

## ARTIGO ORIGINAL

# *Qualidade de vida no município de Tubarão – SC, segundo a escala de qualidade de vida de Flanagan*

Gabriel Nagel<sup>1</sup>, Rosemeri Maurici da Silva<sup>2</sup>, Thiago Mamôru Sakae<sup>3</sup>, Eduardo Pereira de Miranda<sup>1</sup>, Franciane Regina Vargas<sup>1</sup>, Gislene Rosa Seldmann Moretti<sup>1</sup>, Gleyce Kelly Prado de Almeida<sup>1</sup>, Leila Prado de Almeida<sup>1</sup>, Luiz Carlos Fornasa Júnior<sup>1</sup>, Letícia Keiko Mori<sup>1</sup>

### Resumo

**Introdução:** Na área da saúde, o interesse pelo conceito de qualidade de vida é relativamente recente e decorre, em parte, dos novos paradigmas que têm influenciado as políticas e as práticas do setor nas últimas décadas.

**Objetivo:** Determinar a qualidade de vida no Município de Tubarão – SC, utilizando a Escala de Qualidade de Vida de Flanagan.

**Metodologia:** Foi realizado um estudo observacional, com delineamento transversal, por amostragem na coleta de dados. A população-alvo foi constituída por habitantes adultos da cidade de Tubarão – SC, através de questionário escrito padronizado da Escala de Qualidade de Vida de Flanagan. A qualidade de vida foi dividida em três níveis: de 0-45 pontos (Baixa Qualidade de Vida); 46-74 pontos (Média Qualidade de Vida); e 75-105 pontos (Alta Qualidade de Vida). Resultados: Foram avaliados 688 indivíduos, dos quais 65,4% eram do gênero feminino, 96,4% caucasianos, e com idade média de 40,23. A média do escore de Flanagan para a amostra estudada foi de 88,5 pontos (DP  $\pm$  9,5), considerada como alta qualidade de vida. O escore médio para cada pergunta formulada, de 1 a 15 foi respectivamente: (1) 5,88; (2) 5,66; (3) 6,31; (4) 6,4; (5) 6,1; (6) 6,27; (7) 5,44; (8) 5,42; (9) 5,21; (10) 5,83; (11) 5,95; (12) 6,06; (13) 5,73; (14) 5,93; e (15) 6,09. Houve diferença estatisticamente significativa na qualidade de vida quando estratificada por renda.

**Conclusão:** A qualidade de vida da população do município de Tubarão, quantificada pela escala de Flanagan foi alta.

**Descritores:** 1. Saúde Pública;  
2. Qualidade de vida;  
3. Estudos populacionais em saúde pública.

### Abstract

**Introduction:** In the health area, the interest in defining quality of life is relatively recent and is a consequence, in part, of the paradigms that have influenced the politics and practices of this area in the last decades.

**Objectives:** To determine the quality of life in the City of Tubarão utilizing The Flanagan Quality of Life Scale. Methods: A transversal observational study was realized using samples for the data collection. The target population was composed of adult citizens of Tubarão – SC, by the written standardized questionnaire of The Flanagan Quality of Life Scale. The quality of life was divided in three levels: from 0-45 points (Low Quality of Life); 46-74 points (Medium Quality of Life); and 75-105 points (High Quality of Life).

**Results:** Six hundred and eighty-eight individuals with an average age of 40.23 years were evaluated, of these, 65.4% were of the feminine gender and 96.4% Caucasians. The average Flanagan score for the sample studied was 88.5 points (SD  $\pm$  9.5), considered as high

<sup>1</sup> Acadêmico do Curso de Medicina da Universidade do Sul de Santa Catarina.

<sup>2</sup> Doutora em Medicina/Pneumologia, Professora do Curso de Medicina da Universidade do Sul de Santa Catarina.

<sup>3</sup> Mestre em Saúde Pública/Epidemiologia, Professor do Curso de Medicina da Universidade do Sul de Santa Catarina.

quality of life. The average score for each formulated question was, from 1 to 15 were respectively: (1) 5.88; (2) 5.66; (3) 6.31; (4) 6.4; (5) 6.1; (6) 6.27; (7) 5.44; (8) 5.42; (9) 5.21; (10) 5.83; (11) 5.95; (12) 6.06; (13) 5.73; (14) 5.93; e (15) 6.09. Statistically significant difference in the quality of life was found when earrings were analyzed.

**Conclusion:** The quality of life of the population of the City of Tubarão, quantified by the Flanagan's scale was high.

