 1999.

Figura 1. A Interação Biopsicossocial

Para Freire (1983) o ser humano é um todo biológico, ecológico e socialmente determinado. Mais do que questões físicas e psicossociais o seu bem-estar é dependente do relacionamento com situações que o considera como participante de um grupo social e de uma comunidade, isto com o sentido de sistema sociocultural, dispensadas as considerações sobre aspectos de herança biológica e de fatores ecológicos.

A Escola Humanista considera que todo indivíduo é um complexo biopsicossocial, isto é, tem potencialidades biológicas, psicológicas e sociais que respondem simultaneamente às condições diuturnas de vida dos indivíduos. O conceito de saúde não deve considerar que é apenas a ausência de doença, mas implica a obtenção do completo bem-estar biológico, psicológico e social (LIPOWSKI, 1986). Esta conceituação foi enfatizada pelo WHOQOL GROUP (1995), abrindo campo para as discussões psicossociais na vida moderna. Em verdade o conceito biopsicossocial une várias ciências como a Psicologia, a Filosofia, a Sociologia e a Fisiologia, procurando obter uma visão do homem como um todo. O conceito é ressaltado por Cobra (1996), que preconiza a indivisibilidade do homem. Ele deve ser entendido como uma obra-prima que se desenvolve de maneira harmônica.

Kertesz e Kerman (1985) estudaram a questão Qualidade de Vida dos indivíduos e firmaram o conceito de que, para se atingir a condição convencional e definida como Qualidade de Vida, é preciso um equilíbrio do tripé bio-psico-social. O conjunto do trabalho deles colabora com a formação sobre se ter esse equilíbrio do “tripé”, como condição para estabelecerem-se as mínimas condições para a obtenção de Qualidade de Vida. Apresentam em “El manejo del stress” (1985), um manual, como assim denominam, sobre os fundamentos teóricos e aplicações práticas do tema estresse que não só explique o fenômeno, mas também indique como controlá-lo em benefício próprio.

Ainda, segundo os mesmos autores, os estudos científicos sobre a percepção do estresse existem, se bem que de forma intuitiva, há muitos anos. Citam que o primeiro conceito, talvez, tenha sido apresentado por Claude Bernard,

em 1865, quando descreve a capacidade dos seres vivos para manter constante o seu equilíbrio interno em relação com o externo. Posteriormente, referiu-se à capacidade de resposta da pessoa diante de eventos perigosos (fuga ou luta). Em 1926, Selye observou sintomas e sinais comuns em indivíduos que sofrem de transtornos físicos e seguiu com seus estudos, desde os de laboratório, com animais, até o humano biológico, chegando às partes psicológica, social e filosófica. Em 1940, Harold Wolff e Stewart Wolf, apresentaram estudos sobre a reação do estômago diante de uma grande variedade de estímulos emocionais. Estes pioneiros, Bernard, Cannon, Wolff e Wolf, Selye, estabeleceram as bases médicas e biológicas sobre os estudos do estresse.

A Organização Mundial da Saúde, em 1947 definiu a saúde “[...] *não como a mera ausência de enfermidade, mas sim como um estado completo de bem-estar físico, psicológico e social*”, que representa as três dimensões da existência humana. Estes princípios estão relacionados no diagrama “Hexágono Vital”, cujos vértices vão caminhando quando se tem uma vida saudável, satisfazendo em cada ponto as necessidades individuais (KERTESZ; KERMAN, 1985).

Fonte: Kertesz e Kerman (1985, p. 371).

Figura 2. Hexágono Vital

Nos dias atuais, a Medicina holística se empenha para manter a saúde das pessoas em equilíbrio, apesar de elas apresentarem resistência para adotar um estilo de vida bom e criativo, abandonar tóxicos, como fumo, café, álcool e drogas. Começar e manter exercícios físicos. Enriquecer as possibilidades do trabalho, complementando com hobbies criativos e ativos. Aprofundar a intensidade dos seus relacionamentos com parentes, família, amigos. Todas estas ações estão ao alcance de grande parte da população (LIMONGI-FRANÇA; RODRIGUES, 1999).

As especificações de Kertesz e Kerman (1985), para a conquista do bem-estar e do manejo do estresse, estão contidas na análise de seis aspectos, representado no, “Hexágono Vital”, que descreve o estilo de vida integralmente saudável em seis pontos:

- Alimentação (consumir o saudável e necessário, eliminar o tóxico);
- Atividade física regular;
- Tempo de repouso adequado;
- Espaço para lazer e diversão, *hobbies*, preferencialmente ativos;
- Trabalho que contenha a possibilidade de realização;
- Inserção em um grupo social (de apoio), assertividade social.

Sobre **alimentação**, Kertesz e Kerman (1985, p. 378) acentuam que “[...] em nossa sociedade contemporânea, muito em função de seu ritmo alucinante ou por força dos meios de comunicação, tem-se tornado cada dia mais difícil uma alimentação balanceada que supra as necessidades calóricas de uma atividade freqüentemente extenuante”. A alimentação, uma das necessidades básicas do ser humano, pode influenciar fortemente o seu comportamento diante da sociedade, especialmente no que diz respeito ao desempenho de seu trabalho. É comum dizer que se come sanduíche para “enganar o estômago”, de se ter por hábito o uso em excesso do café, o uso contumaz de bebidas alcoólicas, de comida extremamente gordurosa – hábitos indesejáveis e nocivos ao bom funcionamento do organismo.

Uma alimentação adequada pode ser tão importante na manutenção da saúde quanto no melhor desempenho do trabalho.

Situações mais estressantes reclamam uma alimentação equilibrada (LIMONGI-FRANÇA; RODRIGUES, 1999, p. 131). Recomenda-se, então:

- Consumo de alimentos ricos em vitaminas do complexo B e C, magnésio, selênio, cálcio e ferro;
- Reforço na dieta com frutas, legumes frescos, crus ou cozidos, no vapor;
- Aumento de ingestão de fibras;
- Diminuição da quantidade de sal e açúcar;
- Preferência por alimentos naturais, por suco de frutas evitando-se o consumo de refrigerantes;
- Baixo consumo de gorduras e, se usá-las, dar preferência às gorduras polissaturadas.

A nutrição proporciona relação harmônica entre alimentação e bem-estar físico, com pleno desenvolvimento mental e emocional das pessoas. Nesse aspecto nutricional, as pessoas devem adquirir quantidade e qualidade de alimentos que supram suas necessidades básicas diárias, promovendo melhor qualidade física e emocional (TIRAPEGUI, 2002). Esse mesmo autor propõe para tanto, que se observem as seguintes recomendações, como componentes fundamentais de uma boa Qualidade de Vida:

- Alimentação, balanceada e diversificada, para obter os nutrientes que o organismo necessita para sua manutenção;
- Manutenção do peso corporal, evitando-se a obesidade;
- Prática de esportes, sendo importante que as pessoas estabeleçam um equilíbrio entre os alimentos ingeridos e a energia que gastam. Assim, a atividade física proporciona inúmeros benefícios, como

melhor coordenação motora, contribui para a diminuição da ansiedade, melhora o estado de ânimo, regula o apetite, favorece o sono e a disposição ao trabalho e ainda contribui para a formação óssea, prevenindo doenças como a osteoporose;

- Consumo reduzido de álcool, fumo, carne vermelha, sal, gordura e açúcar refinado.

Salienta, ainda, a importância de se nortear a alimentação, mantendo uma dieta equilibrada, quantitativamente suficiente, qualitativamente completa e adequada ao organismo a que se destina, com vista ao exercício da finalidade do interessado.

A proposta de uma “Pirâmide dos Alimentos”⁵, (PHILIPPI, 2002), apresentada na Figura 3, representa de forma gráfica a distribuição dos alimentos, com o objetivo de se educar as pessoas quanto à qualidade e à quantidade do que deve ser ingerido e oferece recomendações, para o perfil brasileiro, sobre a mais adequada ingestão de alimentos. Isso se dá segundo estes parâmetros:

- Base da pirâmide: alimentos ricos em carboidratos (cereais, tubérculos e raízes). Consumo de 5 a 9 porções diárias;
- 2º nível: alimentos ricos em fibras, sais minerais e água (alface, agrião, tomate, cenoura, maçã, pêra), frutas e hortaliças. Consumo diário de frutas 3 a 5 porções e de hortaliças 4 a 5 porções;
- 3º nível: grupo do leite e derivados, rico em proteínas, cálcio, magnésio e vitamina B2. Consumo, por dia, de 3 porções;
- Grupo das carnes e ovos, rico em proteínas, ferro, zinco e complexo B. Consumo, de 1 a 2 porções diárias;
- Grupo das leguminosas, (feijão). Consumo de 1 porção/ dia;
- Topo da pirâmide: alimentos ricos em gorduras e açúcares, devendo ser consumido com moderação, entre 1 a 2 porções/ dia.

⁵ Arte baseada na pirâmide alimentar adaptada à população brasileira – autora: Profª. Drª. Sonia Tucunduva Phillippi, da Faculdade de Saúde Pública e Nutrição da USP.

Fonte: PHILIPPI (2002).

Figura 3. Pirâmide dos Alimentos

Dessa forma, em uma alimentação saudável, Philippi (2006) diz que todos esses alimentos são permitidos, desde que se tenha equilíbrio, disciplina, coma-se na quantidade certa e sejam feitas escolhas inteligentes.

Quanto à questão da alimentação, vale ressaltar o conjunto de orientações, recomendações e indicações, estabelecidas pela Estratégia Global (OMS, 2004), com o objetivo de diminuir os fatores de risco e as taxas de morbidade e mortalidade da população mundial pelas Doenças Não Transmissíveis (DNT). Estas devem ser adaptadas diante das diferentes realidades dos países e integradas às políticas nacionais, regionais e locais, com vistas a garantir que os indivíduos possam fazer escolhas saudáveis relacionadas à alimentação e à atividade física, prevendo ações de caráter regulador, fiscal e legislativo sobre o ambiente que visam a tornar essas escolhas factíveis. Tais orientações vêm como uma alternativa para alcançar melhoras consideráveis e sustentáveis na saúde da

população de todo o mundo, tendo como pressuposto o enfoque multissetorial e a sustentabilidade de ações que devem ser desenvolvidas a curto, médio e longo prazos, configurando-se como um documento sugestivo e flexível o suficiente para ser adequado às diferentes realidades dos países, orientando-os para que, durante a elaboração de suas políticas e diretrizes nacionais, considerem como recomendações de dieta à população:

- a) limitar a ingestão energética procedente das gorduras (15 a 30%);
- b) substituir as gorduras saturadas (menos de 10%) e trans-saturadas por gorduras insaturadas;
- c) aumentar o consumo de frutas, legumes e verduras (mínimo de 400 gramas diário), assim como cereais integrais, nozes e similares;
- d) limitar a ingestão de açúcar simples;
- e) limitar a ingestão de sal (sódio) de todas procedências (menos de 5 gramas diário); e,
- f) buscar o equilíbrio energético para o controle de peso saudável.

Ressalta a Estratégia Global como responsabilidades dos países, resumidamente, a necessidade de:

1. elaborar estratégias nacionais para Alimentação Saudável e Atividade Física, construídas sobre estruturas e políticas já existentes;
2. elaborar e disseminar Diretrizes Alimentares e de Atividade Física;
3. reforçar atividades de comunicação social e promover informações para capacitar o consumidor para que realize escolhas saudáveis (educação para o consumo);
4. garantir que a propaganda de alimentos e bebidas não explore a inexperiência e credulidade do público infantil. Propagandas que preconizam práticas dietéticas não saudáveis devem ser desencorajadas (regulamentação);

5. rotular os alimentos quanto ao seu conteúdo nutricional e estabelecer alegações saudáveis que não confundam o público sobre os riscos e benefícios nutricionais dos alimentos;
6. analisar políticas agrícolas quanto a seus efeitos na saúde (relatório de impacto na saúde) e promover políticas que aumentem a disponibilidade e acessibilidade a alimentos saudáveis;
7. diminuir o consumo de alimentos industrializados energeticamente densos (ricos em sal, gorduras hidrogenadas e açúcares) e pobres em micronutrientes (salgadinhos, refrigerantes, balas, etc.);
8. utilizar medidas fiscais para promover a disponibilidade e o acesso aos alimentos mais saudáveis, com ênfase em frutas, legumes e verduras;
9. dar atenção especial à qualidade dos alimentos distribuídos em programas de alimentação e incluir a educação alimentar como um dos componentes principais de programas de transferência de renda;
10. adotar políticas que dêem suporte à alimentação saudável no ambiente escolar e limitem a disponibilidade de produtos ricos em sal, açúcar e gorduras;
11. capacitar profissionais de saúde, especialmente da atenção básica, para a promoção de práticas alimentares saudáveis;
12. promover a mobilização social da sociedade civil a partir do envolvimento de associações de profissionais, entidades de defesa do consumidor, associações de portadores de patologias, entre outras; e
13. investir em monitoramento e vigilância das DNT e avaliação das intervenções preconizadas.

A OMS considera que a aplicação desta estratégia, por todas as partes interessadas, permitirá alcançar melhoras consideráveis e sustentáveis na saúde da população.

Referente ao item, exercício da **atividade física**, a recomendação é que deve ser cumprido de forma regular, ou seja, com uma frequência semanal de, pelo menos, três dias (consideradas as adequações necessárias às condições de cada indivíduo). Essa prática deve se tornar hábito, procurando-se realizá-la em local bem ventilado, com roupas e equipamentos apropriados, combinando os exercícios de relaxamento com os de resistência (KERTSZ; KERMAN, 1985).

Com relação à atividade física a OMS, na Estratégia Global, recomenda que as pessoas se mantenham suficientemente ativas em todas as fases do ciclo de vida, com pelo menos 30 minutos de atividade regular intensa ou moderada na maioria dos dias da semana, a fim de prevenir as enfermidades cardiovasculares e diabetes, fortalecer a musculatura e melhorar o estado funcional nas diferentes fases do ciclo de vida e especialmente na fase adulta e idosa.

Não se recomenda – por ser um contra-senso – praticá-los apenas em fins de semana ou esporadicamente (MATSUDO; ARAÚJO; MATSUDO, et al., 2001). Tal prática deve ser apoiada de forma disciplinada e estruturada numa gradativa seqüência lógica (SAFONS, 1998). O ideal é que a pessoa, antes de qualquer coisa, submeta-se a uma avaliação médica. Nesse particular, diz Safons (1998, p. 47), *“A análise leva em conta as condições de saúde – se a pessoa é hipertensa, se tem artrite, osteoporose, fibromialgia ou se toma medicação etc”*. Esclarece, ainda, que as atividades recomendadas estão no âmbito biopsicossocial:

- Bio (biológico) – o exercício influi na melhor funcionalidade dos órgãos internos e visa ao aumento da força, da flexibilidade, do equilíbrio e especialmente na função cardiovascular;
- Psico (psicológico) – o trabalho físico aumenta a disposição, melhora a auto-imagem, a auto-estima e a sensação de bem-estar;
- Social – a manutenção ou a re-inserção do indivíduo em um grupo social e a ampliação mesmo das relações sociais que são benefícios colhidos pela prática desportiva.

Para se alcançar resultado satisfatório em atividade dessa natureza, recomenda-se manter ritmo acelerado, o suficiente para provocar um aumento suportável da frequência cardíaca, não se descuidando de observar orientação de especialista da área. O pulso deve ser monitorado, tanto durante o exercício, como em sua recuperação. Nenhuma atividade deve ser praticada de forma exagerada, pois ela tem a finalidade apenas de melhorar o condicionamento físico, não de preparar o indivíduo para atividades competitivas. Se assim fosse, o praticante mereceria outra atenção por parte do profissional de esporte, com outra orientação. Aconselha-se que, tanto atletas, como pessoas exercendo atividade física regular ou até sedentários, consumam alimentação equilibrada, pois, desta forma, garante-se ao corpo o fornecimento de todos os nutrientes necessários para a realização do trabalho biológico. E, ainda que se evite a estafa, ela poderá desencadear um estresse. Lembrar-se que esforço físico exagerado é contraproducente, pondo em risco a saúde (MATSUDO; ARAÚJO; MATSUDO *et al.*, 2001).

Philippi (2006, p. 75) aprecia a importância da escolha da atividade física que combine com a pessoa: “[...] *começar uma atividade física é uma das decisões difíceis que exigem determinação, já que há muitos fatores que jogam contra quando se leva uma vida sedentária.*” Ressalta que a prática da atividade física diária deve ser incorporada aos hábitos que garantem uma qualidade de vida saudável, contribuindo para o bom humor e a ausência de doenças. Afirma ainda, que “*A prevenção e a redução das doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT), como obesidade, diabetes, hipertensão, problemas cardiovasculares, câncer, podem ser obtidas com o binômio dieta saudável e atividade física diária.*”

Ao se considerar **o tempo de repouso** adequado e de relaxamento diário, encontra-se aí uma das melhores formas de se controlar o estresse. Ter uma noite de sono adequada é fundamental, respeitando, cada indivíduo, a sua natureza, quanto às horas que lhe são necessárias para repor suas energias. Preocupações podem impedir a conciliação do sono. Se essa ocorrência tende a se repetir, tornando-se freqüente, começa-se a estabelecer um quadro de insônia, devendo ser visto como um sinal, não como um alarme. O uso de indutores de sono ou tranqüilizantes é desaconselhado sem orientação médica. A ingestão de

bebidas alcoólicas, antes de dormir, sob alegação de ser uma forma de se descontraí, é hábito prejudicial à saúde por interferir no ciclo fisiológico do sono, comprometendo sua qualidade e a saúde da pessoa (KERTZ; KERMAN, 1985).

Para Martins, Mello e Tufik (2001, p. 32), os problemas relativos ao sono têm origem no estilo de vida dos indivíduos e cita a restrição e a sua fragmentação como importantes fatores. Questões sociais, do tipo trabalho, escola, responsabilidades familiares, costumam levar à fragmentação e à restrição do sono com prejuízos diretos em sua qualidade e quantidade. Concluem dizendo que, *“Como conseqüências da alteração do padrão de sono podem ocorrer reduções da eficiência do processamento cognitivo, do tempo de reação e responsividade atencional; além de déficit de memória, aumento da irritabilidade, alterações metabólicas, endócrinas e quadros hipertensivos”*.

Limongi-França e Rodrigues (1999, p. 133) recomendam que, para facilitar o início do sono, alguns passos podem ser considerados:

- Vá deitar-se sempre na mesma hora;
- Não use substâncias estimulantes cerca de uma hora antes de deitar-se, como café, álcool e outras;
- Evite cochilos durante o dia;
- Evite situações noturnas que possam estimulá-lo, substitua a tevê pelo rádio ou por música relaxante;
- Faça leituras suaves antes de ir para a cama;
- Tome banhos quentes e prolongados, se possível de banheira, antes de deitar-se;
- Estabeleça um programa de condicionamento físico durante o dia;
- Alimente-se em horários regulares e evite grandes refeições próximas do horário de dormir;
- Faça exercícios de relaxamento antes de dormir ou meditação;

- Limite seu tempo diário na cama, aquele que você tinha antes de ter dificuldades para conciliar o sono;
- Procure levantar-se da cama sempre na mesma hora;
- Mantenha condições confortáveis para o sono.

Lazer e diversão, obrigatoriamente, devem figurar no cardápio da vida de cada um, porque nessas circunstâncias o organismo relaxa e se recompõe. Revitaliza-se. É importante estruturar o tempo livre, planejar as horas de diversão com algo prazeroso, como hobbies e as atividades culturais e sociais (KERTESZ; KERMAN, 1985).

A definição clássica de lazer tem por base Dumazedier (1979), que define o lazer como o conjunto de ações escolhidas pelo sujeito para diversão, recreação e entretenimento, num processo pessoal de desenvolvimento. Considera o lazer como um conjunto de ocupações às quais o indivíduo pode entregar-se de livre vontade, seja para repousar, seja para divertir-se, recrear-se e entreter-se. O lazer não tem significado em si mesmo (DUMAZEDIER, 1980). De Masi (1999) entende que o ócio oferece, sobretudo, a possibilidade de introspecção, de brincadeira, de convívio, de amizade e de amor. Para Marcelino (2002), o lazer é toda e qualquer ação humana na qual e pela qual se consegue manter os objetivos e os valores idealizados e restritos ao próprio indivíduo que as vivencia ludicamente. Apesar de uma série de impedimentos socioeconômicos, as atividades de lazer estão cada vez mais presentes na vida das pessoas.

Para o enfoque **no trabalho**, Kertesz e Kerman (1985) entendem que sua definição deve conter a possibilidade de realização, ou seja, possibilidade de render satisfação pessoal e subsistência digna.

A origem do termo Trabalho vem do Latim "tripaliare", com o significado de torturar, procedendo à idéia de sofrimento, esforço. Este, também, conceituado como a atividade do ser humano que transforma a natureza a partir de certa matéria dada. No sentido econômico, entendido como toda atividade que o homem

realiza por meio de uma matéria-prima, com o propósito da produção de bens e serviços Heitzmann (2007).

Para Gorz (2003), o trabalho é uma invenção da modernidade, gerado a partir do capitalismo industrial. Entende que o termo trabalho, em seu sentido contemporâneo, não está ligado às tarefas desenvolvidas no dia-a-dia, nem como com as tarefas de mão-de-obra intensa, ou até mesmo o que se explora por conta própria. O trabalho está sim ligado à atividade realizada na esfera social, determinada e distinguida como sendo útil e remunerada pela sociedade. Gorz entende que esse tipo de trabalho remunerado reflete como uma ferramenta de socialização, fazendo a diferença da sociedade atual, com fundamentos de direitos e cidadania. Argumenta que:

É pelo trabalho remunerado – em especial pelo trabalho assalariado – que pertencemos à esfera pública, adquirimos uma existência e uma identidade social – uma profissão, inserimo-nos em uma rede de relações e de intercâmbios, onde a outros somos equiparados e sobre os quais vemos conferidos certos direitos, em troca de certos deveres. O trabalho socialmente remunerado e determinado é, há tempos, o fator mais importante da socialização, que para aqueles e aquelas que o procuram, se preparam e também lhe sentem a falta. Gorz (2003, p.21)

Ressalta, ainda, que o verdadeiro trabalho é aquele que se realiza por meio da criação, inspiração, invenção, com a realização de si. Acreditando, assim, que a partir deste a vida das pessoas será enriquecida de satisfação e prazer.

Vale salientar que outras visões sobre o trabalho são referidas por Antunes (2004), ao lembrar que o ser social se distingue de todas as formas pré-humanas a partir do trabalho. Homens e mulheres são dotados de consciência ao trabalhar, pois concebem previamente o desenho e a forma que desejam dar ao objeto de seu trabalho.

Um olhar sob a ótica do trabalho exposta por Marx (1988, p. 50) torna indubitável que este é fundamental na vida humana, como condição para a existência social: *“Como criador de valores de uso, como trabalho útil, é o trabalho, por isso, uma condição de existência do homem, independentemente de todas as*

formas de sociedade, eterna necessidade natural de mediação do metabolismo entre homem e natureza e, portanto, vida humana”. Considera, também, que a partir do trabalho, ao mesmo tempo em que os indivíduos transformam a natureza externa, têm também alterada sua própria natureza humana, num processo de transformação recíproca que converte o trabalho social num elemento central do desenvolvimento da sociabilidade humana.

Ainda neste caminho, Dejours (1999) entende ser o trabalho um fator de equilíbrio e de desenvolvimento, quando possibilita ao trabalhador aliar o desejo de executar a tarefa às suas necessidades físicas, independentemente da natureza do trabalho e das condições em que o realiza.

Quanto à **inserção social**, estudos demonstram que o estresse poderá ser mais bem suportado quando se tem o apoio e o afeto de um grupo de pessoas. Em situações difíceis, em determinadas ocasiões em que se tem de tomar decisão importante, poder dialogar e refletir com pessoas que saibam escutar é de grande ajuda, como também receber apoio em face da dor e da tristeza (KERTESZ; KERMAN, 1985).

Um grupo social, para a Sociologia, é um sistema de relações, de interações recorrentes entre pessoas, para interagirem entre si e por serem capazes de agir conjuntamente, visando atingir um objetivo comum. Podem ser estabelecidos como grupos: a escola, a igreja, a empresa, a família, o clube, entre outros. Em uma sociedade, regras de conduta se formam para que se possa controlar e orientar o comportamento das pessoas, gerando normas sociais como uma recompensa ou uma punição que o grupo determina para os indivíduos, de acordo com o seu comportamento na sociedade. Assim, valores sociais alternam-se no espaço e no tempo, em função de cada época, geração e cada sociedade (CASTRO, 2001). Aspectos positivos das relações sociais podem firmar com o apoio social proporcionado por redes comunitárias (compartilhando informações, auxiliando em momentos de crise, presença em eventos sociais, etc.), por meio de ajuda mútua quando o grupo se apresenta em uma rede social forte e integrada. Este ensejo pode ser um fator psicossocial no aumento de confiança pessoal, de

prazer com a vida e da capacidade de lidar com dificuldades. Outro fator a ser considerado é o aspecto da reciprocidade que beneficia ambas as partes, tanto para quem oferece o apoio como aquele que o recebe (VALLA, 1999).

Ao considerar inserção social como sendo o processo de engajar a pessoa em favor do grupo, de modo que o acesso seja permitido sem distinção para todos, busca-se o bem-estar da sociedade. Muitas são as ações que caminham nesse sentido, convidando todos para a prática dos direitos de cidadania (CASTRO, 2001).

Domingos e Menezes (2005) definem apoio social como um processo de interação em que os relacionamentos entre grupos de pessoas, mediados no espaço grupal dialógico, pelo contato sistemático, estabelecem vínculos de amizade e de solidariedade, contribuindo para o enfrentamento das diversidades, com benefícios à saúde física, mental e social.

