

Qualidade de vida relacionada à saúde dos trabalhadores de uma indústria automobilística

Health-Related Quality of Life of Workers in an Automotive Industry

Iramaia Ferreira Barreto¹
Renata Alessandra Evangelista²

41

Resumo: Este estudo objetivou verificar a qualidade de vida relacionada à saúde dos trabalhadores de uma indústria automobilística. Para tanto, analisou as características individuais e a incidência de doenças crônicas entre os trabalhadores inscritos no Programa de Gerenciamento de Doenças, bem como identificou quais os domínios do instrumento *Short Form - 36* (SF-36) estavam interferindo na qualidade de vida dos trabalhadores. Tratou-se de uma pesquisa quantitativa, descritiva e transversal. Realizada em uma indústria automobilística de grande porte, na região Centro-Oeste do país e com a participação de 43 trabalhadores dos diversos seguimentos da indústria, diagnosticados com hipertensão arterial, dislipidemia e diabetes *mellitus*, que participavam do Programa Viva Saúde. Os resultados da pesquisa foram que, dos 43 trabalhadores entrevistados, a distribuição com relação ao gênero foi de 33 indivíduos do sexo masculino com 76,7% e 10 do sexo feminino, com 23,3%. O estado civil casado (a) foi informado por 39 trabalhadores (90,7%), sendo que 4 responderam ser solteiros (9,4%). Em relação à idade, a média foi de 40,79 anos com desvio padrão de 10,23 anos. Houve a prevalência de hipertensão arterial (74,4%), seguidas de hipertensão arterial associada à dislipidemia (11,6%), diabetes *mellitus* (9,3%), doenças cardiovasculares, hipertensão arterial associada à diabetes *mellitus*, apresentaram os mesmos valores (2,3%). Quanto à avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde (SF-36), a maior média do escore obtido foi no domínio Aspectos Físicos (Média: 92,44), seguidos por Aspectos Emocionais (Média: 89,92), Capacidade Funcional (Média: 87,79), Aspectos Sociais (Média: 87,5) e Saúde Mental (Média: 80,09). Em contrapartida, o domínio Dor apresentou média 71,14, enquanto Vitalidade obteve

¹ Possui graduação em Enfermagem pela Universidade Presidente Antônio Carlos (2006). Atualmente é docente temporária na Universidade Federal de Goiás - CAC. Possui Pós-Graduação em Docência no Ensino Superior, Enfermagem do Trabalho e Saúde Pública com Ênfase em Saúde da Família. Mestranda no Programa de Mestrado Profissional e Gestão Organizacional na Universidade Federal de Campus Catalão. E-mail: iramaia.barreto@br.cmoc.com

² Professora Titular do Departamento de Enfermagem do Instituto de Biotecnologia da Universidade Federal de Catalão (UFCAT). Pós-doutora em Ciências da Saúde pela Unidade de Investigação em Ciências da Saúde - Enfermagem (UICISA-E) da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (Portugal). Mestre e Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP). Graduação em Enfermagem pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP/USP). Professor Associado da Universidade Federal de Catalão (UFCAT) no Curso de Enfermagem. Professor e Orientador do Mestrado Profissional em Gestão Organizacional da Universidade Federal de Catalão (UFCAT). Coordenador do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAUDE/UFCAT). E-mail: renata_evangelista@ufcat.edu.br

Recebido em: 12 /01/2026

Aprovado em: 06/04/2026

Sistema de Avaliação: *Double Blind Review*



70,7, indicando valores moderados. Já o Estado Geral da Saúde (Média: 63,19) aproximou-se de um pior escore. A análise dos dados permitiu evidenciar que a comorbidade hipertensão arterial foi mais frequente em homens, casados e com idade entre 25 e 34 anos, apresentando limitação no domínio Vitalidade, demonstrando que as doenças crônicas acarretam diminuição da qualidade de vida. Neste estudo, o SF-36 mostrou ser um instrumento confiável e a qualidade de vida dos trabalhadores verificada apresentou pontuações indicando percepção positiva desse *constructo*.

Palavras-chave: Qualidade de vida relacionada à saúde; Trabalhadores; Promoção da Saúde; Saúde Ocupacional; Indústria.

Abstract: This study aimed to verify the quality of life related to the workers' health from an automobile industry. To this end, we analyzed the individual characteristics and the incidence of chronic diseases among workers enrolled in the Disease Management Program as well as identified in which areas of the instrument Short Form - 36 (SF-36) were interfering in the quality of life of workers. This was a quantitative, descriptive and cross-sectional research. Held in a large automobile industry in the Midwest region of the country and with the participation of 43 workers of various industry segments, diagnosed with hypertension, dyslipidemia and diabetes mellitus, who participated in the "Viva Saúde" Program. The research results were that, of the 43 workers interviewed, the distribution regarding gender was 33 male with 76.7% and 10 female, with 23.3%. The married marital status was reported by 39 workers (90.7%), whereas 4 answered that were singles (9.4%). In relation to age, the average was 40.79 years with standard deviation of 10.23 years. There was a prevalence of hypertension (74.4%), followed by hypertension associated with dyslipidemia (11.6%), diabetes mellitus (9.3%), cardiovascular disease, hypertension associated with diabetes mellitus showed the same values (2.3%). Concerning the evaluation of quality of life related to health (SF-36), the highest average score obtained in the field was Physical Aspects (average: 92.44), followed by Emotional Aspects (Average: 89.92), Functional Capacity (average: 87.79), Social Aspects (Average: 87.5) and Mental Health (average: 80.09). On the other hand, the Pain dominion showed average 71.14, while Vitality obtained 70.7, indicating moderate values. Already the General State of Health (average: 63.19) came to a worse score. Data analysis has highlighted that comorbid hypertension was more frequent in men, married and aged between 25 and 34 years old, with limitation in the field Vitality, demonstrating that chronic diseases bring about reduced quality of life. In this study, the SF-36 proved to be a reliable instrument and the quality of life of workers checked had scores indicating positive perception of this construct.

Keywords: Quality of life related to health; Workers; Health Promotion; Occupational health; Industry.

1 INTRODUÇÃO

O Brasil tem sido um local de desigualdades sociais por séculos e que persistem até a atualidade. Devido reflexos da história econômica, cultural e social, tem experimentado diversas transformações. As influências do crescimento do comércio internacional passaram instalar formas capitalistas de produção, trabalho e consumo, levando um desenvolvimento acelerado de industrialização, urbanização e ainda de alterações demográficas. Diante disso, vem ocorrendo grandes modificações na evolução das condições de saúde (Soares *et al.*, 2014).

O aumento de prevalência das condições crônicas de saúde é um dos acontecimentos do século XXI influenciado pela longevidade da população mundial, contribuindo para o aumento

da expectativa de vida do indivíduo, observado nos países desenvolvidos e em desenvolvimento. Presenciamos um cenário no qual um número maior de pessoas vive por mais décadas em condições crônicas de saúde (Freitas *et al.*, 2011).

Nesse cenário, estão inseridas as doenças crônicas que têm uma grande importância e estão sendo muito estudadas devido à busca de estratégias para redução dos fatores de risco envolvidos, que estão diretamente ligados às mudanças de estilo de vida e à qualidade de vida (Azevedo *et al.*, 2013).

Na sociedade contemporânea as condições crônicas de saúde que causam incapacidade geram grande sofrimento, contribuindo para reduzir a autonomia do indivíduo e limitar o seu papel social, comprometendo a qualidade de vida (Rocha, 2010).

Estudos mundiais comprovam que existe uma relação entre saúde e qualidade de vida, bem como entre condições de vida inadequadas e doenças. Uma boa saúde influencia a qualidade de vida; já a doença dificulta vários aspectos da vida humana, diminuindo a produção e aumentando os gastos (Nobrega, 2009).

Os índices de qualidade de vida em pacientes que apresentam doenças crônicas como avaliação e acompanhamento têm sua utilidade no planejamento de estratégias de intervenção, fornecendo informações sobre o usuário, permitindo identificar suas prioridades e auxiliar nos programas de saúde para que implementem ações efetivas, proporcionando melhor qualidade de vida aos usuários na atenção primária à saúde (Kluthcoysky; Kluthcoysky, 2009).

A motivação pela referida pesquisa, surgiu devido a minha experiência profissional, como enfermeira do Departamento de Medicina Preventiva de uma indústria automobilística situada no Centro-Oeste goiano no município de Catalão-GO, por aproximadamente cinco anos, assistindo portadores de doenças crônicas como: hipertensão arterial, diabetes *mellitus*, dislipidemia e doenças cardíacas, que participam do Programa de Promoção da Saúde implantado na empresa, denominado Programa de Gerenciamento de Doenças Crônicas.

Esta experiência possibilitou-me observar que, houve um aumento do número de trabalhadores inscritos no Programa de Gerenciamento de Doenças Crônicas, tendo em vista que é impossível dissociar qualidade de vida no trabalho e qualidade de vida relacionada à saúde, uma vez que é do trabalho que o homem consegue seu meio de sobrevivência, identidade pessoal, status perante a sociedade, passando a tomar parte fundamental na vida das pessoas.

Com o intuito de acrescentar conhecimentos para a realização do estudo, cursei uma disciplina “Aspectos Conceituais e Metodológicos de Investigações sobre a Qualidade de Vida de Indivíduos com Doenças Crônicas Não-Transmissíveis”, do Programa de Pós Graduação na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo (USP).

Portanto a partir desse momento percebi a necessidade de pesquisar e aprofundar sobre o tema qualidade de vida dos trabalhadores, traçando os fatores do ambiente de trabalho que influenciam na qualidade de vida compreendendo seus aspectos, físicos, mentais e sociais, que podem servir de embasamento e planejamento das atividades educativas desse serviço, além de servir de modelo para implantação de outros.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Verificar a qualidade de vida relacionada à saúde dos trabalhadores de uma indústria automobilística.

2.2. Objetivos específicos

- Analisar as características individuais e a incidência de doenças crônicas entre os trabalhadores inscritos no programa;

- Evidenciar a percepção da qualidade de vida relacionada à saúde para a população alvo;
- Identificar quais os domínios do instrumento Short Form - 36 (SF-36) estão interferindo na qualidade de vida dos trabalhadores.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 Promoção da saúde

Doença e Saúde eram entendidas como conceitos isolados até a metade do século XX, a doença como sendo a ausência de saúde e a saúde como ausência de doença. Entretanto, ao longo dos anos, o bem-estar e a qualidade de vida foram incorporados ao conceito de saúde e esta passou a ser mais que um fenômeno biológico sendo determinada por múltiplos fatores de diversos aspectos da vida de cada indivíduo (Almeida; Gutierrez; Marques, 2012).

A partir da necessidade de controlar as doenças crônicas e contagiosas, promoveu-se o autocuidado e a responsabilidade com a saúde, fato este que tornou possível a redução da morbidade e mortalidade, decorridas das mudanças nas condições de higiene, habilitação, saneamento e trabalho ocorrido no início do século XX (Rocha, 2007).

De acordo com a Organização Panamericana de Saúde (OPAS) (2012), com o envolvimento de indivíduos e comunidades dispostos a criar um ambiente que conduza à saúde, torna-se possível à realização de mudanças que permitem a promoção da saúde. Sendo este um processo através do qual aumenta o domínio sobre fatores determinantes da saúde (Brasil, 2012).

Em 1945, o sanitarista Henry Sigerist, foi o primeiro a utilizar o termo Promoção da Saúde, ele estabeleceu como objetivos principais da medicina, a promoção da saúde, prevenção da doença, tratamento e reabilitação (Lara, 2010).

O conceito tradicional de promoção da saúde foi definido por Leavell e Clark na década de 60, como um dos elementos do nível primário de atenção da medicina preventiva, no esquema da história natural da doença (Fraga, 2013).

A definição de saúde feita por Goodstadt, Simpson e Loranger (1987), consiste no aumento e manutenção dos níveis de saúde existentes por meio da implementação de programas, políticas e serviços eficazes (Fonseca, 2010).

O objetivo da promoção da saúde é incentivar as pessoas a mudarem seus hábitos, a fim de atingirem uma boa saúde, definida como o equilíbrio físico, emocional, social, espiritual e intelectual (Carvalho, 2009).

A definição de Green e Kreuter (1991) abrange ações educativas e ambientais que conduzem à saúde, enquanto para Pender (1996), atividades destinadas a aumentar o bem-estar e elevar o potencial de saúde conceituam a promoção da saúde (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2011).

A definição de saúde de acordo com o Joint Committee of Technology (2001) abrange qualquer combinação de mecanismos, sejam eles educacionais, políticos, ambientais ou organizacionais capazes de contribuir com a saúde de indivíduos, grupos ou comunidades (Campos; Saturno; Carneiro, 2010).

O desenvolvimento da visão multidimensional da saúde e o conceito moderno de promoção da saúde originaram-se através do documento canadense (Lyra, 2009).

Após essa mudança de paradigmas, ocorreu a I Conferência Internacional em 1978, sobre Cuidados Primários da Saúde, estabelecendo como meta um novo enfoque para a saúde, que culminou na realização da I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde no Canadá. A Carta de Ottawa foi elaborada nessa Conferência com o intuito de compreender a saúde como um recurso para atuar na melhoria de qualidade de vida e saúde, com a criação de ambientes favoráveis a saúde, desenvolvimento de habilidades pessoais através da educação em saúde, reforçando a ação comunitária (Lyra, 2009).