**Key words:** 1. *Social medicine;*  
2. *Quality of life;*  
3. *Population studies in public health.*

## Introdução

A qualidade de vida é uma preocupação relativamente atual e de difícil definição.<sup>1,2</sup>

Existem basicamente dois conceitos de qualidade de vida, um utilizado na linguagem cotidiana, por pessoas da população em geral, e outro empregado na pesquisa científica.<sup>3</sup>

Na área da saúde, o interesse pelo conceito de qualidade de vida é recente e decorre, em parte, dos novos paradigmas que têm influenciado as políticas e as práticas do setor nas últimas décadas.<sup>4</sup>

Na Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, no ano de 1986, foram apresentadas as propostas de promoção da saúde. Estas entendem a saúde como elemento importante no conjunto de condições indispensáveis à qualidade de vida. Definido como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, esse conceito de saúde supera o caráter estático, exclusivamente sanitário e de ausência de enfermidade, característicos do enunciado anteriormente adotado, o qual não abarcava a amplitude de aspectos que a saúde representa.<sup>1,5</sup> As estratégias de promoção da saúde voltam-se para estilos de vida e condições sociais, econômicas e ambientais que a determinam, e, de forma mais ampla, à qualidade de vida, sendo, portanto, esses os aspectos a serem analisados quando se pretende mensurar a qualidade de vida de uma população.<sup>3</sup>

No momento presente, esse conceito ainda é impreciso, não existindo um consenso teórico a seu respeito. Observa-se, entretanto, que os esforços atuais

em defini-lo tendem para uma abordagem mais ampla e integradora.<sup>1,6</sup>

Assim, como é difícil conceituar qualidade de vida, a sua medida também o é, posto que pode sofrer influência de fatores culturais, éticos e religiosos, bem como de valores e percepções pessoais.<sup>5,7</sup>

Existem vários instrumentos para avaliar a qualidade de vida, dentre os quais destaca-se o utilizado pela Organização Mundial da Saúde: *World Health Organization Quality of Life (WHOQOL)*.<sup>8</sup> De acordo com este instrumento, a qualidade de vida é um conceito amplo que abrange a complexidade do construto e inter-relaciona o meio ambiente com aspectos físicos, psicológicos, nível de independência, relações sociais e crenças pessoais.<sup>5,9</sup> A definição do Grupo WHOQOL reflete a natureza subjetiva da avaliação que está imersa no contexto cultural, social e de meio ambiente. O que está em questão não é a natureza objetiva do meio ambiente, do estado funcional ou psicológico, ou ainda como o profissional de saúde ou um familiar avalia essas dimensões: é a percepção do respondente/paciente que está sendo analisada.<sup>10,11</sup>

Outro instrumento de avaliação de qualidade de vida é o desenvolvido pelo psicólogo americano John Flanagan, na metade da década de 70.<sup>12</sup> Usando a técnica do incidente crítico, o estudo abordou aproximadamente 3000 indivíduos norte-americanos, de ambos os sexos e diferentes faixas etárias. Os participantes eram indagados sobre quais as coisas importantes que haviam acontecido com eles e quão satisfeitos estavam com elas. Dos resultados obtidos, determinou-se 15 componentes, agrupados em cinco dimensões: bem-estar físico e mental, relações com outras pessoas, envolvimento em atividades sociais, comunitárias e cívicas, desenvolvimento e enriquecimento pessoal e recreação.<sup>4,7</sup>

O instrumento originado por esses 15 componentes foi aplicado em 3000 indivíduos, nas faixas etárias dos 30, 50 e 70 anos, usando uma escala de 5 pontos. O resultado dessa pesquisa resultou na confirmação de que todos aqueles itens eram importantes.<sup>12</sup>

Para este instrumento foi proposto o uso de uma escala do tipo Likert de sete pontos, para avaliar o grau de satisfação dos indivíduos com diferentes aspectos da vida, variando de um (1) (*completely insatisfied* - insatisfeito completamente) a sete (7) (*completely satisfied* - satisfeito completamente).<sup>4,12</sup>

A escala original de Flanagan foi traduzida para mais de 16 línguas, inclusive o português. No Brasil, os autores que a traduziram não fizeram referência quanto à

fidedignidade da versão em português. Nessa versão, todos os itens foram respondidos através de uma escala do tipo Likert de 7 pontos (1 = muito insatisfeito; 2 = insatisfeito; 3 = pouco insatisfeito; 4 = indiferente; 5 = pouco satisfeito; 6 = satisfeito; 7 = muito satisfeito). Assim como na escala original, o escore potencial variou de 15 a 105 pontos.<sup>7,12</sup>