Pietrukowicz (2001, p. 11) define o apoio social como qualquer atividade que, em determinado momento, possa ser dividida entre pessoas e com familiares, amigos, grupos religiosos, entre outros grupos, ou com qualquer pessoa que ofereça um apoio afetivo ou material. A importância dessa categoria está na manifestação da solidariedade e no efeito benéfico como expressão de saúde para as pessoas que participam das atividades. Diz ainda que “[...] *as condições de vida, as relações estabelecidas entre as pessoas, o cotidiano e o ambiente em que vivem são fatores importantes a serem analisados quando se fala em apoio social, são aspectos que para algumas pessoas podem afetar a saúde e o bem-estar.*” Ela considera, ainda, que por meio do apoio social, possam ser estabelecidos vínculos de amizade e de informação, recebendo apoio material, emocional, afetivo, contribuindo para o bem-estar recíproco e construindo fatores positivos na prevenção e na manutenção da saúde. O papel que os indivíduos desempenham em situações de crise, comuns nas atividades diuturnas, é visto pela autora como uma demonstração típica do significado e do valor do apoio social. Para classificá-lo, faz uma separação em três tipos:

- *Apoio emocional* – está relacionado com os sentimentos, as emoções e a estima; as pessoas ao participarem de um grupo, passam a expressar os seus sentimentos e a se relacionar com os outros participantes. Estão aqui presentes os sentimentos de estima, de pertencimento e de confiança, pois com este tipo de apoio as pessoas acabam expressando seus medos, angústias, dores, ansiedades, tristezas, etc. Surge aqui uma forte sensação de aceitação e controle ao encararem as situações mais difíceis e irem além delas;
- *Apoio material ou instrumental* – qualquer tipo de prestação de ajuda direta ou de algum tipo de serviço que propicie ajuda material, financeira, etc.;
- *Apoio educacional ou informativo* – estrutura-se no enfoque informativo educacional que é dado sobre vários assuntos, de acordo com os objetivos ou interesses do grupo. Geralmente estes grupos são formados por pessoas que buscam informação, conselho, esclarecimentos, conhecimentos sobre algum assunto, ou algo que os ajude a resolver os seus problemas. Esse tipo de apoio possibilita a troca de informação entre as pessoas, o sentimento de pertencimento entre os participantes e fornece a percepção de que os sentimentos do indivíduo são compreendidos e aceitos.

Kertesz e Kerman (1985), a partir dos aspectos alimentação, atividade física regular, tempo de repouso adequado, espaço para lazer e diversão, trabalho que contenha a possibilidade de realização e inserção em um grupo social (de apoio), elaboraram um diagrama, denominado-o de “Hexágono Vital”, que permite avaliação periódica do nível de estresse e da Qualidade de Vida e, conseqüentemente, a indicação dos aspectos da vida que merecem maior atenção e cuidado.

3.1.1 O Enfoque da Qualidade de Vida no Trabalho

A Qualidade de Vida é, hoje, parte integrante da preocupação empresarial, que vê, no aprimoramento dela, na solução de questões relacionadas com as necessidades biológicas, psicológicas, sociais e organizacionais, a melhor solução para obter maior qualidade de seu produto, aliado à melhor velocidade de produção. Do ponto de vista do trabalho, a Qualidade de Vida representa hoje a necessidade de valorização das condições ambientais, da definição de procedimentos da tarefa em si, do cuidado com o ambiente físico e do aprimoramento dos padrões de relacionamento interpessoal (ALBUQUERQUE; FRANÇA, 1998).

O resultado prático, da preocupação de realizar atos internos à corporação voltados à Qualidade de Vida, levou ao surgimento do que se passou a chamar de Qualidade de Vida no Trabalho (QVT). Em sua essência defende e propugna os mesmos conceitos de Qualidade de Vida, na forma genérica. Ainda que não se circunscreva exclusivamente aos muros da organização, tem por questões operacionais as limitações sobre o comportamento, em tempo integral, do indivíduo (LIMONGI-FRANÇA, 2003). A origem do conceito Qualidade de Vida no Trabalho tem estreita relação com o aumento, mais recente, da valorização e cobrança por melhores condições humanas e éticas no trabalho (LIMONGI-FRANÇA; RODRIGUES, 1999).

Arellano (2004) considera que a Qualidade de Vida no Trabalho tem como objetivo principal a busca do equilíbrio psíquico, físico e social dos empregados, dentro do contexto organizacional considerando as pessoas como seres integrados nessas três dimensões, por intermédio de ações que refletem em um aumento na produtividade e na melhoria da imagem da empresa tanto no contexto interno, como externamente, levando a um crescimento pessoal e organizacional.

Dejours (1987) é enfático ao afirmar que trabalho sem sofrimento é uma irre realidade, trazendo uma nova leitura sobre a condição humana pela análise da psicopatologia no trabalho. Para ele, o trabalho, mesmo aquele que motiva e

gratifica, exige um grande esforço, implicando em desgaste físico e mental. Para prevenir essa exaustão, Limongi-França e Rodrigues (1999, p. 135) propõem alternativas, tais como:

- Aumentar a variedade de rotinas para evitar a monotonia;
- Evitar o excesso de horas extras;
- Dar melhor suporte social às pessoas;
- Melhorar as condições sociais e físicas no trabalho;
- Investir no aperfeiçoamento profissional e pessoal dos trabalhadores.

Assim, a Qualidade de Vida, nesse âmbito, é o resultado geral obtido, incluindo a satisfação no trabalho, garantia de saúde e segurança física, mental e social, bem como a capacidade para o desenvolvimento e aplicação das habilidades, com ideal uso de sua energia pessoal, (LIMONGI-FRANÇA; RODRIGUES, 1999).

No seguimento desses propósitos, nota-se também a inserção de projetos diferenciados, entre eles o Programa de Qualidade de Vida do Trabalhador, que, em resumo, procura obter mudanças de comportamento, objetivando melhorar a qualidade de vida do trabalhador nos âmbito da saúde pessoal, relacionamento social e familiar e no mundo do trabalho, em geral. Isto pode ser entendido como uma preocupação das organizações em desenvolver ações que intentem cuidar, proteger e viabilizar o bem-estar de seus colaboradores, a partir de demandas pessoais, organizacionais e corrigir e eliminar riscos ocupacionais⁶.

Recentes mudanças vêm modificando as relações de trabalho. Elas decorrem da crise de emprego e, ao mesmo tempo, de mentalidade mais humanizada das relações homem-trabalho por parte dos empresários. Novos estilos de vida nas metrópoles também contribuem para tanto, obrigando as

⁶ Disponível em: www.recursoshumanos.sp.gov.br/qualidadedevida/. Acesso em: 24/06/2007.

organizações a se preocupar com o bem-estar, ou seja, uma melhor Qualidade de Vida no Trabalho de seus funcionários. De acordo com Mazzon (1981, p. 72),

A importância do trabalhador nas organizações tem-se constituído em uma das grandes preocupações dos dirigentes, visto que eles não são mais considerados somente como fator de produção e, sim, como um elemento diferencial no processo competitivo entre as empresas para o alcance de seus objetivos de lucro, participação de mercado etc. E como um fator destacado no processo de desenvolvimento econômico do Brasil.

Assim é que, para Limongi-França e Rodrigues (1999, p. 136), “[...] a *Qualidade de Vida no Trabalho é uma compreensão abrangente e comprometida das condições de vida no trabalho, que inclui aspectos de bem-estar, garantia de saúde, segurança física, mental e social e capacitação para realizar tarefas com segurança e bom uso da energia pessoal*”. Dentro desta linha de pensamento, completam que “[...] o trabalhador deve ser considerado como uma importante fonte de energia, contribuindo para isso uma boa alimentação”.

A Escola de Relações Humanas é tida como uma das primeiras correntes dentro das linhas de pensamento administrativo a se preocupar e intervir no tema QVT. Como representantes dessa Escola, destacaram-se: Elton Mayo – que observou que a produtividade aumenta quando acontecem fenômenos de grupo; Maslow e Herzberg, cujas pesquisas sob motivação humana apresentaram uma fundamentação teórica sobre o tema; Kurt Lewin, com estudos de Dinâmica de Grupo. Todos estes tinham como preocupação os aspectos psicossociais do trabalho, o comportamento e a reação dos indivíduos sob as diversas condições durante a jornada de trabalho (FERNANDES, 1996; SAMPAIO, 1999).

A Qualidade de Vida no Trabalho só apareceu, na literatura, nos anos 50 do século passado, na Inglaterra, quando Eric Trist e seus colaboradores estudaram um modelo macro, envolvendo o trinômio Indivíduo–Trabalho–Organização (FERNANDES, 1996). Huse e Cummings (1985) constataram que, nos anos 60, esse tema ganhou projeção, graças à conscientização da classe trabalhadora, somando, ao aumento de responsabilidades sociais, fatores que exerceriam influência no pensar dos cientistas e dirigentes organizacionais. De

acordo com Limongi-França (1996), foi na década de 70 que realmente emergiu o grande desenvolvimento da Qualidade de Vida no Trabalho, principalmente devido à criação de centros de estudos, dessa natureza, nos Estados Unidos.

Segundo Sampaio (1999), quanto à conceituação da Qualidade de Vida no Trabalho, os ecologistas a relacionam com a qualidade do meio ambiente; os economistas, sociólogos e políticos, com a riqueza e bem-estar de uma sociedade; a Medicina, com a qualidade da saúde. Cinco dimensões – saúde física, saúde psicológica, nível de independência, relações sociais e de meio ambiente – compuseram a definição de Qualidade de Vida, elaborada pela WHO (WHOQOL GROUP, 1993).

Limongi-França (1996) assinala, ainda, que existem muitas interpretações para a Qualidade de Vida no Trabalho: desde o enfoque clínico, que diz respeito à ausência de doenças, até as exigências de recursos, objetos e procedimentos que atendam às demandas coletivas em determinada situação, compondo amplos programas dessa natureza. Adota, também, a definição de que essa modalidade é um conjunto de ações de uma empresa que envolve diagnóstico, implantação de melhorias e de inovações gerenciais, tecnológicas e estruturais, dentro e fora do ambiente organizacional, visando a propiciar condições plenas de desenvolvimento humano para e durante a realização do trabalho. Diversas ciências têm proporcionado contribuições específicas, destacando-se, entre outras, Saúde, Ecologia, Ergonomia, Psicologia, Sociologia, Economia, Administração e Engenharia. Ressalta que a formulação dessa idéia implica profundo respeito pelas pessoas. Conclui, dizendo que, para alcançar níveis elevados de qualidade e produtividade, as organizações precisam de pessoas motivadas, que participem ativamente nos trabalhos, que executem e que sejam adequadamente recompensadas pelas suas contribuições.

Para Walton (1973), são muitas as ações para se alcançar uma organização mais humanizada, na qual o trabalho envolva, simultaneamente, relativo grau de responsabilidade e de autonomia ao nível do cargo, recebimento de recursos de feedback sobre o desempenho, com tarefas adequadas, variedade,

enriquecimento do trabalho com ênfase no desenvolvimento do indivíduo. Bergeron (1982) explica que a Qualidade de Vida no Trabalho consiste na aplicação concreta de uma filosofia humanista pela introdução de métodos participativos, visando a modificar um ou mais aspectos do meio ambiente do serviço, a fim de criar uma situação nova, mais favorável à satisfação dos empregados e à produtividade. Por sua vez, Werther e Davis (1983) vêem a questão engajada a um programa de cargos e carreira, construído com equidade e conduzido de forma adequada dentro da organização.

Huse e Cummings (1985), então, consideram que a Qualidade de Vida no Trabalho constitui uma forma de pensamento, envolvendo pessoas, trabalho e organização, na qual se destacam: a preocupação com o bem-estar do trabalhador e com a eficácia organizacional e a participação do trabalhador nas decisões e problemas do trabalho. Essa definição pode ser explicitada por quatro programas: participação do trabalhador, projeto de cargos, inovação do sistema de recompensa e melhoria no ambiente de trabalho.

Como afirmam Limogi-França e Rodrigues (1999, p 137),

[...] a realidade gerencial do Brasil tem mostrado que, na prática, Qualidade de Vida no Trabalho tem sido compreendida de forma parcial e incompleta. A atuação da qualidade, voltada para as pessoas, freqüentemente, traz um referencial assistencialista, algumas vezes benemérito, ou, simplesmente, ações gerenciais ignoram Qualidade de Vida no Trabalho nas políticas e processos das empresas ou reparação de aspectos humanos e ambientais que neutralizam riscos na condição de trabalho.

Por fim, salienta-se a importância da visão biopsicossocial estar presente dentro dos programas de Qualidade de Vida no Trabalho. É, ainda, Limongi-França e Rodrigues (1999, p. 16) quem asseveram que o ser humano reage sempre como um todo complexo, interligado em relações permanentes e fundamentais com a vida. São relações diferentes e interdependentes, sendo elas:

- *a dimensão biológica*, que se refere às características constitucionais herdadas e congênitas, incluindo os diferentes órgãos e sistemas que

promovem o funcionamento do corpo humano. Inclui o metabolismo, as resistências e as vulnerabilidades do corpo;

- *a dimensão psicológica*, que corresponde aos processos afetivos, emocionais e intelectuais, conscientes ou inconscientes, caracterizando a personalidade, a vida mental, o afeto e o jeito de se relacionar com as pessoas e com o mundo que as rodeia;
- *a dimensão social* que é relativa à incorporação e influências dos valores, das crenças e das expectativas das pessoas com as quais se convive, dos grupos sociais e das diferentes comunidades com as quais se entra em contato durante a vida, desde o nascimento. Também inclui a influência do ambiente físico e as características ergonômicas dos objetos utilizados.

A busca do equilíbrio psíquico, físico e social, dentro do contexto organizacional, deve se dar considerando as pessoas como seres integrados nessas três dimensões.

Diante da análise dos aspectos abordados para o bem-estar das pessoas, Limongi-França e Rodrigues (1999, p. 143) propõem estratégias que poderão ser implantadas no intuito de conhecer, de forma mais detalhada e completa, as possíveis percepções e necessidades dos indivíduos e de como melhorar a utilização dos recursos para lidar com o estresse nos seguintes aspectos (Quadro 1):

Quadro 1. Recursos para lidar com o estresse

Físicos
• alimentação adequada;
• exercício físico regular;
• repouso, lazer e diversão;
• sono apropriado às necessidades individuais;
• técnicas de relaxamento;
• medicação, se necessária, sob supervisão médica.
Psíquicos
• métodos psicoterapêuticos;
• processos que favoreçam o autoconhecimento;
• estruturação do tempo livre com atividades prazerosas e ativas;
• avaliação periódica de sua qualidade de vida;
• reavaliação de seu limite de tolerância e exigência;
• busca de convivência menos conflituosa com pares e grupos.
Sociais
• revisão e redimensionamento das formas de organização de trabalho;
• mudanças no poder, com equalização deste e abolição do trabalho coercitivo e repetitivo;
• aperfeiçoamento dos métodos de trabalho para incrementar o aumento da participação e da motivação;
• melhoria das condições socioeconômicas;
• investimento na formação pessoal e profissional;
• aprimoramento, por parte da população em geral, do conhecimento de seus problemas médicos e sociais;
• concomitância dos planejamentos econômico, social e de saúde.

Fonte: Limongi-França e Rodrigues (1999).

Ante o exposto, o presente trabalho adota duas vertentes para estudar a Qualidade de Vida: uma com perspectiva geral, baseada nos aspectos biopsicossociais e a outra específica da Qualidade de Vida no Trabalho.

3.2 Indicadores de Avaliação em Qualidade de Vida

Indicadores, ou índices, são valores expressos em números que têm por característica essencial a quantificação de um evento que permite, de forma padronizada, avaliar, comparar e melhorar os resultados do ciclo de um dado processo do mundo real. No âmbito da gestão, modernamente, não se compreende

mais qualquer tipo de administração, de qualquer ordem que não inclua a análise e avaliação de processos sem o apoio de índices ou indicadores. Os critérios usados na sua criação necessitam de rigor extremado para assegurar disponibilidade de dados. Assumem elevada importância no controle de processos e produtos, com decorrente melhoria no desempenho e na identificação das necessidades das partes interessadas e atendimento à sua satisfação (MARTINS; COSTA NETO, 1998; QUINTELLA, 2004 TAKASHINA; FLORES, 1995).

Para Limongi-França (1996), indicadores são instrumentos que apóiam os atos de gestão, oferecendo menor risco potencial de ambigüidades nas análises comparativas e são sensíveis à clareza e facilidade da obtenção dos dados. Por meio de indicadores, é possível a gestores e pesquisadores formularem cenários comparativos entre condições atuais desejadas e referências estabelecidas, o que reforça a importância de suas origens conceituais. Uma contribuição à essa idéia é encontrada em Januzzi (2004), ao dizer que indicador social é um recurso metodológico, com fundamentação em referência empírica que procura relatar um aspecto da realidade social ou sobre mudanças refletidas sobre ela: “[...] é o elo de ligação entre os modelos explicativos da teoria social e a evidência empírica dos fenômenos sociais observados” (op. cit., 2004, p. 15).

Avaliações baseadas em indicadores precisam de uma adequada fundamentação metodológica, afastando práticas oriundas apenas de fatores e impressões subjetivas. Deve-se atentar, ainda, para os riscos inerentes à escolha de indicadores sociais, mercê do elenco de imperfeições, ambigüidades e contradições relativas à escolha metodológica. São representações de determinados aspectos da realidade social que não dispensam um conjunto de relações complementares e devem ser entendidos como simplificações que permitem por meio de parâmetros e referências o aprofundamento de discussões em torno de um dado tema (LOBO; SANTOS; 2002; OLIVEIRA, 2004).

Quanto às propriedades desejáveis de um indicador social, Januzzi (2004, p. 28) destaca: a relevância social; a validade; a confiabilidade; a cobertura; a sensibilidade; a comunicabilidade; a periodicidade na atualização e a

historicidade. Quanto à classificação, distingue-os em dois grupos: os objetivos (ou quantitativos) e subjetivos (ou qualitativos). Os primeiros se referem a “[...] *ocorrências concretas ou entes empíricos da realidade social, construídos a partir das estatísticas públicas disponíveis*”. Quanto aos indicadores subjetivos ou qualitativos, são “[...] *medidas construídas a partir da avaliação dos indivíduos ou especialistas com relação a diferentes aspectos da realidade, levantadas em pesquisas de opinião pública ou grupos de discussão*” (op. cit., 2004, p. 20).

Especificamente sobre Qualidade de Vida, Herculano (1998) afirma que se trata de uma reflexão de avaliações de parâmetros qualitativos, que visam a estimar a Qualidade de Vida de uma população, por meio da percepção expressa pela mesma, a respeito da distância entre o que considera patamares desejáveis e o que avalia efetivamente alcançado. Em mesmo sentido, Pires (1998) considera que os indicadores mensuráveis para Qualidade de Vida sejam um conjunto de dados, cuja interpretação aponta para um índice representativo de um determinado estágio de Qualidade de Vida de um indivíduo ou de grupos de indivíduos.

Indicadores sociais permitam localizar e descrever aspectos que marcam o registro, comparações e avaliações na construção de um método de análise do comportamento das pessoas. Importante, ainda, notar que a utilização de indicadores para tornar mensurável a Qualidade de Vida e o bem-estar das pessoas traz aspectos subjetivos por meio de dados objetivos do estilo de vida, que são indispensáveis ao bem-estar das pessoas. (HERCULANO, 1998; OLIVEIRA, 2004).

3.3 A Validação de Instrumentos de Qualidade de Vida

A validação de instrumentos de pesquisa tem por premissa a comparação de dados levantados no campo real com uma medida objetiva, representado por um padrão ideal, fato de grande dificuldade quando se trata de Qualidade de Vida. Nesse contexto, o termo validade está associado ao grau em que é representado o objeto medido. A medição pode ser considerada como validada quando livre de erro sistemático. É necessário observar que se valida o

uso do instrumento e não o instrumento em si: ele pode ser válido e confiável para um propósito, mas não para outros (LYNN, 1999; SLATER; PHILIPPI; MARCHIONI *et al.*, 2003).

No campo de medidas psicológicas (fenômenos subjetivos), a validação de instrumentos é do domínio da psicometria, que segundo Pasquali (1997), é um ramo da estatística e, na verdade, pode ser compreendida como uma interface do ramo da psicologia com a estatística.

Os estudos que focam validação, nestes últimos anos, mostram-se direcionados quanto às variadas formas de aplicação, extensão e ênfase do conteúdo de instrumentos para avaliação de Qualidade de Vida. A maioria desses instrumentos foi criada e validada na língua inglesa, tendo origem nos Estados Unidos e na Inglaterra. Assim, Guillemin (1995) destaca a importância de se ter todo cuidado ao utilizar uma mesma medida em diferentes culturas, enfatizando que isso requer mais do que uma simples tradução, pois se investigam culturas, costumes e linguagens diferentes. Kimura (1999) entende que a sua utilização, já consagrada em outras realidades, permite ampliar conceitos ainda pouco explorados numa dada sociedade. Ciconelli (1997), ao discutir sobre a criação de instrumentos de medida, considerando o exaustivo trabalho dos pesquisadores para desenvolvê-los, propõe o emprego daqueles já reconhecidos internacionalmente.

Outro fato a ser considerado, dentro da construção de um instrumento, é quanto à perspectiva da avaliação. Esses instrumentos podem ser classificados como genéricos ou específicos: os genéricos são aqueles desenvolvidos para refletir o impacto de eventos em ampla variedade de populações e permitem comparação entre indivíduos e grupos diferenciados e procuram englobar todas as características importantes relacionadas a um conceito. Os específicos preocupam-se em avaliar determinados aspectos que afetam os indivíduos de determinados grupos, tendo como vantagem a capacidade de detectar particularidades em situações peculiares (CICONELLI, 1997, MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000).

O processo de medição de uma realidade, por meio de instrumentos validados, tanto pode fazer uso de modelos existentes, modificados ou adaptados, testados em determinada cultura, respeitando o seu próprio contexto, como pode ser efetuado pela criação de um novo modelo, com a inserção de características específicas da população na qual se pretende aplicá-lo (POLIT; HUNGLER, 1995). Dado ao exposto, os dois caminhos têm os seguintes direcionamentos:

Utilização de modelos existentes – instrumentos transculturais - de medida em Qualidade de Vida: adaptação de instrumentos de medida em Qualidade de Vida como um processo para produzir uma equivalência, adequado a uma outra cultura que se objetiva analisar. Como exemplo de questionários transculturais genéricos de Qualidade de Vida, pode-se citar:

- *WHOQOL-100 – Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida – Organização Mundial da Saúde:* a percepção da necessidade de um instrumento, que avaliasse Qualidade de Vida dentro de uma visão genuinamente internacional, fez com que a Organização Mundial da Saúde – OMS – desenvolvesse uma escala dentro de uma perspectiva transcultural, um projeto colaborativo multicêntrico. O resultado foi a elaboração do WHOQOL-100, composto por 100 itens, representando diferentes culturas e que tem uma versão adaptada e validada para o Brasil. A necessidade de instrumentos de rápida aplicação determinou que o Grupo de Qualidade de Vida da OMS produzisse a versão abreviada, o WHOQOL-bref, com 26 questões. Os dados que deram origem à versão abreviada foram extraídos do teste de campo de 20 centros em 18 países diferentes e, também, conta com uma versão brasileira (FLECK; LOUZADA; CHACHAMOVICH, *et al.*, 2000).
- *Medical Outcomes Study 36-Item Short Form Health Survey - SF-36:* o questionário genérico foi traduzido, validado e adaptado culturalmente para a língua portuguesa por Ciconelli (1999). Esse instrumento, voltado à avaliação de perfis de saúde, é um dos primeiros no gênero e o mais citado na literatura nacional relacionada à Qualidade de Vida.

- *Índice de Qualidade de Vida de Ferrans e Powers*: instrumento que leva o nome das enfermeiras que o desenvolveram e publicaram, pela primeira vez, em 1985. Encontra-se traduzido em diversos idiomas e sua adaptação à realidade brasileira foi realizado por Kimura (1999).

Outros instrumentos validados, relacionados à Qualidade de Vida, estão catalogados em QOLID - Quality of Life Instruments Database⁷.

Para que ocorram adaptações dessa natureza, ou seja, de uma cultura para outra, é fundamental que sejam adotados procedimentos operacionais sistematizados para o seu ajuste e validação transcultural. É indispensável uma cuidadosa abordagem metodológica, de forma objetiva, sistemática e rigorosa para que a estrutura original do constructo testado não se modifique sob influências exógenas. A utilização de uma medida em diferentes contextos significa mais que simples tradução, tomando como base as diferenças culturais e de linguagens (KIMURA, 1999; JONES, 1987; GUILLEMIN, 1995).

Guillemin; Bombardier e Beaton (1993, *apud* KIMURA, 1999, p. 5) explicam que a adaptação transcultural pressupõe a combinação de duas etapas interligadas: a tradução do instrumento e a sua adaptação propriamente dita, por meio da proposta metodológica que compreende as seguintes etapas:

- *tradução*, com o objetivo da preservação do significado equivalente de cada termo entre as duas línguas para que se possa manter a integridade do instrumento de medida;
- *re-tradução*, procedimento inverso ao obtido, que consiste em reverter o conteúdo do instrumento da segunda língua para o idioma de origem, comparando-os e discutindo as eventuais discrepâncias entre os tradutores e os pesquisadores, optando-se por manter as expressões de uso corrente na língua para a qual o instrumento foi traduzido;

⁷ Disponível em: <http://www.qolid.org/proqolid/search> - Acesso em: 11/05/2007.

- *avaliação por Corpo de Juízes* – feita a tradução e re-tradução, obtém-se uma nova versão que, em seguida, é submetida a especialistas nos conceitos a serem explorados, para análise da equivalência semântico-idiomática, cultural e conceitual, entre as versões original e traduzida. Prevalecendo, como resultado final, a que obtiver a concordância desses examinadores;
- *pré-teste*, procedimento que consiste na avaliação da equivalência das versões original e final;
- *avaliação das propriedades psicométricas* refere-se ao estudo da confiabilidade e da validade do instrumento adaptado, sendo que a confiabilidade caracteriza-se pelo grau de coerência ou precisão com que o instrumento mede o atributo que se propõe a mensurar. Waltz; Strickland e Lenz (1991) estimam-na nos procedimentos de teste-reteste e avaliação da consistência interna (alfa de correlação), objetivando a análise dos itens da escala, se estes estão positivamente relacionados uns com os outros, uma vez que medem o mesmo fenômeno, expressando assim a confiabilidade da medida. Por seu lado, a validade, caracteriza-se pela habilidade de um modelo de medida estar pronto para mensurar o que se propõe, ou seja, a capacidade dos itens de representar adequadamente todas as dimensões do conteúdo a que se destinam.

Construção de um novo instrumento de medida em Qualidade de

Vida: o desenvolvimento de um novo instrumento, para avaliar a Qualidade de Vida requer exaustivo trabalho, cuidadosamente elaborado, demandando paciência, persistência, tempo e recursos. Percebe-se, logo no início, a diversidade existente no processo de construção dos principais instrumentos de Qualidade de Vida. São vários os tipos de instrumento medindo, cada um, um conjunto diversificado de dimensões. O processo de construção é heterogêneo, como a própria natureza do constructo e o universo a ser estudado. É um processo personalizado, quase único e singular, sendo influenciado por inúmeros fatores que determinam sua forma,

como hábitos e estilos de vida, condições socioeconômicas, estado funcional, meio ambiente, valores e crenças individuais, costumes, carga cultural, maneira de encarar a vida, religiosidade e transcendência, entre outros (PASCHOAL, 2004).