A Conferência de Adelaide em 1988 discutiu a implantação e o desenvolvimento de políticas públicas para uma vida mais saudável, com o propósito de priorizar quatro áreas: saúde da mulher, alimentação e nutrição, tabaco e álcool, e criação de ambientes favoráveis, além do estabelecimento de uma responsabilidade internacional da promoção da saúde, obrigando impactos positivos das políticas públicas dos países desenvolvidos sobre a saúde das nações em desenvolvimento (Lyra, 2009).

Em setembro de 1990 criou-se o Healthy People 2000, que objetivava melhorar a saúde dos norte americano até o final do século XX. Em janeiro de 2000, o Departamento de Saúde Norte Americano, elaborou o Healthy People 2010, voltadas à promoção de saúde e prevenção de doenças, ampliando o projeto anterior e adiando a data de alcance de metas até a primeira década do século XXI (OPAS, 2012).

Em Sunsvall na Suécia em 1991, após a Conferência de Adelaide, aconteceu um novo encontro que visava à criação de ambientes de saúde, seguindo os princípios de equidade (Lyra, 2009).

Em Jacarta na Indonésia em 1997, ocorreu a IV Conferência Internacional de Promoção da Saúde, o enfoque foi à saúde e a participação social como direito do ser humano (Lyra, 2009).

No México em 2000, foi realizada a V Conferência sobre a Promoção de Saúde, discutiram o valor da saúde como recurso para a vida com qualidade, indicando a necessidade da equidade e do desenvolvimento socioeconômico. A partir desse momento, a promoção de saúde tornou-se fundamental para a manutenção das atividades de saúde em nível local, nacional e internacional (Lyra, 2009).

Em Bangkok, na Tailândia, aconteceu a VI Conferência Global de Promoção da Saúde, após dezenove anos da Conferência de Ottawa. Abordaram as influências positivas e negativas da globalização na área da saúde (Fraga, 2013).

Durantes esses acontecimentos internacionais, no Brasil, acontecia a Reforma Sanitária Brasileira, onde foram alcançadas conquistas importantes no campo da saúde (Lyra, 2009).

A VIII Conferência Nacional de Saúde aconteceu em 1986. O assunto em questão foi “Democracia é Saúde”, o propósito da conferência era de lutar a favor da implantação das políticas sociais e descentralização do sistema de saúde. Após dois anos dessa conferência criaram o Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro (Bravo; Correia, 2012).

O SUS tem o conceito ampliado de saúde e a necessidade de criar políticas para promovê-la. Entretanto passa a promover reflexões e movimentos no âmbito da promoção da saúde, enquanto uma política pela melhoria da qualidade de vida e à saúde (Bravo; Correia, 2012).

Dessa maneira, a promoção da saúde é compreendida como uma oportunidade de evidenciar os aspectos que determinam o processo saúde doença. Em março de 2006, o Ministério da Saúde brasileiro anunciou a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), que foi um grande passo para a efetivação da nova promoção da saúde no Brasil (Malta *et al.*, 2014).

A nova promoção de saúde vem sendo motivo de críticas para alguns autores. Segundo Traverso- Yépez (2007), as orientações para sua implantação são voltadas na maioria delas para os gestores, enquanto quase nada é destinado aos executores. (BRASIL, 2014).

A política da promoção da saúde apresenta aspectos de dupla dimensão: a progressista e neoliberal. A dimensão progressista envolve a equidade, sustentabilidade, participação social e equidade (Ferreira Neto, 2009).

A dimensão neoliberal caracteriza pela tendência a posturas individualista. Ela considera o indivíduo responsável pela sua saúde ou pela falta dela. Desta maneira, o estado é desresponsabilizado pela saúde de qualquer indivíduo (Silva, 2009).

A nova promoção da saúde pressupõe o reconhecimento da saúde como direito de cidadania, ligados às melhores condições de vida. Para alcançar um efetivo exercício do

controle social, a promoção da saúde está focada na intersetorialidade e no estímulo à organização da comunidade (Horta, 2009).

Intervir sobre todas as situações de risco que podem ameaçar a vida, é proposta da atual promoção da saúde. Ele deve atuar mobilizando recursos institucionais e comunitários, públicos e privados no enfrentamento e solução dos determinantes (Lyra, 2009).

Várias são as caracterizações de promoção da saúde, encontradas nos discursos de educadores em saúde e em estudos científicos. Geralmente a mais encontrada refere aos modelos assistencial, prevenção e promoção (Carneiro, 2010).

A concepção assistencialista busca resolver os problemas e atender todas as necessidades de saúde, tanto individuais quanto coletivas, combinando técnicas e tecnologias. A concepção de prevenção, monitora e controla os fatores de risco de doenças, criando medidas para impedir o surgimento e agravamento da doença, por fim a concepção de promoção, em benefício da qualidade de vida e de saúde, busca a melhoria dos determinantes da saúde e condições de vida (Carneiro, 2010).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1994 elaborou os sete princípios definidores das práticas educativas. Na pesquisa de Westphal (2006) cinco desses são citados: concepção holística de saúde, equidade, intersetorialidade, participação social e sustentabilidade (Carneiro, 2010).

Esses princípios são ferramentas importantes para orientar os profissionais em suas ações de promoção de saúde. Adotando esses princípios e desenvolvendo práticas de educação em saúde, é possível estabelecer vínculos sociais com a comunidade (Carvalho, 2009).

Com o intuito de visar um sistema de saúde que seja público comprometido com as necessidades da população, a educação em saúde deve colaborar para que as pessoas realizem o controle social no planejamento, execução e fiscalização da qualidade das ações de Saúde Pública (Barra, 2013).

As estratégias pedagógicas de educação em saúde devem fazer com que os sujeitos compreendem as complexidades e a concepção dos determinantes de saúde, que vão desde o cuidado com o corpo, até a visão de saúde associada à moradia, meio ambiente, educação, solidariedade, cooperação e à qualidade de vida (Sarreta, 2009).

Pelo fato dos horizontes da saúde ser muito mais amplos que os da doença, as práticas educativas em saúde, podem ser realizadas em qualquer espaço social. A saúde é considerada o princípio norteador da atividade educativa abrangendo os três campos de atenção à saúde. Sendo o campo da atenção básica considerado um contexto privilegiado para o desenvolvimento de práticas educativas em saúde (Carneiro, 2010).

3.2 Qualidade de Vida

O termo Qualidade de Vida (QV) foi mencionado pela primeira vez em um livro de economia e bem estar de Pigou (1920, p. 32), intitulado *The Economics of Welfare*. O livro abordava o suporte governamental para a população e o impacto financeiro sobre o orçamento do estado (Zuque, 2014).

A qualidade de vida era considerada como oportunidade de aquisição de bens materiais; posteriormente, foi apresentada como a forma de avaliação do desenvolvimento econômico de determinada sociedade e medida de desenvolvimento social e, ultimamente, consideram-se fatores como qualidade dos relacionamentos, percepção de bem-estar, satisfação, acesso a lazer, solidariedade e felicidade (Silva, 2012).

A World Health Organization Quality of Life (WHOQOL GROUP), é um grupo da OMS, sob a coordenação de John Orley, que estuda a qualidade de vida. Eles definiram a QV como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. Quatro aspectos referentes ao construto de QV foram identificados pelos

especialistas desse grupo: a subjetividade, multidimensionalidade, a bipolaridade e a mutabilidade (Almeida, 2012).

A percepção do indivíduo sobre seu estado de saúde e funcionalidade está relacionada com a subjetividade. A QV é composta por dimensões físicas, psicológica e social, caracterizando a multidimensionalidade. Essas dimensões podem ser positivas ou negativas, evidenciando a bipolaridade. A mutabilidade parte do objetivo que em função do tempo, local, pessoa e contexto cultural a avaliação da QV pode mudar (Fernandes; Vasconcelos; Silva, 2009).

Corroborando com estes princípios, Minayo; Hartz; Buss. (2000), considera que a QV é aquela que oferece aos indivíduos o mínimo de condições possíveis para desenvolver suas potencialidades como: viver, amar sentir, trabalhar e produzir bens e serviços. Eles também consideram que a qualidade de vida pode ser medida pela satisfação dos indivíduos na sua vida familiar, social e amorosa (Kabad, 2011).

Compreende que, existem amplos conceitos de QV envolvendo vários aspectos do desenvolvimento social. Entretanto é de fundamental importância, para o aprimoramento do conceito, que haja a contribuição de várias áreas do conhecimento. As percepções de QV circundam em um campo semântico polissêmico, ou seja, está relacionado ao estilo e condições de vida e ao mesmo tempo incluem ideais em torno do desenvolvimento sustentável e sobre os direitos humanos e sociais (Valentim, 2010).

De acordo com Campolina e Ciconelli (2006), a subjetividade e a multidimensionalidade evidenciam o conceito de qualidade de vida, visto que, através da percepção do estado de saúde individual é que os domínios ou dimensões têm sido avaliados. Esses domínios são considerados conjuntos de questões nos instrumentos de avaliação, referentes a uma condição humana, como psicológica, econômica, espiritual, social e física (Almeida, 2012).

Há menos de 30 anos o termo qualidade de vida fez parte do *Index Medicus* apresentando um conceito complexo, abstrato e multidimensional, concordando com o que foi apontado por Campolina e Ciconelli (2006). A QV é definida como satisfação individual ou a felicidade com a vida nos domínios referentes a diversos aspectos da vida do homem como: emprego, habitação, aspectos financeiros e a saúde (Almeida, 2012).

Arellano e Fleck *et al.* (2008) reuniram idéias sobre QV seguindo dois modelos teóricos: o modelo de satisfação, em que a QV esta relacionada à satisfação com vários domínios considerados importantes na vida do indivíduo, e o modelo funcionalista onde a QV está associada com o bom desempenho dos papéis sociais, sendo considerado o estado de saúde o fator primordial e influenciador da QV (Almeida, 2012).

O conceito de QV é utilizado pela população em geral, políticos, executivos e jornalistas e também em pesquisas científicas, abrangendo diferentes áreas incluindo enfermagem, nutrição, medicina, psicologia, fisioterapia, filosofia, entre outras (Almeida, 2012).

O interesse em estudar a qualidade de vida, vem aumentando nos últimos anos, o que é percebido através das quantidades de pesquisas direcionadas para essa população, tanto nas práticas assistenciais quanto nas políticas públicas, nos campos de prevenção de doenças e promoção de saúde (Almeida, 2012).

Nos últimos 20 anos, a medida de Qualidade de Vida vem surgindo como instrumento essencial para a investigação e avaliação da saúde dos indivíduos (Alves, 2011).

Os instrumentos utilizados para a medida de QV são uma forma para adquirir e transformar informações em conhecimentos. A variedade de instrumentos de medida fundamentados em conceitos distintos sobre QV pode dificultar a comparação dos resultados nacionais com os resultados de estudos realizados em outros países. Entretanto, a preocupação com os resultados do ponto de vista humanístico começa a colaborar com a abordagem de saúde, gerando uma necessidade de instrumentos validados para aferição desses parâmetros (Alves, 2010).

É plausível a escolha do instrumento de medida apropriado à determinada situação. Em relação a isso, torna-se possível a avaliação de uma larga faixa de domínios e a comparação entre diferentes regiões e condições (Alves, 2010).

No que diz respeito à QV, as escalas procuram medi-la por meio de indicadores que permeiam amplamente a vida de um ser humano. Entretanto, a qualidade de vida pode ser vista numa perspectiva unidimensional e multidimensional. Mesmo assim, se torna difícil quantificar todas as dimensões possíveis ao medir a qualidade de vida de um indivíduo, pois cada sujeito pontua de maneira diferente essas dimensões, confirmando a singularidade do ser humano (Alves, 2011).

Pelo fato da avaliação da qualidade de vida ter se tornado um alicerce fundamental nos últimos anos, o avanço tecnológico e terapêutico na área da saúde, fez aumentar a sobrevida dos portadores de doenças crônicas (Soares *et al.*, 2008).

Podem existir diferentes significados de qualidade de vida para diferentes pessoas e áreas de aplicação. No contexto da avaliação de resultados de ensaios clínicos e da prática clínica, esporadicamente o conceito de qualidade de vida é utilizado no sentido mais amplo, interessando somente avaliar o impacto da doença ou do tratamento, em diferentes aspectos da vida. Essa abordagem pode incluir também indiretamente aspectos relacionados a doenças e às dificuldades financeiras (Almeida; Gutierrez; Marques, 2012).

3.3 Qualidade de vida relacionada à saúde

Quando se pretende analisar os aspectos de qualidade de vida que são influenciados pela doença e tratamento, é utilizada a terminologia Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS) (Freire *et al.*, 2014), corroborando com a definição de Pellicciott (2009), o qual considera que na abordagem da QVRS os aspectos relacionados à saúde sempre ocupam uma posição centralizado no conceito, tendo em vista que na sua concepção mais geral, o termo saúde é apenas um componente.

A introdução desse conceito foi influenciada por alguns fatores como: O progresso tecnológico nas últimas décadas; pela mudança no perfil epidemiológico das doenças, onde as doenças crônicas passaram a ser dominante e pela crítica ao modelo hegemônico na assistência a saúde, onde o ser humano era visto de maneira biológica. Diante desse contexto, a assistência na QV, possibilitaria cuidar do indivíduo de maneira globalizada, contribuindo para melhorar as relações entre profissionais e pacientes (Almeida; Gutierrez; Marques, 2012).

A partir da investigação da qualidade de vida de indivíduos com doenças crônicas, obtém-se um indicador importante em diferentes situações clínicas dos resultados terapêuticos. O planejamento de intervenções psicossociais que levem a um maior bem-estar torna-se possível avaliando-se os mecanismos que incidem de forma negativa na qualidade de vida relacionada à saúde (Almeida, 2012).