A escala de Flanagan é bastante utilizada nos Estados Unidos da América, pela validade e confiabilidade de seus achados, que contemplam o grau de satisfação individual ou percebido com relação a cinco dimensões da vida: bem-estar físico e material; relacionamentos; atividades sociais, comunitárias e cívicas; desenvolvimento e realização pessoal e recreação.<sup>7</sup>

Em uma aproximação entre a concepção de qualidade de vida proposta por Flanagan em sua escala com a literatura pertinente, observa-se, quanto aos conceitos inter-relacionados expressos em suas dimensões e itens como: bem-estar “refere-se à boa disposição física, conforto, tranquilidade”; relacionamento, compreende “ligação afetiva, condicionada por uma série de atitudes recíprocas”; atividade, é definida como comportamentos emitidos como resposta a eventos, que atuam sobre a competência funcional do indivíduo.<sup>4,7</sup> Auto-desenvolvimento, consiste na auto-aceitação, relações positivas com outros, autonomia, senso de domínio, busca de metas. Recreação, compreende as atividades de distração de significado individual e social.<sup>7,12</sup>

As medidas de qualidade de vida têm aplicações diversas: triagem e monitoramento de problemas psicossociais no cuidado individual, estudos populacionais sobre percepção de estados de saúde, auditoria médica, medidas de resultados em serviços de saúde, ensaios clínicos e análises econômicas que enfocam o custo monetário necessário para garantir uma melhor qualidade de vida.<sup>9,13</sup>

A expressão “Qualidade de vida ligada à saúde”, tem sido utilizada para ser distinguida da qualidade de vida, em seu significado mais geral. No contexto da área clínica o interesse reside, geralmente, naqueles aspectos da qualidade de vida que são ou estão sendo influenciados pela ocorrência ou tratamento de doenças ou traumas.<sup>3,9</sup> A qualidade de vida é objeto de investigação na área da saúde, por ser considerada importante aspecto na avaliação dos resultados de diferentes procedimentos terapêuticos usados na população. Não apenas os fatores relacionados à redução dos sintomas e prolongamento da vida estão sendo estudados, mas, também, a sobrevivência do doente e como a qualidade de vida se apresenta para

ele próprio e para a sociedade.<sup>12</sup>

No Brasil, a escala de Flanagan foi utilizada por vários autores em diferentes grupos populacionais, tais como profissionais da saúde, idosos, e cardiopatas.<sup>4,7,12</sup>

A carência de estudos sobre qualidade de vida utilizando a escala de Flanagan na população adulta residente no município de Tubarão – SC motivou a realização da presente pesquisa.

## Métodos

Foi realizado um estudo observacional, com delineamento transversal. A população-alvo foi constituída por habitantes adultos da cidade de Tubarão – SC.

A população foi identificada a partir de dados fornecidos pela companhia de fornecimento de energia elétrica (CELESC). O número total da população de Tubarão no final do ano de 2006 era de 92.000 pessoas, sendo que a amostra estudada foi de 688 pessoas, considerada satisfatória para detectar uma prevalência de boa qualidade de vida da população de 20% com um erro amostral de  $\pm 5\%$ , no nível de confiança estatística de 95% ( $p < 0.05$ ).

Foi feita amostragem sistemática aleatória, onde o número total da amostra foi distribuído proporcionalmente entre os bairros. Após o sorteio de um número na lista de moradias, este foi utilizado como ponto de partida para a seqüência até que o tamanho necessário da amostra fosse atingido.

O instrumento de pesquisa utilizado foi o questionário de Qualidade de Vida de Flanagan, o qual é constituído por 15 questões: 1) conforto material: casa, alimentação, situação financeira; 2) saúde: fisicamente bem e vigoroso(a); 3) relacionamento com pais, irmãos e outros parentes: comunicação, visita e ajuda; 4) constituir família: ter e criar filhos; 5) relacionamento íntimo com esposo(a), namorado(a) ou outra pessoa relevante; 6) amigos próximos: compartilhar interesses, atividades e opiniões; 7) voluntariamente, ajudar e apoiar a outras pessoas; 8) participação em associações e atividades de interesse público; 9) aprendizagem: freqüentar outros cursos para conhecimentos gerais; 10) auto-conhecimento: reconhecer seus potenciais e limitações; 11) trabalho (emprego ou em casa): atividade interessante, gratificante que vale a pena; 12) comunicação criativa; 13) participação em recreação ativa; 14) ouvir música, assistir televisão ou cinema, leitura ou outros; 15) socialização: “fazer amigos”. Para cada

questão foi atribuído um valor de 1 a 7, correspondendo respectivamente a: muito insatisfeito; insatisfeito; pouco insatisfeito; indiferente; pouco satisfeito; satisfeito; muito satisfeito.