As questões preponderantes são: o que se quer medir? Que dimensões do constructo serão privilegiadas? Considerando que um instrumento de medida é uma tentativa de apreender um fenômeno, no caso do constructo Qualidade de Vida, não se pode perder de vista que é um fenômeno complexo e multidimensional, para o qual não se encontrou um consenso, havendo muitas linhas de pesquisas complementares entre si. O Quadro 2 mostra que para se construir um instrumento que meça a Qualidade de Vida, é preciso partir de premissas que sejam a base teórico-conceitual e escolher uma metodologia de construção (PASCHOAL, 2004). Diz, ainda, “[...] *que a metodologia e a estratégia de ação seguem, no projeto de construção de um instrumento, várias etapas*”. Sugere, como exemplo, o seguinte roteiro para avaliar a Qualidade de Vida em idosos (op. cit., 2004, p. 18):

Quadro 2. Premissas da base teórico-conceitual

Etapas cumpridas	
1ª	<i>reconhecimento da necessidade de avaliar qualidade de vida na velhice;</i>
2ª	<i>discussão a respeito do conceito;</i>
3ª	<i>levantamento de aspectos relevantes para a qualidade de vida nessa fase da existência;</i>
4ª	<i>construção empírica de um primeiro questionário de avaliação (índice de bem-estar), com questões que interrogavam sobre fatores determinantes de boa qualidade de vida na velhice, medos e desejos, além de se estruturar o formato do instrumento em três partes: Satisfação de Vida, Qualidade de Vida Idealizada e Qualidade de Vida Realizada;</i>
5ª	<i>aplicação em idosos participantes do GAMIA, um programa de promoção de saúde do Serviço de Geriatria do HC-FMUSP;</i>
6ª	<i>remodelação do questionário, incluindo outras avaliações, inclusive de fatores determinantes de má qualidade de vida na velhice;</i>
7ª	<i>análise das respostas a esses questionários, com seleção de aspectos relevantes para boa e para má qualidade de vida na velhice, resultando numa lista com 138 itens;</i>
8ª	<i>escolha do método do impacto clínico como a metodologia de seleção, redução e distribuição dos itens em dimensões, itens e dimensões que passariam a constituir o instrumento de avaliação, dentro do formato proposto;</i>
9ª	<i>realização de um estudo-piloto (Mestrado do pesquisador), para delinear os procedimentos necessários à construção do instrumento, adaptando a metodologia, e definir a lista de itens a ser submetida aos idosos na fase de redução de itens;</i>
10ª	<i>análise dos dados do piloto;</i>
11ª	<i>trabalho de campo;</i>
12ª	<i>análise dos resultados do trabalho de campo;</i>
13ª	<i>construção do instrumento com a definição de quais itens e dimensões irão compô-lo;</i>
14ª	<i>redação das questões e formatação do questionário;</i>
15ª	<i>estabelecimento do escore;</i>
16ª	<i>estabelecimento da acurácia do instrumento (validade e confiabilidade) e</i>
17ª	<i>análise e divulgação dos resultados.</i>

Fonte: Paschoal (2004).

Assim, seguindo o roteiro definido por Paschoal (2004), é importante estabelecer: a base teórico-conceitual do que inicialmente se pretende medir, ou seja, em que dimensão irá se avaliar a Qualidade de Vida; e, a forma e a metodologia para a construção do instrumento.

Guyatt *et al.* (1993, 1996; *apud* PASCHOAL, 2004) explicam que, para a construção de um instrumento, é necessário, em primeiro lugar, estabelecer o propósito para qual o instrumento será usado; em seguida, deverão ser apresentadas as propriedades de medida ou as propriedades psicométricas; terceiro, definir a categoria geral do instrumento e, por fim, estabelecer seu formato. Dentro desta estrutura, vale ressaltar que, para a análise, quanto ao propósito do instrumento, entende-se que a avaliação da Qualidade de Vida deva ser feita num determinado ponto de tempo, visando medir se as pessoas possuem uma boa ou má Qualidade de Vida. A este processo se denomina Instrumento Discriminativo. Para a condição, quanto a Qualidade de Vida mudou no decorrer do tempo, denomina-se Instrumento Avaliativo. Há um outro tipo, o Instrumento Preditivo, que é usado no caso da existência de critérios bem-definidos (padrão-ouro, dificilmente encontrado nas pesquisas de Qualidade de Vida), e é recomendado quando se deseja reduzir um questionário já validado.

Ainda, relativamente a novos instrumentos, Paschoal (2004) ressalta a importância da elaboração do escore, fundamental para sua aplicabilidade. É necessário que haja um valor numérico, para comparações entre indivíduos e entre diferentes períodos de um mesmo indivíduo. Este tem melhor ou pior qualidade de vida do que aquele? A qualidade de vida de X, ou de uma dada população, melhorou, ou piorou, após a intervenção Y? Propõe que, para uma dada dimensão, uma medida da distância entre a Qualidade de Vida idealizada e a realizada por um mesmo indivíduo, pode ser obtida por meio do cálculo da distância euclidiana, corrigida pelo número de itens entre os escores atribuídos nas duas avaliações, segundo a Escala de Likert de cinco pontos. Essa distância é dada por (PASCHOAL 2004, p. 174):

$$d = \sqrt{\sum_{i=1}^p (\text{escore ideal}_i - \text{escore real}_i)^2 / p}$$

em que:

- *escore ideal* é o escore atribuído ao item *i*, na ocasião em que é avaliada a Qualidade de Vida idealizada;
- *escore real* é o escore atribuído ao mesmo item, quando é avaliada a Qualidade de Vida real, e *p* é o número de itens da dimensão.

É importante lembrar e reforçar que se trata de um processo de elaboração de novos instrumentos e validação, fundamentado em variáveis psicossociais, realizado por meio das propriedades psicométricas, que mudam de acordo com o momento em que são aplicadas. Dessa forma, sendo o processo contínuo, na medida em que o seu uso se torna cíclico, podem ser adicionadas novas informações, propiciando oportunidade para o seu aperfeiçoamento (NUNNALLY; BERNSTEIN; 1994; LYNN, 1999).

4. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

A construção de instrumentos sobre a Qualidade de Vida envolve fenômenos subjetivos e, quando se procura validar instrumentos desse universo, que tratam de variáveis psicossociais, a indicação é o uso da análise por meio das propriedades psicométricas (NUNNALLY; BERNSTEIN, 1994). Nesse sentido, a orientação metodológica adotada seguiu as recomendações de Pasquali (1997), que propõe, para a construção de instrumentos dessa natureza, três procedimentos:

- o *teórico*, que implica a fundamentação teórica a cerca do constructo do instrumento;
- o *empírico*, que representa as etapas e técnicas na aplicação do instrumento piloto, assim como a coleta de informações que possa avaliar as propriedades psicométricas do instrumento, e
- o *analítico*, que corresponde às análises estatísticas dos dados para a proposta de sua validação, ou seja, para demonstrar estatisticamente se o mesmo é confiável.

4.1 O Teórico

Para atendimento a esta etapa, efetuou-se pesquisa bibliográfica, objetivando averiguar o estado da arte, especialmente com relação ao conceito de Qualidade de Vida, e o confronto entre métodos e experiências conhecidas. As principais referências, eleitas para o desenvolvimento do constructo, foram o modelo de Kerstz e Kerman (1985) e os processos sugeridos por Limongi-França (1996), Pasquali (1997) e Paschoal, (2004).

4.1.1 Desenvolvimento do Instrumento

O presente instrumento teve seu desenho iniciado juntamente com o Projeto PRINUTHA⁸, em agosto de 2003, quando, na ocasião propunha-se a questão de avaliar-se o bem-estar das pessoas, tendo como pilares estudos na área da nutrição, da saúde e da Qualidade de Vida, com o objetivo de ensino, pesquisa e extensão na Comunidade USP – Campus São Paulo.

O projeto foi composto por uma equipe multidisciplinar, formada por profissionais de diferentes áreas, com o objetivo de avaliar e oferecer aos participantes uma resposta às questões investigadas, algo que pudesse orientá-los e lhes trazer benefícios a sua saúde, buscando sensibilizá-los para a importância de uma vida saudável, baseada em uma alimentação equilibrada e atividade física regular e continuada e os aspectos de bem-estar que representem à Qualidade de Vida dessas pessoas.

Buscando atender a estas propostas e, especialmente, na questão da avaliação da Qualidade de Vida, procurou-se na literatura instrumentos que visassem a este propósito. O instrumento desenvolvido por Kertesz e Kerman (1985), denominado diagrama "Hexágono Vital", é baseado nesse conceito de investigação do bem-estar das pessoas e, devido à proximidade de muitos de seus elementos com a realidade que o Projeto buscava, optou-se por adotá-lo como base para o processo de construção do instrumento, objeto do presente estudo.

A opção pelo referido instrumento deu-se, ainda, pelas seguintes razões: é um instrumento já publicado em língua portuguesa por Limongi-França (1999); foi criado a partir de conceitos consagrados na literatura de Qualidade de Vida, no enfoque biopsicossocial e que demonstrou ter, em seu intento, o objetivo de quantificar um fenômeno subjetivo; ele proporciona, à pessoa avaliada, uma boa visualização do processo investigado, assim demonstrado na figura a seguir:

⁸ PRINUTHA – Projeto de Nutrição Humana Aplicada – PRONUT/USP

Fonte: Criado a partir do Hexágono Vital de Kertesz e Kerman (1985)

Figura 4. Heptágono Vital

Acreditou-se, assim, que este instrumento seria o ponto de partida adequado para o desenvolvimento de outro específico para mensurar a Qualidade de Vida da Comunidade USP – Campus São Paulo, tendo em vista, ainda, a ausência de outro para atender à finalidade, aqui desejada, e que pudesse proporcionar, principalmente, a extensão do estudo proposto dentro do Projeto PRINUTHA, ou seja, uma orientação à comunidade pesquisada.

Passos da evolução das dimensões do Instrumento

Procurou-se estabelecer proposições que pudessem favorecer o desenvolvimento da validação deste instrumento como descrito abaixo:

Quadro 3. Proposição de Validação do Instrumento

PROPOSIÇÕES
1 - Tomando, como base de desenvolvimento, o instrumento de Kertesz e Kerman (1985), para proposta de validação.
2 - Ir a campo e avaliar as questões de maneira empírica.
3 - Novamente, ir a campo avaliar as questões.
4 - Verificar, estatisticamente, se as questões propostas sustentam a avaliação que o instrumento propõe?
5 – Analisar os dados aplicados.
6 - Re-análise, considerando-se as reformulações.
7 - Instrumento gerado após análise estatística.

Fonte: elaborado pela Autora

Assim, a partir do “Hexágono Vital” de Kertesz e Kerman (1985), modelo que serviu como base para o passo inicial do desenvolvimento, foi realizada uma pesquisa piloto que derivou em uma primeira avaliação crítica, qualitativa, por especialistas decorrendo na elaboração de um novo instrumento que passou a ser denominado como “Instrumento 1”, levando a uma nova estrutura constituída por sete domínios: 1. Alimentação; 2. Atividade Física; 3. Tempo de Repouso, Sono; 4. Lazer e Diversão; 5. Trabalho; 6. Inserção Social e 7. Aspectos de Bem-estar. Cada domínio composto por sete perguntas, sendo que no último domínio as duas questões finais têm por foco a Qualidade de Vida no Trabalho.

Esse primeiro instrumento foi aplicado no Projeto PRINUTHA, em novembro de 2003, e é tratado aqui neste trabalho como a primeira fase da pesquisa exploratória. O resultado encontrado indicou a necessidade de adaptações que implicaram em alterações de questões. Posteriormente, em duas outras ocasiões (2004), o Projeto PRINUTHA realizou pesquisa de campo com uso do instrumento, que embora modificados, eram semelhantes ao original (fase final de pré-testes). Nos eventos seguintes passou-se a usar um modelo de questionário com uma tendência de estabilidade, diferenciando-se, no particular, pela inclusão de questões específicas e pontuais, voltadas ao atendimento de demandas, também, específicas.

Análise dos Itens

Os itens, por constituírem a representação comportamental do que se pretende medir e, como na verdade, o comportamento (verbal, motor) é o único nível em que se pode trabalhar cientificamente (empiricamente), é nesse nível que se deve procurar a solução para o problema da representação. A Psicometria, segundo Pasquali (1997), responde a esta questão pela análise de uma série de parâmetros que os comportamentos (tipicamente chamados de itens) devem apresentar. Existindo dois tipos de análise de itens, a análise teórica e a análise estatística:

- **a análise teórica** dos itens é feita por juizes e visa a estabelecer a compreensão dos itens e a pertinência dos mesmos ao atributo que pretende medir, ou análise do conteúdo, do constructo. As análises podem ser realizadas de duas maneiras:
 - 1ª Análise semântica - realizada por pessoas da própria população, para verificar a dificuldade na compreensão dos itens.
 - 2ª Análise dos juizes – os juizes devem ser peritos na área do constructo, pois sua tarefa consiste em ajuizar se os itens estão se referindo ou não ao traço em questão. Na análise é preciso verificar se há concordância de cerca de 80% entre os juizes, neste caso o item conseguiu concordância e é retido no elenco.
- **a análise estatística** dos itens implica na avaliação de uma série de parâmetros que eles devem possuir a fim de se apresentarem como tarefas adequadas para o que o teste se propõe medir.

Assim, para as alterações propostas, os itens foram indicados à submissão de um corpo de 18 juízes especializados nos assuntos dos domínios, como também em de questionários dessa natureza dentro da temática de Qualidade de Vida. As sugestões apresentadas após as análises dos especialistas provocaram alterações qualitativas e quantitativas:

- Domínios – passaram de sete para oito;
- Constructos – passaram de sete para oito em cada domínio;
- Alteração na definição dos conceitos

Foram sugeridas modificações pelo grupo de juízes e acatadas. Definiram alterar para oito domínios: 1. Hábitos Alimentares; 2. Atividade Física; 3. Sono e Repouso; 4. Bem-estar Pessoal; 5. Lazer e Diversão; 6. Inserção Social; 7. Ocupação Principal e 8. Bem-estar no Trabalho. Em cada respectivo domínio foram estabelecidas oito questões e, no último, o Bem-estar no Trabalho, 12 questões. Uma última questão avaliou a autopercepção de Qualidade de Vida.

Nas seis dimensões, representativas do 1º Instrumento, o nível de satisfação dos pesquisados foi mensurado por meio da “Escala Lickert”, de quatro pontos. Após análise dos pré-testes e discussão do corpo de juízes, optou-se por modificar as categorias da escala para cinco pontos, no 2º Instrumento, incluindo a categoria “Algumas vezes” com valor correspondente a 3.

1= Nunca;

2= Raramente;

3= Algumas vezes;

4= Frequentemente;

5= Sempre.

Nos próximos passos, procurou-se demonstrar as análises realizadas para as alterações que foram propostas. Como segue abaixo:

Essa primeira dimensão no instrumento de Kertesz e Kerman (1985), como, também, no 1º Instrumento era denominada como **Alimentação**. Após avaliação dos juízes e especialistas na área, julgou-se que esta avaliava os **Hábitos Alimentares** e, assim, recomendou a mudança do nome. Procurou-se constatar a efetividade dos Hábitos Alimentares, que refletem uma alimentação equilibrada. Os itens propostos para a investigação seguiram a indicação do

Conselho Regional de Nutricionistas para “Alimentação Equilibrada – receita para uma vida saudável”, em seu informe de Nutrição & Saúde. Outra fonte que fundamentou a estrutura dessa dimensão e suas propostas de alteração foi à orientação da Coordenadoria de Epidemiologia e Promoção a Saúde da Secretaria do Estado de Saúde, em sua orientação para uma alimentação saudável, como também, a Política Nacional de Alimentação e Nutrição do Ministério da Saúde.

Na Dimensão **Atividade Física**, buscou-se explorar sobre os hábitos adotados para as pessoas, o quanto essa prática faz parte do seu dia-a-dia. As questões estão relacionadas às atividades que a pessoa realiza no trabalho, para ir de um lugar ao outro, por lazer, por esporte, por exercício ou como parte de suas atividades em casa. Assim, considerou-se a prática de atividade física leve, moderada, vigorosa e inatividade física (indivíduos que avaliam sua rotina sedentária). Acompanhou-se a recomendação internacional da “Classificação do Nível de Atividade Física - IPAQ”, proposto pela Organização Mundial da Saúde (1998), que tem como objetivo determinar o nível de atividade física de uma população, as questões, aqui propostas, investigaram o modelo (MATSUDO, 2001):

- *Sedentário* - não realizou nenhuma atividade física por pelo menos 10 minutos contínuos durante a semana;
- *Insuficientemente Ativo* - realiza atividade física por pelo menos 10 minutos por semana, porém insuficiente para ser classificado como ativo;
- *Ativo* - cumpriu as recomendações:
vigorosa: ≥ 3 dias/semana e ≥ 20 minutos por sessão;
moderada ou caminhada: ≥ 5 dias/semana e ≥ 30 minutos por sessão;
qualquer atividade somada: ≥ 5 dias/semana e ≥ 150 minutos/semana (caminhada + moderada + vigorosa).
- *Muito Ativo* - cumpriu as recomendações de forma vigorosa.

Na evolução da dimensão da Atividade Física, do 1º para o 2º Instrumento, as questões seguiram a mesma investigação, ajustando-se apenas na

formulação das perguntas para o critério estabelecido pelo IPAQ. Desta forma, a orientação a todos os países, inclusive o Brasil, para a construção de Estratégias Globais de promoção à alimentação saudável, atividade física e saúde, propostas pela Organização Mundial da Saúde (OMS), fundamenta a importância da primeira e da segunda dimensão do 2º Instrumento.

Na Dimensão **Sono e Repouso**, avaliaram-se os aspectos que consideravam o tempo de repouso adequado, o relaxamento diário, a natureza do sono e o uso de indutores de sono.

Quanto à questão bem-estar das pessoas, no desenvolvimento do 1º Instrumento, notou-se que havia uma preocupação quanto a fatos que expressassem aspectos psicológicos dos entrevistados. Uma preocupação pertinente, pois envolve a importância de as pessoas sentirem-se bem psicologicamente, com boas condições físicas e sociais, para o enfrentamento dos problemas vivenciados pela sociedade atual. Assumindo, assim, a necessidade de avaliar-se o bem-estar, em termos de aceitação e satisfação com os aspectos psicológicos e pessoais, partiu-se para a avaliação de estudos que tratassem do tema.

O Grupo de Qualidade de Vida da Divisão de Saúde Mental da OMS (WHOQOL GROUP, 1994) desenvolveu o instrumento WHOQOL-100 que avalia seis domínios: Físico, Psicológico, Nível de Independência, Relações Sociais, Meio-ambiente e Espiritualidade/Crenças Pessoais e o WHOQOL-bref, uma versão abreviada, composta por 4 domínios: Físico, Psicológico, Relações Sociais e Meio-ambiente. Ambos os instrumentos são utilizados para avaliação de Qualidade de Vida dentro de uma perspectiva internacional, baseando-se nos pressupostos da percepção do indivíduo, composto por dimensões positivas (por exemplo, mobilidade) e negativas (por exemplo, dor). Por meio desse instrumento, pode-se viabilizar esta questão do bem-estar pessoal, em seus domínios e facetas, em especial o Domínio II - Domínio psicológico com as seguintes investigações: sentimentos positivos; pensar, aprender, memória e concentração; auto-estima;

imagem corporal e aparência e sentimentos negativos, como também os aspectos das relações pessoais e atividade sexual.

Diante da confiabilidade do Instrumento do WHOQOL, embasaram-se as questões que foram construídas e encaminhadas para psicólogas que trabalham com a questão de Qualidade de Vida. Após análise e aceitação por esse grupo de especialistas, participantes do corpo de juízes, a dimensão foi inserida no corpo do instrumento, e denominada como **Bem-estar Pessoal**.

O foco da Dimensão **Lazer e Diversão** procurava constatar a efetividade das ações de lazer e diversão referentes aos aspectos psicossociais que refletem no relaxamento e na recomposição do organismo.

Na Dimensão **Inserção Social**, considerou-se a percepção do entrevistado em termos de sua aceitação e engajamento na inserção de um grupo social, o apoio e o afeto que recebe de um grupo de pessoas.

A dimensão seguinte Inicialmente, era denominada como **Trabalho** e pode-se observar que, na ida a campo no Instrumento 1, várias pessoas não a responderam, pois não entendiam, por exemplo, o fato de ser estudante ou aposentado como um trabalho, mas sim como uma atividade. Desta forma, optou-se por denominá-la de **Ocupação Principal**, uma vez que assim atenderia às dificuldades levantadas. Buscou-se explorar dentro desta dimensão a satisfação das pessoas com as condições em que se desenvolve sua atividade/ocupação principal, em todos os níveis, verificando essas práticas que contemplem a possibilidade de realização, ou seja, possibilidade de render satisfação pessoal.

A última dimensão não faz parte do instrumento base de Kertesz e Kerman (1985); ela foi criada junto ao Instrumento 1 por julgar-se importante avaliar juntamente com os aspectos de bem-estar das pessoas a percepção da Qualidade de Vida no Trabalho de uma amostra, com significativa participação de funcionários da USP, destacando os pontos positivos e negativos mais relevantes em Gestão da Qualidade de Vida no Trabalho no setor público.

Assim sendo, a dimensão do **Bem-estar no Trabalho** foi elaborada no Instrumento 1 buscando itens que contemplassem a fundamentação desta dimensão dentro dos Indicadores BPSO-96, propostos por Limongi-França (1996), com o objetivo de estabelecer indicadores empresariais de Qualidade de Vida no Trabalho, comparando a satisfação dos empregados e o esforço empresarial.

Seguindo a evolução da construção do instrumento, tendo já como base a visão biopsicossocial da relação pessoa-trabalho desenhada por Limongi-França, consideraram-se, também, as variáveis fundamentadas nos indicadores de Walton (1975), que no posicionamento teórico sobre Qualidade de Vida no Trabalho, apresenta oito categorias conceituais como subsídio para constituir uma estrutura para análise dessas questões: compensação adequada e justa; condições de trabalho; uso e desenvolvimento de capacidades; oportunidade de crescimento e segurança; integração social na organização; constitucionalismo; trabalho e espaço total de vida e relevância social da vida no trabalho. Esse modelo cobre, desde as necessidades básicas do ser humano até as condições da organização, passando pelas necessidades secundárias do homem, com ênfase para a auto-realização. Essas questões aqui propostas têm como objetivo avaliar o comprometimento afetivo, o instrumental e o normativo do respondente com a organização em que atua profissionalmente.

Nessa dimensão, o nível de satisfação dos entrevistados é mensurado por uma escala, variando de um a cinco pontos, onde um corresponde ao nível “Totalmente insatisfeito” e o cinco “Totalmente satisfeito”, expressando sua satisfação, com a qualidade das ações da sua empresa, assinalando também em uma coluna se a ação não se aplica na empresa (N/A).

Desta forma, esta dimensão tem como objetivo levantar o grau de satisfação das pessoas que trabalham em relação às práticas de sua empresa, no que tange a políticas de remuneração, benefícios oferecidos pela empresa, convênio médico, refeições que a empresa proporciona entre outros aspectos investigados sob o critério de Walton (1975) e de Limongi-França (1996). Com isso, possibilita a Comunidade USP – Campus São Paulo a perceber o que, de fato, os

seus trabalhadores pensam sobre essas questões e, assim, direcionar suas ações para uma gestão de Qualidade de Vida no Trabalho positiva, que seja legitimada pelos funcionários.

4.2 O Empírico

Este procedimento empírico abrange a etapa técnica da coleta de dados elementos que subsidiarão as análises das propriedades psicométricas do instrumento.

4.2.1 Tipo de estudo

Na primeira fase, desenvolvida pelo Projeto PRINUTHA, o estudo assumiu o modelo de pesquisa exploratória, que segundo Gil (1996, p. 45), “[...] *têm como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito [...]*”. Na etapa de validação trata-se de uma pesquisa descritiva que para Rudio (2000, p. 71), “[...] *está interessada em descobrir e observar fenômenos, procurando descrevê-los, classificá-los e interpretá-los*”. Isto é corroborado por Cervo e Bervian (1983), ao destacarem o papel da pesquisa descritiva na descoberta, tão precisa quanto possível, da frequência com que ocorre determinado fenômeno e a relação e conexão com outros, consideradas, ainda, suas características e natureza.

Locais e Períodos do Estudo

O estudo foi realizado no Campus de São Paulo da Universidade São Paulo, em distintas unidades, de diversos tamanhos em diferentes localidades. Teve início no segundo semestre de 2003, juntamente com os eventos realizados pelo Projeto PRINUTHA e encerrou-se no final do semestre de 2006.

População e Amostra

A população no presente estudo foi constituída pela Comunidade USP – Campus São Paulo, com a amostra de 947 pessoas, de ambos os sexos, em faixas etárias a partir de 18 anos, preencheram os questionários. Adotou-se para a amostra a técnica não-probabilística (PEREIRA, 1999).

Para a composição da amostra foram considerados os bancos de dados gerados a partir dos eventos do Projeto PRINUTHA, segundo sexo, conforme descrito na Tabela 1.

Tabela 1. Distribuição da amostra, segundo sexo

PROJETOS PRINUTHA	Sexo				Total	
	Feminino		Masculino			
	n	%	n	%	n	%
SIPAT/2004	58	6,1	57	6	115	12,1
CEPEUSP/2005	194	20,5	145	15,3	339	35,8
SIPAT/2005	23	2,4	27	2,9	50	5,3
CEPEUSP/2006	140	14,8	100	10,6	240	25,3
FEA/ 2006	24	2,5	18	1,9	42	4,4
FSP/2006	19	2	13	1,4	32	3,4
FCF/2006	13	1,4	11	1,2	24	2,5
REITORIA/2006	72	7,6	33	3,5	105	11,1
Total	543	57,3	404	42,7	947	100,0

Fonte: Base de dados Projetos PRINUTHA/ USP. Atividades desenvolvidas de 2004 a 2006.

Coleta de Dados

A coleta de dados compreendeu o período de 2004 a 2006, dentro dos oito eventos (Tabela 1). Sua operacionalização dentro desses eventos deu-se a

partir do convite e aceitação das pessoas para participação na pesquisa, confirmada por meio da assinatura no termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo 1). Cada participante foi orientado sobre os objetivos da pesquisa, do sigilo das informações e a forma de preenchimento do questionário.

A pesquisa de campo foi desenvolvida com aplicação de questionário autopreenchido (acompanhada por pesquisadores), estruturado, em seqüência lógica, com questões fechadas, encadeadas e abertas. Composto por três partes (Anexo 2): a primeira focou a obtenção dos dados pessoais, aspectos demográficos e socioeconômicos dos entrevistados; na segunda parte, coleta de dados antropométricos e relativos à saúde; em seguida os registros dos dados aplicados para a avaliação da Qualidade de Vida, finalizando com uma questão sobre a autopercepção.