O objetivo da avaliação da QVRS é analisar o impacto da doença e tratamento dos indivíduos e que sempre que for referenciado sobre tomada de decisões em saúde, a percepção desses indivíduos devem ser levadas em consideração (Almeida, 2012).

A avaliação dos mecanismos que refletem de maneira negativa na QVRS é relevante, pois permite a criação de intervenções psicossociais que geram maior bem-estar. Além disto, as percepções de impacto da doença e tratamento do indivíduo e sua família podem servir como determinantes na adesão ao tratamento (Almeida, 2012).

A OMS define o termo saúde como um completo bem – estar, físico, mental e social e não deve ser visto como uma ausência de doença. Várias críticas surgiram em relação a esse conceito, pelo fato de ser uma condição complexa e irreal de ser alcançada pelo ser humano (Silva, 2012).

As definições entre saúde e qualidade de vida se aproximam. Contudo, Fleck e colaboradores (2008) afirma que o construto de qualidade de vida é mais abrangente; ele vai

além do construto saúde. Sendo assim, a qualidade de vida tem um conceito geral e a QVRS envolve aspectos relacionados à enfermidade, intervenções terapêuticas ou até mesmo perturbações que podem afetar o corpo e a mente do ser humano (Silva, 2012).

Apesar de ser recente, a definição de qualidade de vida relacionada à saúde insere conceitos na mesma, devido a influências políticas e práticas deste setor das últimas décadas. Esperam-se melhorias assistenciais, preventivas e nas políticas de promoção de saúde. A avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde mostra-se indispensável, pois, através dela, é possível mensurar e descrever aspectos relevantes para a vida desses pacientes tais como a saúde física, psicológica, socioeconômica e familiar (Silva, 2012).

Os profissionais de enfermagem estão se interessando cada vez mais pelos instrumentos que avalia o estado de saúde, destacando o papel da enfermagem nesse contexto. É primordial que conheça a situação clínica do paciente e o tratamento estabelecido, a fim de promover bem estar e melhor qualidade de vida ao paciente e seus familiares (Sawada, 2009).

Vários países estão elaborando e validando instrumentos para avaliação da QVRS, sendo descritos como específicos e genéricos, de acordo com os componentes presentes no instrumento. O importante é que sejam de fácil aplicação e relevante para avaliar as condições de saúde dos mesmos (Freire *et al.*, 2014).

Os instrumentos genéricos têm o objetivo de quantificar os distúrbios da saúde percebidos pelo próprio paciente e podem ser aplicados para as pessoas com vários tipos de doenças, avaliando vários aspectos (Capacidade Funcional, Aspectos Físicos, Dor, Estado Geral de Saúde, Vitalidade, Aspectos Sociais, Aspectos Emocionais e Saúde Mental). Entretanto, os específicos são capazes de avaliar determinados aspectos da qualidade de vida inerentes a uma condição, população ou determinada doença (Almeida, 2012).

Aplicando instrumentos genéricos ou específicos, tem-se realizado investigações cada vez mais profundas na vida de pacientes crônicos, com o intuito de identificar os fatores que influenciam a vida dos mesmos e, assim, determinar mudanças a fim de se obter bem-estar e condições necessárias para sua reabilitação (Cabral, 2011).

3.4 Doenças Crônicas Não Transmissíveis

Segundo Goulart (2011), um dos grandes interesses da medicina é compreender a ocorrência das doenças. Duas formas de compreensão da enfermidade oscilam no pensamento médico. Primeiro, a enfermidade é uma espécie de forma do mal, atribuído a um valor de entidade com existência própria. Em contradição a esse entendimento, temos a compreensão de enfermidade, como harmonia e equilíbrio, tanto no homem como fora dele. Neste contexto a enfermidade é a perturbação desse equilíbrio.

O processo de rearticulação da prática médica na estrutura social ocorreu nos séculos XVIII e XIX. A medicina fez da sociedade o objeto de seu trabalho. A medicina social tem seu conceito associado à origem do capitalismo e a emergências sociais e urbanas. Portanto, através do saber epidemiológico que surgem os estudos que demonstram a relação entre problemas de saúde de comunidade e suas condições de vida (Goulart, 2011).

Diante da descoberta dos agentes transmissíveis, surge a necessidade de estudar os agentes etiológicos e mecanismos de transmissões de doenças, deixando as questões sociais de saúde pública em segundo plano. Subsequentemente ocorre uma mudança do paradigma da saúde pública, deixando de ter uma visão populacional, passando a ter uma visão de indivíduos doentes, criando um estudo epidemiológico de associação entre riscos e problemas de saúde individuais (Goulart, 2011).

Esse paradigma é empregado na abordagem de doenças crônicas, correlacionando sua ocorrência com a exposição de fatores de risco, levando em consideração que os conceitos de cronicidade, degeneração, não transmissibilidade e não infecção são resultados de observação clínica (Goulart, 2011).

No entanto, se tratando das doenças crônicas e sua ocorrência, observamos a necessidade de uma abordagem que agrega as dimensões de seus níveis de determinação. Um conceito que abrange as características do grupo de doenças não infecciosas, transmissíveis ou crônico-degenerativas, são dimensões que não tem o mesmo significado conceitual e científico (Goulart, 2011).

De acordo com a OMS, doença crônica é caracterizada por enfermidade que não é resolvida num tempo curto. Elas incluem os sintomas existentes em todas as condições, e mesmo não colocando o indivíduo em risco de vida, trazem incômodos, comprometendo a qualidade de vida (OMS, 2005).

O conceito de Doença Crônica Não Transmissível (DCNT) é usado para nomear grupos de doenças caracterizados por ausência de microorganismos, pela não transmissibilidade, pelo longo caso clínico e pela irreversibilidade da doença (Goulart, 2011).

Para Goulart (2011), a DCNT apresenta como a multiplicidade de fatores de risco, longo período de latência, longo período assintomático, manifestações clínicas com período sem sinais da doença e de complicações, evolução para incapacidade e morte.

A DCNT, de modo geral acomete a população adulta, com 75% de casos ocorrendo entre a faixa etária de 15 a 65 anos, sendo que com idade acima de 65 anos, apresentam maior frequência e é comum o aparecimento de outras patologias crônicas em conjunto (Goulart, 2011).

Atualmente as maiores causas de morte do mundo são representadas pelas doenças crônicas não transmissíveis, sendo que, em 2008, foram verificadas 36 milhões de mortes, ou seja, 63% do total global de mortes. Desse total, 78% das mortes ocorreram em países de média e baixa renda. Além das mortes, destacam-se as sequelas e incapacidades deixadas pela doença, além do sofrimento e do alto número de anos de vida perdidos (Goulart, 2011).

Previsões indicam o aumento e agravamento dessas enfermidades nos países em desenvolvimento. No ano de 2020 é estimado que 80% das mortes por DCNT ocorrerão por motivos de mudanças no estilo de vida, ocasionados pelo processo de industrialização, urbanização, desenvolvimento econômico e conseqüentemente envelhecimento populacional (Goulart, 2011).

Pelo fato da maior proporção mundial dos óbitos por DCNT ocorrerem nos países desenvolvidos em especial no Brasil, a OMS (2003), realizou uma discussão sobre a necessidade de criar intervenções, objetivando o enfrentamento do problema e a necessidade desse grupo de doenças tornarem prioridade para os serviços de saúde (Goulart, 2011).

O fato de que as doenças crônicas não transmissíveis já superam as doenças transmissíveis estatisticamente, ocorre devido à transição demográfica se associar com uma transição de natureza epidemiológica (Goulart, 2011).

O órgão responsável pela Pesquisa Nacional de Amostras de Domicílios (PNAD), demonstrou que de um terço de brasileiros entrevistados, ou cerca de 60 milhões de pessoas, constatarem ter uma doença crônica. Além disso, outra parcela da população (aproximadamente 5,9%) afirma ter três ou mais doenças crônicas (Goulart, 2011).

Além disso, doenças crônicas não transmissíveis como, por exemplo, o diabetes e as doenças cardiovasculares, podem diminuir a produtividade no trabalho acarretando assim na diminuição da renda familiar (Goulart, 2011). Segundo a OMS entre o ano de 2006 e 2015, a perda na economia será de 4,18 bilhões de reais, o que nos faz concluir que essas doenças influenciam o alcance das metas de desenvolvimento do milênio, que abrangem temas como saúde, educação e combate a pobreza, aspecto também verificado, na maioria dos países (Goulart, 2011). Sendo as DCNT, responsáveis por mais de 60% dos óbitos, as doenças cardiovasculares (DCV) são as principais causas de morte, representando quase um terço dos óbitos (Duarte, 2010).

Para tanto são necessárias ações de promoção da saúde, como prevenção e controle dessas doenças, com o intuito de adquirir comportamentos e hábitos de vida mais saudáveis, bem como o monitoramento contínuo da prevalência dos fatores de risco (Duarte, 2010).

Segundo a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) (2011), tornam-se o alvo principal das práticas de prevenção de doenças e agravos, como também das práticas de promoção da saúde, os indivíduos que possuem fatores de riscos, tanto para o desenvolvimento de DCNT, como para complicações decorrentes dessas patologias. Essas práticas têm como objetivo a busca da qualidade de vida e a redução de riscos à saúde.

É necessário identificar a frequência dos fatores de risco na população, direcionando as ações e orientando os profissionais e indivíduos na linha do cuidado. A vigilância em saúde é uma estratégia importante para monitorar os fatores de risco. Através dela é possível identificar a população alvo de prática de prevenção primária e secundária, como também para práticas de promoção da saúde (ANS, 2011).

A partir dos estudos microeconômicos pode-se ver a consequência das doenças crônicas e de outras em geral sobre as famílias, afetando diretamente a produtividade e a educação individual (Goulart, 2011).

No que diz respeito à produtividade, as doenças crônicas afetam a força de trabalho que é diminuída pelo fato de que o indivíduo portador aposenta-se precocemente, tem seu quantitativo de horas trabalhadas reduzido comprometendo diretamente os salários ganhos e a posição alcançada (Goulart, 2011).

Em 2007, cerca de 72% das mortes no Brasil foram atribuídas às DCNT, (doenças cardiovasculares, doenças respiratórias crônicas, diabetes, câncer e outras, inclusive doenças renais), 10% às doenças infecciosas e parasitárias e 5% aos distúrbios de saúde materno-infantis. Essa distribuição contrasta com a de 1930, quando as doenças infecciosas respondiam por 46% das mortes nas capitais Brasileiras (Schmidt *et al.*, 2011).

Essa mudança radical ocorreu devido às mudanças e melhorias na saúde pública brasileira através do desenvolvimento econômico e social da época. Ao mesmo tempo em que a pirâmide etária produziu uma maior relatividade entre adultos e idosos (IBGE, 2009).

Devido ao aumento da importância e das consequências das DCNT, elas tem se tornado prioridade na saúde pública brasileira no âmbito que suas políticas de prevenção e controle tem se intensificado (Goulart, 2011).

É necessário que o apoio político seja reforçado para que as políticas preventivas sejam prioridade. Bem como os fatores de risco, por exemplo, a obesidade, além de metas nacionais que precisam ser desenvolvidas para a redução das doenças crônicas (Who, 2009; Cecchini *Et Al.*, 2010; Geneau *et al.*, 2010).

O sistema de saúde brasileiro precisa fortalecer a assistência aos portadores de DCNT frente aos modelos de atenção a condições crônicas com base em experiências das Estratégias Saúde da Família; acesso ampliado a medicamentos; maior comunicação entre a atenção básica; integração entre ações programáticas para doenças crônicas (WHO, 2011).

É de fundamental importância que para melhorar as desigualdades em saúde, seja programadas estratégias específicas, de acordo com as recomendações da Comissão Nacional Brasileira sobre Determinantes Sociais da Saúde (ANS, 2011).

3.5 Programa de Gerenciamento de Doenças *In Company*

A implantação nas empresas do Programa de Gerenciamento de Doenças Crônicas possibilita maior conscientização dos indivíduos em relação a todos os agravos à saúde, motivando-os a adotar um estilo de vida saudável. Com isso, verifica-se a adesão às orientações a prevenção das complicações relacionadas à doença (ANS, 2011).

Neste sentido, é relevante para as empresas a implantação destes programas de monitoramento na busca de melhor qualidade de vida, maior produtividade, redução de

absenteísmo e utilização da sinistralidade, ou seja, avaliação do impacto financeiro do programa, analisando a variação das despesas médicas da empresa com seus funcionários (Milani; Lavie, 2009; Baicker *et al.*, 2010).

Em 2009, no Estado de Goiás, uma indústria do setor automobilístico formou um comitê de saúde composto por uma equipe multidisciplinar, com o intuito de estabelecer estratégias para a implantação de um Programa de Promoção de Saúde na empresa. Este programa foi intitulado “Viva Saúde”.

O Programa de Gerenciamento de Doenças Crônicas nesta empresa tem o objetivo de acompanhar trabalhadores portadores de diabetes *mellitus*, hipertensão arterial, doenças cardíacas, dislipidemias e obesidade mórbida.

Anualmente, é realizado na empresa um mapeamento dos trabalhadores por meio da aplicação de um *Screening de Saúde* com o objetivo de identificar a população de risco e portadores de doenças crônicas, denominados elegíveis para o gerenciamento de doenças.

Os líderes do setor onde trabalham são sensibilizados sobre os objetivos do programa e os trabalhadores encaminhados ao ambulatório da empresa para a explanação dos objetivos e frequência da assistência e assinarem o termo de adesão e consentimento para acompanhamento.