Um escore de 0 a 45 pontos foi considerado como baixa qualidade de vida; de 46 a 74 pontos como média qualidade de vida; e maior ou igual a 75 foi considerado como alta qualidade de vida.

Foram também coletados dados referentes ao estado civil, idade, gênero, etnia, renda familiar e bairro onde o participante residia.

O questionário de Qualidade de Vida de Flanagan foi aplicado à pessoa que atendesse o entrevistador e preenchidos por este, nos meses de julho e agosto de 2007. Todos os participantes foram informados sobre os objetivos e métodos utilizados no estudo, concordando em participar por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os critérios de inclusão estabelecidos foram ser morador da cidade de Tubarão, com idade igual ou superior a 18 anos.

As pessoas que não concordaram em participar, e aquelas que foram procuradas três vezes e não encontradas foram excluídas e substituídas por novos participantes, obedecendo a proporcionalidade e aleatoriedade.

Os dados foram digitados com o auxílio do programa Epidata® 3.1. Foi estimada a qualidade de vida para a população total, e avaliadas as diferenças na qualidade de vida de acordo com os grupos de interesse. A existência de significância estatística foi testada através do qui-quadrado, empregando-se um nível de confiança de 95% ( $p < 0,05$ ). A análise estatística foi realizada com o auxílio do software Epiinfo®.

O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade do Sul de Santa Catarina (Registro 07.128.4.01.III).

## Resultados

Com relação à etnia, 663 (96,4%) eram caucasianos e 25 (3,6%) eram não-caucasianos. No que se refere ao gênero, 238 (34,6%) pertenciam ao gênero masculino, e 450 (65,4%) ao gênero feminino. Quanto ao estado civil, 228 (33,1%) eram solteiros, 377 (54,8%) casados, 24 (3,5%) amasiados, 35 (5,1%) separados e 24 (3,5%) viúvos. A idade variou entre 18 e 81 anos, com média de idade de 40,23 anos ( $DP \pm 16,28$ ).

A média do escore de Flanagan para a amostra estudada, foi de 88,5 pontos ( $DP \pm 9,5$ ), considerada como

sendo uma alta qualidade de vida.

O escore médio para cada pergunta formulada, de 1 a 15 foi respectivamente: (1) 5,88; (2) 5,66; (3) 6,31; (4) 6,4; (5) 6,1; (6) 6,27; (7) 5,44; (8) 5,42; (9) 5,21; (10) 5,83; (11) 5,95; (12) 6,06; (13) 5,73; (14) 5,93; e (15) 6,09.

A análise entre o gênero e a qualidade de vida não revelou associação positiva ( $p > 0,05$ ), conforme demonstrado na Tabela 1.

**Tabela 1** – Distribuição dos participantes segundo o gênero e a qualidade de vida (QV).

Gênero	Baixa QV		Média QV		Alta QV		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Masculino	0	0	16	2,3	222	32,3	238	34,6
Feminino	1	0,1	42	6,1	407	59,2	450	65,4
<b>Total</b>	<b>1</b>	<b>0,1</b>	<b>58</b>	<b>8,4</b>	<b>629</b>	<b>91,5</b>	<b>688</b>	<b>100</b>

$p = 0,3821$

De modo semelhante, também não se encontrou diferença estatisticamente significativa entre o estado civil e a qualidade de vida ( $p > 0,05$ ), conforme apresentado na Tabela 2. Nesta Tabela é possível verificar que entre aqueles com alta qualidade de vida, a maioria era de participantes casados.

**Tabela 2** – Distribuição dos participantes segundo o estado civil e a QV.

Estado Civil	Baixa QV		Média QV		Alta QV		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Solteiro	0	0	17	2,5	211	30,7	228	33,1
Casado	1	0,1	29	4,2	347	50,4	377	54,8
Amasiado	0	0	5	0,7	19	2,8	24	3,5
Separado	0	0	6	0,9	29	4,2	35	5,1
Viúvo	0	0	1	0,1	23	3,3	24	3,5
<b>Total</b>	<b>1</b>	<b>0,1</b>	<b>58</b>	<b>8,4</b>	<b>629</b>	<b>91,4</b>	<b>688</b>	<b>100</b>

$p = 0,2548$

A Tabela 3 apresenta a distribuição da amostra segundo a faixa etária e a classificação da qualidade de vida. De acordo com esta Tabela, o maior percentual de participantes com alta qualidade de vida possuía entre 18 e 29 anos, não sendo verificada diferença estatisticamente significativa entre essas variáveis ( $p > 0,05$ ).