Com base no inquérito sócioeconômico, obteve-se um perfil dos participantes, no tocante a idade, sexo, estado civil, raça, escolaridade e renda mensal familiar declarada do entrevistado. No que tange ao aspecto relacionado à saúde, utilizou-se uma questão fechada e de múltipla escolha para autopercepção da saúde. Ao se considerar a avaliação do estado nutricional, para o cálculo do IMC, que consiste na medida do peso corporal (kg), dividido pela estatura (m) elevada ao quadrado (kg/m^2), foram mensurados o peso em balança eletrônica digital tipo plataforma, marca TANITA TFB-521® e a estatura utilizando um estadiômetro portátil, marca SECA®, fixado à parede.

4.3 O Analítico

Esta é a terceira etapa do processo da metodologia, adotada neste estudo, que compreende os procedimentos estatísticos para a validação do instrumento, para demonstrar se ele é confiável e válido.

4.3.1 Tratamento e Análise Estatística dos Dados

O banco de dados, desta Tese, foi formado pela fusão dos bancos de dados, de cada evento descrito, do Projeto PRINUTHA, formando, assim, um agrupamento homogêneo, com as questões comuns a todas as pesquisas, formulários e indivíduos que deles participaram.

Análise da Confiabilidade do Instrumento

Como medida de análise da confiabilidade utilizou-se a consistência interna dos itens, o Coeficiente Alfa de Cronbach, que traduz o grau de covariância dos itens entre si, servindo de indicador da consistência interna do instrumento (PASQUALI, 1997). Por meio dessa análise, verifica-se a congruência de cada item com os demais e com todos do instrumento. Este coeficiente varia de zero a um, sendo zero a ausência total de consistência interna dos itens e um, presença de consistência de 100%. Quanto maior o valor de Alfa, maior a sua consistência interna, considerando-se, assim, um bom indicador. O nível aceitável para o valor de Alfa deve ser definido pelo investigador. Pereira (1999) considera 0.40 como um valor aceitável para Alfa, considerando a complexidade do fenômeno que se quer medir. Valor este adotado no presente estudo.

Análise da Validade do Instrumento

Um teste é válido se, de fato, mede o que supostamente deve medir. Esta validade pode ser trabalhada por meio da Representação Comportamental dos itens ou por Análise de Hipóteses. No presente estudo, avaliou-se pela Análise da Representação, na qual são utilizadas duas técnicas como demonstração da adequação da representação do constructo: Análise Fatorial e a Análise da Consistência Interna (PASQUALI, 1997).

A Análise Fatorial verifica, precisamente, quantos constructos comuns são necessários para explicar as covariâncias (as intercorrelações) dos itens. Assim, objetiva-se constatar se os mesmos estão medindo a mesma coisa. Por

meio deste método, realiza-se a interpretação da grandeza das cargas fatoriais (correlações que variam de -1 a +1), das variáveis no fator e, por sua vez, na análise dos fatores extraem-se os de auto-valores maiores que um. Dessa forma, constitui-se em um método para identificação de grupamentos de variáveis relacionadas em uma escala (PASQUALI, 1997).

Análise da Fidedignidade do Instrumento

Pasquali (1997) estabelece que, dentro do conceito de avaliação da fidedignidade ou a precisão de um teste, o instrumento deve possuir características para medir, sem erro, os mesmos indivíduos em diferentes ocasiões, com intervalos de 15 a 20 dias entre as aplicações, produzindo os mesmos resultados. Para se obter este coeficiente de fidedignidade, espera-se que a classificação das pessoas se mantenha mais ou menos a mesma em ambas as aplicações, fixando uma correlação entre essas duas medidas, que deva ser de um e que se afasta mais à medida que maior for o erro. Entretanto, como o erro está sempre presente em qualquer medida, essa correlação afasta-se mais do um à medida que maior for o erro. A análise da precisão de um instrumento quer mostrar que quanto mais próximo de um menor será o erro cometido na utilização do teste.

Para se obter o coeficiente de fidedignidade, Pasquali (1997) indica a utilização de três técnicas empíricas: formas paralelas; duas metades e teste-reteste. Qualquer um dos delineamentos apresenta vantagens e desvantagens, por serem diferentes os procedimentos empíricos utilizados, porém os coeficientes de fidedignidade que deles surgirem apresentarão o mesmo resultado. No estudo em questão, optou-se para a análise de fidedignidade a Estimação do Coeficiente de Fidedignidade, segundo os delineamentos da técnica do teste-reteste.

Análise Descritiva dos Dados

As análises das variáveis classificadas como qualitativas (em nível nominal ou ordinal) foram tratadas de acordo com tabelas de frequência absoluta e relativa (porcentagens).

Programas Utilizados

Para análise e processamento dos dados foram utilizados os programas SPSS for Windows® versão 12.0, MS Excel 2000® e MS Access 2000® para tabulação e manipulação dos dados.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo estão os resultados obtidos nas diferentes etapas desenvolvidas do presente estudo, com vistas ao desenvolvimento e validação de um instrumento de medida da Qualidade de Vida na Comunidade USP – Campus São Paulo e a avaliação das suas propriedades psicométricas, conforme Pasquali (1997). Inicialmente, são apresentadas as características gerais da amostra e os procedimentos baseados na teoria que subsidiaram o desenvolvimento do instrumento e, por último, os resultados obtidos e o confronto entre a análise empírica e teórica.

Para a realização deste estudo, foram observados 947 questionários autopreenchidos por pessoas que fazem parte da Comunidade USP – Campus São Paulo. Segundo o Anuário 2005 da Universidade de São Paulo, existiam em todos os Campi da Universidade 15.289 funcionários não-docentes (7.682 homens e 7.607 mulheres) e 5.222 docentes (3.412 homens e 1.810 mulheres), sendo que, no total, 10.263 trabalham no Campus da Capital – São Paulo (2.864 docentes e 7.399 não-docentes), conforme demonstrado no abaixo (Quadro 4).

Quadro 4. Distribuição da população nas Unidades da USP – Campus de São Paulo, segundo sexo e por unidade, em 2005

Sigla	Nome da Unidade	Sexo				Total		Total
		Masculino		Feminino				
		Docente	Não- Docente	Docente	Não- Docente	Docente	Não- Docente	
ECA	Escola de Comunicações e Artes	121	131	67	107	188	238	426
EEFE	Escola de Educação Física e Esporte	26	45	13	52	39	97	136
EP	Escola Politécnica	427	300	44	200	471	500	971
FAU	Faculdade de Arquitetura e Urbanismo	83	93	42	86	125	179	304
FCF	Faculdade de Ciências Farmacêuticas	33	69	50	106	83	175	258
FE	Faculdade de Educação	35	74	68	117	103	191	294
FEA	Fac. Econo., Administ. e Contabilidade	154	50	25	74	179	124	303
FFLCH	Fac. Filosofia, Letras e Ciências Humanas	234	176	203	185	437	361	798
FMVZ	Fac. Medicina Veterinária e Zootecnia	58	152	31	153	89	305	394
FO	Faculdade de Odontologia	105	80	46	136	151	216	367
IAG	Inst. Astronomia, Geof. Ciências Atmosféricas	46	79	24	55	70	134	204
IB	Instituto de Biociências	47	102	48	89	95	191	286
ICB	Instituto de Ciências Biomédicas	80	137	71	166	151	303	454
IF	Instituto de Física	121	218	38	85	159	303	462
IGc	Instituto de Geociências	53	76	12	64	65	140	205
IME	Instituto de Matemática e Estatística	134	50	49	85	183	135	318
IO	Instituto Oceanográfico	19	117	17	62	36	179	215
IP	Instituto de Psicologia	30	63	53	86	83	149	232
IQ	Instituto de Química	69	122	46	121	115	243	358
IEA	Instituto de Estudos Avançados	3	9	0	21	3	30	33
IEB	Instituto de Estudos Brasileiros	3	18	7	34	10	52	62
IEE	Instituto de Eletrotécnica e Energia	8	85	1	24	9	109	118
MAE	Museu de Arqueologia e Etnologia	4	36	12	30	16	66	82
MAC	Museu de Arte Contemporânea	0	49	4	45	4	94	98
CCE	Centro de Computação Eletrônica	0	141	0	73	0	214	214
CCS	Coordenadoria de Comunicação Social	0	108	0	65	0	173	173
CECAE	Coord Exec. Coop.Univ. Atividades Especiais	0	10	0	25	0	35	35
CEPEUSP	Centro Práticas Esport. Universidade de SP	0	95	0	49	0	144	144
COESF	Coordenadoria do Espaço Físico	0	116	0	25	0	141	141
COSEAS	Coordenadoria de Assistência Social	0	241	0	353	0	594	594
CTI	Coordenadoria de Tecnologia da Informação	0	1	0	11	0	12	12
PCO	Prefeitura. Campus Capital do Estado de SP	0	387	0	39	0	426	426
RUSP	Reitoria da Universidade de São Paulo	0	504	0	580	0	1084	1084
SIBi	Sistema Integrado de Bibliotecas	0	16	0	46	0	62	62
	Total	1893	3950	971	3449	2864	7399	10263

Fonte: Anuário 2005, disponibilizado em <http://sistemas.usp.br/anuario/> - Campus de São Paulo – Cidade Universitária Armando de Salles Oliveira.

5.1 Caracterização Demográfica e Socioeconômica

Apresentando o perfil da amostra, 42,7% eram do sexo masculino e 57,3%, do sexo feminino (Tabela 2).

Tabela 2. Distribuição da amostra, segundo sexo

EVENTOS	Sexo				Total	
	Feminino		Masculino			
	N	%	n	%	n	%
SIPAT/2004	58	6,1	57	6,1	115	12,1
CEPEUSP/2005	194	20,5	145	15,3	339	35,8
SIPAT/2005	23	2,4	27	2,9	50	5,3
CEPEUSP/2006	140	14,8	100	10,6	240	25,3
FEA/ 2006	24	2,5	18	1,9	42	4,4
FSP/2006	19	2,1	13	1,4	32	3,4
FCF/2006	13	1,4	11	1,2	24	2,5
REITORIA/2006	72	7,6	33	3,5	105	11,2
Total	543	57,3	404	42,7	947	100,0

Fonte: Base de dados Projetos PRINUTHA/ USP. Atividades desenvolvidas de 2004 a 2006.

Quanto à faixa etária, a distribuição apresentou-se de maneira homogênea: em torno de 20% entre as faixas até os 45 anos, representados na Tabela 3.

Tabela 3. Distribuição da amostra, segundo faixas de idade

Faixas de Idade	Sexo				Total	
	Feminino		Masculino			
	n	%	n	%	n	%
18 a 25	116	21,7	99	25,7	215	23,4
26 a 35	113	21,2	100	26,0	213	23,2
36 a 45	111	20,8	91	23,6	202	22,0
46 a 59	122	22,8	61	15,8	183	19,9
acima de 60	72	13,5	34	8,8	106	11,5
Total	534	100	385	100	919	100

Fonte: Base de dados Projetos PRINUTHA/ USP. Atividades desenvolvidas de 2004 a 2006.

Com relação à situação conjugal, observou-se uma grande porcentagem dos indivíduos nas categorias casados ou união consensual – totalizando 53%. Enquanto os solteiros, separados/divorciados e viúvos representam 47% (Tabela 4).

Tabela 4. Distribuição da amostra, segundo estado civil

Estado Civil	Sexo				Total	
	Feminino		Masculino			
	n	%	n	%	n	%
Casado (a)	214	42,3	192	51,5	406	46,2
Solteiro (a)	168	33,2	121	32,4	289	32,9
União Consensual	36	7,1	24	6,4	60	6,8
Viúvo (a)	24	4,7	5	1,3	29	3,3
Separado (a) Divorciado (a)	64	12,7	31	8,3	95	10,9
Total	506	100,0	373	100,0	879	100,0

Fonte: Base de dados Projetos PRINUTHA/ USP. Atividades desenvolvidas de 2004 a 2006.

Na amostra, a quantidade de pessoas que declararam ser da raça branca (71,7%) predominou sobre as de raça negra (15,1%). As demais raças totalizaram 13,2% (Tabela 5).

Tabela 5. Distribuição da amostra, segundo raça

Raça	Sexo				Total	
	Feminino		Masculino			
	n	%	n	%	n	%
Branco	388	73,3	267	69,4	655	71,7
Amarelo	33	6,2	29	7,5	62	6,8
Indígena	1	0,2	0	0,0	1,0	0,1
Mestiço	18	3,4	28	7,3	46	5,0
Negro	84	15,9	54	14,0	138	15,1
Outros	5	0,9	7	1,8	12	1,3
Total	529	100,0	385	100,0	914	100,0

Fonte: Base de dados Projetos PRINUTHA/ USP. Atividades desenvolvidas de 2004 a 2006.

Quanto à escolaridade, predominaram os indivíduos (64%) com curso superior (47,8% graduação e 16,2% pós-graduação); 36% haviam cursado o primeiro e o segundo graus (Tabela 6). Observa-se que 16,2% declararam ter concluído pós-graduação, percentual que se contrapõe, para mais, aos padrões nacionais⁹.

Tabela 6 . Distribuição da amostra, segundo escolaridade

Escolaridade	Sexo				Total	
	Feminino		Masculino			
	n	%	n	%	n	%
Fundamental	17	3,2	17	4,4	34	3,7
Médio	164	30,7	133	34,6	297	32,3
Graduação	267	49,9	172	44,8	439	47,8
Pós-Graduação	87	16,3	62	16,1	149	16,2
Total	535	100,0	384	100,0	919	100,0

Fonte: Base de dados Projetos PRINUTHA/ USP. Atividades desenvolvidas de 2004 a 2006.

⁹ De acordo com a classificação feita pelo IBGE na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD - 2002-2003. Rio de Janeiro: IBGE, 2004.

A variável renda familiar foi obtida a partir de opções entre as faixas propostas (Quadro 5).

Quadro 5. Faixas de renda familiar consideradas na pesquisa

Faixas de renda
até R\$ 500
de R\$ 501 a R\$ 1.000
de R\$ 1.001 a R\$ 3.000
de R\$ 3.001 a R\$ 5.000
acima de R\$ 5.000

Fonte: Base de dados Projetos PRINUTHA/ USP

Considerando a renda mensal familiar (Tabela 7), foi constatado que se trata de uma população de remuneração relativamente alta, com prevalência da maioria na faixa de R\$1.001,00 a R\$3.000,00, representando 38,5%, seguida da faixa R\$ 3.001,00 a R\$ 5.000,00, com 25,8%. Verificam-se, também aqui, padrões superiores aos encontrados no cenário nacional¹⁰.

Tabela 7. Distribuição da amostra, segundo renda familiar

Faixas de Renda	Sexo				Total	
	Feminino		Masculino			
	n	%	n	%	n	%
até R\$ 500	18	3,8	14	4,4	32	4,1
de R\$ 501 a R\$ 1.000	41	8,8	32	10,1	73	9,3
de R\$ 1.001 a R\$ 3.000	163	34,8	140	44,1	303	38,5
de R\$ 3.001 a R\$ 5.000	135	28,8	68	21,4	203	25,8
acima de R\$ 5.000	111	23,7	64	20,1	175	22,3
Total	468	100,0	318	100,0	786	100,0

Fonte: Base de dados Projetos PRINUTHA/ USP. Atividades desenvolvidas de 2004 a 2006.

¹⁰ De acordo com o IBGE (2004), que, na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD 2002-2003, classificou o rendimento mensal familiar com valores equivalentes em salários mínimos, R\$ 200,00 (duzentos reais), vigente em 15/01/2003, data referencial da PNAD.

Os dados socioeconômicos encontrados nesta pesquisa indicam um perfil diferenciado da população pesquisada para as questões de renda, escolaridade e raça, quando comparados aos dados divulgados pelo IBGE (Censo Demográfico, 2000 – Revisão 2004 e PNAD, 2004). Para as questões de gênero, situação matrimonial e distribuição nas faixas etárias esses dados, quando comparados, apresentam uma orientação semelhante. Tal perspectiva é justificada pelo estrato socioeconômico das pessoas que compõem a Comunidade USP – Campus São Paulo.

5.2 Avaliação do Estado Nutricional e Saúde

Em consonância com o que é recomendado por Kertesz e Kerman (1985), “Hábitos Alimentares” tem um valor importante para a avaliação da Qualidade de Vida. Nesta pesquisa, para atender a esse quesito, usou-se o Índice de Massa Corporal (IMC), que avalia o estado nutricional. É um indicador sugerido para adultos, baseado em medidas antropométricas, sendo, ainda, uma técnica não-invasiva; é obtido pela relação entre peso e altura. Para a classificação dos índices do estado nutricional, foram adotados os padrões indicados pela WHO (2003). O A classificação do estado nutricional é dada pelos seguintes intervalos (Quadro 6):

Quadro 6. Classificação de IMC

Valores de IMC	Classificação
< 18,5	Baixo Peso
18,5 – 24,9	Normal
25,0 – 29,9	Pré-Obeso
30,0 – 34,9	Obeso Classe I
35 – 39,9	Obeso Classe II
≥ 40	Obeso Classe III

Fonte: WHO (2003).

A Tabela 8 oferece informações a respeito do IMC encontrado neste estudo. Foi observado que, entre os participantes de ambos os sexos, um pouco mais da metade (52,4%) foi caracterizada como eutrófico – faixa de normalidade.

Tabela 8. Distribuição da amostra, segundo estado nutricional - conceito IMC por faixas

IMC	Sexo				Total	
	Feminino		Masculino			
	n	%	n	%	n	%
Baixo peso	21	3,9	9	2,3	30	3,2
Peso normal	292	54,1	196	50,1	488	52,4
Pré-Obeso	145	26,8	133	34,0	278	29,8
Obeso Classe I	60	11,1	42	10,7	102	10,9
Obeso Classe II	16	3,0	7	1,8	23	2,5
Obeso Classe III	7	1,3	4	1,1	11	1,2
Total	541	100,0	391	100,0	932	100,0

Fonte: Base de dados Projetos PRINUTHA/ USP. Atividades desenvolvidas de 2004 a 2006.

Entretanto, uma porcentagem dos participantes apresentou IMC acima de 25 kg/m² (feminino 42,1% e masculino 47,6%), característico de pré-obesidade e obesidade, ao passo que 3,2% apresentaram magreza. O IMC médio da amostra ficou em 25,2 kg/m², acima da faixa para o peso normal (Gráfico 1).

Fonte: Base de dados Projetos PRINUTHA/ USP. Atividades desenvolvidas de 2004 a 2006.

Gráfico 1. Distribuição da amostra, segundo estado nutricional - conceito IMC por faixas (valores em %)

Os dados da Pesquisa Nacional de Alimentação e Nutrição (PNSN), realizada pelo Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição – INAN, em 1989,

demonstraram que 32% da população adulta brasileira tinha algum grau de excesso de peso ($\text{IMC} \geq 25 \text{ kg/m}^2$) e, comparando com a Pesquisa de Orçamento Familiar – POF (2002-2003) e com a PNAD (2004), nota-se aumento significativo, com o mesmo IMC atingindo, aproximadamente, 40% da população, levando tal resultado a ser considerado como um problema de saúde pública. Nesta pesquisa, essa proporção foi de 44,4%, e observa-se que a população estudada tem um perfil de mesmo sentido (Quadro 6, Tabela 8 e Gráfico 1).

A Estratégia Global (OMS, 2004) foi estabelecida com o objetivo de diminuir os fatores de risco e as taxas de morbidade e mortalidade da população mundial pelas Doenças Crônicas Transmissíveis (DNT). A fim de cumprir tal meta, inicialmente, o Ministério da Saúde do Brasil realizou em 2006/2007 a pesquisa Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico – VIGITEL, que teve como objetivo estimar a frequência e distribuição sócio-demográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2006. A Capital São Paulo, considerando 2.000 respondentes, entre adultos maiores de 18 anos, apresentou os seguintes resultados: Excesso de Peso – masculino 45,8% e feminino 42,8%; Obesidade ($\text{IMC} \geq 30$) – masculino 9,7% e feminino 12,1%.

Essa pesquisa verificou, ainda, que, nas principais cidades do Brasil, o excesso de peso tende a ser mais freqüente em homens do que em mulheres; porém, em São Paulo, as freqüências são semelhantes nos dois sexos. No presente estudo, observa-se a mesma tendência para excesso de peso masculino 47,6% e feminino 41,9%. Todavia, para obesidade, o resultado encontrado foi inverso e maior: masculino 13,6% e feminino 15,4% (Tabela 8).

Em relação a aspectos que foram investigados sobre a saúde reportada, o Gráfico 2 apresenta a distribuição percentual da auto-avaliação do estado de saúde, em que se observa uma parcela menor, relata que sua saúde está “Regular” (10,1%) e a maioria (89,3%) a percebe como “Boa”, “Muito Boa” e “Excelente”.

Fonte: Base de dados Projetos PRINUTHA/ USP. Atividades desenvolvidas de 2004 a 2006.

Gráfico 2. Distribuição da amostra, segundo a autopercepção de sua saúde (em valores %)

Ainda, solicitou-se aos entrevistados comparar a sua saúde atual com há de um ano. Constatou-se que a maioria relatou sentir-se “Melhor” (46,7%) ou “Igual” (45,3%) ao período anterior (Gráfico 3).

Fonte: Base de dados Projetos PRINUTHA/ USP. Atividades desenvolvidas de 2004 a 2006.

Gráfico 3. Distribuição da amostra, segundo a comparação de sua saúde (valores em %)

Os dados mostraram que a autopercepção de saúde dos entrevistados esteve sempre avaliada de uma forma positiva, com prevalência dos conceitos “Boa” (Tabelas 9 e 10); e ao aferir-se o nível de satisfação sobre a sua de Qualidade de Vida, a maior parte (59,4%) afirmou ser “Boa” e “Muito Boa” (Gráfico 4).

Fonte: Base de dados Projetos PRINUTHA/ USP. Atividades desenvolvidas de 2004 a 2006.

Gráfico 4. Distribuição da amostra, segundo a autopercepção de sua Qualidade de Vida (em valores %)

Os dados apresentados dão idéia quanto ao perfil sócio-econômico da população pesquisada, bem como aspectos de saúde e autopercepção de qualidade de vida. Considerando aspectos de saúde das pessoas, Cyrillo (1996) expõe a importância da relação entre renda familiar, escolaridade, saneamento básico, condições de moradia e práticas de alimentação, e níveis satisfatórios de saúde e, conseqüentemente, qualidade de vida. Na década de 80, Campino (1986) já alertava para a prevalência, no Brasil, de maiores riscos para doenças transmissíveis nas famílias de menor renda, em decorrência das condições ambientais precárias e desnutrição, além do baixo nível de instrução e ocupações profissionais com maiores riscos à boa saúde. Da mesma forma, Cezar (2005) considera que a população precisa ser informada sobre saúde e estado de nutrição, para se sentir responsável por suas escolhas e sobre o resultado dessas sobre seu organismo, bem como da forma e composição de seu corpo.

5.3 Análise Descritiva dos Dados de Qualidade de Vida

Nos Quadros de 7 a 14 e Tabelas de 09 a 16, são apresentados os itens que foram utilizados para a elaboração do constructo, separados por domínio, bem como todas as respostas coletadas, com as respectivas frequências. Observa-se que nem todos os itens alcançaram o total de 100% e isso é explicado pelo fato de que, em alguns casos, ocorreram respostas em branco.

Quadro 7. Itens relativos ao Domínio Hábitos Alimentares

1. Hábitos Alimentares	
1.1	Alimento-me lentamente, em partes pequenas, em um ambiente agradável.
1.2	Resisto às influências sociais e mercadológicas para o consumo de alimentos inadequados.
1.3	Como frutas e verduras variadas diariamente.
1.4	Consumo alimentos gordurosos, frituras e sanduíches.
1.5	Faço no mínimo 4 refeições ao dia (café da manhã, almoço, lanche e jantar), em horários regulares.
1.6	Bebo bastante água. No mínimo 8 copos por dia.
1.7	Consumo bebidas alcoólicas.
1.8	Evito comer quando estou nervoso (a), ou ansioso (a).

Fonte: Base de dados Projetos PRINUTHA

Tabela 9. Distribuição da frequência relativa da Dimensão Hábitos Alimentares

1. Hábitos Alimentares												
Itens	Nunca		Raramente		Algumas vezes		Freqüente-mente		Sempre		Total	
	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1.1	67	7,3	199	21,6	340	36,8	220	23,8	97	10,5	923	100,0
1.2	66	7,2	136	14,9	262	28,7	276	30,3	172	18,9	912	100,0
1.3	19	2,1	105	11,4	244	26,4	259	28,0	297	32,1	924	100,0
1.4	50	5,5	285	31,3	401	44,0	138	15,1	38	4,2	912	100,0
1.5	87	9,4	171	18,5	230	24,9	238	25,8	196	21,3	922	100,0
1.6	63	6,8	142	15,3	220	23,8	200	21,6	301	32,5	926	100,0
1.7	331	35,8	331	35,8	193	20,9	53	5,7	16	1,7	924	100,0
1.8	215	23,4	227	24,7	254	27,6	106	11,5	117	12,7	919	100,0

Fonte: Base de dados Projetos PRINUTHA

Quadro 8. Itens relativos ao Domínio Atividade Física

2. Atividade Física	
2.1	Pratico exercícios de relaxamento e alongamento.
2.2	A pratica de atividade física é importante na minha vida.
2.3	Minha rotina é sedentária.
2.4	Faço exercício do tipo caminhada, de 2 a 3 vezes por semana, por mais de 30 minutos em cada sessão.
2.5	Faço atividades físicas, do tipo moderada (as que aumentam moderadamente a respiração ou batimento do coração), de 2 a 3 vezes por semana, por mais de 30 minutos em cada sessão.
2.6	Faço atividades físicas, do tipo vigorosa (as que aumentam muito a respiração ou batimento do coração), de 2 a 3 vezes por semana, por mais de 20 minutos em cada sessão.
2.7	Reservo na semana um período para a atividade física.
2.8	Faz parte do meu dia-a-dia, subir escadas, andar a pé, serviços domésticos, carregar pesos leves, etc.

Fonte: Base de dados Projetos PRINUTHA

Tabela 10. Distribuição da frequência relativa do Domínio Atividade Física

2. Atividade Física												
Itens	Nunca		Raramente		Algumas vezes		Freqüente-mente		Sempre		Total	
	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
2.1	166	18,0	174	18,8	208	22,5	203	22,0	173	18,7	924	100,0
2.2	51	5,6	76	8,3	147	16,0	205	22,4	438	47,8	917	100,0
2.3	294	32,5	170	18,8	207	22,9	126	13,9	107	11,8	904	100,0
2.4	180	19,7	172	18,8	159	17,4	185	20,2	218	23,8	915	100,0
2.5	242	26,5	169	18,5	143	15,6	166	18,2	194	21,2	914	100,0
2.6	399	43,8	206	22,6	108	11,8	103	11,3	96	10,5	912	100,0
2.7	166	18,1	108	11,8	123	13,4	161	17,6	357	39,0	915	100,0
2.8	19	2,1	47	5,1	138	14,9	219	23,7	502	54,3	925	100,0

Fonte: Base de dados Projetos PRINUTHA

Quadro 9. Itens relativos ao Domínio Sono e Repouso

3. Sono e Repouso	
3.1	Deito sempre na mesma hora.
3.2	Acordo descansado (a) e com energia para o dia todo.
3.3	Tenho insônia.
3.4	Utilizo outros recursos para dormir (chás, remédios, etc.).
3.5	Estou satisfeito (a) com meu sono.
3.6	Ter algum problema com o sono me preocupa.
3.7	Tenho no mínimo de 6 a 8 horas de sono por noite.
3.8	Tenho dificuldade para dormir (com o sono).