O monitoramento é realizado por enfermeira e nutricionista, por meio de consultas individuais. Durante o atendimento, é realizado anamnese, exame físico, aferição de pressão arterial, glicemia capilar, avaliação neurológica do pé diabético, orientações sobre a patologia existente, pesagem, medida da circunferência abdominal, cálculo do índice de massa corpórea, avaliação do consumo alimentar, prescrições e orientações dietoterápicas, conscientizando os trabalhadores a terem comportamentos saudáveis e preventivos. A periodicidade do monitoramento é de acordo com o grau de comprometimento da doença de acordo com os protocolos elaborados pela consultora de saúde que atende a empresa.

O protocolo de saúde cardiovascular (Anexo1) é utilizado para os portadores de hipertensão arterial, doenças cardiovasculares e dislipidemia. Para realizar a estratificação do grau de comprometimento da doença é realizado o exame físico e determinação dos fatores de risco segundo o Escore de Framingham. Em seguida, os pacientes são classificados de acordo com os grupos de risco proposto pelo Ministério da Saúde (Xavier *et al.*, 2013), apresentados no Quadro 1.

Quadro 1 - Classificação de risco cardiovascular proposto pelo Ministério da Saúde. Catalão, 2015

Grupos	Risco	Periodicidade de Atendimento
Grupo 0	Baixo Risco	Bimestral
Grupo A	Médio Risco	Bimestral
Grupo B	Alto Risco	Mensal
Grupo C1 e C2	Altíssimo risco	Mensal

Fonte: Brasil, 2006.

Esta estratificação possibilita determinar o risco de angina, infarto do miocárdio ou de morrer de doenças cardíacas em 10 anos. O risco é considerado baixo quando o escore é inferior a 10%, intermediário quando está entre 10 e 20% e alto quando é superior a 20% (Xavier *et al.*, 2013).

Para monitoramento dos portadores de diabetes *mellitus*, é utilizado um protocolo específico (Anexo 2). A estratificação de risco é realizada com o exame físico e avaliação de lesões em órgãos alvo como presença de retinopatia diabética, nefropatia, amputações de membros inferiores e doenças cardíacas, e por meio da análise dos grupos de risco segundo o grau de comprometimento da patologia (Xavier *et al.*, 2013).

Quadro 2 - Classificação de comprometimento de diabetes *mellitus*, segundo o grau de comprometimento da patologia, de acordo com o Ministério da Saúde. Catalão, 2015

Grupos	Risco	Periodicidade de atendimento
Grupo 1	Diabetes sem complicações micro e macrovasculares.	Bimestral
Grupo 2	Diabetes tipo 2 com complicações microvasculares.	Mensal
Grupo 3	Diabetes tipo 2 com complicações micro e/ou macrovasculares.	Mensal

Fonte: BRASIL, 2006.

A ANS afirma que estes programas incentivam a qualidade de vida nas empresas e trazem benefícios para os trabalhadores participantes, para a empresa e para a operadora de saúde que o assiste, tendo em vista o aumento da produtividade e a redução do absenteísmo (ANS, 2011).

Os resultados do Programa de Gerenciamento de Doenças Crônicas podem ser verificados por meio dos indicadores de saúde estabelecidos na abordagem do programa implantado (ANS, 2011).

4 MÉTODO

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo do tipo transversal realizado em uma indústria automobilística, situada no Centro-Oeste goiano no município de Catalão-GO, desde 1999, a qual atualmente apresenta um quadro de 2.969 funcionários. A escolha da empresa pela territorialização em Catalão se deu de forma aleatória. Um dos motivos é que no sudeste goiano esta cidade está situada em uma rede territorial que favorece a circulação e a reprodução do capital.

4.2 População e amostra

A população estudada foi constituída pelo universo dos trabalhadores diagnosticados com hipertensão arterial, dislipidemia e diabetes *mellitus*, que participavam do Programa de Gerenciamento de Doenças Crônicas segundo o protocolo de gerenciamento de doenças cardiovasculares e diabetes *mellitus* implantado pela consultora de saúde da empresa.

A amostra foi constituída de forma independente, por conveniência, por aqueles trabalhadores inscritos no programa. A primeira etapa teve caráter retrospectivo, onde buscou identificar no banco de dados do Programa Gerenciamento de Doenças Crônicas quais os trabalhadores estavam inscritos no programa e que apresentavam DCNT. Após a análise do banco de dados, verificou que havia 82 trabalhadores inscritos. Todos foram convidados para participar da entrevista, mas no período da coleta da pesquisa, 8(oito) trabalhadores se encontravam de férias, 6 (seis) afastados por motivos de saúde, 13 foram desligados da empresa e 12 não obteve autorização para ausentar do local de trabalho para participar da pesquisa. Portanto, a amostra final contou com a participação de 43 trabalhadores.

A segunda etapa realizou-se o corte transversal com a finalidade de verificar a qualidade de vida relacionada à saúde dos trabalhadores que apresentaram alterações nos indicadores de saúde.

4.3 Procedimento de Coleta de Dados

A coleta de dados ocorreu no período de novembro de 2014 a janeiro de 2015 no ambulatório da indústria adscrita, conforme a disponibilidade dos trabalhadores participantes da pesquisa.

Primeiramente foi realizada uma análise do banco de dados dos trabalhadores inscritos no Programa de Gerenciamento de Doenças, de acordo com as variáveis: gênero, idade, estado civil, presença de doenças cardiovasculares e diabetes *mellitus*.

Os trabalhadores que apresentaram alterações cardiovasculares e/ou diabetes *mellitus* foram convidados a participar da pesquisa e também a responder um instrumento de avaliação de QVRS, conhecido como Medical Outcomes Study Questionnaire 36-Item Short Form Health Survey (SF-36) (Anexo 3).

O SF-36 é um instrumento genérico de avaliação de QVRS, desenvolvido por Ware e Sherbourne, em 1992, para ser utilizado em prática e pesquisa clínica, avaliações de políticas de saúde e pesquisas gerais na população. Avalia tanto aspectos negativos da saúde (doença ou enfermidade) como os aspectos positivos (bem-estar) (Carvalho *et al.*, 2013).

Este instrumento foi traduzido, validado e adaptado para a realidade brasileira, por Ciconelli e colaboradores (1999), sendo desenvolvido um protocolo para tradução e validação do SF 36, de acordo com etapas propostas pelos coordenadores do *International Quality of life Assesment Project (IQOLA)* e existentes em pesquisas que abordam a metodologia da tradução de questionários para outros idiomas. Ele é um dos instrumentos genéricos mais utilizados na área de pesquisa sobre QVRS em todo o mundo (Piccolo, 2015).

A validade do SF-36 também é comprovada e demonstrada através do uso de pesquisas de diferentes nacionalidades e patologias, possibilitando comparações de diferentes enfermidades ou um grupo com um modelo populacional (Piccolo, 2015).

O SF-36 é um questionário multidimensional, composto por 11 questões e 36 itens que englobam oito componentes (domínios ou dimensões), representados por Capacidade Funcional (dez itens), Aspectos Físicos (quatro itens), Dor (dois itens), Estado Geral da Saúde (cinco itens), Vitalidade (quatro itens), Aspectos Sociais (dois itens), Aspectos Emocionais (três itens), Saúde Mental (cinco itens) e uma questão comparativa sobre a percepção atual da saúde e há um ano. O indivíduo recebe um escore em cada domínio, que varia de 0 a 100, sendo 0 o pior escore e 100 o melhor e cada domínio é analisado em separado. Este instrumento avalia tanto aspectos negativos (doenças) como aspectos positivos (bem-estar) (Santos; Abdala, 2014).

Esses domínios do SF-36 demonstram a capacidade das pessoas executarem atividades diárias e o que sentem quando estão executando. Além de mensurar conceitos relacionados à saúde e condições afetadas por doenças ou tratamento (Pelliciotti, 2009).

Para comprovar a relevância do instrumento realizaram uma revisão de 3.921 artigos sobre QV publicados na língua inglesa nos anos de 1990 a 1999, a qual confirmou entre os instrumentos genéricos utilizados, que o SF-36 foi o mais utilizado (Santos, 2009).

Também, em São Paulo (Santos, 2009), trabalharam em uma revisão da produção científica das Universidades Públicas do Estado, sobre a QV e concluíram que o instrumento SF-36 foi o mais utilizado, correspondendo a 34% dos estudos revisados.

4.4 Análise Estatística

Os dados coletados foram armazenados em planilha de Excel e analisadas no programa *Statistical Package Social Science* (SPSS 20). As variáveis independentes selecionadas foram equivalentes às que têm sido tradicionalmente utilizadas em pesquisas sobre fatores relacionados à qualidade de vida pelo SF-36, lembrando que esse instrumento é composto por 11 questões e 36 itens que englobam oito domínios.

As análises das variáveis foram expressas através da frequência, porcentagem, média e desvio padrão. A comparação com outras variáveis categóricas foi feita por meio de tabelas de contingência. Utilizou-se o teste qui-quadrado para alegoria de proporções. Quando uma das frequências esperadas foi inferior a cinco, utilizou-se o teste de Fisher. O nível de significância estatística estabelecida foi $p < 0,05$.

O cálculo do SF-36 foi transformando as questões em domínios. Para cada um dos domínios (Capacidade Funcional, Aspectos Físicos, Dor, Estado Geral da Saúde, Vitalidade, Aspectos Sociais, Aspectos Emocionais e Saúde Mental) existe um cálculo diferente que varia de 0 a 100. O resultado é chamado de Raw Scale, porque o valor final tem unidade de medida.

A 2ª questão avalia a saúde no período de um ano anterior à aplicação do questionário, é importante para avaliar a evolução da doença, ela não é usada para pontuar nenhum dos domínios (Almeida, 2012).

A Capacidade funcional é o primeiro domínio a ser calculado, corresponde a 3º questão onde é feita a soma dos valores obtidos em todos os itens, subtraindo-se pelo limite inferior (10), multiplicando-se por cem e dividindo-se pela variação (20). O valor para a capacidade funcional é 55, em uma escala que varia de 0 a 100, onde zero é o pior estado e cem é o melhor.

A pontuação da limitação por Aspectos Físicos que corresponde a 4º questão é feita somando-se os valores obtidos nos itens, subtraindo pelo limite inferior (4), multiplicando por 100 e dividindo pela variação (4).

O domínio Dor corresponde as questões 7 e 8. Elas serão somadas e aplicadas na fórmula, onde o valor obtido nestas questões será subtraído pelo limite inferior (2), multiplicado por 100 e dividido pela variação (10). Sendo que a 7ª questão é pontuada de acordo com a resposta equivalente ao valor preestabelecido na tabela de ponderação de dados, a seguir:

- Se a resposta for (1), a pontuação será (6,0)
- Se a resposta for (2), a pontuação será (5,4)
- Se a resposta for (3), a pontuação será (4,2)
- Se a resposta for (4), a pontuação será (3,1)
- Se a resposta for (5), a pontuação será (2,0)
- Se a resposta for (6), a pontuação será (1,0)

A resposta da questão 8 depende da nota da questão 7:

- Se 7=1 e se 8=1 o valor da questão é 6
- Se 7=2 a 6 8=1 o valor da questão é 5
- Se 7=2 a 6 8=2 o valor da questão é 4
- Se 7=2 a 6 8=3 o valor da questão é 3
- Se 7=2 a 6 8=4 o valor da questão é 2
- Se 7=2 a 6 8=5 o valor da questão é 1

Se a questão 7 não for respondida, o escore da questão 8 passa a ser o seguinte:

- Se a resposta for (1), a pontuação será (6)
- Se a resposta for (2), a pontuação será (4,75)
- Se a resposta for (3), a pontuação será (3,5)
- Se a resposta for (4), a pontuação será (2,25)
- Se a resposta for (5), a pontuação será (1,0)

O valor obtido para este domínio é 74, numa escala que varia de zero a cem, onde 0 é o pior estado e 100 é o melhor.

A pontuação para o domínio do estado geral de saúde que corresponde as questões 1 e 11 do questionário, onde os valores obtidos nessas questões serão somados entre si em seguida serão subtraídos pelo limite inferior (5), multiplicado por 100 e dividido pela variação (20). Sendo que na questão 1:

- Se a resposta for (1), a pontuação será (5,0)
- Se a resposta for (2), a pontuação será (4,4)
- Se a resposta for (3), a pontuação será (3,4)
- Se a resposta for (4), a pontuação será (2,0)
- Se a resposta for (5), a pontuação será (1,0)

Na questão 11, os itens deveram ser somados, porém os itens B e D deveram seguir a seguinte pontuação:

- Se a resposta for (1), o valor será (5)
- Se a resposta for (2), o valor será (4)
- Se a resposta for (3), o valor será (3)
- Se a resposta for (4), o valor será (2)
- Se a resposta for (5), o valor será (1)

A pontuação para o domínio da Vitalidade correspondente a questão 9 (itens A, E, G, I), onde a pontuação para os itens A e E deverá seguir a seguinte orientação:

- Se a resposta for (1), o valor será (6)
- Se a resposta for (2), o valor será (5)
- Se a resposta for (3), o valor será (4)
- Se a resposta for (4), o valor será (3)
- Se a resposta for (5), o valor será (2)
- Se a resposta for (6), o valor será (1)

Para os itens G e I o valor será mantido o mesmo. A finalização do cálculo deste domínio será feita somando os valores obtidos em cada item, subtraindo pelo limite inferior (4), multiplicando por 100 e dividindo pela variação (20).