**Tabela 3** – Distribuição dos participantes segundo a faixa etária e a QV.

Faixa Etária (anos)	Baixa QV		Média QV		Alta QV		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
18 – 29	0	0	17	2,5	225	32,7	242	35,2
30 – 39	0	0	12	1,7	100	14,5	112	16,3
40 – 49	0	0	13	1,9	106	15,4	119	17,3
50 – 59	1	0,1	6	0,9	111	16,1	118	17,2
60 ou mais	0	0	10	1,4	87	12,6	97	14,1
<b>Total</b>	<b>1</b>	<b>0,1</b>	<b>58</b>	<b>8,4</b>	<b>629</b>	<b>91,4</b>	<b>688</b>	<b>100</b>

p = 0,3212

A análise bivariada entre a renda e a qualidade de vida revelou que a maioria dos pesquisados recebia até 5 SM, existindo diferença estatisticamente significativa entre a renda dos participantes e a qualidade de vida (p<0,05).

**Tabela 4** – Distribuição dos participantes segundo a renda e a QV.

Renda*	Baixa QV		Média QV		Alta QV		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Até 5	1	0,1	47	6,8	364	52,9	412	59,9
6 – 10	0	0	8	1,2	182	26,5	190	27,6
Mais de 10	0	0	3	0,4	83	12	86	12,5
<b>Total</b>	<b>1</b>	<b>0,1</b>	<b>58</b>	<b>8,4</b>	<b>629</b>	<b>91,4</b>	<b>688</b>	<b>100</b>

p = 0,0135

\*Salários Mínimos

A qualidade de vida de acordo com a etnia está representada na Tabela 5, não existindo diferença estatisticamente significativa entre essas variáveis (p>0,05).

**Tabela 5** – Distribuição dos participantes segundo a etnia e a QV.

Etnia	Baixa QV		Média QV		Alta QV		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Caucasiano	1	0,1	57	8,3	605	87,9	663	96,4
Não-caucasiano	0	0	1	0,1	24	3,5	25	3,6
<b>Total</b>	<b>1</b>	<b>0,1</b>	<b>58</b>	<b>8,4</b>	<b>629</b>	<b>91,4</b>	<b>688</b>	<b>100</b>

p = 0,7042

A relação entre a pergunta 1 (Conforto Material: casa, alimentação, situação financeira) e o gênero, está representada na Tabela 6.

O gênero masculino apresentou um escore médio de 5,840 pontos (DP±1,279), e o gênero feminino um escore médio de 5,798 pontos (DP±1,467). Não houve diferença estatisticamente significativa entre os gêneros na resposta à pergunta 1 (p = 0,6997).

**Tabela 6** – Distribuição dos participantes segundo a resposta à pergunta 1, de acordo com o gênero.

Pergunta 1	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	n	%
1	1	0,1	7	1	8	1,2
2	5	0,7	17	2,5	22	3,2
3	7	1	21	3,1	28	4,1
4	20	2,9	22	3,2	42	6,1
5	49	7,1	71	10,3	120	17,4
6	59	8,6	122	17,7	181	26,3
7	97	14,1	190	27,6	287	41,7
<b>Total</b>	<b>238</b>	<b>34,6</b>	<b>450</b>	<b>65,4</b>	<b>688</b>	<b>100</b>

p = 0,6997

A relação entre a pergunta 2 (Saúde: fisicamente bem e vigoroso(a)) e o gênero, está representada na Tabela 7. O gênero masculino apresentou um escore médio de 5,87 pontos (DP±1,389), e o gênero feminino um escore médio de 5,542 pontos (DP±1,704).

Não houve diferença estatisticamente significativa entre os gêneros na resposta à pergunta 2 (p = 0,058).

**Tabela 7** – Distribuição dos participantes segundo a resposta à pergunta 2, de acordo com o gênero.

Pergunta 2	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	n	%
1	4	0,6	19	2,7	23	3,3
2	9	1,3	23	3,3	32	4,7
3	2	0,3	22	3,2	24	3,5
4	13	1,9	29	4,2	42	6,1
5	45	6,5	68	9,9	113	16,4
6	63	9,1	116	16,9	179	26
7	102	14,8	173	25,1	275	40
<b>Total</b>	<b>238</b>	<b>34,6</b>	<b>450</b>	<b>65,4</b>	<b>688</b>	<b>100</b>

p = 0,058

A relação entre a pergunta 6 (Amigos próximos: compartilhar interesses, atividades e opiniões) e o gênero, está representada na Tabela 8. O gênero masculino apresentou um escore médio de 6,235 pontos (DP±1,076), e o gênero feminino um escore médio de 6,296 pontos (DP±1,036). Não houve diferença estatisticamente significativa entre os gêneros na resposta à pergunta 6.