Fonte: Base de dados Projetos PRINUTHA

Tabela 11. Distribuição da frequência relativa do Domínio Sono e Repouso

3. Sono e Repouso												
Itens	Nunca		Raramente		Algumas vezes		Freqüente-mente		Sempre		Total	
	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
3.1	102	11,0	171	18,4	248	26,8	301	32,5	105	11,3	927	100,0
3.2	56	6,1	139	15,0	316	34,2	281	30,4	133	14,4	925	100,0
3.3	348	37,7	271	29,4	196	21,2	72	7,8	36	3,9	923	100,0
3.4	725	78,9	99	10,8	57	6,2	17	1,8	21	2,3	919	100,0
3.5	70	7,6	126	13,7	244	26,6	252	27,4	227	24,7	919	100,0
3.6	319	34,9	178	19,5	186	20,3	95	10,4	137	15,0	915	100,0
3.7	62	6,8	97	10,6	151	16,4	294	32,0	314	34,2	918	100,0
3.8	416	45,0	266	28,8	137	14,8	59	6,4	47	5,1	925	100,0

Fonte: Base de dados Projetos PRINUTHA

Quadro 10. Itens relativos ao Domínio Bem-estar Pessoal

4. Bem-estar Pessoal	
4.1	Acho que minha vida tem sentido
4.2	Aceito minha aparência física.
4.3	Tenho energia suficiente para o meu dia-a-dia.
4.4	Tenho satisfação com minha vida sentimental.
4.5	Estou satisfeito (a) com a minha vida sexual.
4.6	Tenho sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão.
4.7	Experimento sentimentos positivos em minha vida.
4.8	Estou satisfeito (a) comigo mesmo.

Fonte: Base de dados Projetos PRINUTHA

Tabela 12. Distribuição da frequência relativa do Domínio Bem-estar Pessoal

4. Bem-estar Pessoal												
Itens	Nunca		Raramente		Algumas vezes		Frequente-mente		Sempre		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
4.1	9	1,0	18	1,9	105	11,3	261	28,2	533	57,6	926	100,0
4.2	25	2,7	56	6,0	187	20,2	320	34,6	338	36,5	926	100,0
4.3	4	0,4	30	3,2	184	19,8	398	42,9	311	33,5	927	100,0
4.4	38	4,1	70	7,6	202	22,0	285	31,0	324	35,3	919	100,0
4.5	53	5,8	80	8,8	184	20,3	287	31,7	302	33,3	907	100,0
4.6	152	16,4	267	28,8	351	37,8	103	11,1	55	5,9	928	100,0
4.7	7	0,8	23	2,5	164	17,8	399	43,2	330	35,8	923	100,0
4.8	9	1,0	24	2,6	165	17,9	391	42,4	334	36,2	923	100,0

Fonte: Base de dados Projetos PRINUTHA

Quadro 11. Itens relativos ao Domínio Lazer e Diversão

5. Lazer e Diversão	
5.1	Lazer me traz prazer e bem-estar.
5.2	Reservo tempo para lazer e diversão.
5.3	Cultivo um <i>hobby</i> entre as minhas atividades semanais (música, pintura, carpintaria, jardinagem, etc.).
5.4	Vou ao cinema, teatro, concertos, passeios, etc., semanalmente.
5.5	Programo viagens nas minhas férias.
5.6	Faço leituras divertidas, na semana.
5.7	Tenho entretenimentos como assistir tevê, ouvir música, rádio, etc., na semana.
5.8	Aproveito o meu tempo livre.

Fonte: Base de dados Projetos PRINUTHA

Tabela 13. Distribuição da frequência relativa do Domínio Lazer e Diversão

5. Lazer e Diversão												
Itens	Nunca		Raramente		Algumas vezes		Frequente-mente		Sempre		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
5.1	3	0,3	5	0,5	66	7,1	203	21,9	651	70,2	928	100,0
5.2	19	2,1	86	9,3	271	29,3	263	28,5	285	30,8	924	100,0
5.3	132	14,3	172	18,6	215	23,2	197	21,3	209	22,6	925	100,0
5.4	88	9,5	228	24,7	305	33,0	189	20,5	113	12,2	923	100,0
5.5	79	8,5	176	19,0	230	24,8	197	21,3	244	26,3	926	100,0
5.6	91	9,9	202	21,9	276	29,9	192	20,8	161	17,5	922	100,0
5.7	8	0,9	53	5,7	164	17,7	295	31,8	408	44,0	928	100,0
5.8	12	1,3	64	6,9	217	23,5	309	33,4	322	34,8	924	100,0

Fonte: Base de dados Projetos PRINUTHA

Quadro 12. Itens relativos ao Domínio Inserção Social

6. Inserção Social	
6.1	Compartilho minhas dificuldades com pessoas próximas.
6.2	Encontro freqüentemente, com meu grupo de amigos.
6.3	Diante de problemas, posso refletir e dialogar com pessoas que sabem escutar.
6.4	Disponho-me a dar apoio afetivo e proteção a pessoas próximas de mim.
6.5	Afasto de minha vida as pessoas nocivas.
6.6	Atuo socialmente de forma direta e firme, porém sem agressividade.
6.7	Estou satisfeito (a) com o apoio que recebo de meus amigos, parentes e colegas.
6.8	Tenho um bom relacionamento com meus familiares.

Fonte: Base de dados Projetos PRINUTHA

Tabela 14. Distribuição da freqüência relativa do Domínio Inserção Social

6. Inserção Social												
Itens	Nunca		Raramente		Algumas vezes		Freqüente-mente		Sempre		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
6.1	34	3,7	103	11,1	259	28,0	253	27,3	277	29,9	926	100,0
6.2	36	3,9	133	14,3	254	27,4	285	30,7	220	23,7	928	100,0
6.3	20	2,2	97	10,5	257	27,8	320	34,6	232	25,1	926	100,0
6.4	4	0,4	19	2,0	101	10,9	324	35,0	478	51,6	927	100,0
6.5	31	3,4	81	8,8	275	30,0	253	27,6	278	30,3	918	100,0
6.6	17	1,8	64	7,0	259	28,2	349	37,9	231	25,1	920	100,0
6.7	7	0,8	52	5,6	197	21,3	374	40,4	296	32,0	926	100,0
6.8	7	0,8	16	1,7	126	13,6	309	33,4	468	50,5	926	100,0

Fonte: Base de dados Projetos PRINUTHA

Quadro 13. Itens relativos ao Domínio Ocupação Principal

7. Ocupação Principal	
7.1	Tenho satisfação com a minha ocupação principal.
7.2	Sinto a minha atividade como muito envolvente e gratificante.
7.3	Faço algo criativo em minha ocupação.
7.4	Planejo minhas atividades antecipadamente (por objetivos e com racionalização do tempo).
7.5	Trocaria a minha ocupação principal por outra atividade.
7.6	Planejo minhas atividades a médio e longo prazo.
7.7	Tenho satisfação com o resultado da minha ocupação.
7.8	Estou satisfeito (a) com o tempo que dedico para a minha ocupação.

Fonte: Base de dados Projetos PRINUTHA

Tabela 15. Distribuição da frequência relativa do Domínio Ocupação Principal

7. Ocupação Principal												
Itens	Nunca		Raramente		Algumas vezes		Freqüente-mente		Sempre		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
7.1	10	1,1	34	3,8	205	22,7	327	36,2	328	36,3	904	100,0
7.2	15	1,7	55	6,1	225	25,0	327	36,3	278	30,9	900	100,0
7.3	25	2,8	85	9,5	291	32,4	289	32,2	208	23,2	898	100,0
7.4	28	3,1	97	10,8	251	27,9	343	38,2	180	20,0	899	100,0
7.5	232	25,9	190	21,2	247	27,6	130	14,5	96	10,7	895	100,0
7.6	49	5,5	137	15,3	314	35,0	264	29,4	134	14,9	898	100,0
7.7	14	1,6	36	4,0	226	25,2	388	43,3	232	25,9	896	100,0
7.8	30	3,3	79	8,8	238	26,4	346	38,4	208	23,1	901	100,0

Fonte: Base de dados Projetos PRINUTHA

Quadro 14. Itens relativos ao Domínio Bem-estar no Trabalho

8. Bem-estar no Trabalho	
8.1	Atendimento do convênio médico que a empresa oferece.
8.2	Benefícios oferecidos pela minha empresa (farmácia, creche, cesta básica, previdência privada, etc.).
8.3	Qualidade das refeições oferecidas pela minha empresa.
8.4	Oportunidade de carreira que minha empresa oferece.
8.5	Imagem da empresa junto aos funcionários (ou junto à comunidade).
8.6	Oportunidade de treinamento e desenvolvimento profissional que a minha empresa oferece.
8.7	Oportunidade de participar de comitês de decisão na minha empresa.
8.8	O meu salário é compatível com a minha função e com o mercado.
8.9	A empresa se preocupa com o ambiente físico e com a segurança no trabalho.
8.10	A empresa promove o equilíbrio entre a minha vida pessoal e o trabalho.
8.11	A empresa se preocupa com o relacionamento interpessoal entre os funcionários e as chefias.
8.12	Atendimento do apoio ou assistência psicológica que a empresa oferece.

Fonte: Base de dados Projetos PRINUTHA

Tabela 16. Distribuição da frequência relativa do Domínio Bem-estar no Trabalho

8. Bem-estar no Trabalho														
Itens	Totalmente Insatisfeito		2		3		4		Totalmente Satisfeito		Não se Aplica		Total	
	1								5					
	n	%	n	%	n	n	%	%	n	%	n	%	n	%
8.1	58	18,5	36	11,5	90	28,7	85	27,1	45	14,3	171	18,1	485	100
8.2	55	17,6	55	17,6	108	34,5	61	19,5	34	10,9	168	17,7	481	100
8.3	50	17,2	43	14,8	94	32,4	71	24,5	32	11,0	179	18,8	469	100
8.4	82	22,0	85	22,8	100	26,9	68	18,3	37	9,9	86	9,1	458	100
8.5	20	4,9	36	8,7	140	34,0	137	33,3	79	19,2	62	6,5	474	100
8.6	45	11,1	76	18,7	118	29,1	98	24,1	69	17,0	71	7,5	477	100
8.7	73	18,9	86	22,3	94	24,4	86	22,3	47	12,2	92	9,7	478	100
8.8	66	16,1	56	13,7	107	26,1	115	28,0	66	16,1	53	5,6	463	100
8.9	40	9,7	66	15,9	110	26,6	106	25,6	92	22,2	65	6,9	479	100
8.10	57	14,3	83	20,8	150	26,3	88	22,0	67	16,8	77	8,1	477	100
8.11	59	14,4	75	18,3	103	25,2	95	23,2	77	18,8	72	7,6	481	100
8.12	86	29,0	59	19,9	63	21,2	50	16,8	39	13,1	180	19,0	477	100

Fonte: Base de dados Projetos PRINUTHA

Verificou-se que a distribuição das freqüências relativas não mostrou desvio significativo, em torno da média, e que se situou em 96,9% (para os domínios de 1 a 7), considerada satisfatória para este tipo de estudo (STREINER; NORMAN, 2001).

A Tabela 16, que trata do Domínio do Bem-estar no Trabalho, mostra que a freqüência das respostas teve distribuição com tendência normal: nenhum dos itens apresentou concentração elevada (STREINER; NORMAN, 2001). As maiores freqüências ocorreram nas alternativas 3 e 4, próximas do ponto intermediário, sugerindo uma posição orientada para valores positivos. Observa-se que para esta dimensão o número de respondentes ficou próximo de 50% da amostra. Isso decorre de que este domínio foca, apenas, as pessoas que declararam estar trabalhando na ocasião.

5.4 Análise da Consistência Interna do Instrumento

Tendo como objetivo avaliar a confiabilidade do instrumento, nesta etapa, são apresentados os resultados realizados por meio do coeficiente Alfa de Cronbach, que reflete o grau de covariância dos itens entre si, servindo de indicador da consistência interna do instrumento (PASQUALI, 1997). Por intermédio dessa análise, verifica-se a congruência de cada item com os demais e com todos do instrumento. Este coeficiente varia de zero a um, sendo zero a ausência total de consistência interna dos itens e um, presença de consistência de 100%.

Para fins de análise da consistência, optou-se na separação em duas etapas: na primeira, foram considerados os sete domínios do instrumento que têm características homogêneas; na segunda etapa, foi analisado o Domínio Bem-estar no Trabalho, em face de suas peculiaridades. A seguir, tomadas amostras aleatórias, são apresentados os Alfas referentes à primeira fase que representam 25%, 50%, 75% e 100% da amostra total (Tabela 17).

Tabela 17. Coeficientes de consistência interna do instrumento, segundo análise de Alfa de Cronbach em amostras aleatórias nos domínios

	Alfa Amostra Aleatória	Alfa Amostra Aleatória	Alfa Amostra Aleatória	Alfa Amostra Aleatória
	25%	50%	75%	100%
Domínio 1	0,368	0,3287	0,3356	0,3265
Domínio 2	0,5785	0,6671	0,6281	0,6289
Domínio 3	0,3879	0,2281	0,2815	0,2635
Domínio 4	0,6662	0,6211	0,6321	0,6441
Domínio 5	0,7494	0,759	0,7629	0,7554
Domínio 6	0,5065	0,6232	0,6392	0,6668
Domínio 7	0,6666	0,6711	0,6639	0,6627
Alfa Total	0,8485	0,8295	0,8189	0,8269

Fonte: Base de dados Projetos PRINUTHA

De acordo com os resultados da Tabela 17, observa-se que os Alfas obtidos nas amostras aleatórias apresentaram valores satisfatórios e semelhantes ao Alfa Total, configurando a consistência interna do instrumento dentro das amostras de 25%, 50%, 75% e 100%, neste estudo. Entretanto, quando se observam os valores de Alfa, obtidos pelos domínios do instrumento (descritos no domínio 1 e 3), nota-se que existem alguns resultados com valores inferiores a 0,40. Esses valores, segundo Pasquali (1997) e Pereira (1999), sugerem que esses domínios estejam interferindo de maneira negativa no valor de Alfa do instrumento como um todo. Assim, optou-se por testar o efeito da exclusão em separado dos itens dos domínios de um a sete (relacionados à Qualidade de Vida), como forma de identificar possíveis itens que estariam prejudicando o Alfa final do questionário. Ressalta-se que, a cada exclusão de um determinado item, todos os demais foram mantidos no questionário.

A Tabela 18 apresenta o resultado da análise, observando os coeficientes de correlação do item-total com o questionário e o impacto da retirada dos itens citados.

Tabela 18. Coeficientes de consistência interna do instrumento, segundo análise de Alfa de Cronbach

Item	Correlação	Alfa se o item excluído	Item	Correlação	Alfa, se o item excluído
1.1	0,3058	0,8233	4.5	0,2233	0,8263
1.2	0,1905	0,8257	4.6	-0,2465	0,8346
1.3	0,3302	0,8227	4.7	0,4641	0,8211
1.4	-0,2093	0,8323	4.8	0,4632	0,8211
1.5	0,2763	0,8238	5.1	0,3708	0,8233
1.6	0,2397	0,8247	5.2	0,4306	0,8208
1.7	0,0032	0,8291	5.3	0,4236	0,8199
1.8	0,1733	0,8264	5.4	0,3130	0,8230
2.1	0,3714	0,8213	5.5	0,4062	0,8205
2.2	0,3615	0,8218	5.6	0,3318	0,8225
2.3	-0,4311	0,8418	5.7	0,3236	0,8231
2.4	0,2681	0,8247	5.8	0,5796	0,8180
2.5	0,2961	0,8233	6.1	0,3683	0,8218
2.6	0,2667	0,8241	6.2	0,4228	0,8207
2.7	0,3442	0,8219	6.3	0,4372	0,8207
2.8	0,2235	0,8249	6.4	0,1414	0,8302
3.1	0,2794	0,8237	6.5	0,1745	0,8260
3.2	0,5124	0,8188	6.6	0,3636	0,8224
3.3	-0,1209	0,8323	6.7	0,4459	0,8211
3.4	-0,0050	0,8288	6.8	0,3382	0,8232
3.5	0,3968	0,8209	7.1	0,4294	0,8213
3.6	-0,1129	0,8343	7.2	0,4508	0,8206
3.7	0,3194	0,8228	7.3	0,4369	0,8207
3.8	-0,1644	0,8334	7.4	0,3966	0,8215
4.1	0,4243	0,8217	7.5	-0,1787	0,8348
4.2	0,4587	0,8203	7.6	0,3199	0,8229
4.3	0,5417	0,8197	7.7	0,4572	0,8210
4.4	0,3923	0,8213	7.8	0,4289	0,8209

Valor Total do Alfa 0,8269

Fonte: Base de dados Projetos PRINUTHA

Como se pode observar na Tabela 18, o valor total do Alfa de Cronbach (0,8269), segundo Pasquali (1997), demonstrou-se elevado, permanecendo satisfatório em relação aos domínios e questões individualmente e, com isso mostrando haver consistência interna do instrumento.

O conjunto é constituído por 56 itens divididos em sete domínios. As correlações variaram de 0,0032 (item 1.7 – *Consumo de bebidas alcoólicas*) a 0,5417 (item 4.3 – *Tenho energia suficiente para o meu dia-a-dia*). Verificou-se, também, a ocorrência de correlações positivas e negativas, indicando bivalência dos sentidos de orientação. Os dados mostram, ainda, que, quando algum item é retirado, o valor de Alfa não sofre alteração significativa, ficando demonstrada consistência do conjunto de itens e, por decorrência, a consistência do instrumento utilizado.

Segundo Streiner e Norman (2001), quando essas correlações são altas, entende-se que houve um mesmo padrão de resposta entre os constructos, caracterizando inconsistência do instrumento. Sugerem a eliminação dos itens com correlações acima de 0,8 e Alfa abaixo de 0,30. Pereira (1999) considera 0.40 como um valor aceitável para Alfa. Pela análise da Tabela 18, é possível se observar que, neste estudo, as correlações apresentadas em todos os itens mostram que não há um mesmo padrão entre as resposta coletadas.

A análise conjunta dos resultados apresentados nas Tabelas 17 e 18 mostra que alguns domínios (sobre tudo os itens 1 e 3) não podem ser aplicados de maneira isolada ou dissociada do instrumento como um todo, uma vez que os itens desse instrumento, segundo os dados da Tabela 18, apresentam maior relevância de consistência, quando considerados em conjunto e se comparados a sua participação isolada em domínios.

Nas Tabelas 19, 20, 21 e 22, são apresentadas as principais correlações encontradas nas sub-amostras com 25%, 50%, 75% e 100%. Nelas estão as correlações localizadas na faixa a partir de 0,5; verificou-se que em nenhum item

foram encontrados valores acima de 0,8, critério adotado para análise dos coeficientes de correlação (STREINER; NORMAN 2001).

Tabela 19. Principais Correlações encontradas nas sub-amostras de 25% da população, segundo análise de Alfa de Cronbach.

25%	2.1	2.2	2.3	2.5	2.6	3.2	3.3	3.5	4.2	4.4	6.1
2.2	0,5213										
2.3		-0,521									
2.4			-0,526								
2.5	0,5689	0,6103	-0,661	0,672	0,527						
3.5						0,708	-0,5				
3.7						0,566		0,583			
3.8							0,607				
4.3						0,549					
4.8									0,548	0,517	
6.3											0,614

Fonte: Base de dados Projetos PRINUTHA

Tabela 20. Principais Correlações encontradas nas sub-amostras de 50% da população, segundo análise de Alfa de Cronbach.

50%	2.1	2.2	2.3	2.5	2.6	3.2	3.3	3.5	4.2	6.1	7.1	7.2
2.3		-0,5522										
2.5			-0,5158									
2.6			-0,5028									
2.7	0,597	0,579	-0,627	0,6288	0,5348							
3.5						0,6477	-0,5251					
3.7								0,5372				
3.8							0,6362					
4.3						0,5669			0,5002			
4.8									0,6095			
6.3										0,6204		
6.8												
7.2											0,7882	
7.3											0,585	0,6712
7.5											-0,5211	
7.7											0,5822	0,6043
7.8											0,6293	0,638

Fonte: Base de dados Projetos PRINUTHA

Tabela 21. Principais Correlações encontradas nas sub-amostras de 75% da população, segundo análise de Alfa de Cronbach.

75%	2.1	2.2	2.3	2.5	2.6	3.2	3.3	3.5	4.2	6.1	7.1	7.2	7.4
2.3		-0,587											
2.5		0,5288	-0,5217										
2.7	0,5554	0,599	-0,6189	0,6622	0,5298								
3.5						0,6461	-0,5123						
3.7						0,5261		0,5436					
3.8							0,6389						
4.3						0,5394							
4.8									0,5978				
6.3										0,6142			
7.2											0,78		
7.3											0,535	0,592	
7.7											0,569	0,569	
7.8											0,5424	0,5046	0,5012

Fonte: Base de dados Projetos PRINUTHA

Tabela 22. Principais Correlações encontradas nas sub-amostras de 100% da população, segundo análise de Alfa de Cronbach.

100%	2.1	2.2	2.3	2.6	3.2	3.3	3.5	6.1	7.1	7.2	7.4	7.7
2.3		-0,545										
2.5		0,518	-0,503									
2.7	0,5701	0,5812	-0,612	0,5322								
3.5					0,6568							
3.7					0,5169		0,5197					
3.8						0,6305						
6.3								0,5948				
7.2									0,777			
7.3									0,5564	0,6292		
7.6											0,504	
7.7									0,5712	0,5718		
7.8									0,5713	0,5525		0,597

Fonte: Base de dados Projetos PRINUTHA

Avaliação da Consistência Interna do Índice Bem-estar no Trabalho

As análises seguintes referem-se ao Domínio Bem-estar no Trabalho, com procedimentos iguais aos adotados nos demais domínios, apresentados anteriormente. A análise em separado deu-se pelo fato de que esta questão foi construída com características diferentes das demais (que obedeceram a um único padrão).

Ao realizar os procedimentos analíticos, o Alfa de Cronbach apresentou valor satisfatório (0,9206), e não houve indicativo de que algum item excluído provocaria melhoria do Alfa Total. Observa-se que os valores das correlações ficaram abaixo de 0,8, conforme padrão adotado neste trabalho (Tabela 23).

Tabela 23. Coeficiente da Consistência Interna dentro do Domínio de Bem-estar no Trabalho, segundo análise de Alfa de Cronbach

Domínio	Itens	Correlação Item Total	Alfa, se o Item for excluído
Bem-estar no Trabalho	8.1	0,5709	0,9186
	8.2	0,6371	0,9156
	8.3	0,6194	0,9164
	8.4	0,7473	0,9105
	8.5	0,6688	0,9148
	8.6	0,7368	0,9115
	8.7	0,6912	0,9130
	8.8	0,5873	0,9173
	8.9	0,7276	0,9119
	8.10	0,7599	0,9102
	8.11	0,7509	0,9106
	8.12	0,6262	0,9168
Alfa Total Bem-estar no Trabalho			0,9206

Fonte: Base de dados Projetos PRINUTHA

5.5 Análise da Validade do Instrumento.

Quando se está analisando uma série de itens, supõe-se que todos eles estejam medindo a mesma coisa (Pasquali, 1997). Na prática, o que se deseja é confirmar se todos os itens são avaliados em função de um traço latente; assim, todos eles devem se referir a esse traço latente. Este é o problema chamado de unidimensionalidade, em que os itens estão medindo uma única e a mesma coisa. Dessa maneira, *“[...] esta unidimensionalidade pode ser baseada pela Análise Fatorial, que consiste em verificar se uma série de itens pode ser reduzida idealmente a uma única dimensão, chamada de fator, com o qual todas as variáveis da série estão relacionadas. Assim, pode-se dizer que os itens são unidimensionais, estão medindo a mesma coisa”* (PASQUALI, 1997, p. 171).

Os resultados seguintes são referentes à análise da validade do instrumento, testados por meio da Análise Fatorial, que objetiva verificar quantos constructos comuns são necessários para explicar as covariâncias (as intercorrelações) dos itens. Portanto, a validade de constructo de um teste é determinada pela grandeza das cargas fatoriais (correlações que vão de -1 a +1) das variáveis no fator.

Dado o resultado da Análise Fatorial, estabeleceu-se o número de fatores a serem considerados. Foram gerados 15 fatores com autovalores maiores do que um. Na Tabela 24 apresentam-se os fatores, seus respectivos valores absolutos e percentuais da variância.

Tabela 24. Valores absolutos e percentuais da variância explicada pelos fatores na Análise Fatorial

Fator	Autovalor	% da Variância	% da Variância Acumulada
1	9,732	0,174	17,379
2	3,908	0,070	24,358
3	2,862	0,051	29,468
4	2,608	0,047	34,126
5	1,943	0,035	37,595
6	1,708	0,030	40,645
7	1,402	0,025	43,148
8	1,337	0,024	45,536
9	1,300	0,023	47,857
10	1,256	0,022	50,100
11	1,149	0,021	52,152
12	1,119	0,020	54,150
13	1,075	0,019	56,070
14	1,053	0,019	57,950
15	1,001	0,018	59,737

Fonte: Base de dados Projetos PRINUTHA.

A interpretação dos fatores e respectivas cargas fatoriais têm por finalidade verificar, por meio da Análise Fatorial, se os constructos podem ser reduzidos idealmente a uma única dimensão, com a qual todas as variáveis da série se relacionam, para concluir, então, se os itens são unidimensionais, isto é, estão medindo a mesma coisa. Para Pasquali (1997), carga alta significa um valor de pelo menos 0,30; em outras palavras, se ele satisfaz o critério da unidimensionalidade.

Conforme se observa na Tabela 25, a Análise Fatorial teve como resultado um número maior de fatores do que os propostos inicialmente. O

agrupamento se deu em 15 fatores e todos os itens tiveram carga fatorial maior que 0,30. Vê-se, então, que todos se referem a uma única coisa.