A pontuação para o domínio dos Aspectos Sociais correspondente as questões 6 e 10, que serão somadas e subtraídas pelo limite inferior (2), multiplicada por 100 e dividida pela variação (8). Sendo que para a questão 10 considera-se o mesmo valor da resposta obtida e para 6:

- Se a resposta for (1), a pontuação será (5)
- Se a resposta for (2), a pontuação será (4)
- Se a resposta for (3), a pontuação será (3)
- Se a resposta for (4), a pontuação será (2)
- Se a resposta for (5), a pontuação será (1)

A pontuação para o domínio da limitação por aspectos emocionais se dá pela soma dos valores da questão 5, que vai ser subtraído pelo limite inferior (3), multiplicado por cem e dividido pela variação (3).

A pontuação para o domínio da saúde mental correspondente a questão 9 (itens B, C, D, F e H), serão somados entre si, subtraídos pelo limite inferior (5), multiplicados por 100 e divididos pela variação (25). Sendo que nesta questão, a pontuação para os itens D e H deverá seguir a seguinte orientação:

- Se a resposta for (1), o valor será (6)

- Se a resposta for (2), o valor será (5)
- Se a resposta for (3), o valor será (4)
- Se a resposta for (4), o valor será (3)
- Se a resposta for (5), o valor será (2)
- Se a resposta for (6), o valor será (1)

Para os demais itens (B, C, F), o valor será mantido o mesmo.

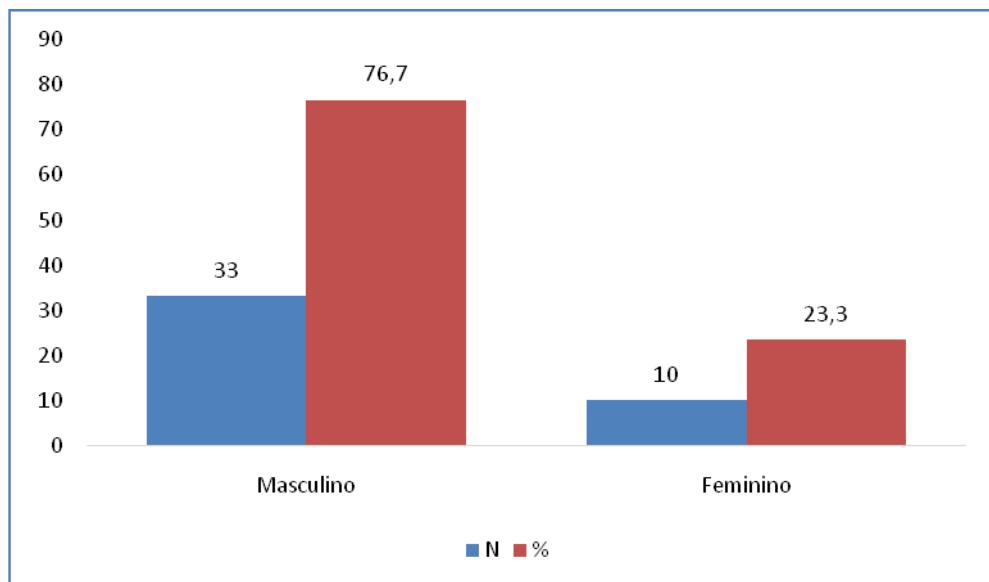
4.5 Aspectos Éticos

Esta pesquisa obteve autorização do Diretor dos Recursos Humanos da indústria automobilística (Apêndice 1) e a aprovação do Comitê de Ética da Universidade Federal de Goiás (CEP/UFG) sob o parecer número 705.333 (Anexo 4). Todo participante recebeu as informações relativas aos objetivos do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 2). De acordo com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012).

5 RESULTADOS

Participaram da pesquisa 43 trabalhadores em uma empresa automobilista de grande porte situada no estado de Goiás no Centro-Oeste brasileiro, a distribuição com relação ao gênero foi de 33 indivíduos do sexo masculino com 76,7% e 10 do feminino, com 23,3%, conforme a Figura 01.

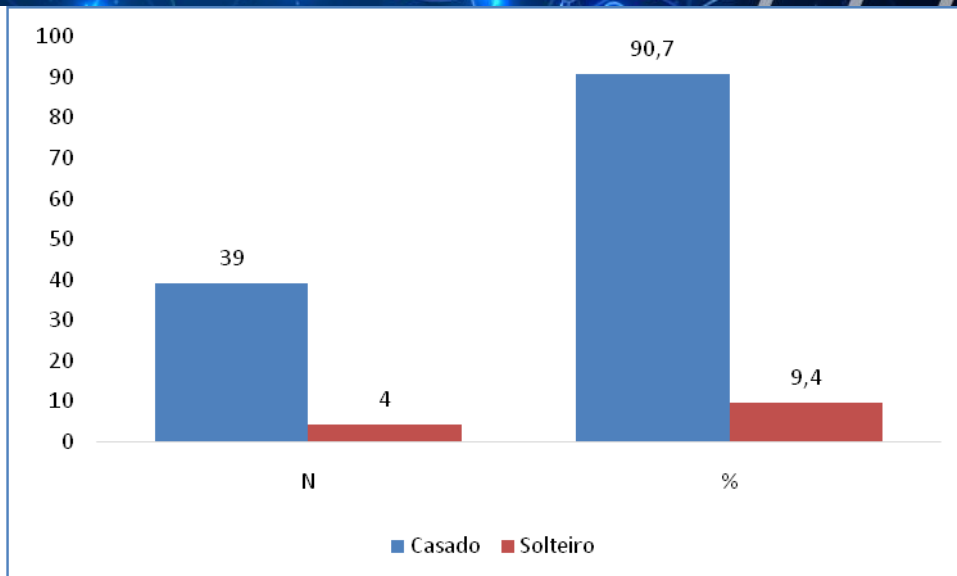
Figura 01 - Distribuição quanto a gênero da amostra estudada de uma empresa automobilística. Catalão, 2015



Fonte: Dados da Pesquisa

O estado civil casado (a) foi informado pela maioria dos entrevistados totalizando 39 trabalhadores (90,7%), sendo que 4 responderam ser solteiros (9,4%). Dados ilustrados na Figura 02.

Figura 02 - Distribuição quanto a estado civil da amostra de uma empresa automobilística. Catalão, 2015



Fonte: Dados da Pesquisa

Em relação à idade a média foi de 40,79 anos com desvio padrão de 10,23 anos (idade mínima de 27 anos e máxima de 66). As idades foram agrupadas em intervalos conforme demonstrado na tabela 01 (PIMENTA *et al.*, 2008).

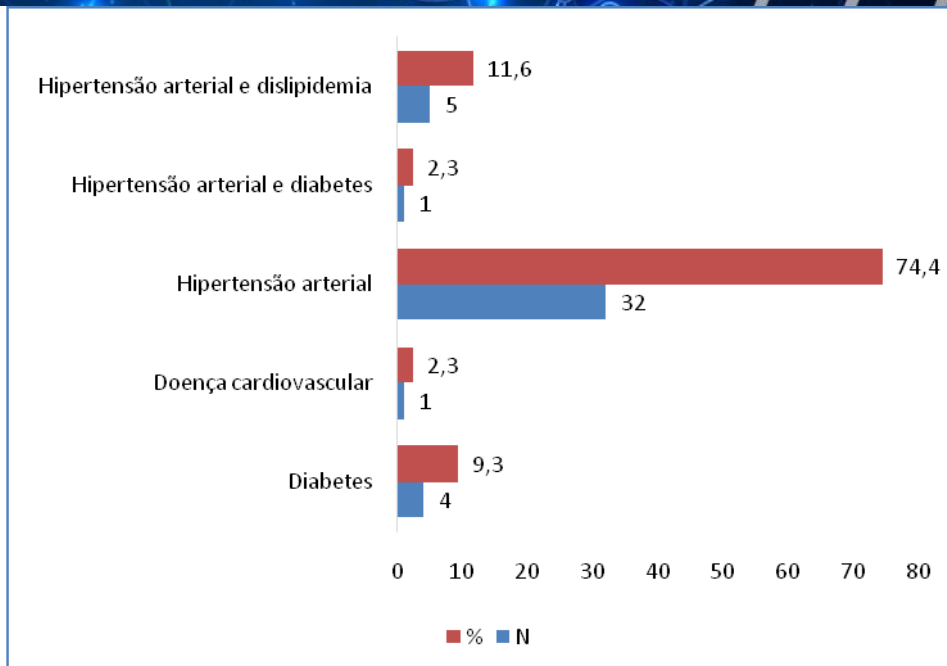
Tabela 01 - Distribuição das idades em anos, da amostra separada em intervalos conforme PIMENTA *et al.* (2008) e adaptada para a este estudo. Catalão, 2015

Mínimo	Máximo	Média	Desvio-Padrão
27	66	0,79	10,234
Intervalo	N	%	
25 – 34	14	32,6	
35 – 44	18	42,1	
45 – 54	5	11,6	
55 – 66	6	9	

Fonte: Dados da Pesquisa

Ao realizar uma análise no banco de dados do Programa de Gerenciamento de Doenças Crônicas, identificamos quais foram as DCNT que estavam acometendo os trabalhadores, verificou que houve a prevalência de hipertensão arterial 32/43 (74,4%), seguidas de hipertensão arterial associada á dislipidemia 5/43 (11,6%), diabetes *mellitus* 4/43 (9,3%), doenças cardiovasculares, hipertensão arterial associada á diabetes *mellitus*, apresentaram os mesmos valores 1/43 (2,3%), conforme apresenta na Figura 03.

Figura 03 - Distribuição dos trabalhadores com relação as comorbidades apresentadas de uma empresa automobilística. Catalão, 2015.



Fonte: Dados da Pesquisa

Os dados apresentados a seguir são relacionados aos oito domínios do instrumento SF-36 que avalia a qualidade de vida relacionada à saúde.

Para cada um dos domínios do questionário, foram calculados os valores de média e desvio padrão.

Percebe-se na Tabela 02 que a maior média do escore obtido foi no domínio limitação por Aspectos Físicos (Média: 92,44; DP= 15,94), seguidos por limitação por aspectos emocionais (Média: 89,92; DP= 21,25), Capacidade Funcional (Média: 87,79; DP= 15,13), Aspectos Sociais (Média: 87,5; DP= 15,9) e Saúde Mental (Média: 80,09; DP= 14,19). Em contrapartida, o domínio dor apresentou média 71,14 (DP= 19,32), enquanto Vitalidade obteve 70,7 (DP= 17,27), indicando valores moderados. Já o Estado Geral da Saúde (Média: 63,19; DP= 17,84) aproximou-se de um pior escore.

Tabela 02 - Distribuição dos valores dos domínios avaliados pelo SF-36 de uma empresa automobilística. Catalão, 2015

	Mínimo	Máximo	Média	Desvio- Padrão
Domínio Capacidade Funcional	35,00	100,00	87,7907	15,13048
Domínio por Aspectos Físico	25,00	100,00	92,4419	15,93783
Domínio Dor	20,00	90,00	71,1395	19,31762
Domínio Estado Geral de Saúde	17,00	97,00	63,1860	17,84357
Domínio Vitalidade	40,00	100,00	70,6977	17,27169
Domínio Aspectos Sociais	37,50	100,00	87,5000	15,90523
Domínio por Aspectos Emocionais	33,33	100,00	89,9225	21,25044
Domínio Saúde Mental	44,00	100,00	80,0930	14,19560

Fonte: Dados da Pesquisa

Ao correlacionamos a idade e os domínios da QVRS, verificamos que há diferença apenas nos intervalos entre 35 a 44 anos e 55 a 66 para o domínio Estado Geral de Saúde. Em relação aos domínios Capacidade Funcional, Aspectos Físicos, Aspectos Sociais e Aspectos Emocionais foram observadas pontuações prevalentes no intervalo de 35 a 44 anos. No domínio Dor as idades estavam relativamente bem distribuídas entre as maiores pontuações, porém os intervalos que correspondem às idades entre 25 a 44 anos foram mais predominantes. Em relação ao domínio Vitalidade, as idades afetadas foram 32 e 35 anos, o que ocorreu também no domínio Saúde Mental, apresentando alterações somente nas idades de 32 e 44 anos. Portanto, os adultos, que corresponde à população que possui entre 20 a 59 anos, segundo IBGE (2013), apresentaram melhor qualidade de vida. Dados demonstrados na Figura 04.

Figura 04 - Correlação entre os intervalos de idade com os domínios do instrumento SF-36. Catalão, 2015



Fonte: Dados da Pesquisa

6 DISCUSSÕES

No presente estudo houve predominância do sexo masculino, desse modo apresentou um escore maior de pontuação. Dados esses que corroboram com as pesquisas de Malta *et al.*

(2011), que afirma que os homens apresentam maior prevalência dos fatores de risco para as doenças crônicas não transmissíveis, como: alimentação inadequada, obesidade, tabagismo, uso de bebidas alcoólicas e sedentarismo. Entretanto segundo o autor, esses dados têm mudado ao longo do tempo devido à transição de hábitos femininos para masculino que as mulheres vêm adotando como: sedentarismo, excesso de peso, uso excessivo do tabaco e bebidas alcoólicas. Com isso as mulheres estão suscetíveis às doenças crônicas não transmissíveis tanto quanto os homens.

Os trabalhadores casados apresentaram maior pontuação em todos os domínios, exceto para o domínio Vitalidade. A prevalência de indivíduos casados é uma variável sócio demográfica relevante na assistência às doenças crônicas (Amorim, 2009). Segundo o autor para atingir as metas do tratamento da doença é necessária aceitação da mesma, apoio familiar e motivação pessoal.