**Tabela 8** – Distribuição dos participantes segundo a resposta à pergunta 6, de acordo com o gênero.

Pergunta 6	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	n	%
1	2	0,3	3	0,4	5	0,7
2	2	0,3	2	0,3	4	0,6
3	3	0,4	4	0,6	7	1
4	7	1	20	2,9	27	3,9
5	27	3,9	45	6,5	72	10,4
6	74	10,7	123	17,9	197	28,6
7	123	17,9	253	36,8	376	54,7
<b>Total</b>	<b>238</b>	<b>34,6</b>	<b>450</b>	<b>65,4</b>	<b>688</b>	<b>100</b>

p = 0,329

A resposta à pergunta 6 (Amigos próximos: compartilhar interesses, atividades e opiniões), apresentou para a faixa salarial de 5 a 10 salários mínimos, uma média de 6,204 pontos (DP±1,141), para a renda de 6 a 10 salários mínimos, uma média de 6,421 pontos (DP±0,862), e para a renda de mais de 10 salários mínimos, uma média de 6,279 pontos (DP±0,941). Não houve diferença estatisticamente significativa entre a renda e o escore de resposta à pergunta 6 ( $p = 0,109$ ).

A relação entre a pergunta 8 (participação em associações e atividades de interesse público) e o gênero, está representada na Tabela 9. Para o gênero masculino, a média foi de 5,391 pontos (DP±1,519), e para o gênero feminino a média foi de 5,449 pontos (DP±1,437). Não houve diferença estatisticamente significativa ( $p = 0,795$ ).

**Tabela 9** – Distribuição dos participantes segundo a resposta à pergunta 8, de acordo com o gênero.

Pergunta 8	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	n	%
1	7	1	10	1,5	17	2,5
2	6	0,9	6	0,9	12	1,8
3	9	1,3	21	3	30	4,3
4	44	6,4	84	12,2	128	18,6
5	39	5,7	68	9,9	107	15,6
6	65	9,4	136	19,8	201	29,2
7	68	9,9	125	18,2	193	28,1
<b>Total</b>	<b>238</b>	<b>34,6</b>	<b>450</b>	<b>65,4</b>	<b>688</b>	<b>100</b>

$p = 0,795$

A relação entre a pergunta 13 (Participação em recreação ativa) e o gênero, está representada na Tabela 10. A média para o gênero masculino foi de 5,887 pontos (DP±1,249), e para o gênero feminino foi de 5,656 pontos (DP±1,426). Não houve diferença estatisticamente significativa entre os gêneros com relação à pergunta 13 ( $p = 0,065$ ).

**Tabela 10** – Distribuição dos participantes segundo a resposta à pergunta 13, de acordo com o gênero.

Pergunta 13	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	n	%
1	0	0	6	0,9	6	0,9
2	4	0,6	13	1,9	17	2,5
3	10	1,5	18	2,6	28	4,1
4	24	3,5	49	7,1	73	10,6
5	28	4,1	86	12,5	114	16,6
6	77	11,2	113	16,4	190	27,6
7	95	13,8	165	24	260	37,8
<b>Total</b>	<b>238</b>	<b>34,6</b>	<b>450</b>	<b>65,4</b>	<b>688</b>	<b>100</b>

$p = 0,065$

A relação entre a pergunta 13 (Participação em recreação ativa.) e a renda, demonstrou para a renda de 5-10 salários mínimos uma média de 5,682 pontos (DP±1,396), para a renda de 6-10 salários mínimos uma média de 5,789 pontos (DP±1,395), e para a renda de mais de 10 salários mínimos uma média de 5,872 pontos (DP±1,186), sendo que a diferença não foi estatisticamente significativa ( $p = 0,426$ ).

A relação entre a pergunta 14 (Ouvir música, assistir TV ou cinema, leitura e outros entretenimentos) e o gênero, está representada na Tabela 11. O gênero masculino apresentou um escore médio de 6,206 pontos (DP±1,127), e o gênero feminino uma média de 5,784 pontos (DP±1,620). Houve diferença estatisticamente significativa entre os gêneros com relação à pergunta 14 ( $p = 0,018$ ).

**Tabela 11** – Distribuição dos participantes segundo a resposta à pergunta 14, de acordo com o gênero.

Pergunta 14	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	n	%
1	5	0,7	10	1,5	15	2,2
2	0	0	30	4,4	30	4,4
3	3	0,4	20	2,9	23	3,3
4	4	0,6	11	1,6	15	2,2
5	26	3,8	45	6,5	71	10,3
6	83	12	134	19,5	217	31,5
7	117	17	200	29,1	317	46,1
<b>Total</b>	<b>238</b>	<b>34,6</b>	<b>450</b>	<b>65,4</b>	<b>688</b>	<b>100</b>

$p = 0,018$

A relação entre a pergunta 14 (Ouvir música, assistir TV ou cinema, leitura e outros entretenimentos) e a renda, demonstrou para a renda de 5-10 salários mínimos, uma média de 5,985 pontos (DP±1,423), para a renda de 6-10 salários mínimos uma média de 5,774 pontos (DP±1,625), e para a renda de mais de 10 salários mínimos uma média de 6,012 pontos (DP±1,410). Não houve diferença estatisticamente significativa ( $p = 0,740$ ).

## Discussão

Nesse estudo, a qualidade de vida entre os participantes mostrou-se alta. A média total do instrumento foi de 88,4927 (DP±9,5122). No trabalho de Dantas e colaboradores foi encontrado em escore de 84,53 (DP±13,37) em pacientes com doença cardíaca, enquanto Lentz e colaboradores, apresentam um escore médio de qualidade de vida de 80,47 (DP±8,87) em profissionais de enfermagem.<sup>4,12</sup> Observa-se, portanto, que o grau de satisfação com qualidade de vida não teve variação significativa quando comparada entre um grupo

escolhido de forma aleatória e grupos definidos por enfermidade ou profissão, de acordo com os estudos citados acima.

Por outro lado, outro estudo de Dantas e colaboradores, em pacientes americanos submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio, a média total da escala foi de 73,5, demonstrando média qualidade de vida.<sup>14</sup> Esta diferença pode ser atribuída às diferenças culturais e sócio-econômicas entre os dois países, bem como ao fato de que tais indivíduos constituíam uma população com morbidade associada.

Entre os itens analisados neste estudo, a renda familiar merece algumas considerações. Entre os entrevistados, a maior porcentagem de alta qualidade de vida (96,5%) foi observada no grupo com maior poder aquisitivo (10 salários mínimos ou mais). Esses dados corroboram o estudo de Santos e colaboradores, que pesquisaram a qualidade de vida na população idosa com baixa renda familiar, e a média dos escores identificou média qualidade de vida.<sup>7</sup> Veras e colaboradores citam que os fatores sócio-econômicos têm influência importante na qualidade de vida da população, pois a situação econômica oferece suporte material para o bem-estar do indivíduo, influencia os modos de lidar com os graus de qualidade de habitação, com as pessoas que o rodeiam, com a independência econômica e com a estabilidade financeira.<sup>15</sup>

Outro aspecto que merece consideração diz respeito ao gênero dos entrevistados em relação à questão n.º 14 (ouvir música, assistir TV ou cinema, leitura ou outros entretenimentos). Apesar de ambos os gêneros apresentarem alta qualidade de vida, constatou-se que as pessoas do gênero masculino apresentam maior grau de satisfação com relação a este tópico específico. Esse resultado difere do estudo realizado por Santos e colaboradores, que não encontrou a diferença citada na população idosa.<sup>7</sup> Essa divergência pode estar relacionada com a definição do grupo pesquisado, pois entre a população economicamente ativa essas atividades são realizadas fora do horário de trabalho, e as mulheres, talvez por imposição de valores culturais, realizam atividades domésticas após a jornada de trabalho e dessa maneira não dispõem de tempo suficiente para o lazer.

Outro fator importante refere-se aos itens que foram fontes de maior satisfação entre os entrevistados. A avaliação dos resultados através da análise dos valores médios para as respostas dadas aos itens possibilita comparação mais precisa. Nesse estudo, os entrevistados demonstraram maior satisfação em *constituir família:*

*ter e criar filhos* (x 6,4) e *relacionamento com pais, irmãos e outros parentes: comunicação, visita e ajuda* (x 6,31). No estudo de Motzer e colaboradores com pacientes que sobreviveram a uma parada cardíaca, os itens com maiores valores para satisfação foram: *relacionamento com pessoa significativa ou cônjuge* (x 5,9) e *ter e criar filhos* (x 6,0). *Independência* (x 5,9) e *relacionamento com cônjuge/pessoa significativa* (x 5,9).<sup>16</sup> Já no estudo de Lentz, realizado com brasileiros, os itens geradores de maior satisfação para os profissionais de enfermagem foram *ter e criar filhos e recreação*.<sup>4</sup> Segundo Dantas e colaboradores, a formação de uma família mostrou ser aspecto importante para o indivíduo, independente de sua origem, cultura, idade ou condição de saúde.<sup>12</sup>