Tabela 25. Descrição dos Itens Agrupados nos Fatores e as Respectivas Cargas Fatoriais

Itens	Fator 1 - Atividade Física	Carga Fatorial
2.7	Reservo, na semana, um período para a atividade física	0,856
2.5	Faço atividades físicas, do tipo moderada (as que aumentam moderadamente.....)	0,791
2.2	A prática de atividade física é importante na minha vida	0,759
2.3	Minha rotina é sedentária	-0,753
2.6	Faço atividades físicas, do tipo vigorosa (as que aumentam muito.....)	0,690
2.1	Pratico exercícios de relaxamento e alongamento	0,689
2.4	Faço exercício do tipo caminhada, de 2 a 3 vezes por semana...	0,483
Itens	Fator 2 - Ocupação Principal	Carga Fatorial
7.2	Sinto a minha atividade como muito envolvente e gratificante	0,852
7.1	Tenho satisfação com a minha ocupação principal	0,845
7.7	Tenho satisfação com o resultado da minha ocupação	0,697
7.3	Faço algo criativo em minha ocupação	0,694
7.8	Estou satisfeito com o tempo que dedico para a minha ocupação	0,672
7.5	Trocaria a minha ocupação principal por outra atividade	-0,643
Itens	Fator 3 - Bem-estar Pessoal	Carga Fatorial
4.8	Estou satisfeito (a) comigo mesmo	0,749
4.2	Aceito minha aparência física	0,673
4.7	Experimento sentimentos positivos em minha vida	0,587
4.1	Acho que minha vida tem sentido	0,582
4.3	Tenho energia suficiente para o meu dia-a-dia	0,507
4.6	Tenho sentimentos negativos tais como mau humor	-0,428

(Continua)

Tabela 25. Descrição dos Itens Agrupados nos Fatores e as Respectivas Cargas Fatoriais**(Continuação)**

Itens	Fator 4 - Lazer e Diversão	Carga Fatorial
5.2	Reservo tempo para lazer e diversão	0,725
5.4	Vou ao cinema, teatro, concertos, passeios	0,677
5.6	Faço leituras divertidas	0,593
5.8	Aproveito o meu tempo livre	0,551
5.7	Tenho entretenimentos como assistir Tevê, ouvir música, rádio	0,520
5.3	Cultivo um hobby entre as minhas atividades semanais	0,514
5.5	Programo viagens nas minhas férias	0,408
5.1	Lazer me traz prazer e bem-estar	0,354
Itens	Fator 5 - Sono e Repouso	Carga Fatorial
3.3	Tenho insônia	0,788
3.8	Tenho dificuldade para dormir (com o sono)	0,774
3.4	Utilizo outros recursos para dormir (chás, remédios, etc.)	0,673
3.6	Ter algum problema com o sono me preocupa	0,610
Itens	Fator 6 - Inserção Social	Carga Fatorial
6.3	Diante de problemas, posso refletir e dialogar com pessoas que sabem	0,763
6.1	Compartilho minhas dificuldades com pessoas próximas	0,714
6.7	Estou satisfeito (a) com o apoio que recebo de meus amigos, colegas	0,656
6.2	Encontro, freqüentemente, com meu grupo de amigos	0,517
6.8	Tenho um bom relacionamento com meus familiares	0,457
Itens	Fator 7 - Sono e Repouso	Carga Fatorial
3.7	Tenho no mínimo de 6 a 8 horas de sono por noite	0,695
3.1	Deito sempre na mesma hora	0,646
3.2	Acordo descansado e com energia para o dia todo	0,639
3.5	Estou satisfeito com meu sono	0,587

(Continua)

Tabela 25. Descrição dos Itens Agrupados nos Fatores e as Respectivas Cargas Fatoriais**(Continuação)**

Itens	Fator 8 - Ocupação Principal	Carga Fatorial
7.6	Planejo minhas atividades a médio e longo prazos...	0,773
7.4	Planejo minhas atividades antecipadamente...	0,725
Itens	Fator 9 - Hábitos Alimentares	Carga Fatorial
1.5	Faço no mínimo 4 refeições ao dia (café da manhã, almoço...	0,701
1.3	Como frutas e verduras variadas diariamente	0,571
Itens	Fator 10 - Bem-estar Pessoal	Carga Fatorial
4.5	Estou satisfeito (a) com a minha vida sexual.	0,824
4.4	Tenho satisfação com minha vida sentimental.	0,612
Itens	Fator 11 - Hábitos Alimentares	Carga Fatorial
1.2	Resisto às influências sociais e mercadológicas...	0,732
1.1	Alimento-me lentamente, em partes pequenas, em um ...	0,492
1.8	Evito comer quando estou nervoso (a), ou ansioso (a).	0,429
Itens	Fator 12 - Inserção Social	Carga Fatorial
6.5	Afasto de minha vida as pessoas nocivas...	0,759
6.6	Atuo socialmente de forma direta e firme, porém sem agressividade.	0,448
Itens	Fator 13 - Atividade Física/Hábitos Alimentares	Carga Fatorial
2.8	Faz parte do meu dia-a-dia subir escadas, andar a pé...	0,785
1.6	Bebo bastante água. No mínimo 8 copos por dia.	0,393
Itens	Fator 14 - Hábitos Alimentares	Carga Fatorial
1.7	Consumo bebidas alcoólicas.	0,848
Itens	Fator 15 - Hábitos Alimentares/Inserção Social	Carga Fatorial
1.4	Consumo alimentos gordurosos, frituras e sanduíches.	0,446
6.4	Disponho-me a dar apoio afetivo e proteção as pessoas	0,371

Fonte: Base de dados Projetos PRINUTHA.

Análise da Validade do Instrumento no Domínio Bem-estar no Trabalho

Por ter características diferenciadas, o Domínio de Bem-estar no Trabalho deve ser apresentado separadamente. A Tabela 26 ilustra os resultados da Análise Fatorial e as Tabelas 27 e 28, o Agrupamento, que se deu em dois Fatores.

Tabela 26. Valores absolutos e percentuais da variância explicada pelos fatores na Análise Fatorial

Fator	Autovalor	% da variância	% da variância acumulada
1	6,558	54,649	54,649
2	1,225	10,211	64,860
3	0,720	6,001	70,861
4	0,650	5,416	76,277
5	0,490	4,086	80,363
6	0,426	3,551	83,914
7	0,417	3,478	87,392
8	0,402	3,351	90,743
9	0,343	2,858	93,601
10	0,310	2,580	96,181
11	0,291	2,426	98,607
12	0,167	1,393	100,000

Fonte: Base de dados Projetos PRINUTHA.

Tabela 27. Descrição dos Itens Agrupados no Fator 1 e as Respectivas Cargas Fatoriais

Itens	Bem-estar no Trabalho - Fator 1	Carga Fatorial
8.4	Oportunidade de carreira	0,686
8.5	Imagem da empresa	0,690
8.6	Oportunidade de treinamento	0,756
8.7	Oportunidade de participar comitês	0,649
8.8	O meu salário é compatível...	0,705
8.9	A empresa se preocupa com ambiente físico...	0,798
8.10	A empresa promove o equilíbrio...	0,824
8.11	A empresa se preocupa com o relacionamento...	0,837

Fonte: Base de dados Projetos PRINUTHA.

Tabela 28. Descrição dos Itens Agrupados no Fator 2 e as Respectivas Cargas Fatoriais

Itens	Bem-estar no Trabalho - Fator 2	Carga Fatorial
8.1	Atendimento do convênio	0,803
8.2	Benefícios oferecidos	0,809
8.3	Qualidade das refeições	0,793
8.12	Atendimento do apoio ou assistência	0,573

Fonte: Base de dados Projetos PRINUTHA.

Conforme se observa na Tabela 27 e 28, todos os itens tiveram carga fatorial maior que 0,50, sugerindo que são unidimensionais, pois medem o mesmo Fator. Os resultados obtidos sugerem que o Domínio de Bem-estar no Trabalho poderia ser dividido, na prática, em dois “subdomínios”, para fins de análise e, ainda assim, absorveria – da mesma forma que absorveu – todos os itens originais nos dois domínios criados.

5.6 Análise do Coeficiente de Fidedignidade Teste-reteste

A fidedignidade ou a precisão de um teste refere-se à característica que ele deve possuir de medir sem erro (neste caso, as mesmas pessoas em ocasiões diferentes), produzindo resultados idênticos. A correlação entre essas duas medidas deve ser de um e afasta-se mais à medida que for maior o erro. Assim, espera-se que a classificação das pessoas se mantenha mais ou menos a mesma em ambas as aplicações. Para se obter o coeficiente de fidedignidade, Pasquali (1997) indica a utilização de três técnicas empíricas: formas paralelas; duas metades; e teste-reteste. Qualquer um dos delineamentos apresenta vantagens e desvantagens, por serem diferentes os procedimentos empíricos utilizados, porém os coeficientes de fidedignidade que deles surgirem apresentarão o mesmo resultado. No estudo em questão, optou-se pela estimação do coeficiente de fidedignidade segundo os delineamentos da técnica do teste-reteste.

Conforme indica o procedimento, aplica-se o mesmo teste aos mesmos sujeitos em duas ocasiões diferentes. Algumas dificuldades podem ocorrer na análise do coeficiente de fidedignidade por meio do teste-reteste, particularmente, no caso em que o intervalo entre a aplicação do teste e posteriormente do reteste seja curto. Nesta conjuntura, a resposta poderá ser a mesma por se lembrar dela. Se o tempo na reaplicação for longo, pode ocorrer que uma série de fatores pessoais e do meio ambiente cause mudanças ou interferências.

A avaliação da reprodutibilidade do Instrumento, procedimento do teste-reteste, foi realizada após duas semanas em 72 pessoas que foram convidadas para nova aplicação do questionário, em uma sub-amostra de 115 pessoas, participantes de um evento. A Tabela 29 e 30 apresenta a comparação da média nas diferentes variáveis, com intervalo de confiança 95%, considerado o teste e o reteste. Para comparar a pontuação média nos dois eventos, antes (teste) e depois (reteste), utilizou-se o teste T pareado.

Tabela 29. Médias do teste e do reteste, segundo os itens dos primeiros sete domínios

Item	Média	Média	Teste t	Item	Média	Média	Teste t
	Teste	Reteste	Pareado (p)		Teste	Reteste	Pareado (p)
1.1	3,39	3,35	0,75225	4.5	4,11	4,1	0,87546
1.2	3,33	3,47	0,25986	4.6	2,36	2,38	0,89777
1.3	4,06	3,92	0,10950	4.7	4,36	4,08	0,00177
1.4	2,82	2,82	1,00000	4.8	4,25	4,1	0,12646
1.5	3,38	3,4	0,86625	5.1	4,68	4,58	0,33309
1.6	3,69	3,76	0,36620	5.2	3,75	3,6	0,19384
1.7	2,01	2,03	0,84685	5.3	3,32	3,17	0,33332
1.8	2,72	2,67	0,78072	5.4	2,88	2,65	0,07307
2.1	2,79	2,99	0,16144	5.5	3,46	3,61	0,21766
2.2	4,13	4,11	0,92046	5.6	3,22	3,03	0,10858
2.3	3,06	2,88	0,11323	5.7	4,29	4,36	0,52004
2.4	3,06	3,06	1,00000	5.8	4,22	4,07	0,25026
2.5	2,44	2,36	0,63383	6.1	3,75	3,74	0,92124
2.6	1,92	1,92	1,00000	6.2	3,67	3,6	0,59028
2.7	3,14	3,18	0,80768	6.3	3,81	3,67	0,27731
2.8	4,47	4,33	0,18502	6.4	4,56	4,35	0,02239
3.1	3,26	3,42	0,27009	6.5	3,9	3,85	0,70684
3.2	3,61	3,63	0,89237	6.6	4,03	3,99	0,69498
3.3	2,06	2,03	0,77201	6.7	3,97	3,85	0,22934
3.4	1,35	1,28	0,27162	6.8	4,53	4,39	0,06381
3.5	3,89	3,76	0,26060	7.1	4,03	4,13	0,23286
3.6	2,56	2,51	0,80255	7.2	3,9	3,79	0,20185
3.7	3,93	3,83	0,51549	7.3	3,64	3,6	0,74099
3.8	1,81	1,79	0,90095	7.4	3,63	3,64	0,91229
4.1	4,56	4,6	0,63801	7.5	2,78	2,69	0,59427
4.2	4,06	4,07	0,87234	7.6	3,38	3,31	0,62738
4.3	4,24	4,13	0,16584	7.7	4,08	3,9	0,08085
4.4	3,99	4,06	0,52004	7.8	3,86	3,86	1,00000

Fonte: Base de dados Projetos PRINUTHA.

Tabela 30. Médias do teste e do reteste, segundo os itens do Domínio Bem-estar no Trabalho

Item	Média	Média	Teste t	Item	Média	Média	Teste t
	Teste	Reteste	pareado (p)		Teste	Reteste	pareado (p)
8.1	2,48	2,46	0,87553	8.7	2,76	2,62	0,37444
8.2	2,84	2,88	0,78015	8.8	2,93	2,94	0,81945
8.3	2,87	2,86	0,99857	8.9	3,24	3,22	0,92319
8.4	2,06	2,28	0,15694	8.10	2,73	2,81	0,57292
8.5	3,36	3,5	0,15514	8.11	2,83	2,78	0,53507
8.6	2,99	2,96	0,71818	8.12	2,31	2,58	0,44643

Fonte: Base de dados Projetos PRINUTHA.

As Tabelas 31 e 32 demonstraram que apenas dois itens apresentaram diferença significativa entre o teste e o reteste, indicando que, de forma geral, o grupo respondeu às questões semelhantemente, entre teste e reteste.

Tabela 31. Coeficiente de correlação entre o teste e reteste, segundo os itens dos primeiros sete domínios

Item	Coeficiente de Correlação	Item	Coeficiente de Correlação
1.1	0,357	4.5	0,755
1.2	0,507	4.6	0,481
1.3	0,704	4.7	0,554
1.4	0,476	4.8	0,543
1.5	0,316	5.1	0,223
1.6	0,878	5.2	0,529
1.7	0,777	5.3	0,453
1.8	0,196	5.4	0,445

(Continua)

Tabela 31. Coeficiente de correlação entre o teste e reteste, segundo os itens dos primeiros sete domínios**(Continuação)**

Item	Coeficiente de Correlação	Item	Coeficiente de Correlação
2.1	0,638	5.5	0,601
2.2	0,517	5.6	0,581
2.3	0,781	5.7	0,372
2.4	0,578	5.8	0,315
2.5	0,397	6.1	0,469
2.6	0,671	6.2	0,501
2.7	0,582	6.3	0,433
2.8	0,447	6.4	0,456
3.1	0,513	6.5	0,321
3.2	0,669	6.6	0,458
3.3	0,724	6.7	0,490
3.4	0,779	6.8	0,577
3.5	0,683	7.1	0,686
3.6	0,532	7.2	0,707
3.7	0,443	7.3	0,335
3.8	0,641	7.4	0,492
4.1	0,474	7.5	0,489
4.2	0,732	7.6	0,456
4.3	0,678	7.7	0,463
4.4	0,655	7.8	0,549

Fonte: Base de dados Projetos PRINUTHA.

Na Tabela 31, observou-se que apenas dois itens apresentaram correlação não significativa (menor do que 0,30) entre o teste e o reteste, demonstrando, também aqui, que o grupo respondeu semelhantemente entre teste e reteste (PEREIRA, 1999).

Tabela 32. Coeficiente de correlação entre o teste e reteste, segundo os itens do Domínio Bem-estar no Trabalho,

Item	Coeficiente de Correlação	Item	Coeficiente de Correlação
8.1	0,705	8.7	0,324
8.2	0,586	8.8	0,681
8.3	0,609	8.9	0,503
8.4	0,539	8.10	0,448
8.5	0,557	8.11	0,638
8.6	0,538	8.12	0,636

Fonte: Base de dados Projetos PRINUTHA.

Quanto ao Bem Estar no Trabalho, nenhum item apresentou correlação não significativa entre o teste e o reteste (Tabela 32), demonstrando que o grupo respondeu semelhantemente entre teste e reteste.

5.7 Análise Final da Consistência Interna e da Validade do Instrumento

Este tópico cuida de mostrar a evolução da elaboração do instrumento genérico de avaliação de Qualidade de Vida, para a Comunidade USP – Campus São Paulo. Foi considerada a conceituação de Qualidade de Vida como **“a percepção individual de bem-estar, sustentada pelo equilíbrio do tripé biopsicossocial”** (CONSTANTINO, 2005), tendo como pressupostos a metodologia da psicometria, aplicados com a finalidade de monitorar esta população no decorrer do tempo (estudo longitudinal), permitindo a estimulação de possíveis intervenções diante dos resultados obtidos. O plano de validação fundamentou-se em base teórico-conceitual e analisou dimensão por dimensão os dados obtidos no momento da auto-avaliação realizada por cada respondente, levando a uma condição de aferir-se o grau de satisfação/insatisfação das pessoas, naquele instante.

Em todo esse processo, privilegiou-se a praticidade do questionário: ser o mais curto possível e amigável, de forma tal que sua aplicação fosse simples e

possibilitasse o método do autopreenchimento, sem perda da qualidade, tornando exceção o preenchimento por meio de entrevistas.

Após a aplicação dos testes e as respectivas análises, conforme descrito anteriormente, os resultados indicaram a necessidade de algumas alterações. Em seguida, são apresentados os procedimentos usados para a sua concretização. As ponderações seguem o seguinte critério para cada domínio:

- 1º Validade do domínio - Análise Fatorial;
- 2º Consistência interna dos itens – Coeficiente de Alfa de Cronbach;
- 3º Resultado final do domínio.

Domínio - Atividade Física

Validade do domínio: foi o domínio que agregou o maior número de itens no fator principal (Fator 1). Incluiu sete dos oito previstos – de 2.1 ao 2.7.

Consistência interna dos itens: o item 2.8 apresentou baixa correlação (abaixo de 0,4 – considerado como nível mínimo adequado). A exclusão do item 2.3 resultou numa variação importante no valor do Alfa Total – de 0,6289 para 0,8090 (Tabela 33).

Tabela 33. Coeficiente da Consistência Interna dentro do Domínio de Atividade Física, segundo análise de Alfa de Cronbach

Domínio	Itens	Correlação Item Total	Alfa, se o Item for excluído
Atividade Física	2.1	0,5864	0,5222
	2.2	0,5765	0,5357
	2.3	-0,6553	0,8090
	2.4	0,4308	0,5625
	2.5	0,6468	0,4929
	2.6	0,4396	0,5649
	2.7	0,6947	0,4742
	2.8	0,2005	0,6250
Alfa Total 0,6289			

Fonte: Base de dados Projetos PRINUTHA.

Resultado final do domínio: no recálculo do Alfa, foram desconsiderados os itens 2.3 e 2.8, e o resultado do Alfa Total foi aumento – de 0,6289 para 0,9255 – (Tabela 34), determinando a exclusão definitiva dos dois itens.

Tabela 34. Coeficiente da Consistência Interna dentro do Domínio Atividade Física, segundo re-análise de Alfa de Cronbach

Domínio	Itens	Correlação Item Total	Alfa, se o Item for excluído
Atividade Física	2.1	0,6119	0,7944
	2.2	0,6242	0,7948
	2.4	0,4482	0,8361
	2.5	0,6923	0,7758
	2.6	0,4931	0,8172
	2.7	0,7504	0,7620
Alfa Total 0,9255			

Fonte: Base de dados Projetos PRINUTHA.

Domínio - Ocupação Principal

Validade do domínio: foi o domínio que deu origem ao segundo Fator mais importante e que agregou seis dos oito itens iniciais (desconsiderados os itens 7.4 e 7.6).

Consistência interna dos itens: a retirada do item 7.5 aumentou o valor Total de Alfa, de 0,6627 para 0,8265 (Tabela 35).

Tabela 35. Coeficiente da Consistência Interna dentro do Domínio de Ocupação Principal, segundo análise de Alfa de Cronbach

Domínio	Itens	Correlação Item Total	Alfa, se o Item for excluído
Ocupação Principal	7.1	0,5467	0,5886
	7.2	0,5896	0,5743
	7.3	0,5279	0,5869
	7.4	0,4656	0,6036
	7.5	-0,3842	0,8265
	7.6	0,3860	0,6237
	7.7	0,6253	0,5717
	7.8	0,5698	0,5761
Alfa Total 0,6627			

Fonte: Base de dados Projetos PRINUTHA.

Resultado final do domínio: no recálculo do Alfa, foram desconsiderados os itens 7.4, 7.5 e 7.6, e o resultado foi o aumento do Alfa Total – de 0,6627 para 0,8637 – (Tabela 36), determinando a exclusão definitiva dos três itens.

Tabela 36. Coeficiente da Consistência Interna dentro do Domínio Ocupação Principal, segundo re-análise de Alfa de Cronbach

Domínio	Itens	Correlação Item Total	Alfa, se o Item for excluído
Ocupação Principal	7.1	0,7454	0,8206
	7.2	0,7842	0,8092
	7.3	0,5842	0,8617
	7.7	0,6855	0,8355
	7.8	0,6390	0,8473
Alfa Total 0,8637			

Fonte: Base de dados Projetos PRINUTHA.

Domínio - Bem Estar Pessoal

Validade do domínio: foi o terceiro mais importante e agregou seis dos oito itens iniciais (desconsiderados os itens 4.4 e 4.5). Testados os seis itens, por meio da análise do Alfa de Cronbach, o resultado, nessa condição, não aumentaria o valor do Alfa Total. Em função disso, decidiu-se manter os itens originais.

Consistência interna dos itens: a análise do Alfa Total indica que a consistência interna do domínio foi satisfatória (0,6441); no entanto, a eliminação do item 4.6 aumentou o valor do Alfa para 0,7677 (Tabela 37).

Tabela 37. Coeficiente da Consistência Interna dentro do Domínio de Bem-estar Pessoal, segundo análise de Alfa de Cronbach

Domínio	Itens	Correlação Item Total	Alfa, se o Item for excluído
Bem-estar Pessoal	4.1	0,5155	0,5774
	4.2	0,4787	0,5760
	4.3	0,4568	0,5902
	4.4	0,5947	0,5371
	4.5	0,3728	0,6235
	4.6	-0,3498	0,7677
	4.7	0,4249	0,5972
	4.8	0,5765	0,5629
Alfa Total 0,6441			

Fonte: Base de dados Projetos PRINUTHA.

Resultado final do domínio: no recálculo do Alfa, foi desconsiderado o item 4.6, resultando no Alfa Total de 0,7677 (Tabela 38), o que determinou a sua exclusão.

Tabela 38. Coeficiente da Consistência Interna dentro do Domínio Bem-estar Pessoal, segundo re-análise de Alfa de Cronbach

Domínio	Itens	Correlação Item Total	Alfa, se o Item for excluído
Bem-estar Pessoal	4.1	0,5470	0,7323
	4.2	0,5222	0,7322
	4.3	0,5000	0,7400
	4.4	0,6235	0,7088
	4.5	0,3755	0,8046
	4.7	0,4692	0,7450
	4.8	0,6326	0,7174
Alfa Total 0,7677			

Fonte: Base de dados Projetos PRINUTHA.

Domínio - Lazer e Diversão

Validade do domínio: agregou todos os oito itens iniciais no Fator 4.

Consistência interna dos itens: a análise do Alfa (Tabela 39) mostrou que o valor do Alfa foi elevado e que a exclusão de algum item não aumentaria o valor obtido.

Tabela 39. Coeficiente da Consistência Interna dentro do Domínio de Lazer e Diversão, segundo análise de Alfa de Cronbach

Domínio	Itens	Correlação Item Total	Alfa, se o Item for excluído
Lazer e Diversão	5.1	0,3666	0,7464
	5.2	0,6105	0,7013
	5.3	0,4498	0,7333
	5.4	0,4850	0,7234
	5.5	0,4136	0,7393
	5.6	0,3858	0,7437
	5.7	0,4064	0,7378
	5.8	0,5738	0,7099
Alfa Total 0,7554			

Fonte: Base de dados Projetos PRINUTHA.

Resultado final do domínio: tanto a Análise Fatorial quanto o Alfa de Cronbach inicial apresentaram resultados satisfatórios, levando a dimensão ser mantida na forma original.

Domínio - Sono e Repouso

Validade do domínio: a Análise Fatorial agregou quatro, entre os oito itens iniciais. Os outros quatro foram agrupados em outro Fator. Esses agrupamentos se fizeram em torno das dimensões Sono e Repouso, induzindo que deveriam formar novos domínios independentes e, assim, serem mais bem avaliadas.

Consistência interna dos itens: apresentou o resultado mais baixo de consistência, entre todos os domínios – Alfa Total de 0,2635 (Tabela 40).

Tabela 40. Coeficiente da Consistência Interna dentro do Domínio de Sono e Repouso, segundo análise de Alfa de Cronbach

Domínio	Itens	Correlação Item Total	Alfa, se o Item for excluído
Sono e Repouso	3.1	0,2205	0,1626
	3.2	0,2456	0,1544
	3.3	0,1580	0,2865
	3.4	0,1461	0,2212
	3.5	0,0137	0,2924
	3.6	0,0365	0,2887
	3.7	0,1421	0,2122
	3.8	0,0442	0,2718
Alfa Total 0,2635			

Fonte: Base de dados Projetos PRINUTHA.

Resultado final do domínio: com base no resultado da Validade do Domínio, análises específicas foram realizadas considerando a divisão entre Sono e Repouso. Decorreu daí a exclusão do item 3.6 da dimensão Sono, por indicar resultado melhor (de 0,6956 para 0,7032). Na dimensão Repouso, não houve indicação para exclusão de itens. Nas Tabelas 41 e

42 estão demonstrados os resultados para a avaliação das dimensões de forma separada. O Alfa Total, quando agrupado, foi de 0,2635 e, quando testados separadamente, Sono ficou com 0,7032 e Repouso, com 0,7652.

Tabela 41. Coeficiente da Consistência Interna dentro do Domínio Sono, segundo re-análise de Alfa de Cronbach

Domínio	Itens	Correlação Item Total	Alfa, se o Item for excluído
Sono	3.3	0,6097	0,4906
	3.4	0,4105	0,7360
	3.8	0,5682	0,5514
Alfa Total 0,7032			

Fonte: Base de dados Projetos PRINUTHA.

Tabela 42. Coeficiente da Consistência Interna dentro do Domínio Repouso, segundo re-análise de Alfa de Cronbach

Domínio	Itens	Correlação Item Total	Alfa, se o Item for excluído
Repouso	3.1	0,4513	0,7684
	3.2	0,6539	0,6662
	3.5	0,6244	0,6760
	3.7	0,5442	0,7212
Alfa Total 0,7652			

Fonte: Base de dados Projetos PRINUTHA.

Domínio - Inserção social

Validade do domínio: cinco itens foram agregados no Fator 6. Os demais (itens 6.5 e 6.6) foram distribuídos em Fatores diferentes.

Consistência interna dos itens: o índice foi satisfatório. A desconsideração do item 6.4 implicou o aumento do Alfa Total. Quanto ao do item 6.5, que apresentou a mais baixa correlação, a sua retirada do

grupo não implicou alteração positiva, significativa, no Alfa Total (Tabela 43).