O suporte familiar diante do enfrentamento dos desafios da doença é crucial, mas a falta de atenção do sistema de saúde aos familiares quanto às alternativas de inclusão no tratamento de seus parentes e as formas de apoio deste, faz com que quase sempre a família fique alheia ao problema (Amorim, 2009).

A comorbidade com maior ocorrência na amostra foi hipertensão arterial, como já visto na Figura 03, sendo significativa apenas para as idades entre 25 a 34 anos, nos mais jovens da amostra em estudo, e mais frequente nos homens. As doenças crônicas acarretam diminuição da qualidade de vida. Os portadores devem aprender a conviver com a doença e suas limitações, visto que a mesma requer uma adaptação tanto do paciente quanto da sua família em vários aspectos distintos (Azevedo *et al.*, 2013).

A fim de melhorar a saúde do paciente com condições crônicas, realiza-se o atendimento com o intuito de reduzir os sintomas, deficiência, restabelecer o seu estado funcional e monitorar a dor, oferecendo uma melhor qualidade de vida ao indivíduo por meio da prevenção secundária (Bossola *et al.*, 2010).

É necessário destacar a importância de implantar políticas públicas para melhor acesso aos serviços de saúde, planejar programas de educação continuada, além de proporcionar estilos de vida mais saudáveis (Oliveira *et al.*, 2013). Através das mudanças de comportamento reduzindo os fatores de risco como tabagismo, consumo excessivo de álcool, sedentarismo e alimentação inadequada, as doenças crônicas não transmissíveis como hipertensão arterial, dislipidemia, doenças cardiovasculares e diabetes *mellitus* podem ser evitadas (BRASIL, 2013).

De acordo com a OPAS (2011) devido ao desenvolvimento sócio econômico, vem ocorrendo uma transformação do perfil epidemiológico da saúde no Brasil. Uma justificativa para isso é a superioridade das doenças não infecciosas sobre as infecciosas. A presente transição epidemiológica após a demográfica ocorreu devido à acentuada queda das doenças infecciosas agudas e pelo aumento das doenças crônicas degenerativas em especial as cardiovasculares e diabetes.

Todos os trabalhadores entrevistados na pesquisa são portadores de doenças crônicas e fazem tratamento medicamentoso, além de participar do programa de gerenciamento de doenças na empresa. É primordial que além do uso de farmacológicos, seja realizada educação continuada em relação à adesão ao tratamento, a fim de reduzir os fatores de risco considerados modificáveis. Isso justifica o fato dos trabalhadores apresentarem a maioria dos escores positivos na avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde. Pois os mesmos recebem acompanhamento contínuo por profissionais capacitados, no que se refere ao controle pressórico, glicêmico, estilo de vida e cuidados preventivos.

Através do controle da doença promovido pelo Programa de Gerenciamento de Doenças Crônicas, conseqüentemente aumenta-se a qualidade de vida, produtividade, a educação quanto à utilização dos serviços de saúde e a redução dos gastos, o que se torna um benefício tanto ao paciente quanto a empresa em que ele trabalha.

Analisando os 43 trabalhadores através do questionário SF-36, pode-se observar que em todos os domínios analisados alcançou uma média acima de 50,0 pontos, valor considerado adequado para a Qualidade de Vida, onde o domínio limitação por Aspectos Físicos apresentou maior escore enquanto o Estado Geral da Saúde apresentou comprometimento. Os nossos achados discordaram com a pesquisa de Ramos; Oliveira e Freitas (2009), em que um estudo realizado em Belo Horizonte, utilizando o SF-36 para pessoas com condições crônicas. Obteve-se maior valor para a dimensão Aspectos Sociais e o menor valor para o escore da dimensão Dor.

A Capacidade Funcional descrita na Tabela 02 aborda as tarefas leves e moderadas realizadas no dia-a-dia, os entrevistados obtiveram a média de 87,79, indicando que os trabalhadores apresentam quase ou nenhuma dificuldade em realizar atividade cotidiana, corroborando com a pesquisa de Bacha *et al.* (2012), que apresentaram no seu estudo uma média nesse domínio de 87,79.

De acordo com Fernandes; Vasconcelos e Silva (2009), o conceito de Capacidade Funcional para o trabalho vem-se destacando em pesquisas na área de saúde ocupacional. Com isso vem surgindo a criação de políticas de saúde com elaboração de instrumentos de avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde, contribuindo com a preservação e promoção da saúde do trabalhador.

Na autoavaliação do Aspecto Físico (Tabela 02), os trabalhadores apresentaram média de 92,44, indicando nenhum problema no trabalho em consequência de sua saúde física, discordando com os estudos de Ferreira *et al.* (2011) onde alcançaram a pontuação de 0,00, caracterizando uma pior qualidade de vida nesse domínio. Para Seidl e Zannon (2004), os termos qualidade de vida e estado de saúde na maioria das vezes apresentam na literatura como sinônimo isso acontece devido a saúde depender do Aspecto Físico e está relacionada com a qualidade de vida.

O domínio Dor (Tabela 02) avalia a interferência do fenômeno nas atividades cotidianas, observaram-se índices moderados, média de (71,14), discordando dos dados de Ramos; Oliveira e Freitas (2009), que apresentou índice baixo com média de (55,10), mostrando interferência da Dor na vida dos entrevistados.

Estudo realizado por Magnobosco (2007) aponta uma redução da qualidade de vida de pacientes com hipertensão arterial devido interferência da Dor.

Em um estudo sobre qualidade de vida e percepção da doença entre portadores de hipertensão arterial realizados por Brito *et al.* (2008) mesmo a doença hipertensiva sendo considerada silenciosa e assintomática, algumas pessoas portadoras da doença ao serem questionadas sobre a dor, relataram sentir dores de cabeça, tonteiras, dores no peito, agitação, alterações visuais e nos batimentos cardíacos. Entretanto percebe-se que as pessoas apresentam sensações específicas que trazem como consequência, prejuízo na qualidade de vida.

Neste estudo, o domínio Estado Geral da Saúde demonstrado na Tabela 02, apresentou escore baixo com média de (63,19). Sugerindo prejuízo no Estado Geral de Saúde dos trabalhadores portadores de doenças crônicas. Esse dado correlaciona com os resultados da pesquisa de Carvalho *et al.* (2012), em um estudo realizado no Maranhão, que apresentou média de (60,7). Em outras pesquisas de Souza (2008), esse domínio obteve média de (49,33).

Na Tabela 02, verificou-se que os trabalhadores possuem uma Vitalidade dentro da média de (70,7). Esse valor indica que a maioria dos entrevistados apresenta boa parte do tempo ou todo o tempo sensação de energia e vigor. Na pesquisa de Fernandes; Vasconcelos e Silva (2009) demonstra que os entrevistados apresentaram média de (71,9), considerada uma boa Vitalidade.

Segundo Fernandes; Vasconcelos Silva (2009) por se tratar de um estado subjetivo a satisfação no trabalho é um termo difícil de ser definido e pode variar de pessoa a pessoa, de circunstância para circunstância e durante o longo do tempo para a mesma pessoa, segundo a análise do questionário SF 36.

No que se refere ao Aspecto Social (Tabela 02), os entrevistados relataram apresentar pouca ou nenhuma interferência de problemas de saúde, lograram média de (87,5). Indicando que esse domínio conduz os indivíduos a uma qualidade de vida moderada. Este valor está de acordo com uma pesquisa sobre a qualidade de vida em pacientes com cardioversor desfibrilador implantáveis desenvolvida por Cesarino *et al.* (2011) que atingiram média de 80,5. Sendo o fator menos afetado na vida desses pacientes.

Observou-se na Tabela 02, que o Aspecto Emocional encontra-se em um valor adequado, com média de (89,92). Divergindo dos estudos de Barros *et al.* (2014), onde avaliaram os aspectos de qualidade de vida em pacientes pós implante de marca passo cardíaco e alcançaram uma média nesse domínio de (62,6). Martins (2010) assegura que a teoria do estresse emocional é baseada na verificação de como o organismo reage as demandas do ambiente externo, onde o estresse é produzido em ocasiões onde as demandas ultrapassam as capacidades individuais de responder a esses estímulos.

Em relação ao domínio Saúde Mental (Tabela 02), a média foi de 80,09. Esses dados também foram verificados por Farinha; Almeida e Trippo (2013) em um estudo sobre qualidade de vida de docentes fisioterapeutas, que tiveram na sua amostra uma média de 79,52 nesse domínio.

Em um estudo desenvolvido por Amaral *et al.* (2011), os autores afirmam que na maior parte do mundo ocorrem uma pressão contra a grande massa dos trabalhadores, uma ameaça no qual milhares de pessoas sintam sobrecarregados, pois a força de trabalho é a única ferramenta que possui e com isso o psiquismo humano é alterado atingindo a Saúde Mental dos trabalhadores.

A segunda pergunta do questionário SF-36 compara as condições de saúde atual com há de um ano atrás, 14 indivíduos responderam que sua saúde está “muito melhor” (32,6%), seguida de 15 indivíduos que mencionaram que está “quase a mesma” (34,9%). Sendo que 25 indivíduos responderam que estão com a saúde boa, correspondendo a 32,5%. Esses dados discordam de um estudo desenvolvido por Leal (2012), com indivíduos portadores de diabetes *mellitus* tipo 2, em que as repostas apresentadas no estudo foram os maiores valores “quase a mesma” e “pior agora do que um ano atrás”.

A qualidade de vida dos trabalhadores dependentes da atividade ocupacional dentro da empresa em relação à comorbidade não apresentou diferenças significativas. E em relação aos domínios também não houve índice de significância, porém para a Capacidade Funcional, Limitação por Aspectos Físicos, Dor, Aspectos Sociais e Emocionais indivíduos com hipertensão arterial apresentaram os maiores escores.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, A. N. F. **Qualidade de vida de pacientes com diabetes *mellitus*. Estudo comparativo de dois programas assistenciais da unidade básica de saúde da Universidade Federal do Amapá, no município de Macapá.** 2012. 123 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Fundação Universidade Federal do Amapá, Macapá. Disponível em: <http://www2.unifap.br/ppcs/files/2013/07/Disserta%C3%A7%C3%A3o-Ariely-Nunes-Ferreira-de-Almeida.pdf>>. Acesso em 20 de agosto de 2015.

ALMEIDA, M. A. B.; GUTIERREZ, G.L.; MARQUES, R. **Qualidade de vida.** 2012. 142 f. Dissertação (Mestrado em Artes) – Escola de Artes, Ciências e Humanidades – EACH/ USP, São Paulo. Disponível em: <http://each.uspnet.usp.br/edicoes-each/qualidade_vida.pdf>. Acesso em 20 de agosto de 2015.

ALVES, E. F. Qualidade de vida: considerações sobre os indicadores e instrumentos de medida. **Revista Brasileira de Qualidade de Vida.** Ponta Grossa, v.03, n. 01, p 16-23. 2011. Disponível

em: <<https://periodicos.utfpr.edu.br/rbqv/article/download/690/615>>. Acesso em 20 de agosto de 2015.

ALVES, E. F. Qualidade de vida no trabalho: indicadores e instrumentos de medidas. In: **Diálogos & Saberes**, Mandaguari, v. 6, n. 1, p. 77-87, 2010. Disponível em: <http://www.ssoar.info/ssoar/bitstream/handle/document/34825/ssoar-dialogossab-2010-1-alves-Qualidade_de_vida_no_trabalho.pdf?sequence=1>. Acesso em 20 de agosto de 2015.

AMARAL, A. L. V.; MOTA, D. P.; ALVES, G. (Organizadores). **Trabalho e saúde: a precarização do trabalho e a saúde do trabalhador no século XXI**. São Paulo: LTR editora, 2011. Disponível em: <www.revistas.unifacs.br/index.php/redu/article/download/3019/2189>. Acesso em 26 de agosto de 2015.

AMORIM, M. I. S. P. L. **Aspectos psicossociais e qualidade de vida do indivíduo com diabetes mellitus tipo 2**. 2009. 417 f. Tese (Doutorado em Saúde Mental) – Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto. Disponível em: <<http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/7211/2/Aspectos%20psicossociais%20e%20Qualidade%20de%20Vida%20do%20indivduo%20com%20Diabetes%20Mellitus%20tipo%202.pdf>>. Acesso em 26 de agosto de 2015.

ANS, AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Manual técnico para promoção da saúde e prevenção de risco e doenças na saúde suplementar**. 4. ed. rev. atual. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/manu_al_promoprev_web.pdf>. Acesso em 20 de agosto de 2015.

ARELLANO, E. B. **Avaliação dos programas de qualidade de vida no trabalho-análise crítica das práticas das organizações premiadas do Brasil**. 2008. 194 f. Tese (Doutorado em Nutrição Humana Aplicada) - Faculdade de Ciências Farmacêuticas da Universidade de São Paulo, São Paulo. Disponível em: <http://www.gvvt.com.br/Tese_Doutorado_Eliete%20Bernal%20Arellano_2008.pdf>. Acesso em 10 de setembro de 2015.

AZEVEDO, A. L. S. et al. Doenças crônicas e qualidade de vida na atenção primária à saúde. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.29, n.9, Sept. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000900017>. Acesso em 20 de agosto de 2015.

BAICKER, K. et al. Workplace wellness programs can generate savings. **Health Affairs**, v. 29, n. 2, p. 304-311, 2010. Disponível em: <bishop.hul.harvard.edu/.../Workplace%20Wellness%20>. Acesso em 26 de agosto de 2014.