Entre os participantes desse estudo, os itens que receberam menores valores para satisfação foram: *aprendizagem: freqüentar outros cursos para conhecimentos gerais* (x 5,21) e *participação em associações e atividades de interesse público* (x 5,42). Enquanto no estudo de Dantas e colaboradores, os itens que receberam menores valores para a satisfação foram: *recreação* (x 4,60) e *saúde (sentir-se bem e cheio de vida)* (x 4,85).<sup>12</sup>

Avaliações da qualidade de vida são freqüentes em populações específicas, como portadores de determinadas doenças e profissionais da área da saúde. Todavia, a investigação da qualidade de vida na população geral não conta com vasta bibliografia, principalmente no que tange o uso da Escala de Qualidade de Vida de Flanagan. Neste aspecto, pesquisas como a realizada na cidade de Tubarão são necessárias para que possamos estimar a qualidade de vida do cidadão comum e principalmente conhecer os seus fatores determinantes.

#### Referências Bibliográficas:

1. Souza RA, Carvalho AM, Programa de Saúde da Família e qualidade de vida: um olhar da psicologia. *Estud Psicol* 2003;8(3):515-523.
2. Silva DMGV, Souza SS, Francioni FF, Meireles BHS. Qualidade de vida na perspectiva de pessoas com problemas respiratórios crônicos: A contribuição de um grupo de convivência. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2003;13(1):7-14.
3. Seidl EMI, Zannon CMCC. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cad Saúde Pública* 2004;20(2):580-588.
4. Lentz RA, Costenaro RGS, Gonçalves LHT, Nassar

- SM. O Profissional de Enfermagem e a Qualidade de vida: Uma Abordagem Fundamentada nas Dimensões Propostas por Flanagan. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2000;8(4):7-14.
5. Minayo MCS, Hartz ZMA, Buss PM. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciênc Saúde Coletiva* 2000;5(1):7-18.
  6. Lacaz FAC. Qualidade de vida no trabalho e saúde/doença. *Ciênc Saúde Coletiva* 2000;5(1):151-161.
  7. Santos SR, Santos IBC, Fernandes MGM, Henriques MERM. Qualidade de vida do idoso na comunidade: Aplicação da Escala de Flanagan. *Rev Latino-Am. Enfermagem* 2002;10(6):757-64.
  8. Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovick E, Vieira G, Santos L, Pinzon V. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". *Rev Saúde Pública* 2000;34(2):178-83.
  9. Dantas RAS, Sawada NO, Malerbo MB. Pesquisas sobre qualidade de vida: revisão da produção científica das universidades públicas de Estado de São Paulo. *Rev Latino. Enfermagem* 2003;11(4):532-538.
  10. Jóia MPA, Ruiz T, Donalisio MR. Condições associadas ao grau de satisfação com a vida entre a população de idosos. *Rev Saúde Pública* 2007;41(1):131-138.
  11. Fleck MPA. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): Características e perspectiva. *Ciênc Saúde Coletiva* 2000; 5(1) 33-8.
  12. Dantas RAS, Góis CFL, Silva LM. Utilização da versão adaptada da Escala de Qualidade de Vida de Flanagan em pacientes cardíacos. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2005;13(1):15-20.
  13. Campolina AG, Ciconelli RM. Qualidade de vida e medidas de utilidade: parâmetros clínicos para as tomadas de decisão em saúde. *Rev Panam Salud Publica* 2006;19(2):128-136.
  14. Dantas RAS, Motzer SA, Ciol MA. The relationship between quality of life, sense of coherence and self-esteem in persons after coronary artery bypass graft surgery. *Int J Nurs Stud* 2002;39(7):745-55.
  15. Veras RP, Alves MIC. A população idosa no Brasil: considerações acerca do uso de indicadores de saúde. In: Minayo MC. Os muito brasis: saúde e população na década de 80. Rio de Janeiro: Hucitec; 1995. (Saúde em Debate, 79). p. 320-37.
  16. Motzer SU, Stewart BJ. Sense of coherence as a

predictor of quality of life in persons with coronary heart disease surviving cardiac arrest. *Res Nurs Health* 1996; 19(4):287-98.

**Endereço para correspondência:**

Profa. Dra. Rosemeri Maurici da Silva  
 Rua Moçambique, 852, Rio Vermelho  
 Florianópolis - SC  
 CEP 88060415  
 E-mail: rosemeri.silva@unisol.br