Tabela 43. Coeficiente da Consistência Interna dentro do Domínio de Inserção Social, segundo análise de Alfa de Cronbach

Domínio	Itens	Correlação Item Total	Alfa, se o Item for excluído
Inserção Social	6.1	0,4833	0,6049
	6.2	0,4199	0,6213
	6.3	0,5860	0,5842
	6.4	0,2259	0,7112
	6.5	0,1844	0,6756
	6.6	0,3194	0,6456
	6.7	0,5309	0,6041
	6.8	0,3501	0,6418
Alfa Total 0,6668			

Fonte: Base de dados Projetos PRINUTHA.

Resultado final do domínio: no agrupamento com cinco itens, conforme a Análise Fatorial (que não incluiu os itens 6.5 e 6.6) e a retirada do item 6.4, recomendada pela análise do Alfa de Cronbach, o Alfa Total aumentou de 0,6668 para 0,7414 (Tabela 44), levando à decisão de exclusão dos três itens.

Tabela 44. Coeficiente da Consistência Interna dentro do Domínio Inserção Social, segundo re-análise de Alfa de Cronbach

Domínio	Itens	Correlação Item Total	Alfa, se o Item for excluído
Inserção Social	6.1	0,5292	0,6878
	6.2	0,4476	0,7211
	6.3	0,6378	0,6431
	6.7	0,5633	0,6774
	6.8	0,3671	0,7408
Alfa Total 0,7414			

Fonte: Base de dados Projetos PRINUTHA.

Domínio - Hábitos Alimentares

Validade do domínio: os itens não se agregaram e mostraram dispersão (Fatores 9, 11, 13, 14 e 15). Este domínio revelou um baixo índice de associação dos seus conceitos e causaram decorrente valor baixo de Alfa de Cronbach.

Consistência interna dos itens: a Tabela 45 mostra que o domínio em questão apresentou o índice de consistência baixo, menor do que o recomendado, com os itens mostrando uma baixa correlação. Desconsiderados os itens 1.4 e 1.7 (0,4430 e 0,3531, respectivamente), o valor do Alfa Total continuou inferior ao valor de referência.

Tabela 45. Coeficiente da Consistência Interna dentro do Domínio de Hábitos Alimentares, segundo análise de Alfa de Cronbach

Domínio	Itens	Correlação Item Total	Alfa, se o Item for excluído
Hábitos Alimentares	1.1	0,2615	0,2284
	1.2	0,1945	0,2614
	1.3	0,2528	0,2324
	1.4	-0,2394	0,4430
	1.5	0,2092	0,2490
	1.6	0,1868	0,2634
	1.7	0,0091	0,3531
	1.8	0,1427	0,2911
Alfa Total 0,3265			

Fonte: Base de dados Projetos PRINUTHA.

Resultado final do domínio: o recálculo do Alfa de Cronbach, desconsiderados os itens 1.4 e 1.7, resultou em um Alfa Total um pouco mais elevado – de 0,3265 para 0,4993 – levando à exclusão deles (Tabela 46).

Tabela 46. Coeficiente da Consistência Interna dentro do Domínio Hábitos Alimentares, segundo re-análise de Alfa de Cronbach

Domínio	Itens	Correlação Item Total	Alfa, se o Item for excluído
Hábitos Alimentares	1.1	0,2991	0,4289
	1.2	0,2050	0,4859
	1.3	0,3395	0,4029
	1.5	0,2983	0,4254
	1.6	0,2311	0,4731
Alfa Total 0,4993			

Fonte: Base de dados Projetos PRINUTHA.

Domínio – Bem-estar no Trabalho

Para este domínio, com características peculiares, foi realizada uma Análise Fatorial específica.

Validade do domínio: deu origem a dois Fatores, agrupando em um deles os itens de 8.4 a 8.11, e no outro os itens 8.1, 8.2, 8.3 e 8.12.

Consistência interna dos itens: o Alfa Total apresentou adequação ao valor de referência – 0,9206 – (Tabelas 47).

Tabela 47. Coeficiente da Consistência Interna dentro do Domínio Bem-estar no Trabalho, segundo análise de Alfa de Cronbach

Domínio	Itens	Correlação Item Total	Alfa, se o Item for excluído
Bem-estar no Trabalho	8.1	0,5709	0,9186
	8.2	0,6371	0,9156
	8.3	0,6194	0,9164
	8.4	0,7473	0,9105
	8.5	0,6688	0,9148
	8.6	0,7368	0,9115
	8.7	0,6912	0,9130
	8.8	0,5873	0,9173
	8.9	0,7276	0,9119
	8.10	0,7599	0,9102
	8.11	0,7509	0,9106
	8.12	0,6262	0,9168
Alfa Total 0,9206			

Fonte: Base de dados Projetos PRINUTHA.

Resultado final do domínio: a análise do Alfa de Cronbach, realizada separadamente, resultou em Alfa Total menor para cada um daqueles grupos. A decisão foi a de mantê-los em um único domínio (Tabela 48 e 49).

Tabela 48. Coeficiente da Consistência Interna dentro do Domínio Bem-estar no Trabalho, segundo análise de Alfa de Cronbach

Domínio	Itens	Correlação Item Total	Alfa, se o Item for Excluído
F1	8.4	0,7421	0,9049
	8.5	0,6867	0,9098
	8.6	0,7639	0,9030
	8.7	0,6855	0,9100
	8.8	0,6109	0,9151
	8.9	0,7566	0,9037
	8.10	0,7894	0,9006
	8.11	0,7859	0,9009
Alfa Total 0,9169			

Fonte: Base de dados Projetos PRINUTHA.

Tabela 49. Coeficiente da Consistência Interna dentro do Domínio Bem-estar no Trabalho, segundo análise de Alfa de Cronbach

Domínio	Itens	Correlação Item Total	Alfa, se o Item for Excluído
F2	8.1	0,6274	0,7679
	8.2	0,682	0,7421
	8.3	0,6653	0,7505
	8.12	0,5627	0,8018
Alfa Total 0,8133			

Fonte: Base de dados Projetos PRINUTHA.

Como resultado das Análises Fatoriais, recálculo dos Alfas de Cronbach, acatadas algumas indicações de exclusão, a proposta para a elaboração/criação do novo instrumento passou a ter a seguinte configuração (Tabela 50):

Tabela 50. Coeficiente da Consistência Interna, segundo Alfa de Cronbach

Domínio	Número de Itens	Alfa de Cronbach
1	6	0,9255
2	5	0,8637
3	7	0,7677
4	8	0,7554
5	3	0,7032
6	4	0,7652
7	5	0,7414
8	5	0,4993
9	12	0,9206
Total	55	0,8913

Fonte: Base de dados Projetos PRINUTHA.

5.8 O novo Instrumento após as análises e as exclusões

Ao iniciar o ciclo de coletas de dados, o instrumento base era constituído por 68 itens, distribuídos em oito domínios. O instrumento surgido desta Tese é constituído por nove domínios e 55 itens (Apêndice 1). Foram excluídos 13 itens e um dos domínios foi desdobrado em dois. Para tanto, foram acatados os rigores da metodologia eleita para a validação do instrumento. A confiança no método pode contrariar o senso de que algumas questões excluídas carreguem importância na apuração da Qualidade de Vida dos investigados. Prevaleceu o método e a confiança nele.

Para Hábitos Alimentares (Quadro 15), a indicação das análises foi para a exclusão de três itens: *Consumo alimentos gordurosos, frituras e sanduíches; Consumo bebidas alcoólicas; Evito comer quando estou nervoso, ou ansioso (a)*.

Quadro 15. Hábitos Alimentares

1. Hábitos Alimentares	
1.1	Alimento-me lentamente, em partes pequenas, em um ambiente agradável.
1.2	Resisto às influências sociais e mercadológicas para o consumo de alimentos inadequados.
1.3	Como frutas e verduras variadas diariamente.
1.4	Consumo alimentos gordurosos, frituras e sanduíches.
1.5	Faço, no mínimo, 4 refeições ao dia (café da manhã, almoço, lanche e jantar), em horários regulares.
1.6	Bebo bastante água. No mínimo 8 copos por dia.
1.7	Consumo bebidas alcoólicas.
1.8	Evito comer quando estou nervoso (a), ou ansioso (a).

Fonte: Base de dados Projetos PRINUTHA.

Atividade Física (Quadro 16) foi o domínio que apresentou o mais alto índice de agregação em um único Fator. Se na nova estrutura do instrumento, hierarquicamente, levasse tal fato em consideração, esse domínio seria o primeiro a ser apresentado. Para manutenção de coerência com a base de dados já existente, e não havendo risco de impacto relevante nos resultados, a decisão foi a de se manter a ordem de entrada dos domínios semelhante aos instrumentos anteriores. Foram excluídos dois itens: *Minha rotina é sedentária; Faz parte do meu dia-a-dia subir escadas, andar a pé, serviços domésticos, carregar pesos leves, etc.*

Quadro 16. Atividade Física

2 . Atividade Física	
2.1	Pratico exercícios de relaxamento e alongamento.
2.2	A pratica de atividade física é importante na minha vida.
2.3	Minha rotina é sedentária.
2.4	Faço exercício do tipo caminhada, de 2 a 3 vezes por semana, por mais de 30 minutos em cada sessão.
2.5	Faço atividades físicas, do tipo moderada (as que aumentam moderadamente a respiração ou batimento do coração), de 2 a 3 vezes por semana, por mais de 30 minutos em cada sessão.
2.6	Faço atividades físicas, do tipo vigorosa (as que aumentam muito a respiração ou batimento do coração), de 2 a 3 vezes por semana, por mais de 20 minutos em cada sessão.
2.7	Reservo na semana um período para a atividade física.
2.8	Faz parte do meu dia-a-dia subir escadas, andar a pé, serviços domésticos, carregar pesos leves, etc.

Fonte: Base de dados Projetos PRINUTHA.

O Domínio Sono e Repouso é o único caso de desdobramento. Os resultados das análises foram suficientemente fortes para justificar a separação. Há o convencimento de que, nesse formato, contribuirão para a qualidade dos resultados. Um item foi excluído: *Ter algum problema com o sono me preocupa* (Quadro 17).

Quadro 17. Sono e Repouso

3. Sono e Repouso	
3.1	Deito sempre na mesma hora.
3.2	Acordo descansado e com energia para o dia todo.
3.3	Tenho insônia.
3.4	Utilizo outros recursos para dormir (chás, remédios, etc.).
3.5	Estou satisfeito com meu sono.
3.6	Ter algum problema com o sono me preocupa.
3.7	Tenho no mínimo de 6 a 8 horas de sono por noite.
3.8	Tenho dificuldade para dormir (com o sono).

Fonte: Base de dados Projetos PRINUTHA.

Em Bem-estar Pessoal (Quadro 18), apenas um item foi excluído: *Tenho sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão.*

Quadro 18. Bem-estar Pessoal

4. Bem-estar Pessoal	
4.1	Acho que minha vida tem sentido
4.2	Aceito minha aparência física.
4.3	Tenho energia suficiente para o meu dia a dia.
4.4	Tenho satisfação com minha vida sentimental.
4.5	Estou satisfeito (a) com a minha vida sexual.
4.6	Tenho sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão.
4.7	Experimento sentimentos positivos em minha vida.
4.8	Estou satisfeito (a) comigo mesmo.

Fonte: Base de dados Projetos PRINUTHA.

O Domínio Lazer e Diversão (Quadro 19) teve todos os itens agrupados um único fator e o resultado obtido com o teste do Alfa de Conbrach não recomendou exclusão de itens.

Quadro 19. Lazer e Diversão

5. Lazer e Diversão	
5.1	Lazer me traz prazer e bem-estar.
5.2	Reservo tempo para lazer e diversão.
5.3	Cultivo um hobby entre as minhas atividades semanais (música, pintura, carpintaria, jardinagem, etc.).
5.4	Vou ao cinema, teatro, concertos, passeios, etc., semanalmente.
5.5	Programo viagens nas minhas férias.
5.6	Faço leituras divertidas, na semana.
5.7	Tenho entretenimentos como assistir TV, ouvir música, rádio, etc., na semana.
5.8	Aproveito o meu tempo livre.

Fonte: Base de dados Projetos PRINUTHA.

Em Inserção Social (Quadro 20), as análises apontaram para a exclusão de três itens: *Disponho-me a dar apoio afetivo e proteção a pessoas próximas de mim; Afasto de minha vida as pessoas nocivas; Atuo socialmente de forma direta e firme, porém sem agressividade.*

Quadro 20. Inserção Social

6. Inserção Social	
6.1	Compartilho minhas dificuldades com pessoas próximas.
6.2	Encontro frequentemente, com meu grupo de amigos.
6.3	Diante de problemas, posso refletir e dialogar com pessoas que sabem escutar.
6.4	Disponho-me a dar apoio afetivo e proteção a pessoas próximas de mim.
6.5	Afasto de minha vida as pessoas nocivas.
6.6	Atuo socialmente de forma direta e firme, porém sem agressividade.
6.7	Estou satisfeito (a) com o apoio que recebo de meus amigos, parentes e colegas.
6.8	Tenho um bom relacionamento com meus familiares.

Fonte: Base de dados Projetos PRINUTHA.

Em termos de agrupamento por Fator, segundo a carga fatorial, Ocupação Principal (Quadro 21) foi o domínio com a segunda maior importância, agregando seis dos seus oito itens iniciais. Foram excluídos os itens: *Planejo minhas atividades antecipadamente (por objetivos e com racionalização do tempo); Trocaria a minha ocupação principal por outra atividade; Planejo minhas atividades a médio e longo prazo.*

Quadro 21. Ocupação Principal

7. Ocupação Principal	
7.1	Tenho satisfação com a minha ocupação principal.
7.2	Sinto a minha atividade como muito envolvente e gratificante.
7.3	Faço algo criativo em minha ocupação.
7.4	Planejo minhas atividades antecipadamente (por objetivos e com racionalização de tempo).
7.5	Trocara a minha ocupação principal por outra atividade.
7.6	Planejo minhas atividades a médio e longo prazo.
7.7	Tenho satisfação com o resultado da minha ocupação.
7.8	Estou satisfeito com o tempo que dedico para a minha ocupação.

Fonte: Base de dados Projetos PRINUTHA.

No caso do Domínio Bem-estar no Trabalho (Quadro 22), a análise inicial sugeriu o desdobramento em dois domínios. Os resultados do Alfa de Conbrach indicaram valores menores do Alfa Total quando avaliados separadamente. A decisão foi a de não se efetuar separação em novos domínios, nem a exclusão de itens.

Quadro 22. Bem-estar no Trabalho

8. Bem-estar no Trabalho	
8.1	Atendimento do convênio médico que a empresa oferece.
8.2	Benefícios oferecidos pela minha empresa (farmácia, creche, cesta básica, previdência privada, etc.).
8.3	Qualidade das refeições oferecidas pela minha empresa.
8.4	Oportunidade de carreira que minha empresa oferece.
8.5	Imagem da empresa junto aos funcionários (ou junto à comunidade).
8.6	Oportunidade de treinamento e desenvolvimento profissional que a minha empresa oferece.
8.7	Oportunidade de participar de comitês de decisão na minha empresa.
8.8	O meu salário é compatível com a minha função e com o mercado.
8.9	A empresa se preocupa com o ambiente físico e com a segurança no trabalho.
8.10	A empresa promove o equilíbrio entre a minha vida pessoal e o trabalho.
8.11	A empresa se preocupa com o relacionamento interpessoal entre os funcionários e as chefias.
8.12	Atendimento do apoio ou assistência psicológica que a Empresa oferece.

Fonte: Base de dados Projetos PRINUTHA.

6. CONCLUSÕES

Em decorrência da pluralidade conceitual que abrange o constructo Qualidade de Vida, a adoção e eventual explicitude de um único paradigma fizeram-se necessários. Assim, embasado na teoria de Kertesz e Kerman (1985), definiu-se a Qualidade de Vida como a percepção individual de bem-estar, sustentada pelo equilíbrio do tripé biopsicossocial; entendendo, portanto, que o homem é um ser integrado nessas três dimensões. Partindo desse ponto de vista, comportamentos e hábitos individuais traduzem necessidades biológicas, psicológicas e sociais. Daí advém o impulso inicial para a elaboração desta pesquisa: o reconhecimento, por inúmeras áreas, da importância de se aferir a Qualidade de Vida, mediante o uso de meios adequados para tanto.

Os resultados obtidos, tendo como intuito a resposta do objetivo proposto inicialmente – isto é, a elaboração e validação do instrumento genérico de avaliação de Qualidade de Vida, no âmbito dos indicadores biopsicossociais, junto à Comunidade da Universidade de São Paulo – Campus São Paulo –, foram satisfatórios.

Ao serem estudados aspectos da Qualidade de Vida das pessoas, variáveis como condição socioeconômica, idade, sexo, raça, estado civil, escolaridade, renda, dentre outras, constituem fatores fulcrais na avaliação. A consistência entre essas variáveis pode explicar diferentes resultados encontrados nas populações em diferentes estudos. Na presente pesquisa, as variáveis que apresentaram características relevantes foram a escolaridade e a renda, distinguindo os sujeitos analisados dos demais observados em outras localidades deste país.

No que tange o desenvolvimento e validação do instrumento, partiu-se inicialmente, de duas composições: uma de 56 itens, distribuída em sete domínios; outra, composta por 12, alocada no oitavo domínio. Após as análises, passou-se, então, a ter 55 itens distribuídos em nove domínios, e dessa maneira, obteve-se a exclusão de 13 itens. Esse resultado foi alcançado por meio da metodologia

adotada neste estudo, a psicometria, demonstrando-se estatisticamente o processo de validação do instrumento, feito por meio da análise de confiabilidade, validade e fidedignidade.

A confiabilidade, analisada por intermédio da consistência interna dos itens (Coeficiente de Alfa de Cronbach), demonstrou índice satisfatório nos resultados dos Alfas Totais obtidos nos novos nove domínios. Nota-se que todos os domínios apresentaram um resultado final de Alfa Total com bom nível (Alfa Total de 0,8913, variando de 0,7032 a 0,9255), com exceção da Dimensão Hábitos Alimentares, que obteve o menor resultado (Alfa = 0,4993). Todavia, a exclusão desse domínio poderia melhorar o Alfa Total do Instrumento, mas a sua permanência ainda fornece um indicador confiável (acima de 0,40), com o benefício de se manter a investigação de um campo importantíssimo quando se aborda indicadores de Qualidade de Vida.

A validade do instrumento foi obtida segundo a realização da Análise Fatorial de sete domínios e, separadamente, do oitavo, resultando na inclusão de nove fatores com autovalores maiores do que um, sugerindo algumas modificações para melhor agregação para a estrutura do instrumento. Sugere-se que outras pesquisas semelhantes sejam realizadas para que se possa comparar com esta população específica, podendo assim efetuar a validação convergente e discriminante do instrumento. A fidedignidade, ou seja, análise da estabilidade do instrumento foi avaliada por meio do teste-reteste, apresentando um resultado satisfatório.

As estratégias de análises permitiram demonstrar que os índices obtidos foram satisfatórios, sugerindo que o instrumento apresentou-se confiável e válido diante das diversas etapas de construção e validação para um novo instrumento de medida da Qualidade de Vida na comunidade em questão. Ainda, a redução do número de itens, no instrumento final, tende a aumentar a praticidade e a facilidade para o seu entendimento, em aplicações futuras.

Em função do objeto de estudo escolhido para o desenvolvimento de presente trabalho, algumas limitações são inerentes ao próprio processo de sua investigação e estruturação. A não realização do Índice de Qualidade de Vida Total do Instrumento constitui uma dessas limitações, devendo ser realizado em estudos futuros, visando à determinação de um índice específico da Qualidade de Vida. Isto permite pensar que o aprofundamento desta linha de pesquisa é uma necessidade latente.

Uma outra limitação presente, neste estudo, aponta que poderiam ter sido levantados mais dados quantitativos que medissem pessoas de outro extrato socioeconômico. Além disso, por se tratar de um estudo com uma população diferenciada, os resultados referem-se exclusivamente a esta comunidade e não podem ser generalizá-los.

Espera-se, contudo, que, apesar das limitações aqui apresentadas, o desenvolvimento e a validação do instrumento de avaliação de Qualidade de Vida, contribuam para aprofundar a compreensão dessa temática e, também, por meio de sua aplicação provoque evolução da promoção da saúde e da qualidade de vida.

Por último, ressalta-se a importância de serem realizadas pesquisas que favoreçam a investigação de um processo, que leve as pessoas a refletirem sobre as suas condições de vida e que provoque mudança do estilo de vida. Essa mudança não é um simples modismo, é uma exigência para aqueles que buscam a plenitude de viver e de ser feliz.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBUQUERQUE, Lindolfo; FRANÇA, Ana C. Limongi. **As estratégias de recursos humanos e gestão da qualidade de vida no trabalho: o stress e a expansão do conceito de qualidade total.** Revista de Administração, São Paulo, v.33, n.2, abr/jun. 1998. p. 40-51.

ALBUQUERQUE, Sandra Márcia R. Lins. **Envelhecimento ativo: desafio dos serviços de saúde para a melhoria da qualidade de vida dos idosos.** Tese (Doutorado). Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo. São Paulo, 2005.

ANJOS, José Luiz dos; MENDES, Roberto Lavieri. **Nível de atividade física dos vigilantes que transportam numerários.** Revista Digital, Buenos Aires: n.105, feb. 2007. Disponível em: <http://www.efdeportes.com/>. Acesso em: 16/03/2007.

ANTUNES, Ricardo Luiz Coltro (org.). **A dialética do trabalho.** São Paulo: Expressão Popular, 2004.

ARELLANO, Eliete Bernal. **Qualidade de Vida no Trabalho: como a nutrição está inserida nos programas de QVT.** Dissertação (Mestrado). PRONUT, Universidade de São Paulo. São Paulo, 2004.

ASSUMPÇÃO JR, Francisco B.; KUCZYNSKI, Evelyn; SPROVIERI, Maria Helena *et al.* **Escala de Avaliação de Qualidade de Vida (Auei - Autoquestionnaire Qualité de Vie Infant Imagé): validade e confiabilidade de uma escala para qualidade de vida em crianças de 4 a 12 anos.** Arquivos de Neuro-Psiquiatria, São Paulo, v.58, n.1, mar. 2000. p. 119-127.

BALLESTEROS, R. Fernandez. **Qualidade de Vida: conceito e acesso.** Vídeo. Montreal. 1996.

BARRETO, Sérgio Augusto J.; CYRILLO, Denise Cavallini. **Análise da composição dos gastos com alimentação no Município de São Paulo (Brasil) na década de 1990.** Revista Saúde Pública, v.35, n.1, fev. 2001. p. 52-59.

BERGERON, Jean-Luc Fortier. **La qualité de vie au travail: de quoi parle-t-on?** Revue Commerce, Montreal. n.1. 1982.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição.** 2 ed. Brasília, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. **Guia Alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável.** Brasília, 2005. 210p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **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, 2004. 186p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Vigitel Brasil 2006: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília, Ministério da Saúde, 2007. 297p.

BREILH, Jaime; CAMPANA, Arturo; GRANDA, Edmundo; *et al.* **Deterioro de la vida: um instrumento para análisis de prioridades regionales em lo social y la salud**. Quito: Corporación Editora Nacional, 1990.

BUSS, Paulo Marchiori. **Promoção da saúde e qualidade de vida**. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, n.5, 2000. p. 163-177.

BUSSAB, Wilton de Oliveira; MORETTIN, Pedro Alberto. **Estatística Básica**. 4. ed. São Paulo: Atual, 1987. 321p.

CAMPINO, Antonio Carlos C. **Aspectos sócio-econômicos da desnutrição no Brasil**. Revista de Saúde Pública, v.20, n.1, 1986. p. 83-101.

CAMPINO, Antonio Carlos C.; CYRILLO, Denise Cavallini. **Situação de ocupação e renda**. In: SABE, o projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial. LEBRÃO, Maria Lúcia; DUARTE, Yeda A. de Oliveira (org). Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2003, 255p.

CASTRO, Anna Maria de; DIAS, Edmundo F. **Introdução ao pensamento sociológico. Coletânea de textos**. 15. ed. São Paulo: Centauro, 2001.

CERVO, Amado Luiz; BERVIAN, Pedro A. Trujillo. **Metodologia científica**. 3. ed. São Paulo: McGraw-Hill, 1983. 249p.

CEZAR, Cláudia. **Avaliação do estado de nutrição de escolares do município de São Paulo: uma experiência multidisciplinar envolvendo professores de educação física do ensino fundamental e médio**. Tese (Doutorado em Nutrição Humana Aplicada). PRONUT, Universidade de São Paulo. São Paulo, 2005.

CICONELLI, Rozana Mesquita. **Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida. Medical Outcomes Study 36-item Short Form Survey (SF-36)**. Tese (Doutorado). Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo. São Paulo, 1997.

COBRA, Nuno. **A receita**. Revista Proteção, n.59, nov. 1996. p. 08-14

CONSTANTINO, Maria Aparecida C. **Qualidade de Vida: construção e validação de um instrumento, com indicadores de bem-estar, no Projeto PRINUTHA à comunidade USP**. Qualificação da Tese (Doutorado em Nutrição Humana Aplicada). PRONUT, Universidade de São Paulo. São Paulo, 2005.

CYRILLO, Denise Cavallini. **Delineamentos da pesquisa na nutrição humana aplicada**. São Paulo: IPE/USP, 1996. 99p.

DE MASI, Domênico. **A emoção e a regra**. Rio de Janeiro: José Olímpio, 1997.

DE MASI, Domênico. **O futuro do trabalho: fadiga e ócio na sociedade pós-industrial**. Tradução: Yadyr A. Figueiredo. Rio de Janeiro: José Olympio; Brasília, DF: Editora da UnB, 1999.

DEJOURS, Christophe. **A Banalização da Injustiça Social**. Rio de Janeiro: Editora Fundação Getúlio Vargas, 1999.

DEJOURS, Christophe. **A Loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho**. 5 ed. Tradução: Ana Isabel Paraguay; Lucia Leal Ferreira. São Paulo: Oboré, 1987. 168p.

DEJOURS, Christophe. ABDOUCHELI, Elisabeth. **Itinerário Teórico em Psicopatologia do Trabalho**. In: BETIOL, Maria Irene Stocco (coord.). *Psicodinâmica do Trabalho: contribuições da Escola Dejouriana à Análise da Relação Prazer, Sofrimento e Trabalho*. São Paulo: Atlas, 1994.

DEJOURS, Christophe. **Psicodinâmica do Trabalho**. São Paulo: Atlas, 1994.

DOMINGOS, Ana Maria; MENEZES, Irinéa Gomes. **Sobre o Apoio social em um Centro de Convivência: a percepção dos idosos**. Prêmio In: Concurso Uma sociedade para todas as idades, 2005.

DOWNING, Douglas. CLARK, Jeffrey. **Estatística Aplicada**. São Paulo: Saraiva, 2002.

DUMAZEDIER, Joffre. **Sociologia empírica do lazer**. São Paulo: Perspectiva: SESC, 1979.