BACHA, M. M. et al. Qualidade de vida de estudantes de Psicologia. **In Formação**, ano 16, n. 16, jan./dez. 2012. Disponível em: <<https://www.metodista.br/revistas/revistasims/index.php/PINFOR/article/view/3855/3479>>. Acesso em 26 de agosto de 2014.

BARRA, S. A. R. **Gestão da estratégica saúde da família. o desafio de consolidar e intersectorialidade**. 2013. 200 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Faculdade de Serviço Social da Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora. Disponível em:

<http://www.ufjf.br/ppgservicosocial/files/2013/04/sabrina.pdf>>. Acesso em 10 de setembro de 2015.

BARROS, R. T. Avaliação de aspectos da qualidade de vida em pacientes pós implante de marca passo cardíaco. **Rev Bras Cir Cardiovasc**, v. 29, n. 1, São José do Rio Preto Jan./Mar. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010276382014000100009&script=sci_arttext>. Acesso em 26 de agosto de 2014.

BOSSOLA, M.; MURRI, R.; ONDER, G.; TURRIZIANI, A.; FANTONI, M.; PADUA, L. Physicians' knowledge of health-related quality of life and perception of its importance in daily clinical practice. **Health Qual Life Outcomes**, 2010; 8:43. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n9/a17v29n9.pdf>>. Acesso em 23 de junho de 2015.

BRAVO, M. I. S; CORREIA, M. V. C. **Serv. Soc.Soc** [online]. 2012. Desafios do controle social na atualidade. N. 109, PP. 126-150. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010166282012000100008>. Acesso em 20 de agosto de 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.446, de 11 de novembro de 2014**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <http://www.lex.com.br/legis_26169625_PORTARIA_N_2446_DE_11_DE_NOVEMBRO_DE_2014.aspx>. Acesso em 20 de agosto de 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Estratégia para o cuidado da pessoa com doença crônica Diabetes *mellitus*. **Cadernos de Atenção Básica**, Brasília, 2013. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_36.pdf>. Acesso em 26 de agosto de 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos** [online]. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em 20 de agosto de 2015.

BRITO, D. M. S. et al. Qualidade de vida e percepção da doenças entre portadores de hipertensão arterial. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, Apr 2008. Disponível em: <<file:///C:/Users/Ciente/Desktop/Nova%20pasta/brito.html>>. Acesso em 26 de agosto de 2015.

CABRAL, D. L. **Comparação dos instrumentos SF-36 e perfil de saúde no nottingham para avaliação da qualidade de vida de indivíduos pós-acidente vascular encefálico**. 2011. 101 f. Dissertação (Mestrado em Fisioterapia) – Universidade Federal de Pernambuco. Disponível em: <https://www.ufpe.br/ppgfisioterapia/images/documentos/dlc_dissertao.pdf>. Acesso em 10 de setembro de 2015.

CAMPOLINA, A. G.; CICONELLI, R.M.; Qualidade de vida e medidas de utilidade: parâmetros clínicos para as tomadas de decisão em saúde. **Rev. Panam. Salud Publica**, Washington, v. 19, n. 2, Feb 2006. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102049892006000200013>. Acesso em 26 de maio de 2015.

CAMPOS, L.; SATURNO, P.; CARNEIRO, A.V. **Plano Nacional de Saúde. 2011-2016. A qualidade dos cuidados e dos serviços.** Dez. 2010. Disponível em: <<http://pns.dgs.pt/files/2010/07/Q2.pdf>>. Acesso em 10 de setembro de 2015.

CARNEIRO, A. C. L. L. **Práticas educativas nas unidades básicas de saúde de Belo Horizonte e sua relação com a promoção da saúde.** 2010. 125 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte. Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/handle/1843/GCPA86AJY6/angelica_cotta_lobo_leite_carneiro.pdf?sequence=1>. Acesso em 10 de setembro.

CARVALHO, M. A. N. et al. Qualidade de vida de pacientes hipertensos e comparação entre dois instrumentos de medidas de qualidade de vida relacionada à saúde. **Arq. Bras. De Cardiologia.** 2012; 98(5): 442-451. Disponível em: <<http://www.arquivosonline.com.br/2012/9805/pdf/9805010.pdf>>. Acesso em 27 de agosto de 2015.

CARVALHO, M. V.; SIQUEIRA, L.B.; SOUSA, A. L. L.; JARDIM, P. C. B. V. A Influência da Hipertensão Arterial na Qualidade de Vida. Universidade Federal de Goiás, Goiânia-GO, liga de Hipertensão Arterial- Brasil. **Arq. Bras. De Cardiologia.** 2013; 100(2): 164-174. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/abc/v100n2/v100n2a09.pdf>>. Acesso em 29 de setembro de 2015.

CARVALHO, P. M. G. **Práticas educativas em saúde ações dos enfermeiros na estratégica saúde da família.** 2009. 86 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Piauí, Teresina. Disponível em: <[http://www.ufpi.br/subsiteFiles/mestenfermagem/arquivos/files/Patr%C3%ADcia%20Maria%20Gomes%20de%20Carvalho%20\(Segura\).pdf](http://www.ufpi.br/subsiteFiles/mestenfermagem/arquivos/files/Patr%C3%ADcia%20Maria%20Gomes%20de%20Carvalho%20(Segura).pdf)>. Acesso em 10 de setembro de 2015.

CECCHINI, M.; SASSI, F.; LAUER, J.A, et al. **Tackling of Unheathy Diets, Physical Inactivity, and Obesity: Health Effects and Cost-Effestiveness.** Lancet 2010; 376: 1775-84. Disponível em: <http://www.who.int/choice/publications/Obesity_Lancet.pdf>. Acesso em 26 de setembro de 2015.

CESARINO, C. B. C. et al. Qualidade de vida em pacientes com cardioversor desfibrilador implantável: utilização do questionário SF-36. **Rev. Bras. Cir. Cardiovasc,** Ribeirão Preto, v.26, n. 2, Apr/June 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-76382011000200014>. Acesso em 26 de setembro de 2015.

CICONELLI, R. M.; FERRAZ, M.; SANTOS, W.; MEINÃO, I.; QUARESMA, M. R.; Tradução Para a Língua Portuguesa e Validação do Questionário Genérico de Avaliação de Qualidade de Vida SF-36 (Brasil SF-36). **Rev Bras Reumatol** ,1999; 39: 143-150. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104>. Acesso em 26 de setembro de 2015.

COSTA, I. K. F.; MELO G. de S. M.; NÓBREGA W. G.; DANTAS D. V.; MACÊDO E. A. B.; MEDEIROS R. K. da S.; COSTA I. K. F.; MENDES F. R. P.; TORRES G. de V. Utilização Do Sf-36 Na avaliação da qualidade de vida relacionada a doenças crônicas: Revisão De Literatura. **Rev. Enferm UFPE** online. 2010 nov./dez. 4(spe): 1929-934. Disponível em:

<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/1472/pdf_248>. Acesso em 26 de agosto de 2015.

DUARTE, B. M. **Fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis na população de Belo Horizonte**. 2010. 105 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade federal de Minas Gerais, Belo Horizonte. Disponível em: <<http://www.enf.ufmg.br/pos/defesas/645M.PDF>>. Acesso em 10 de setembro de 2015.

FARINHA, K. O.; ALMEIDA, M. S.; TRIPPO, K.V. Avaliação da qualidade de vida de docentes fisioterapeutas da cidade do Salvador/Bahia. **Rev. Pesquisa em Fisioterapia**, Salvador. 2013, jul; 3(1): 13-35. Disponível em: <http://www.academia.edu/4254547/AVALIA%C3%87%C3%83O_DA_QUALIDADE_DE_VIDA_DE_DOCENTES_FISIOTERAPEUTAS_DA_CIDADE_DO_SALVADOR_BAHIA1>. Acesso em 26 de setembro de 2015.

FERNANDES, I. I. B.; VASCONCELOS, K.C.; SILVA, L.L.L. **Análise da qualidade de vida segundo o questionário SF-36 anos funcionários da gerência de assistência nutricional (GAN) da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará**. 2009. 76 f. Trabalho de conclusão de curso (Graduação em Fisioterapia) – Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará. Universidade da Amazônia, Belém. Disponível em: <<http://pt.scribd.com/doc/139471219/Analise-Da-Qualidade-de-Vida-Segundo-Questionario-SF-36#scribd>>. Acesso em 10 de setembro de 2015.

FERREIRA, F. F. C.; MOREIRA, A. S.; SANTOS, W. M.; SOUSA, M. J. S. Análise da qualidade de vida em pacientes sequelados de acidente vascular encefálico (AVE) na clínica escola integrada da Faculdade de Santa Maria. **Enciclopédia Biosfera**. Centro conhecer científico, Goiânia, v.7, n.13, 2011. 1360 p. Disponível em: <<http://www.conhecer.org.br/enciclop/2011b/ciencias%20da%20saude/analise%20da%20qualidade.pdf>>. Acesso em 27 de setembro de 2015.

FERREIRA NETO. et al. Apontamentos sobre promoção da saúde e biopoder. **Saude soc.**, São Paulo, v. 18, n. 3, set. 2009. Disponível em: <http://www.enf.ufmg.br/site_novo/modules/mastop_publish/files/files_4c46e248cca47.pdf>. Acesso em 15 de maio de 2015.

FLECK, A, P, M. & COLABORADORES. **A Avaliação de Qualidade de Vida: Guia para Profissionais da Saúde**. 1ª ed. Porto Alegre: Artmed, p. 28, 2008. <<http://www.efdeportes.com/efd135/qualidade-de-vida-nos-profissionais-da-saude.htm>>. Acesso em 28 de maio de 2015

FRAGA, A. B. **Curso de extensão em promoção da saúde para gestores do SUS com enfoque no programa academia da saúde**. Secretaria de Vigilância em Saúde, Fundação Universidade de Brasília: CEAD. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 144 f. Disponível em: <<http://u.saude.gov.br/images/pdf/2014/novembro/04/Livro-EaD---Promo---o-da-Sa--de---Academia-da-Sa--de.pdf>>. Acesso em 10 de setembro de 2015.

FREIRE, M. E. M. et al. **Avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com câncer sem possibilidades terapêuticas de cura**. 2014. 166 f. Tese (Doutorado em Enfermagem Fundamental) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. Disponível em:

<www.teses.usp.br/teses/.../22/...21052014.../MariaElianeMoreiraFreire.pdf>. Acesso em 10 de setembro de 2015.

FREITAS, C. A. S. L. et al. Vivendo o Envelhecer: Vozes de Um Grupo de Idosos. **Revista Enfermagem UFPE** online, v.4, n.1, p.93-100, 2011. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=18843&indexSearch=ID>>. Acesso em 26 de agosto de 2015.

FONSECA, M. O. **Conhecimento e práticas de profissionais de enfermagem das equipes de saúde da família, de um município do interior de Minas Gerais sobre promoção ao aleitamento materno.** 2010. 170 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Ribeirão Preto. Disponível em: <www.teses.usp.br/teses/.../22/.../MARIANADEOLIVEIRAFONSECA.pdf>. Acesso em 20 de agosto de 2015.

GENEAU, R.; STUCKLER, D.; STACHENKO, S, et al. **Raising the priority of preventing chronic diseases: a political process.** Lancet 2010; 376: 1689-98. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21074260>>. Acesso em 25 de setembro de 2015.

GOODSTADT, M. S.; SIMPSON, R. L.; LORANGER, P.O. **Health promotion: A conceptual integration.** American Journal of Health Promotion, (Winter).P. 58-63, 1987.

GOULART, F. A. A. **As doenças transmissíveis no Brasil: tendências e novos desafios para o Sistema Único de Saúde.** Organização Pan-Americana de Saúde. Ministério da Saúde. Brasília, 2011. Disponível em: <http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/06/Condicoes-Cronicas_flavio1.pdf>. Acesso em 20 de agosto de 2015.

GREEN, L. W.; KREUTER, M. W. Health Promotion Planning – an educational and environmental approach, 2ª ed. **Mountain View**, Canada, 1991. Mayfield Publishing Company, editor.

HORTA, N. C. et al. A prática das equipes de saúde da família: desafios para a promoção de saúde. **Rev. Bras. Enferm**, Brasília, v. 62, n. 4, ago. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n4/05.pdf>>. Acesso em 15 de maio de 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Uma análise das condições de vida da população brasileira. Estudos e Pesquisas Informação Demográfica e Socioeconômica.** Rio de Janeiro: IBGE, 2013. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/sinteseindicsociais2013/>>. Acesso em 26 de agosto de 2015

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Indicadores Sociodemográficos e de Saúde no Brasil. Estudos e Pesquisas Informação Demográfica e Socioeconômica.** Rio de Janeiro: IBGE, 2009. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indicadorsocsaude/2009/indicsaude.pdf>>. Acesso em 09 de março de 2014.

JOINT COMMITTEE ON TERMINOLOGY. Report of the 2000 Joint Committee on Health Education and promotion Terminology. **American Journal of Health Education.** V.32, n.2, p.89-103, 2001.

KABAD, L. **Qualidade de vida dos funcionários administrativo de uma universidade privada**. 2011. 70 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande. Disponível em: < <http://site.ucdb.br/public/md-dissertacoes/8161-qualidade-de-vida-dos-funcionarios-administrativos-de-uma-universidade-privada.pdf>>.

Acesso em 26 de agosto de 2015.

KLUTHCOVSKY A. C.; KLUTHCOVSKY F. A. O WHOQOL-Bref, Um Instrumento Para Avaliar Qualidade de Vida: Uma Revisão Sistemática. **Revista Psiquiatria Rio Gd Sul** 2009; 31(3 Suppl):0-0. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010181082009000400007&script=sci_arttext>.

Acesso em 26 de agosto de 2015.

LARA, B. R. **Uma abordagem psicossocial na promoção da saúde: refletindo criticamente sobre o processo de um grupo de apoio e discussão sobre peso e alimentação**. 2010. 130 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Instituto de Psicologia. Universidade de São Paulo, São Paulo. Disponível em: <http://www.usp.br/nepaidsabia/images/BIBLIOTECA/_MIGRAR/lara_me.pdf>. Acesso em 25 de agosto de 2015.

LEAL, L. B. **Qualidade de pessoas com diabetes mellitus tipo 2**. 2012. 66 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação de Enfermagem) – Universidade Federal do Piauí, Picos. Disponível em: <<http://www.ufpi.br/subsiteFiles/picos/arquivos/files/Qualidade%20de%20Vida%20de%20Pessoas%20com%20Diates%20Mellitus%20Tipo%202-1.pdf>>. Acesso em 25 de agosto de 2015.

LYRA, T. M. **A política de saúde ambiental do recife em 2001 e 2002. Uma análise a partir do programa de saúde ambiental**. 2009. 300 f. Tese (Doutorado em saúde pública)- Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife. Disponível em: <<http://www.cpqam.fiocruz.br/bibpdf/2009lyra-tm.pdf>> Acesso em 25 de agosto de 2015.

MAGNOBOSCO, P. **Qualidade de vida relacionada à saúde do indivíduo com hipertensão arterial integrante de um grupo de convivência**. 2007. 123 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto (SP). Disponível em: <<http://www.eeffto.ufmg.br/biblioteca/1727.pdf>>. Acesso em 23 de julho de 2015.

MALTA, D. C. et al. Política nacional de promoção da saúde, descrição da implementação do eixo atividade física e práticas corporais, 2006 a 2014. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**. Pelotas/RS, v. 19, n 3, p. 286 – 299, 2014. Disponível em: <<http://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/RBAFS/article/viewFile/3427/3280>>. Acesso em 28 de agosto de 2015.

MARTINS, D. A. Considerações sobre a qualidade de vida no trabalho e o estresse ocupacional. In: VILARTA, R. GUTIERREZ, G. L.; MONTEIRO, M. I. (Org). **Qualidade de vida: evolução dos conceitos e práticas no século XXI**. Campinas: Ipes, 2010. p. 131-140.

MILANI, R. V. & LAVIE, C. J. Impact of worksite wellness intervention on cardiac risk factors and one-year health care costs. **The American Journal of Cardiology**, v. 104, p. 1389 –1392, 2009. Disponível em: <http://www.researchgate.net/publication/38069582_Impact_of_worksite_wellness_interventio>

[n on cardiac risk factors and one-year health care costs](#)>. Acesso em 26 de setembro de 2015.

MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z.M.A.; BUSS, P.M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência & Saúde Coletiva**, 5 (1) :7-18, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v5n1/7075.pdf>>. Acesso em 28 de agosto de 2015.

NÓBREGA, W.C. **Qualidade de Vida de Pessoas com Úlceras Venosas Atendidas no Ambulatório de um Hospital Universitário**. 2009. 138 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Centro de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal. Disponível em: <http://repositorio.ufrn.br:8080/jspui/bitstream/123456789/14679/1/WalquiriaGN_DISSERT.pdf>. Acesso em 25 de agosto de 2015.

OLIVEIRA, C. et al. Impacto dos fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis na qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 3, 2013, p 873 – 882. Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Rio de Janeiro. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/630/63025680011.pdf>>. Acesso em 28 de agosto de 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Preventing Chronic Diseases a vital investments**. 1ª. ed. Geneva, 2005. v. 01. 182 p. Disponível em: <http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/contents/en/>. Acesso em 27 de agosto de 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial**. Brasília, 2003. Disponível em: <<http://www.cpqam.fiocruz.br/bibpdf/2007cesse-eap.pdf>>. Acesso em 28 de maio de 2015.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. Organização Mundial da Saúde. **Saúde nas Américas. Panorama regional e perfis de países**. Washington: OPAS/OMS; 2012. Disponível em: <<http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/09/Sa%C3%BAde-nas-Am%C3%A9ricas3.pdf>>. Acesso em 28 de agosto de 2015.

PELLICIOTTI, J. S. S. **Qualidade de vida relacionada à saúde de profissionais de enfermagem e erros de medicação em Unidades de Terapia Intensiva**. 2009. 164 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo. Disponível em: <www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/...14052009.../Josikelem_Silva.pdf>. Acesso em 28 de maio de 2015.

PENDER, N. J.; MURDAUGH, C.L.; PARSONS, M.A. **Health Promotion In Nursing Practice**. 5ª edição. WJ: Person Prentice Hall. 2006. 367p.

PICCOLO, M. S. **Burn specific health scale- brief: tradução para a língua portuguesa, adaptação cultural e validação**. 2015. 177 f. Tese (Doutorado em Ciências) - Universidade Federal São Paulo. Disponível em: <<http://www.unifesp.br/dcir/cirtrans/discente/egressos/Biblioteca/doutorado/2015-05-doutorado-monica-sarto-piccolo.pdf>>. Acesso em 26 de agosto de 2015.

PIGOU, A. C. The economics of welfare. **Library of economics and liberty**. 1921. 73 p. Disponível em: <<http://www.econlib.org/library/NPDBooks/Pigou/pgEW.html>>. Acesso em 26 de agosto de 2015.

PIMENTA, F. A. P.; SIMIL, F. F.; TÔRRES, H. O. DA G.; AMARAL, C. F. S.; REZENDE, C. F.; COELHO, T. O.; REZENDE, N. A. DE. Avaliação da qualidade de vida de aposentados com a utilização do questionário SF-36. **Rev. Assoc. Méd. Bras.** 54(1): 55-60, 2008. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v54n1/21.pdf> >. Acesso em 28 de maio de 2015.

RAMOS, A. M.; OLIVEIRA, F. R.; FREITAS, R.M. **Avaliação da qualidade em indivíduos com hipertensão arterial sistêmica atendidos em Unidades Básicas de Saúde.** 2009. 51 f. Trabalho de Conclusão de Curso. (Graduação em Fisioterapia) - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte. Disponível em: <<http://www.eeffto.ufmg.br/biblioteca/1727.pdf>>. Acesso em 23 e junho de 2015.

ROCHA, F. L. R. **Análise dos fatores de risco do corte manual e mecanizado da cana-de-açúcar no Brasil segundo o referencial da promoção da saúde.** 2007. 183 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto. Disponível em: < <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/83/83131/tde-07012008-103708/en.php>>. Acesso em 25 de agosto de 2015.

ROCHA, P. R. F. **O Trabalhador Doente e Sua Família nos Seus Papéis Como Atores Sociais no Processo de Retorno ao Trabalho.** 2010. 183 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Medicina da Bahia, Universidade Federal da Bahia, Salvador. Disponível em: <<http://www.sat.ufba.br/site/db/dissertacoes/1462010141107.pdf>>. Acesso em 25 de agosto de 2015.

SANTOS, N. C.; ABDALA, G.A. Religiosidade e qualidade de vida relacionada à saúde dos idosos em um município na Bahia, Brasil. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol**, Rio de Janeiro, 2014, 17(4): 795-805. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v17n4/1809-9823-rbgg-17-04-00795.pdf>>. Acesso em 26 de agosto de 2015.

SANTOS, P. R. et al. **Qualidade de vida entre pacientes com doença renal crônica em hemodiálise: seguimento de dois anos.** 2009. 98 f. Tese (Doutorado em Ciências Médicas) – Pós Graduação em Ciências Médicas. Universidade Federal do Ceará, Fortaleza. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v17n4/1809-9823-rbgg-17-04-00795.pdf>>. Acesso em 25 de agosto de 2015.

SARRETA, F. O. Educação permanente em saúde para os trabalhadores do SUS. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009. 248 p. **Available from Scielo Books.** Disponível em: <<http://books.scielo.org>>. Acesso em 26 de agosto de 2015.

SAWADA, N. O. Avaliação da Qualidade de Vida de Pacientes com Câncer Submetidos á Quimioterapia. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v.43, n. 3, p. 581-7. 2009. Disponível em:< <http://revistas.usp.br/reeusp/article/download/40395/43357>> . Acesso em 26 de setembro de 2014.

SCHMIDT, B. B. D. et al. **Doenças não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais.** Porto Alegre, 2011 Disponível em: <http://actbr.org.br/uploads/conteudo/926_Doencas.pdf>. Acesso em 25 de agosto de 2015.

SEIDL, E. M. F.; ZANNON, C.M.L.C. Qualidade de Vida e saúde: Aspectos Conceituais e Metodológicos. **Cad de Saude Publica**, Rio de Janeiro, v.20,n.2, Mar/Apr. 2004. Disponível

em:<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102311X2010000100021&script=sci_arttext>. Acesso em 26 de setembro de 2014.

SILVA, E. C. **Qualidade de vida e bem estar subjetivo de estudantes universitários**. 2012. 79 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia da Saúde) – Faculdade de Saúde da Universidade Metodista de São Paulo, São Bernardo do Campo. Disponível em: <http://ibict.metodista.br/tedeSimplificado/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=3049>. Acesso em 25 de agosto de 2015.

SILVA, K. L. **Promoção da saúde em espaços sociais da vida cotidiana**. 2009. 182 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte. Disponível em:<http://www.enf.ufmg.br/site_novo/modules/mastop_publish/files/files_4c162ce4bc5b6.pdf>. Acesso em 05 de maio de 2015.

SOUZA, W. A. **Avaliação da adesão ao tratamento e dos resultados clínicos e humanísticos na investigação da hipertensão arterial resistente**. 2008. Tese (Doutorado em Farmácia) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas. Disponível em: <<http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=vtls000443453&opt=1>>. Acesso em 27 de agosto de 2015.

SOARES, J. A. S.; ALENCAR, L. D.; ALENCAR, L. D.; CAVALCANTE, L. P. S.; ALENCAR, L. D. Impactos da urbanização desordenada na saúde pública: leptospirose e infraestrutura urbana. **Revista Polêmica**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1. 2014. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/polemica/article/view/9632/7591>>. Acesso em 27 de agosto de 2015.

SOARES, D. A.; TOLEDO, J.A.S.; SANTOS, L. F.; LIMA, R.M.B.; GALDEAANO, L.E. Qualidade de vida de portadores de insuficiência cardíaca. **Acta paul. enferm.** 2008; 21(2): 243-248. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v21n2/a02v21n2>>. Acesso em 05 de maio de 2015.

TRAVERSO-YEPEZ, M. A. Dilemas na promoção da saúde no Brasil: reflexões em torno da política nacional. **Interface**, Botucatu, v. 11, n. 22, ago. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000188&pid=S0103733120110003000800024&lng=en>. Acesso em 05 de maio de 2015.

VALENTIM, L.S.O. Sobre a produção de bens e males nas cidades. **Estrutura urbana e cenários de risco à saúde em áreas contaminadas da região metropolitana de São Paulo**. 2010. 266 f. Tese (Doutorado em Arquitetura e Urbanismo) – Faculdade de Arquitetura e Urbanismo, Universidade de São Paulo, São Paulo. Disponível em: <[http://www.saude.rs.gov.br/upload/1347629899_TESE_LUIS_SERGIO_OZORIO_VALENTIM\[1\].pdf](http://www.saude.rs.gov.br/upload/1347629899_TESE_LUIS_SERGIO_OZORIO_VALENTIM[1].pdf)>. Acesso em 26 de agosto de 2015.

XAVIER, H. T. et al. V diretrizes Brasileira de dislipidemia e prevenção da aterosclerose. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 101, n.4, São Paulo. 2013. Disponível em: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:wRfMG1QnCPsJ:publicacoes.cardiol.br/consenso/2013/V_Diretriz_Brasileira_de_Dislipidemias.pdf+&cd=1&hl=ptBR&ct=clnk&gl=br>. Acesso em 10 de setembro de 2015.

WESTPHAL, M.F. Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006. In: CAMPOS. G. W. S. et al. **Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças.**

WHO. **Interventions on Diet and Physical Activity: What Works**, 2009. Disponível em: <<http://www.who.int/dietphysicalactivity/whatworks/en/index>>. Acesso em 03 de março de 2014.

WHO. **The Innovative Care for Chronic C+ondiitions Framework (ICCC)**, 2011. Disponível em: <<http://www.who.int/diabetesactiononline/about/ICCC/en>>. Acesso em 02 de março de 2014.

ZATTA L. T.; PIRES D. V. C.; LUZ R. A.; CORREIA S. F.; BRITO V. W.; VASCONCELOS P. P. Análise da produção científica nacional de enfermagem sobre o instrumento genérico que avalia qualidade de vida: revisão de literatura. **Rev. Enferm UFPE Online** [periódico na internet]. 2009. Disponível em <http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/300/296>>. Acesso em 29 de maio de 2014.

ZUQUE, F.T.S. **Saúde e qualidade de vida do trabalhador da construção civil no município de Três Lagoas- MS, no período de 2008 – 2012.** 2014. 117 f. Dissertação (Mestrado em Geografia) - Universidade Federal de Mato Grosso do sul, Três lagoas. Disponível em: <<http://repositorio.cbc.ufms.br:8080/jspui/bitstream/123456789/2050/1/Fabr%c3%adcia%20Tatiane%20da%20Silva%20Zuque.pdf>>. Acesso em 26/08/2015.