DUMAZEDIER, Joffre. **Valores e conteúdos culturais do lazer**. São Paulo. SESC, 1980.

FERNANDES, Eda Conte. **Qualidade de Vida no Trabalho: como medir para melhorar**. Salvador: Casa da Qualidade, 1996.

FERNANDES, Eda Conte; GUTIERREZ, Luiz Homero. **Qualidade de vida no trabalho (QVT): uma experiência brasileira**. Revista de Administração, São Paulo, v.23, out/dez. 1988. p. 29-39.

FERRANS, Carol Estwing. **Development of a conceptual model of quality of life**. Scholarly Inquiry for Nursing Practice, v.10, n.3. 1996. p. 293-303.

FERRANS, Carol Estwing; POWERS, Marjorie J. **Quality of Life Index: development and psychometric properties**. Advances in Nursing Science, v.8, n.1. 1985. p. 15-24.

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

FLECK, Marcelo P. de Almeida; LOUZADA, Sérgio; XAVIER, Marta *et al.* **Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida (WHOQOL-bref)**. Revista Saúde Pública, São Paulo, v.34, n.2, abr. 2000. p.178-183.

FREIRE, Gilberto. **Médicos, doentes e contextos sociais: uma abordagem Sociológica**. Rio de Janeiro: Globo, 1983.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 3 ed. São Paulo: Atlas, 1996. 159p.

GORZ, André. **Metamorfoses do trabalho: crítica da razão econômica**. Tradução: Ana Montoia. São Paulo: Annablume, 2003. 247p.

Governo do Estado de São Paulo. **Manual do Programa Agita São Paulo**. São Paulo, 1998.

GRACIA-GUILLÉN, Diego M. **Ética de la calidad de vida**. Cuadernos del Programa Regional de Bioética. OPS/OMS, n.2. abr. 1996.

GUILLEMIN, Francis. **Cross-cultural adaptation and validation of health status measures**. Scandinavian Journal of Rheumatology, v.24, n.2. 1995.

GUISELINI, Mauro. **Qualidade de vida: um programa prático para um corpo saudável**. São Paulo: Gente, 1999.

HEITZMANN, Mila. **O conceito de trabalho**. Disponível em: <http://pt.shvoong.com/humanities/1155258-conceito-trabalho/>. Acesso em: 24/03/2007.

HERCULANO, Selene C. **A qualidade de vida e seus indicadores**. Revista Ambiente e Sociedade, Campinas, ano I, n.2. 1998. p. 77-99.

HUSE Edgar F.; CUMMINGS Thomas G. **Organization development and change**. St Paul, MN,USA:, West Publishing 1985.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Consumo alimentar: antropometria. Estudo Nacional da Despesa Familiar – ENDEF**. Rio de Janeiro: IBGE, 1977.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa de orçamentos familiares – POF – 2002-2003: primeiros resultados: Brasil e grandes regiões**. 2. ed. Rio de Janeiro: IBGE, 2004. 276 p.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD**. Rio de Janeiro: IBGE, 2004.

Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Fundação João Pinheiro, Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. **Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) e Índice de Qualidade de Vida**. Brasília: IPEA, 1998.

JANNUZZI, Paulo de Martino. **Indicadores Sociais no Brasil. Conceitos, Fontes de Dados e Aplicações**. Campinas: Alínea, 2004. 141p.

JOHNSON, Richard Arnold; WICHERN, Dean. W. **Applied Multivariate Statistical Analysis**. 4 ed. New Jersey: Prentice Hall, 1998. 816p.

JONES, E. G. **Translation of quantitative measures for use in cross-cultural research**. Nursing Research, v. 36, n.5. 1987.

KERTESZ, Roberto; KERMAN, Bernardo. **El Manejo del Stress**. Buenos Aires: IPPEM, 1985. 442p.

KIMURA, Miako. **Tradução para o português e validação do “Quality of Life Index”, de Ferrans e Powers**. Tese (Livre Docência). Faculdade de Enfermagem, Universidade de São Paulo. São Paulo, 1999.

LIMONGI-FRANÇA, Ana Cristina. **Indicadores empresariais de qualidade de vida no trabalho: um estudo comparativo entre satisfação dos empregados e esforço empresarial e satisfação dos empregados no ambiente de manufatura com certificação ISO 9000**. Tese (Doutorado). Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade, Universidade de São Paulo. São Paulo, 1996.

LIMONGI-FRANÇA, Ana Cristina. **Interfaces da qualidade de vida no trabalho na administração: fatores críticos de gestão empresarial para uma nova competência**. Tese (Livre Docência). Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade, Universidade de São Paulo. São Paulo, 2001.

LIMONGI-FRANÇA, Ana Cristina. **Qualidade de Vida no Trabalho: conceitos e práticas nas empresas da sociedade pós-industrial**. São Paulo: Atlas, 2003. 189p.

LIMONGI-FRANÇA, Ana Cristina; RODRIGUES, Avelino Luiz. **Stress e Trabalho: uma abordagem psicossomática**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1999. 154p.

LIPOWSKI, Zbigniew. J. **Psychosomatic medicine: past and present**. Canadian Journal of Psychiatry, v.31, n.1, 1986. p. 2-21.

LIPP, Marilda Novaes. **Como enfrentar o stress**. 5. ed. Campinas: Ícone, 1998. 91p.

LYNN, Mary R. **Reliability estimates: use and disuse**. p. 236-238. In: DOWNS, F. (edit.). Readings in research methodology. 2 ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 1999.

MARCELLINO, Nelson Carvalho. **Lazer: Formação e Atuação Profissional**. Campinas: Papirus, 2002. 182p.

MARMOT, Michael. **Determinantes Sociais da Saúde**, Palestra proferida na Escola Nacional de Saúde Pública – ENSP. Disponível em: <http://cedoc.ensp.fiocruz.br/informe/materias.cfm?mat=5952>. Acesso em: 21/06/2007.

MARTINS, Luciana; FRANÇA, Ana Paula D.; KIMURA, Miako. **Qualidade de Vida de pessoas com doença crônica**. Revista Latino-Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v.4, n.3, 1996.

MARTINS, Paulo José F.; MELLO, Marco Túlio de; TUFIK Sergio. **Exercício e Sono**. Revista Brasileira de Medicina do Esporte, v.7, n.1, jan/fev. 2001. p. 28-36.

MARX, Karl. **O Capital**. Livro I. Volume I. Tradução: Reginaldo Sant' Anna. 12. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1988. 579p.

MATOS, Olga. **As formas modernas do atraso**. Folha de S. Paulo. Primeiro Caderno, 27/09/1998.

MATSUDO, Sandra Mahecha; ARAÚJO, Timoteo; MATSUDO, Victor, et. al. **Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ): Estudo de Validade e Reprodutibilidade no Brasil**. Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde, v.6, n.2, 2001. p. 05-18.

MAZZON, José Afonso. **Análise do Programa de Alimentação do Trabalhador sob o Conceito de Marketing Social**. Tese (Doutorado). Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade, Universidade de São Paulo. São Paulo, 1981.

MAZZON, José Afonso. **Programa de Alimentação do Trabalhador: uma avaliação histórica e impactos sócio-econômicos**. São Paulo: Abracesta, 1990.

MCKEOWN, Thomas. **El papel de la medicina. ¿Sueño, espejismo o némesis?** México: Siglo XXI, 1982.

MINAYO, Maria Cecília de S.; HARTZ, Zulmira Maria de Araújo; BUSS, Paulo Marchiori. **Qualidade de Vida e saúde: um debate necessário**. Ciência e Saúde Coletiva, v.5, n.1, 2000. p. 7-18.

MUSSCHENGA, Albert W. **The relation between concepts of quality-of-life, health and happiness**. Journal of Medicine and Philosophy, v. 22. 1997. p. 11-28

NUNNALLY, Junn C.; BERNSTEIN, Ira H. **Psychometric theory**. New York: McGraw Hill, 1994.

NUÑUEZ, Norma. **Perfiles de mortalidad según condiciones de vida em Venezuela**. p.199-217. In: LIMA E COSTA, Maria Fernanda F.; SOUSA, Rômulo Paes (orgs.). Qualidade de Vida: Compromisso Histórico da Epidemiologia. Belo Horizonte: Coopmed/Abrasco, 1994. 290p.

OGATA, Alberto. **A obesidade é um problema para as empresas**. Disponível em: http://www.abvq.com.br/serv_artigos. Acesso em: 15/10/2006.

OLIVEIRA, Julio César. **Estudos sobre Indicadores de Bem-Estar Social da População do Brasil**. p. 7-29. Revista Estudos do CEPE - Centro de Estudos e Pesquisas Econômicas. Santa Cruz do Sul, n. 20 jul/dez. Rio Grande do Sul, 2004.

OSTENFELD, Erik. **Aristotle on the good life and quality of life**. In: Nordenfelt, L. (ed.), Concepts and measurement of quality of life in health care. Dordrecht; Boston: Kluwer Academic Publishers, 1994.

PAIM, Jairnilson Silva. **Abordagens teórico-conceituais em estudos de condições de vida e saúde: notas para reflexão em ação**. In: BARATA, Rita Barradas (org.), Condições de vida e situação de saúde. Rio de Janeiro: ABRASCO, cap. 1. 1997. p. 7-30.

PASCHOAL, Sérgio Marcio P. **Qualidade de vida do idoso: construção de um instrumento de avaliação através do método do impacto clínico**. Tese (Doutorado), Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo. São Paulo, 2004.

PASCHOAL, Sérgio Marcio P. **Qualidade de vida do idoso: elaboração de um instrumento que privilegia sua opinião**. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo. São Paulo, 2000.

PASQUALI, Luiz. **Princípios de elaboração de escalas psicológicas**. Revista de Psiquiatria Clínica, v.25. n.5. 1998.

PASQUALI, Luiz. **Psicometria: teoria e aplicações**. Brasília: Editora da UnB, 1997.

PEREIRA, Júlio César R. **Análise de dados qualitativos: estratégias metodológicas para as ciências da saúde, humanas e sociais**. São Paulo: EDUSP, 1999.

PHILIPPI, Sônia Tucunduva. **A dieta do bom humor**. São Paulo: Panda Books, 2006. 129p.

PHILIPPI, Sônia Tucunduva. **Guia de Nutrição Clínica no Adulto**. São Paulo: Manole, 2002.

PHILIPPI, Sônia Tucunduva; LATTERZA, Andrea Romero; CRUZ, Ana Teresa R., *et al.* **Pirâmide alimentar adaptada: guia para escolha dos alimentos**. Revista de Nutrição, v. 12, no. 1. p. 65-80.

PIETRUKOWICZ, Marcia Cristina L. C. **Apoio social e religião: uma forma de enfrentamento dos problemas de saúde**. Dissertação (Mestrado). Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2001.

PIRES, Giovani de Lorenzi; MARTIELLO Jr, Edgard; GONÇALVES, Aguinaldo. **Alguns Olhares sobre Aplicações do Conceito de Qualidade de Vida em Educação Física/Ciências do Esporte**. Revista Brasileira de Ciências do Esporte, v.20, n.1. 1998. p. 53-57.

PIRES, Giovani de Lorenzi; MARTIELLO Jr, Edgard; GONÇALVES, Aguinaldo, *et al.* **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

QUINTELLA, Odair M. **Balanced Scorecard como ferramenta para o desenvolvimento de um sistema de medição do desempenho: uma proposta de implantação**. Dissertação (Mestrado). Laboratório de Tecnologia, Gestão de Negócios e Meio Ambiente, Universidade Federal Fluminense. Niterói, 2004.

RUDIO, Franz Victor. **Introdução ao projeto de pesquisa científica**. 28. ed. Petrópolis: Vozes, 2000. 144p.

RUFINO NETTO, Antonio. **Qualidade de vida: compromisso histórico da epidemiologia**. p.11-18. . In: LIMA E COSTA, Maria Fernanda F.; SOUSA, Rômulo Paes (orgs.). **Qualidade de Vida: Compromisso Histórico da Epidemiologia**. Belo Horizonte: Coopmed/Abrasco, 1994. 290p.

SAFONS, Marisete Peralta. **Estudo das contribuições da atividade física para a função pulmonar, à tolerância ao exercício e para a auto-imagem e auto-estima de idosos saudáveis**. Dissertação (Mestrado). UnB - Universidade de Brasília. Brasília, 1998.

SAMPAIO, Jader dos Reis. **Qualidade de Vida, Saúde Mental e Psicologia Social: estudos contemporâneos II**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.

SEIDL, Eliane Maria F.; ZANNON Célia Maria L. C. **Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos**. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 20, n.2. 2004. p. 580-588.

SETIÉN SANTAMARÍA, Maria Luisa. **Indicadores sociales de calidad de vida; un sistema de medición aplicado al Pais Vasco**. Madrid, Centro de Investigaciones Sociológicas. Colección "Monografias", n.133, 1993. 449p

SLATER, Betzabeth; PHILIPPI, Sônia Tucunduva; MARCHIONI, *et al.* **Validação de Questionários de Frequência Alimentar - QFA: considerações metodológicas**. Revista Brasileira de Epidemiologia, vol.6, n.3. 2003. p. 200-208

STREINER, David L.; NORMAN, Geoffrey R. **Health measurement scales: a practical guide to their development and use**. New York: Oxford, 2001.

TAMANINI, José Tadeu N. **Tradução, confiabilidade e validade do “King’s Health Questionnaire” para a língua portuguesa em mulheres com incontinência urinária**. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 2002.

TAMANINI, José Tadeu N.; DÂNCONA, C. A. L.; BOTEGA, N.; RODRIGUES NETTO, N. **Validação do “King’s Health Questionnaire” para o português em mulheres com incontinência urinária**. Revista de Saúde Pública, v.37, n.2, 2003. p. 203-211.

TIRAPEGUI, Júlio. **Nutrição: fundamentos e aspectos atuais**. São Paulo: Atheneu, 2002.

TOLEDO, José R. **Desigualdade aumenta entre os mais ricos e os mais pobres da Grande SP**. Folha. São Paulo, São Paulo, 29 de set 1999. Cotidiano, p. 1 e 3

VALLA, Victor Vincent. **Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização**. Cadernos de Saúde Pública, v.15 (Supl. 2), 1999. p. 7-14.

WALTON, Richard E. **Criteria for quality of working life**. In: DAVIS, Louis E. The quality of working. New York: Free Press, 1975.

WALTON, Richard E. **Gestão de Pessoas, não de Pessoal: os melhores métodos de motivação e avaliação de desempenho**. Harvard Business Review Book. Rio de Janeiro: Campus, 1997.

WALTON, Richard E. **Quality of working live: what is it?** Sloan Management Review, v.15, n.1. 1973.

WALTZ, Carolyn F.; STRICKLAND Ora L.; LENZ, Elizabeth. R. **Measurement in nursing research**. 2 ed. Philadelphia, F. A. Davis Co. 1991.

WERTHER, William B.; DAVIS, Keith. **Administração de recursos humanos**. São Paulo: McGraw-Hill, 1983.

WESTLEY, William A. **Qualidade de Vida no Trabalho: problemas e soluções**. São Paulo: Incisa, 1979.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Dieta, nutrición y prevención de enfermedades crónicas**. WHO – Série de Informes Técnicos, 916. Ginebra, 2003.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global Strategy on diet, physical activity and health**. Fifty seventh world health assembly (WHA57.17), 2004.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Obesity: preventing and managing the global epidemic**. Report of a WHO consultation. Geneva, 1998.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Obesity: preventing and managing the global epidemic**. Report of a WHO consultation. Geneva, 1997.

WHOQOL GROUP. **The development of the World Health Organization quality of life assessment instrument**. In: ORLEY, J.; KUYKEN, W. (ed.). Quality of life assessment: international perspectives. Heidelberg: Springer Verlag, 1994. p. 41-60.

WHOQOL GROUP. **The World Health Organization Quality of Life Assessment: Study protocol for the World Health Organization project to develop a Quality of Life assessment instrument.** Quality of Life Research, 1993.

WHOQOL GROUP. **The World Health Organization Quality of Life Assessment: Potion paper from the World Health Organization.** Special Issue "Quality of Life". In: Social Science and Medicine, 1995.

ANEXOS

ANEXO 1. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

PRINUTHA
PROJETO INTEGRADO DE NUTRIÇÃO HUMANA APLICADA
FCF/FEA/FSP - USP

TERMO DE CONSENTIMENTO

Eu, _____, portador do RG _____, de _____ anos de idade, aceito participar do “PRINUTHA – Projeto Integrado de Nutrição Humana Aplicada”.

Estou ciente de que o projeto tem por objetivo estudar os determinantes socioeconômicos, demográficos do estado nutricional, de saúde e de qualidade de vida das pessoas em geral, comprometendo-se a manter o sigilo das informações. Estou informado de que o Projeto solicita o preenchimento de um questionário sobre meus dados socioeconômicos, antropométricos, de qualidade de vida, hábitos alimentares e aspectos de saúde e que posso, a qualquer momento, desistir de continuar a participar. Assim, autorizo a utilização das informações originadas deste levantamento para fins didáticos e de divulgação em revistas científicas brasileiras ou estrangeiras. Desta forma, concordo voluntariamente e dou meu total consentimento, sem ter sido submetido a qualquer tipo de pressão ou coação.

Assinatura do participante

e-mail: _____

São Paulo, ____/____/____

Favor devolver,
Obrigado.

4) Quanto a renda - favor considerar todos os recebimentos, como salário, aluguéis, bolsa de estudo, aposentadoria, pensão, auxílios, mesada, etc.

¹ Pessoal		² Familiar	
¹ Até R\$ 500		¹ Até R\$ 500	
² R\$ 501 a R\$ 1.000		² R\$ 501 a R\$ 1.000	
³ R\$ 1.001 a R\$ 3.000		³ R\$ 1.001 a R\$ 3.000	
⁴ R\$ 3.001 a R\$ 5.000		⁴ R\$ 3.001 a R\$ 5.000	
⁵ Acima de R\$ 5.000		⁵ Acima de R\$ 5.000	

³ Quantas pessoas compartilham dessa renda, inclusive você.	
--	--

5) Saúde

5.1 Você diria que sua saúde é:

¹ Excelente		² Muito boa		³ Boa		⁴ Regular		⁵ Má	
------------------------	--	------------------------	--	------------------	--	----------------------	--	-----------------	--

5.2 Comparando sua saúde com a de um ano atrás, você diria que sua saúde agora é:

¹ Melhor		² Igual		³ Pior	
---------------------	--	--------------------	--	-------------------	--

5.3 Comparando a sua saúde com a de outras pessoas de sua idade, você diria que sua saúde é:

¹ Melhor		² Igual		³ Pior	
---------------------	--	--------------------	--	-------------------	--

5.4 Responda **SIM** ou **NÃO** para as seguintes perguntas:

	NÃO	SIM
¹ Utiliza os serviços SUS (Posto de Saúde)?		
² Utiliza o Hospital da USP – H.U.?		
³ Tem plano de saúde privado?		
⁴ Procurou o médico nos últimos seis meses?		
⁶ Foi hospitalizado(a) nos últimos seis meses?		

⁵ Por quê?

⁷ Por quê?

5.5 Você fuma cigarros?

¹ Não	
------------------	--

² Sim	
------------------	--

³ Quantos cigarros/dia?	
------------------------------------	--

⁴ Há quanto tempo?	
-------------------------------	--

5.6 Já fumou habitualmente (e parou)?

¹ Não	
------------------	--

² Sim	
------------------	--

³ Há quanto tempo parou?	
-------------------------------------	--

⁴ Por quanto tempo fumou?	
--------------------------------------	--

5.6 Tem algum problema de saúde?

¹ Não	
------------------	--

² Sim	
------------------	--

³ Qual?	
--------------------	--

5.7 Você usa algum medicamento de uso contínuo?

¹ Não	
------------------	--

² Sim	
------------------	--

5.8 Se sim, **TODOS** foram prescritos por médicos?

¹ Sim	
------------------	--

² Não	
------------------	--

5.9 Para que fim?

¹ Diabetes	
² Doenças coronarianas	
³ Emagrecimento	

⁴ Hipertensão	
⁵ Laxantes	
⁶ Anticoncepcional	

Outros (especificar)	⁷	¹⁰
	⁸	¹¹

	⁹	¹²
--	--------------	---------------

5.10 Qual situação descreve seu hábito intestinal? (pode haver mais de uma alternativa)

¹ Apresenta dificuldade de evacuar na maioria das vezes	
² Apresenta sensação de evacuação incompleta na maioria das vezes	
³ Apresenta fezes duras ou caprinhas	
⁴ Apresenta menos de 3 evacuações por semana	
⁵ É normal / regular	
⁶ Nenhuma das alternativas	

5.11 Tem alguma restrição alimentar?

¹ Sim		² Não	
------------------	--	------------------	--

5.12 Se respondeu **SIM**, qual a finalidade?

¹ Doença	
² Emagrecimento	
³ Vegetariano	
⁴ Religião	

Outras (especificar)	⁵
	⁶
	⁷

6 Dados antropométricos – preencha os quadros abaixo com as informações que acabou de receber.

¹ Peso: (Em quilos , até duas casas decimais)		² Altura: (Em metros , até duas casas decimais)	
--	--	--	--

APÊNDICE

APÊNDICE 1. Instrumento Final**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA – Conceito Biopsicossocial
AQV - BPS**

Abaixo estão listados diversos aspectos relacionados ao seu Estilo de Vida. Dê notas de **1 a 5**, considerando que a primeira resposta que vier à mente é a melhor, para todas as alternativas.

Assinale de **1 a 5**, considerando sempre a sua opinião sobre satisfação, para cada uma das afirmações. Por favor, **responda a todas as questões**, tomando como referência as **4 (quatro) últimas semanas**.

1 = Nunca	2 = Raramente	3 = Algumas vezes	4 = Frequentemente	5 = Sempre
------------------	----------------------	--------------------------	---------------------------	-------------------

1. Hábitos Alimentares		1	2	3	4	5
1	Alimento-me lentamente, em partes pequenas, em um ambiente agradável.					
2	Resisto às influências sociais e mercadológicas para o consumo de alimentos inadequados.					
3	Como frutas e verduras variadas diariamente.					
4	Faço, no mínimo, quatro refeições ao dia (café da manhã, almoço, lanche e jantar), em horários regulares.					
5	Bebo bastante água. No mínimo, oito copos por dia.					
2. Atividade Física		1	2	3	4	5
1	Pratico exercícios de relaxamento e alongamento.					
2	A pratica de atividade física é importante na minha vida.					
3	Faço exercício do tipo caminhada, de duas a três vezes por semana, por mais de 30 minutos em cada sessão.					
4	Faço atividades físicas, do tipo moderada (as que aumentam moderadamente a respiração ou batimento do coração), de duas a três vezes por semana, por mais de 30 minutos em cada sessão.					
5	Faço atividades físicas, do tipo vigorosa (as que aumentam muito a respiração ou batimento do coração), de duas a três vezes por semana, por mais de 20 minutos em cada sessão.					
6	Reservo na semana um período para a atividade física.					
3. Sono e repouso		1	2	3	4	5
1	Deito-me sempre na mesma hora.					
2	Acordo descansado e com energia para o dia todo.					
3	Tenho insônia.					
4	Utilizo outros recursos para dormir (chás, remédios, etc.).					
5	Estou satisfeito com meu sono.					
6	Tenho, no mínimo, de seis a oito horas de sono por noite.					
7	Tenho dificuldade para dormir (com o sono).					
4. Bem-estar pessoal		1	2	3	4	5
1	Acho que minha vida tem sentido					
2	Aceito minha aparência física.					
3	Tenho energia suficiente para o meu dia a dia.					
4	Tenho satisfação com minha vida sentimental.					
5	Estou satisfeito (a) com a minha vida sexual.					
6	Experimento sentimentos positivos em minha vida.					
7	Estou satisfeito (a) comigo mesmo.					

5. Lazer e Diversão		1	2	3	4	5
1	Lazer me traz prazer e bem-estar.					
2	Reservo tempo para lazer e diversão.					
3	Cultivo um <i>hobby</i> entre as minhas atividades semanais (música, pintura, carpintaria, jardinagem, etc.).					
4	Vou ao cinema, teatro, concertos, passeios, etc., semanalmente.					
5	Programo viagens nas minhas férias.					
6	Faço leituras divertidas na semana.					
7	Tenho entretenimentos como assistir TV, ouvir música, rádio, etc., na semana.					
8	Aproveito o meu tempo livre.					
6. Inserção Social		1	2	3	4	5
1	Compartilho minhas dificuldades com pessoas próximas.					
2	Encontro, frequentemente, com meu grupo de amigos.					
3	Diante de problemas, posso refletir e dialogar com pessoas que sabem escutar.					
4	Estou satisfeito (a) com o apoio que recebo de meus amigos, parentes e colegas.					
5	Tenho um bom relacionamento com meus familiares.					
7. Ocupação Principal		1	2	3	4	5
1	Tenho satisfação com a minha ocupação principal.					
2	Sinto a minha atividade como muito envolvente e gratificante.					
3	Faço algo criativo em minha ocupação.					
4	Tenho satisfação com o resultado da minha ocupação.					
5	Estou satisfeito com o tempo que dedico para a minha ocupação.					

Se você trabalha, assinale nota de 1 a 5 (um a cinco) que expresse a sua satisfação, com a qualidade das ações da sua empresa, assinale na coluna **N/E** se não existe a ação.

Totalmente insatisfeito	1	2	3	4	5	Totalmente satisfeito
-------------------------	---	---	---	---	---	-----------------------

8. Bem-estar no trabalho – QVT		1	2	3	4	5	N/E
1	Atendimento do convênio médico que a empresa oferece.						
2	Benefícios oferecidos pela minha empresa (farmácia, creche, cesta básica, previdência privada, etc.).						
3	Qualidade das refeições oferecidas pela minha empresa.						
4	Oportunidade de carreira que minha empresa oferece.						
5	Imagem da empresa junto aos funcionários (ou junto à comunidade).						
6	Oportunidade de treinamento e desenvolvimento profissional que a minha empresa oferece.						
7	Oportunidade de participar de comitês de decisão na minha empresa.						
8	O meu salário é compatível com a minha função e com o mercado.						
9	A empresa se preocupa com o ambiente físico e com a segurança no trabalho.						
10	A empresa promove o equilíbrio entre a minha vida pessoal e o trabalho.						
11	A empresa se preocupa com o relacionamento interpessoal entre os funcionários e as chefias.						
12	Atendimento do apoio ou assistência psicológica que a Empresa oferece.						

9. Por favor, leia a questão, veja o que você acha e circule o número que lhe parece a melhor resposta.

Na minha opinião, avalio a minha Qualidade de Vida como:	Muito ruim	Ruim	Satisfatória	Boa	Muito boa
	1	2	3	4	5

10. Por favor, leia e responda as questões.

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?	Não	Sim	Quanto tempo (minutos) levou para preencher o questionário?	
Você tem algum comentário sobre o questionário?				

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO!