



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

ELAINE CRISTINA TANFERRI

**QUALIDADE DE VIDA DE AUXILIARES E TÉCNICOS DE
ENFERMAGEM APOSENTADOS EM UM HOSPITAL
UNIVERSITARIO**

Londrina
2014

ELAINE CRISTINA TANFERRI

**QUALIDADE DE VIDA DE AUXILIARES E TÉCNICOS DE
ENFERMAGEM APOSENTADOS EM UM HOSPITAL
UNIVERSITARIO**

Dissertação apresentada à Universidade Estadual de Londrina como requisito para obtenção do título de mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Dra. Júlia Trevisan Martins.

Londrina
2014

**Catálogo elaborado pela Divisão de Processos Técnicos da Biblioteca Central da
Universidade Estadual de Londrina**

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)

T164q Tanferri, Elaine Cristina.
Qualidade de vida de auxiliares e técnicos de enfermagem aposentados em um hospital universitario / Elaine Cristina Tanferri. – Londrina, 2014.
102 f. : il.

Orientador: Júlia Trevisan Martins.
Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2014.
Inclui bibliografia.

1. Enfermagem – Aposentadoria – Teses. 2. Hospitais universitarios – Pessoal – Aposentadoria – Teses. 3. Saúde e trabalho – Teses. 4. Qualidade de vida – Teses. 5. Auxiliares de enfermagem – Teses. I. Martins, Júlia Trevisan. II. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. III. Título.

CDU 616-083:614.253.5

ELAINE CRISTINA TANFERRI

**QUALIDADE DE VIDA DE AUXILIARES E TÉCNICOS DE
ENFERMAGEM APOSENTADOS EM UM HOSPITAL UNIVERSITARIO**

Dissertação apresentada à Universidade Estadual de Londrina como requisito para obtenção do título de mestre em enfermagem.

BANCA EXAMINADORA

Orientador: Prof^ª. Dra. Júlia Trevisan Martins
Universidade Estadual de Londrina – UEL

Prof^ª. Dra. Maria Lúcia do Carmo Cruz Robazzi
Universidade de São Paulo – USP

Prof^ª. Dra. Maria do Carmo Lourenço Haddad
Universidade Estadual de Londrina – UEL

Londrina, 05 de dezembro de 2014

Dedico

À minha mãe Sonia Maria Ferreira, meu pilar, pelo amor, pelos valores e pelo incentivo e a meu pai Nivaldo Adelino Tanferri pelo apoio dado em todos os momentos.

Ao meu irmão Nivaldo Adelino Tanferri Junior e à minha irmã Juliana Andresa Tanferri pelo carinho, pela cumplicidade e paciência.

À minha orientadora Dra. Júlia Trevisan Martins e professora Dra. Renata Perfeito Ribeiro, que me orientaram e me ensinaram com muito carinho, paciência e acima de tudo, com muita sabedoria.

AGRADECIMENTOS

À Deus,

Senhor e Salvador da minha vida, que tem me abençoado com muitas graças e o Mestrado foi uma delas. Obrigado por tudo que tem me dado e todas as pessoas que tem colocado em minha vida para o meu crescimento espiritual, pessoal e profissional. À Deus meu muito obrigado.

À minha família,

Pelo encorajamento e apoio para a realização dos meus sonhos. Por ser meu sustento quando tudo parece ruir, por acreditar em mim e não me deixar desistir mesmo quando tudo parecia não ter saída.

Minha mãe Sonia Maria Ferreira, sem a qual nada disso teria acontecido, pela sua persistência quando eu dizia que não, por suas orações quando eu vacilava; minha irmã Juliana e meu irmão Junior, vocês são parte fundamental da minha vida, são meu orgulho e meu bem mais precioso. Obrigada por me ajudarem a chegar até aqui, por me suportarem e me ouvirem e por continuarem incentivando a minha caminhada.

À Professora Doutora Julia Trevisan Martins,

Por acreditar em mim, por me ajudar a crescer e me apoiar na proposta deste trabalho. Por ser uma orientadora e profissional exemplar com um entusiasmo imenso, descontração e alto astral e uma palavra de incentivo a cada novo encontro sem me deixar perder o foco. Obrigada pela compreensão e paciência com o meu processo de amadurecimento pessoal e intelectual. Pode ter certeza que você me ensinou a compreender e apreciar a profissão de docente e pesquisadora.

À Professora Doutora Renata Perfeito Ribeiro,

Por entrar conosco nesta caminhada e ser de tamanha importância por suas valiosas contribuições, que muitas vezes vieram para clarear momentos de dúvidas e indecisões com sua alegria contagiante e seu bom humor. Meus sinceros agradecimentos.

À Professora Doutora Maria Lucia do Carmo Cruz Robazzi,

Pela disposição em ensinar, participando do processo de construção do conhecimento. Em especial pela participação na banca com apontamentos e sugestões imprescindíveis para o desenvolvimento desta pesquisa. Obrigada por sua simplicidade, e brilhantismo, e pelos conhecimentos que nos permite conhecer.

À Professora Doutora Maria do Carmo Lourenço Haddad,

Pelo incentivo nos meus estudos. Por se tornar mais que uma docente e coordenadora do mestrado. Obrigada por me aconselhar, partilhar seus conhecimentos, por confiar e acreditar em mim. Além de suas sugestões como parte da banca que servem para enriquecer ainda mais esse trabalho.

Aos queridos amigos,

Agradeço por me compreenderem neste momento difícil de minha vida, onde meu tempo ficou dividido entre o estudo e o trabalho, e muitas vezes não me permitiu partilhar momentos importantes na vida de vocês. Mas que sempre me acolheram nos momentos em que precisei conversar, sorrir e descontraír um pouco. Agradeço do fundo do meu coração, a presença de vocês em minha vida principalmente a você minha querida amiga Elaine Aparecida de Souza, que sempre acreditou em mim e me apoiou. Muito obrigado.

Aos Professores do Curso de mestrado em enfermagem,

Agradeço por todos os ensinamentos e conhecimentos transmitidos com tanta sabedoria. Por me ensinarem a responsabilidade e a beleza de ser professora. Agradeço por ter tido a oportunidade de ser aluna de tantos professores admiráveis.

A meus colegas de trabalho e meus superiores,

Agradeço imensamente a disposição em facilitar meus horários tornando-os mais flexíveis para me propiciar a realização deste curso. Pelos momentos de cansaço e de falta de atenção em que muitas vezes me encontrei. Mas obrigado pelo carinho e respeito que sempre tiveram comigo e que me permitem continuar a acreditar que podemos encontrar pessoas boas, que fazem nossa vida valer a pena.

A minha querida equipe de enfermagem,

Não podia deixar de agradecer a vocês por fazerem parte da minha vida, afinal passamos 42 horas semanais juntos, mais até do que passo com minha família em casa, por isso considero vocês uma extensão da minha família, obrigado por suportarem minhas crises de ansiedade e mau humor algumas vezes e com tanto carinho e paciência que me fazem vir lágrimas aos olhos. Obrigado do fundo do meu coração por seu amor e dedicação comigo e com o trabalho, às vezes tão desgastantes e outros tão prazerosos. A todos vocês o meu muito obrigado.

TANFERRI, E C. **Qualidade de vida de auxiliares e técnicos de enfermagem aposentados em um hospital universitario**. 2014. 102 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, PR, 2014.

RESUMO

O envelhecimento é um processo natural e gradativo na vida das pessoas. Com o envelhecimento, a aposentadoria configura-se quase que como uma certeza. Esse processo como um todo precisa ser trabalhado e cuidado para que exista antes uma preparação para este momento e, por consequência, uma boa qualidade de vida. Este estudo teve como objetivo analisar a qualidade de vida de auxiliares e técnicos de enfermagem aposentados de um hospital universitário. Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, com abordagem quantitativa. Participaram 61 aposentados e os dados foram coletados por meio de três instrumentos: o primeiro para caracterizar a população sociodemograficamente, o segundo para avaliar a qualidade de vida por meio do questionário *Short Form Health Survey* (SF-36) e o terceiro o *Cut-Down, Annoyed, Guilt e Eye-Opener* (CAGE) para a avaliação de dependência do álcool. Para análise dos dados de caracterização da população foi utilizado estatística descritiva, frequência simples e relativa, medida de tendência central e de variabilidade. A comparação com outras variáveis categóricas foi realizada por meio dos Testes Não-Paramétricos, pois os dados não apresentaram distribuição normal após aplicação do Teste de Normalidade. O nível de significância estatística estabelecida foi de $p < 0,05$. Os escores de pontuação dos domínios do SF-36 foram comparados com variáveis categóricas por meio do teste *Kruskal-Wallis, Qui-quadrado, Mann-Whitney e Wilcoxon W*. Neste estudo, escore com média acima de 50 foi considerado como boa qualidade de vida para os aposentados. Identificou-se que 86,9% eram do sexo feminino e 13,1% do sexo masculino; 9,8% com idade entre 40 a 52 anos, 70,5% entre 53 a 65 anos e 19,7% entre 66 a 78 anos e média de idade foi de 61 anos; 57,3% eram casados ou viviam em união estável; 1,6% eram solteiros, 19,7% eram divorciados e 21,3% eram viúvos; 16,4% moravam sozinhos e 83,6% moravam com os seus familiares. Em relação à renda 70,5% estão na faixa de três a cinco salários mínimos; 19,7% entre seis a oito salários mínimos e 9,8% entre nove a 11 salários mínimos e média de 5,13 salários mínimos. No que tange ao tempo de aposentadoria 39,3% tinham entre três a cinco anos; 39,3% tinham de seis a oito anos; 21,3% tinham de nove a 12 anos e média de 6,8 anos. O motivo pelo qual estavam aposentados foi por invalidez em 6,6% e 93,4% por tempo de serviço. Com relação ao estilo de vida verificou-se que 55,7% não realizam atividades físicas; 75,7% afirmaram nunca terem sido tabagistas e 86,9% referiram não fazer uso do álcool. No que concerne à presença de Doenças Crônicas Associadas auto-referidas, identificou-se a Hipertensão Arterial em 55,7% dos aposentados; Diabetes Mellitus em 39,3%; Doenças Osteoarticulares em 24,6%; Depressão em 21,3% e Doenças Respiratórias em 13,1% dos aposentados. Nos domínios referentes à qualidade de vida dos aposentados verificou-se que as melhores pontuações foram para os domínios capacidade funcional, aspectos físicos, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental enquanto as pontuações mais baixas foram para os domínios dor, estado geral de saúde e vitalidade. A variável sexo não apresentou diferença estatística para os domínios capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade,

aspectos sociais e aspectos emocionais. A variável aposentadoria por tempo de serviço não apresentou diferença estatística em relação ao domínio dor. A variável atividade física não apresentou diferença estatística em relação aos domínios estado geral de saúde, aspectos emocionais e saúde mental. A variável arranjo familiar e o etilismo não apresentaram diferença estatística em todos os domínios do SF-36. A variável idade, estado conjugal, renda familiar, tempo de aposentadoria e tabagismo não apresentaram diferença estatística em todos os domínios do SF-36. Constatou-se que os aposentados têm uma boa QV, visto que os escores apresentaram média com valores acima do escore 50.

Palavras-chave: Saúde do trabalhador. Qualidade de vida. Aposentadoria. Enfermagem.

TANFERRI, E. C. **The quality of life of nursing assistants and technicians retirees from a university hospital.** 2014. 102 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, PR, 2014.

ABSTRACT

Aging is a natural and gradual process in people's lives. With aging, retirement is almost a certainty for the elderly. This process, as a whole, needs work and care in preparation for this moment, and consequently, good quality of life. This study aimed to analyze the quality of life of nursing assistants and technicians retirees from a university hospital. This was a descriptive, exploratory, and with a quantitative approach study. The group of participants contained 61 retirees; the data were collected through three instruments: the first to sociodemographically characterize the population, the second to assess the quality of life through the *Short Form Health Survey* (SF-36) questionnaire, and the third to assess alcohol dependency through the *Cut-Down, Annoyed, Guilt, and Eye-Opener*. The data were analyzed through descriptive statistics, simple and relative frequency, measures of central tendency and variability. Non-Parametric tests were used for the comparison between categorical variables because the data did not show a normal distribution after the Normality Test. Statistical significance was established as $p < 0.05$. The scores for the domains in the SF-36 questionnaire were compared with categorical variables through the *Kruskal-Wallis, Chi-Square, Mann-Whitney, and Wilcoxon W* tests. Average scores above 50 were considered as indicative of a good quality of life. It was identified that 86,9% of retirees were female and 13,1% were male; 9,8% were between 40 to 52 years old, 70,5% were between 53 to 65 years old and 19,7% were between 66 to 78 years old; the average age of retirees was 61 years old. On marital status, 57,3% were married or had a stable partners, 1,6% were single, 19,7% were divorced and 21,3% were widowers; 83,6% were living with their families and 16,4% were living alone. Concerning income, 70,5% are in the range of three to five minimum wages; 19,7% between six to eight and 9,8% from nine to 11 and average of 5.13 minimum wages. Regarding the retirement time, 39,3% were between three to five years; 39,3% of six to eight years; 21,3% of nine to 12 years and the average was 6.8 years of retirement time. The reason were retired due to disability in 6,6% and 93,4% for length of service. About the lifestyle it was found that 55,7% did not do physical activities; 75,7% said they had never been smokers and 86,9% reported no use of alcohol. As regards the presence of Chronic Diseases Associated self-reported, identified the Hypertension in 55,7%; Diabetes Mellitus in 39,3%; Osteoarticular diseases in 24,6%; Depression in 21,3% and 13,1% in Respiratory Diseases. In domains relating to the quality of life of retirees found that the best scores were for the domains: functional capacity, physical aspects, social aspects emotional aspects and mental health while the lowest scores were for the domains of pain, general health and vitality. The variable sex showed no statistical difference for the domains: functional capacity, physical aspects, pain, general health, vitality, social and emotional aspects. The variable retirement by time in service showed no difference in relation to the pain domain. The variable physical activity showed no difference in relation to the following domains: general health, emotional aspects and mental health. The variable family arrangement and alcoholism showed no difference in relation to all domains of the SF-36. The variable age, marital status, family

income, retirement time and smoking showed no difference in relation to all domains of the SF-36. One can infer that retirees have a good quality of life because the calculated scores showed averages above 50.

Keywords: Worker's health. Quality of life. Retirement. Nursing.

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1** – Caracterização em relação ao estilo de vida dos auxiliares e técnicos de enfermagem aposentados de um hospital universitário. Londrina/PR/Brasil, 2014.....52
- Tabela 2** – Valores dos domínios segundo o *Short-Form Health Survey- SF-36* de auxiliares e técnicos de enfermagem aposentados de um hospital universitário. Londrina/PR/Brasil, 2014. (n=61)53
- Tabela 3** – Testes de diferença estatística entre as variáveis e domínios *Short-Form Health Survey- SF-36* de auxiliares e técnicos de enfermagem aposentados de um hospital universitário. Londrina/PR/Brasil, 201455

LISTA DE QUADROS

| | |
|--|----|
| QUADRO 1 – Pontuação do questionário SF-36..... | 41 |
| QUADRO 2 – Questionário SF-36: cálculo da escala bruta (0-100)..... | 42 |

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|--------|--|
| AVE | Acidente Vascular Cerebral |
| ANVISA | Agência Nacional de Vigilância Sanitária |
| CAGE | <i>Cut-Down, Annoyed, Guilty e Eye-Opener</i> |
| CCS | Centro de Ciências da Saúde |
| DCA | Doenças Crônicas Associadas |
| DM | Diabetes Mellitus |
| EUA | Estados Unidos da América |
| HAS | Hipertensão Arterial Sistêmica |
| IBGE | Instituto Brasileiro de Geografia Estatística |
| HUL | Hospital Universitário de Londrina |
| OMS | Organização Mundial da Saúde |
| ONG | Organização Não Governamental |
| PPA | Programas de Preparação para Aposentadoria |
| PRORH | Pró-Reitoria de Recursos Humanos |
| QV | Qualidade de Vida |
| SF-36 | <i>Short Form Health Survey</i> |
| SHARE | <i>Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe</i> |
| SPSS | <i>Statistical Package for the Social Sciences</i> |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| SM | Síndrome Metabólica |
| TCLE | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido |
| UEL | Universidade Estadual de Londrina |
| WHOQOL | <i>World Health Organization Quality of Life Group</i> |

SUMÁRIO

| | | |
|----------|--|-----------|
| 1 | INTRODUÇÃO | 17 |
| 2 | OBJETIVOS | 22 |
| 2.1 | OBJETIVO GERAL | 23 |
| 2.2 | OBJETIVOS ESPECÍFICOS | 23 |
| 3 | PERSPECTIVA TEÓRICA | 24 |
| 3.1 | TRABALHO | 25 |
| 3.2 | ENVELHECIMENTO E APOSENTADORIA..... | 28 |
| 3.3 | QUALIDADE DE VIDA | 32 |
| 4 | MÉTODO | 35 |
| 4.1 | TIPO DE PESQUISA | 36 |
| 4.2 | POPULAÇÃO DE ESTUDO | 36 |
| 4.3 | LOCAL DE TRABALHO DOS PARTICIPANTES | 37 |
| 4.4 | COLETA DE DADOS | 38 |
| 4.5 | INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS..... | 38 |
| 4.5.1 | Questionário Sociodemográfico | 38 |
| 4.5.2 | <i>Short-Form Health Survey (SF-36)</i> | 39 |
| 4.5.3 | <i>Cut-Down, Annoyed, Guilty E Eye-Opener (CAGE)</i> | 40 |
| 4.6 | ANÁLISE DOS DADOS | 41 |
| 4.7 | ASPECTOS ÉTICOS | 44 |
| 5 | RESULTADOS E DISCUSSÃO | 45 |
| 5.1 | ARTIGO 1 | 46 |
| 6 | CONCLUSÃO | 61 |
| | REFERÊNCIAS | 64 |
| | APÊNDICES | 71 |
| | APÊNDICE 1 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) | 72 |

| | |
|---|----|
| APÊNDICE 2 – Formulário de Caracterização Sociodemográfica..... | 74 |
| ANEXOS | 76 |
| ANEXO 1 – Autorização da Pro-Reitoria de Recursos Humanos da Universidade Estadual de Londrina | 77 |
| ANEXO 2 – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa | 78 |
| ANEXO 3 – Autorização do grupo canadense <i>Quality Metric</i> para o uso do SF- 36..... | 79 |
| ANEXO 4 – Questionários <i>Short Form Health Survey</i> - SF36..... | 85 |
| ANEXO 5 – Questionário <i>Cut-Down, Annoyed, Guilty E Eye-Opener</i> (CAGE) | 93 |
| ANEXO 6 – Normas de publicação da Revista Gaúcha de enfermagem..... | 94 |

1 INTRODUÇÃO



1 INTRODUÇÃO

Envelhecer é um processo natural e individual e apresenta-se como um fenômeno progressivo, que ocorre paulatinamente com o passar dos anos no organismo do ser humano, sem possibilidade de reversão; é universal e não patológico. Esse fenômeno além de provocar desgaste orgânico, provoca alterações nos aspectos culturais, sociais e emocionais, aumentando a possibilidade de adoecimento e morte (CIOSAK et al., 2011; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2005).

Ao nascer, a pessoa já começa a envelhecer e, gradativamente, este processo vai se configurando e ocasionando importantes alterações para os indivíduos, que podem ou não ser percebidas dependendo das fases em que ocorrem essas mudanças (SEGUIN, 2001).

Embora o envelhecer seja um processo normal é também singular, ou seja, cada ser humano envelhece a seu modo, dependendo de variáveis como o gênero, a origem, o local em que vivem, o tamanho da família, as aptidões para a vida, as experiências vivenciadas na vida privada e no trabalho, a exposição ao estresse, às doenças, ao tabagismo, ao alcoolismo, à falta de exercícios físicos, à nutrição inadequada, dentre outros fatores que contribuem para determinar a qualidade de vida (QV) do envelhecimento (BRAZ; CIOSAK, 2006).

Questões relacionadas ao envelhecimento têm despertado cada vez mais interesse da sociedade, em função do acelerado processo de envelhecimento populacional que vem ocorrendo no mundo e, mais rapidamente no Brasil (ROSSET et al., 2011).

Este fato está relacionado com a redução da taxa de natalidade e o aumento da expectativa de vida, proporcionada por avanços tecnológicos em diversos campos científicos (HEIN; ARAGAKI, 2012).

A saúde e a QV dos idosos é determinada por fatores de ordem física, psicológica, emocional, social e cultural, de tal maneira que avaliar, promover e diminuir os agravos a saúde é fundamental aos planejamentos que envolvam distintos campos do saber e uma atuação interdisciplinar e multidimensional (CIOSAK et al., 2011).

Para Vecchia et al. (2005), a percepção de QV de uma pessoa ou grupo vai além da saúde física, fazendo deste tema um objeto de análise amplo e complexo que pode englobar aspectos como: o nível socioeconômico, o estado emocional, a interação social, a atividade intelectual, os valores culturais, o estilo de vida, as atividades diárias e o ambiente onde se vive.

Assim, a QV e velhice constituem-se em um processo dinâmico, complexo que envolve numerosos fatores. Embora os avanços tecnológicos na área de saúde proporcionam um aumento significativo na QV da população idosa, observa-se que o aumento da expectativa de vida vem acompanhado de um aumento na incidência de determinadas doenças, o que pode gerar uma condição de dependência e baixa autoestima (CARVALHO; GARCIA, 2003).

Com a finalidade de oferecer melhores condições de assistir o idoso e a preocupação com a projeção de aumento dessa população na sociedade brasileira, o Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741, de outubro de 2003) é considerada um grande avanço na legislação brasileira (BRASIL, 2003). Entretanto ainda existe uma grande lacuna entre o desejo de que mais pessoas atinjam idades mais avançadas com o melhor estado de saúde possível (CIOSAK et al., 2011).

Desta forma, é fundamental que os profissionais da área de enfermagem e áreas correlatas busquem medidas que priorizem a atenção ao idoso visando melhorar a sua QV.

O termo QV foi empregado, pela primeira vez, pelo presidente dos Estados Unidos, Lyndon Johnson, no ano de 1964, ao declarar que os objetivos de uma nação não podem ser mensurados através do balanço bancário, mas sim, da QV proporcionada às pessoas. Entretanto, os termos “condições de saúde” e “funcionamento social” muitas vezes são utilizados como sinônimos de QV (FLECK et al., 1999).

O crescente interesse pelo conceito QV resultou no surgimento do periódico *Quality of Life Research*, editado a partir dos anos 90 pela *International Society for Quality of Life Research*, reunindo estudos científicos sobre QV em várias áreas do conhecimento (SEIDL; ZANNON, 2004).

O conceito de QV divide-se em duas principais vertentes: a linguagem cotidiana, usada pela população em geral e profissionais de algumas áreas e a segunda, pertencente ao universo da pesquisa científica em diferentes campos do

saber (SEIDL; ZANNON, 2004). Minayo, Hartz e Buss (2000) afirmam que a QV é a noção que o ser humano tem sobre o grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social, cultural, ambiental e à própria estética existencial.

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), a QV é a percepção que a pessoa tem sobre si mesma, levando em consideração o contexto da cultura e os valores os quais ela vive, elabora seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 1996).

É fato que o interesse pela QV tem influenciado as políticas e práticas do setor de saúde nas últimas décadas, ou seja, a melhoria da QV passou a ser um objetivo a ser alcançado tanto nas práticas assistenciais quanto nas políticas públicas no campo da promoção da saúde, prevenção de doenças e diminuição dos agravos (BRASIL, 2006).

Em banco de dados do *Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe* (SHARE), que engloba 11 países da Europa e contém informações de 27 mil pessoas com idade acima de cinquenta anos, identificou-se a importância de pesquisas com idosos, por ser o envelhecimento um processo dinâmico e não estático. Este estudo revelou ainda que devido a esse dinamismo é fundamental a realização de pesquisas que visem a compreensão de aspectos relacionados ao indivíduo aposentado (BORSCH-SUPAN et al., 2005).

Embora a QV venha sendo estudada em diversos grupos sociais, ela ainda é pouco pesquisada entre os aposentados, principalmente no Brasil, sendo de fundamental importância a realização de estudos com essa população (PIMENTA et al., 2008).

Corroboram com este pensamento, Liberatti e Martins (2012), ao afirmarem que estudos sobre a QV de aposentados são imprescindíveis, visto que, se pode identificar os diversos fatores que permeiam esse processo, para que os gestores possam traçar metas que promovam a aposentadoria com mais QV.

Assim, é importante avaliar a QV dos indivíduos, por meio da aplicação de instrumentos, que permitam detectar diferentes perfis com o objetivo de traçar planejamentos voltados à realidade dos mesmos (BRITO et al., 2008).

É válido reafirmar que quando o indivíduo se aposenta origina-se uma nova fase em sua vida, a qual provoca várias mudanças de ordem física, psíquica, social e mental, interferindo na sua QV. Estas mudanças podem propiciar a perda da

identidade pessoal como ser social, além de se configurar como um período no qual se enfrenta a questão do envelhecimento associada, na maioria das vezes, com a aposentadoria (RODRIGUES et al., 2005).

Concordam Alvarenga et al. (2009) ao afirmarem que a aposentadoria leva os indivíduos a lembrar-se da chegada da velhice e também de uma fase economicamente improdutiva. Assim, se a pessoa ao longo de sua vida construiu outras fontes de satisfação além do trabalho, o enfrentamento desta fase é facilitado, possibilitando uma reestruturação de sua identidade enquanto aposentado e, aumentando assim, a sua QV.

Segundo Rodrigues et al. (2005) alguns indivíduos assimilam a aposentadoria de forma positiva com a reorganização da vida, enquanto outros percebem de forma negativa, com possíveis comprometimentos na saúde quer sejam de ordem física ou mental, tais como: dificuldades para caminhar, depender de outras pessoas, ansiedade, depressão, irritabilidade e insatisfação ocasionando uma diminuição da QV, o que pode contribuir para a diminuição de suas redes sociais e atividades diárias.

Assim sendo, percebe-se que a aposentadoria é uma fase associada a uma série de situações críticas que interferem na QV dos indivíduos. Portanto, a compreensão do processo da mesma, pode contribuir para que profissionais de saúde que atendam a esse público possam ajudá-lo a se aproximar de sua nova realidade (ALVARENGA et al., 2009).

Há uma projeção para o ano de 2020, que coloca o Brasil como o sexto país do mundo em número de idosos. Por consequência, teremos um contingente de aposentados superior a 30 milhões de pessoas, o que resultará em implicações de ordem demográfica, econômica e social, tanto na alteração de vida dos indivíduos e das estruturas familiares, como nas mudanças da composição da força de trabalho (CARVALHO; GARCIA, 2003; KRELING, 2010).

Diante das considerações anteriores e cientes da escassez de estudos relacionados com a QV dos aposentados surge a seguinte questão de pesquisa: **Os auxiliares e técnicos de enfermagem que trabalharam em um hospital universitário apresentam QV após a sua aposentadoria?**

Esse questionamento teve origem nas aulas de mestrado, durante as discussões sobre a saúde do trabalhador, QV e as relações com a aposentadoria e

o idoso, bem como, pelo conhecimento de que na década de 1990 surge a Política Nacional do Idoso (PNI), por meio da Lei nº. 8842 de 1994, que propõe a criação e a manutenção de programas de preparação para aposentadoria (PPA) nos setores públicos e privados, com antecedência mínima de dois anos do afastamento do trabalhador (BRASIL, 1994). Porém, nota-se que na prática, esta atividade ainda não acontece de maneira satisfatória, de forma a proporcionar ao pré-aposentado uma visão da sua vida pós-aposentadoria.

Ainda se configurou como interesse o tema QV de técnicos e auxiliares de enfermagem aposentados o fato da pesquisadora ter trabalhado seis anos em instituições hospitalares na enfermagem ocupando o cargo de auxiliar de enfermagem, instigando-a a conhecer a realidade vivenciada por estas categorias profissionais, visto que são aquelas que realizam os cuidados tidos como diretos aos pacientes e, por isso sua a QV pode ter sido influenciada por esta condição de trabalho, em que se vivencia uma sobrecarga de atividades principalmente pela insuficiência de recursos humanos e pelo processo laboral baseados nos princípios *tayloristas* ainda prevalecem.

Acredita-se que investigar sobre este assunto é de fundamental importância como forma de contribuir com os gestores de enfermagem, gestores de instituições públicas, ou privadas para o planejamento de ações que busquem preparar os trabalhadores para compreenderem as mudanças advindas com a aposentadoria e sua relação com a QV e, por consequência, apresentarem melhores condições para o enfrentamento dessas mudanças. Este estudo ainda poderá ser utilizado como subsídio para a implementação de estratégias de promoção à saúde e prevenção de agravos voltados aos aposentados.

2 OBJETIVOS



2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a qualidade de vida de auxiliares e técnicos de enfermagem aposentados de um hospital universitário.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar os dados sociodemográficos e estilo de vida dos aposentados;
- Verificar se há associação entre a qualidade de vida dos aposentados com os dados sociodemográficos e estilo de vida;
- Identificar se há associação entre a qualidade de vida com as dimensões de vitalidade, capacidade funcional e o estado geral de saúde dos aposentados;
- Verificar se existe associação entre a qualidade de vida com os domínios: aspectos físicos e dor dos aposentados;
- Identificar se existe associação entre a qualidade de vida com os domínios: saúde mental, emocional e social dos aposentados.

3 PERSPECTIVA TEÓRICA



3.1 TRABALHO

O trabalho, para a grande maioria das pessoas significa o fundamento da vida, ele é dinâmico, singular e dele participam o homem e a natureza, em que o homem com sua própria ação impulsiona, regula e controla sua troca material com essa natureza, movimenta braços e pernas, cabeça e mãos para poder apropriar-se dos recursos da natureza, dando a eles utilidade à vida humana (MARX, 1998).

A característica principal da sociedade é transformar trabalho em mercadoria, sujeita a lei da oferta e da procura. E a maneira como as pessoas produzem sua vida material, está diretamente ligada ao desenvolvimento político, social e cultural (MARX, 1998).

A produção e reprodução da vida humana, tendo como mediador o homem e a natureza fazem o trabalho essencial para a constituição do sujeito e sua condição de ser e estar, ponto de partida do processo de humanização (CATÃO; GRISI, 2014).

Segundo Catão e Grisi (2014) existem muitos significados para o trabalho como projeto de vida: atividade agradável a si mesmo e experiência diária, em que o indivíduo é visto como sujeito e parte de uma sociedade; é humanizado, motivado e esforçado. O trabalho faz o ser humano idealizar e querer a sua atividade sendo manifestada em conhecimento concreto e cooperação social, em que o indivíduo interage com o ambiente e com os outros.

Para Brites, Abreu e Pinto (2014) o trabalho tem duas dimensões. Na primeira, uma ação do ser humano sobre a natureza para sua satisfação vital e, na segunda, o trabalho sendo transformado em mercadoria e a força de trabalho atendendo a necessidade de capital, configurando assim, a sua dupla face, uma como qualificador, prazeroso e saudável, e a outra como desqualificador, explorador e causador de sofrimento.

Na atualidade observa-se que os índices de produtividade muitas vezes considerados baixos pelos capitalistas, estão relacionados a uma série de fatores, mas também ao aumento de faltas ao trabalho. Para compensar essa queda, os gestores incentivam a competição entre os trabalhadores. Somado a isso, os trabalhadores ainda disputam espaço com as novas tecnologias, o que contribuiu

para gerar angústia, insatisfação e, muitas vezes, o surgimento de agravos à saúde (VIEIRA; CHINELLI, 2013).

Ainda para Vieira e Chinelli (2013) houve diminuição dos postos de trabalho, mesmo os mais qualificados, sendo os mais prejudicados, os trabalhadores com dificuldades de acesso a educação de qualidade e acúmulo de capital. Também ocorreu aumento de competição e redução na inserção no mercado de trabalho.

Com relação ao trabalho na área de saúde, Mendes et al. (2013) afirmam que o labor acontece pela centralidade da ação humana no processo de cuidado da saúde. Com esse entendimento, a melhoria da qualidade da atenção à saúde tem relação com as condições laborais, com a motivação dos profissionais e suas inter-relações. Desta forma está implícito o conteúdo humanístico e social do trabalho.

O trabalho em saúde é desenvolvido vivenciando-se, rotineiramente, situações de sofrimento de pacientes e familiares e urgência de cuidados, podendo levar os trabalhadores a situações desgastantes. Ainda a precariedade do emprego, a intensificação do trabalho e problemas de relacionamento são fatores que têm contribuído para o aumento do estresse laboral (URBANETTO et al., 2013).

No que tange diretamente aos trabalhadores de enfermagem, têm-se verificado que ocorrem muitos acidentes de trabalho, absenteísmo, abandono da profissão, doenças e incapacidades. Assim, como uma das estratégias de intervenção recomenda-se que seja realizada avaliação do processo de trabalho com todos os envolvidos, com o objetivo de propor mudanças que venham a contribuir para a transformação do processo de trabalho e do processo saúde-doença dos trabalhadores (SILVA et al., 2013).

Enfatiza-se ainda, que o trabalho em saúde é permeado por peculiaridades em seu processo organizativo. O trabalhador executa suas tarefas em um ambiente envolto em uma série de riscos ocupacionais que modificam as formas de viver, pensar, relacionar-se com o outro, adoecer, e, até mesmo, de morrer (MARZIALE, 2010).

É fato que o trabalhador da área da saúde, em especial os da equipe de enfermagem e médica, estão expostos aos fatores que predispõem à instalação da síndrome metabólica (SM,) devido aos hábitos alimentares errôneos causados por horários irregulares de alimentação, trabalhos noturnos e em turnos, cargas físicas e psicológicas relacionadas ao risco iminente de morte e ao atendimento aos

familiares de pacientes e, ainda, ao relacionamento interpessoal com toda a equipe de saúde. Eles também se submetem aos riscos relacionados ao estilo de vida como o uso de bebidas alcoólicas, o tabagismo e o sedentarismo que são aspectos relacionados à população em geral e que podem ser acrescentados, quando se trata de trabalhadores da área da saúde (RIBEIRO, 2013).

Observa-se ainda que, o trabalho na área da saúde pode causar grande desgaste físico e mental ao trabalhador, como resultado do aumento do número de pacientes que necessitam de tratamento especializado e, também, do desenvolvimento tecnológico na área da saúde, o que exige uma assistência mais especializada.

Em recente revisão integrativa da literatura nacional e internacional, com o objetivo de determinar as causas de adoecimento dos profissionais da equipe de enfermagem, identificou-se que estes sofrem estresse ocupacional, acidentes com materiais perfuro-cortantes e apresentam dores lombares com distúrbios musculoesqueléticos. Algumas estratégias estão sendo empregadas para minimizar os estressores do ambiente laboral (RIBEIRO et al., 2012).

Os trabalhadores mais susceptíveis ao desenvolvimento de doenças psicossociais como o estresse são aqueles ligados à área da saúde, decorrente do tipo de trabalho realizado, que muitas vezes não conta com apoio social, tem horários irregulares, apresenta situações de violência e faz o trabalhador vivenciar contato com o sofrimento e a morte (ESCRIBA-AGUIR, 2005), além de se desenvolver em condições inadequadas no que diz respeito aos recursos físicos e humanos.

No ambiente laboral em saúde, no qual o profissional cuida de vidas e enfrenta o risco de morte, os trabalhadores da enfermagem e médicos podem se culpar por acidentes ocorridos tanto com eles próprios, como com os pacientes, ou ainda, pelo insucesso dos tratamentos e, até mesmo, pelas dificuldades nos relacionamentos entre colegas de trabalho e chefias. Esses fatores podem fazer com que o trabalhador desenvolva transtornos psíquicos como, por exemplo, a depressão, que muitas vezes é antecedida pela ansiedade em graus variados (SELIGMANN-SILVA, 2003).

Com relação ao processo de trabalho da equipe de enfermagem brasileira observa-se que ainda predomina a fragmentação do cuidado devido aos diferentes

níveis de formação e com competências diferenciadas para enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem. Desta forma, o trabalho é organizado pela distribuição de tarefas entre os membros da equipe, levando-se em consideração a formação e o quadro de pessoal disponível. O enfermeiro realiza os cuidados de maior complexidade e coordena, planeja e avalia os cuidados prestados pelos auxiliares e técnicos de enfermagem (ORO; MATOS, 2011).

Assim sendo, verifica-se que o modelo *taylorista* é o adotado pela equipe de enfermagem, destacando-se que existe, também, a divisão clássica do saber e fazer, sendo que os cuidados diretos aos pacientes são realizados pelos auxiliares e técnicos de enfermagem, porém essas duas categorias são pouco valorizadas na equipe de saúde (AVENA, 2009).

Enfatiza-se que as diferentes atribuições dos membros da equipe de enfermagem é determinada pela Lei do Exercício Profissional. Assim, compete ao enfermeiro, conduzir os serviços de enfermagem, realizar o planejamento e a avaliação da assistência aos pacientes. Entretanto, quem realiza a assistência direta são os técnicos e auxiliares de enfermagem, reforçando, desse modo, a fragmentação entre trabalho manual e intelectual (PIRES, 2008).

Pode-se então inferir que para os auxiliares e técnicos de enfermagem o trabalho desenvolvido é o de execução de cuidados diretos, cotidianos ou rotineiros aos pacientes. Ressalta-se ainda que estes trabalhadores configuram-se na maioria dos funcionários das instituições hospitalares

3.2 ENVELHECIMENTO E APOSENTADORIA

O rápido crescimento da população idosa no país e o desafio dos problemas gerados pela velhice na sociedade têm provocado o interesse de investigações para que se busque entender esse processo, bem como soluções viáveis para os problemas encontrados (ROSSET et al., 2011).

Sabe-se que, em 2000, a população idosa (> 60 anos) mundial era de 600 milhões de pessoas, com projeção de 1,2 bilhões em 2025 e 2 bilhões em 2050. A expectativa média de vida em países desenvolvidos varia de 78 anos nos Estados Unidos a 82,6 anos no Japão. No Brasil, a média atingiu 72,8 anos em 2008,

enquanto na China essa média foi de 67,2 anos no mesmo período (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2008).

No ano de 2020, os idosos brasileiros irão alcançar um contingente estimado de 30 milhões de pessoas, o que colocará o Brasil em sexto lugar no *ranking* mundial de população idosa absoluta, lista na qual ocupa atualmente, a 16ª colocação. As implicações devidas a esse aumento de idosos são preocupantes para os setores da economia, previdência, saúde e bem estar social de qualquer nação (VERAS, 2009).

Ao processo de envelhecimento associa-se uma maior incidência de doenças crônico-degenerativas, além de incapacidades e aumento do uso de serviços de saúde. Porém, o grau de desenvolvimento humano de uma população em conjunto com políticas de prevenção em saúde pode retardar o desenvolvimento de doenças e incapacidades, mesmo em fases mais avançadas da vida (ROSSET et al., 2011).

A OMS afirma que o envelhecimento populacional é considerado uma das maiores conquistas da humanidade e representa um êxito das políticas de saúde pública e social. Porém, não se pode esquecer que mais importante do que ter a vida prolongada é envelhecer com QV (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2005).

Denota-se que o envelhecimento é a soma de todos os processos que ocorrem com o passar dos anos no organismo humano. Mas também é um processo natural que ocorre do nascimento à morte, caracterizado por alterações inerentes ao processo natural de envelhecimento como, por exemplo: a diminuição da capacidade funcional, consequência da diminuição da força muscular, resistência e coordenação, a diminuição da acuidade visual e auditiva e a incidência de doenças, principalmente as cardiovasculares (CHAIMOVICZ, 1997; FECHINE; TROMPIERI, 2012; ZAGO, 2010).

O envelhecimento caracteriza-se por mudanças nos aspectos biofuncionais, que se iniciam na segunda década de vida, mas de maneira imperceptível. No final da terceira década aparecem as primeiras alterações funcionais e também estruturais e, a partir da 4ª década, uma perda de aproximadamente 1% da função, em todos os sistemas orgânicos a cada ano (JACOB FILHO, 2000).

Embora o envelhecimento seja inerente ao homem, na concepção de Souza, Matias e Bretas (2010) às vezes não é possível fazer uma relação direta entre a aposentadoria e a velhice, pois muitas pessoas aposentam-se antes de completarem 60 anos. Entretanto, essa relação existe e é utilizada como um dos critérios que definem essa etapa da vida.

Desta forma, o envelhecimento não pode ser considerado igual para todas as pessoas. É uma fase singular, tem um componente subjetivo e sofre a influência do contexto histórico, social, econômico, político e cultural em que o indivíduo está inserido (SOUZA; MATIAS; BRETAS, 2010).

Assim sendo, pode se afirmar que o envelhecimento é um processo multifacetado e que difere de acordo com o contexto social de cada pessoa. É importante considerar que os anos de trabalho desenvolvidos durante a vida e a convivência social levam a um acúmulo de experiências que provocam possibilidades de novos significados de vida no processo de envelhecimento e de aposentadoria (FELIX; CATÃO, 2013).

Estudo que avaliou a rede social e a saúde de idosos em três diferentes sociedades: Costa Rica (Latino-Americana), Espanha (Latino-Européia) e Inglaterra (Anglo-Saxã) apresentou resultados que revelaram que, a Costa Rica tem como característica a coresidência inter geracional, enquanto a Inglaterra reflete a independência dos idosos cujo apoio social vem por redes não familiares. Já a Espanha vem apresentando um período de transição com uma mistura dos modelos apresentados pelos dois países: coresidência e independência. A Costa Rica também mostrou redes de apoio familiares mais fortes do que nas sociedades europeias. Além dessas, menos de 10% dos idosos vivem sozinhos, comparados aos 33% dos britânicos e 23% dos espanhóis (PUGA et al., 2007).

A América Latina e o Caribe chamam a atenção pela rapidez com que suas populações têm envelhecido. Em 2050, há uma projeção que se aproximará da população da Europa e da África, superando a da América do Norte, caracterizando o mais veloz processo de envelhecimento mundial. O índice de idosos, que em 1950 era de 9,2%, atingirá 83,7% em 2050 (SILVA et al., 2014).

Na realidade brasileira, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), aproximadamente 8% da população tem mais de 60 anos e em 2025 esse percentual será de 13%. A expectativa do brasileiro passou de 71 anos

em 2002, para 74,1 anos em 2011. Em 2012 subiu para 74,6 anos, tendo um acréscimo de cinco meses, em um ano. Assim, a previsão de aposentados também desperta a atenção da sociedade, dos gestores de saúde, políticas públicas, dentre outros (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2008).

A aposentadoria marca a passagem do indivíduo para a inatividade laboral, com proventos integrais ou proporcionais; esta etapa pode advir pela doença ou incapacidade para o exercício de qualquer atividade laborativa, ou adquirida pelo tempo de serviço prestado (FRANÇA, 2008).

Entretanto, a definição de aposentadoria como saída da força de trabalho vem se modificando, uma vez que ela pode abrir uma janela de oportunidades, ou um recomeço, embora estas oportunidades, na maioria das vezes, sejam para poucos. Muitos aposentados não conseguem recolocação no mercado de trabalho por conta do preconceito das organizações frente à capacidade cognitiva e produtiva dos trabalhadores mais velhos (ageismo ou idadeísmo) ou por falta de instrução, especialização e atualização destes trabalhadores (FRANÇA; MENEZES; SIQUEIRA, 2012).

Com o envelhecimento vem à aposentadoria, considerada um dos momentos mais decisivos na vida dos adultos. Assim, se a identidade das pessoas estiver fortemente associada ao trabalho, o processo de aposentadoria pode ser vivenciado por uma ruptura imposta pelo mundo externo, gerando frustrações e angústias, enquanto para outros, pode representar a libertação de uma rotina árdua e sacrificante e tornar-se uma oportunidade para vivenciar um tempo livre, nunca antes propiciado (MAGALHÃES et al., 2004).

No Brasil, muitas pessoas sobrevivem com os proventos advindos da aposentadoria, os quais nem sempre acompanham a evolução do salário mínimo ou dos níveis de inflação, repercutindo em problemas de toda ordem, principalmente em sua QV. Entretanto há aposentados cujos recursos financeiros permitem-lhes desfrutar de uma melhor QV (FRANÇA, 2008).

Ainda segundo França (2008), no Brasil, deparamos-nos com o agravante cultural, em que as pessoas não foram despertadas para planejar o futuro, ou seja, ter uma atividade de caráter laboral, educacional, espiritual, social ou de lazer, relacionada à família, com amigos ou com a comunidade. Embora os trabalhadores

mais velhos argumentem que irão realizar diversos projetos, muitos não são capazes de informar como tais projetos serão realizados.

Assim, o projeto de vida para o futuro daquele que pretende se aposentar, bem como os programas de preparação para a aposentadoria, deve conduzir para uma reflexão de vida perpassando também pelo trabalho e a forma como ele influenciaria seu bem-estar e a sua QV na aposentadoria (VASCONCELOS et al., 2008).

Diante das considerações anteriormente descritas, pode se afirmar que o envelhecimento e a aposentadoria sofrem interferências culturais, sociais, econômicas, religiosas, e da sociedade e os profissionais de saúde devem ter ciência deste processo para que possam prestar uma assistência com qualidade para os mesmos.

3.3 QUALIDADE DE VIDA

A preocupação com questões relacionadas à QV vem de um movimento dentro das ciências humanas e biológicas no sentido de valorizar parâmetros mais amplos que o controle de sintomas, a diminuição da mortalidade ou o aumento da expectativa de vida. Assim, a QV é abordada, por muitos autores, como sinônimo de saúde e, por outros, como um conceito mais abrangente, em que as condições de saúde seriam um dos aspectos a serem considerados (FLECK et al., 1999).

Suas definições na literatura especializada apresentam-se, tanto de forma global, enfatizando a satisfação geral com a vida, como dividida em componentes. A forma como é abordada e os indicadores adotados estão diretamente ligados aos interesses científicos e políticos de cada estudo e área de investigação, bem como das possibilidades de operacionalização e avaliação (FARQUAR, 1995).

A preocupação com a QV nesse macro ambiente populacional tornou-se crescente nas últimas décadas. Trata-se de conceito complexo que admite diversidade de significados, com variadas abordagens teóricas e inúmeros métodos para medida do conceito. A QV é definida como a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto de sua cultura e no sistema de valores em que vive em relação às expectativas, padrões e preocupações, de acordo com *World Health Organization Quality of Life Group* (WHOQOL). Tal conceito baseia-se na própria

definição de saúde proposta pela OMS, interpretada como a percepção individual de completo bem-estar, mental e social e não, simplesmente, a ausência de doença. O tema QV é tratado sob os mais distintos olhares, tanto na escolha do instrumento de avaliação como no público-alvo diversificado. Pesquisas brasileiras concernentes à avaliação do *status* de QV em pessoas longevas são incipientes e realizadas com instrumentos distintos, o que dificulta a comparação dos dados (SILVA et al., 2014).

O termo QV, como vem sendo aplicado, não parece ter um único significado. Termos como: condições de saúde, funcionamento social e QV têm sido usados como sinônimos e a própria definição de qualidade de vida não consta na maioria dos artigos que utilizam ou propõem instrumentos para sua avaliação. QV relacionada com a saúde (*health-related quality of life*) e estado subjetivo de saúde (*subjective health status*) são conceitos afins, centrados na avaliação subjetiva do indivíduo e relacionados ao impacto do estado de saúde sobre a capacidade do indivíduo de viver plenamente (FLECK et al., 1999).

Bullinger et al. (1993) consideram o termo QV mais geral, incluindo uma variedade de condições que podem afetar a percepção do indivíduo, seus sentimentos e comportamentos relacionados com o seu funcionamento diário, abrangendo, mas não se limitando, à sua condição de saúde e às intervenções médicas.

Por outro lado, em um nível abstrato, autores têm considerado que existe um “cultura universal” de QV, isto é, que, independente de nação, cultura ou época, é importante que as pessoas sintam-se bem psicologicamente, possuam boas condições físicas e estejam socialmente integradas e funcionalmente competentes (BULLINGER et al., 1993).

Assim sendo, pode-se afirmar que a QV é uma construção interdisciplinar na qual a contribuição de diferentes áreas do conhecimento é indispensável e seu desenvolvimento poderá resultar em mudanças nas práticas assistenciais e na consolidação de novos modelos de entendimento do processo saúde-doença, o que propiciará a superação de modelos de atendimento pautados no biologicismo, que na maioria das vezes não levam em consideração os aspectos socioeconômicos, psicológicos e culturais importantes nas ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação em saúde (SEIDL; ZANNON, 2004).

Houve, na última década, uma proliferação de instrumentos de avaliação de QV, a maioria desenvolvida nos Estados Unidos, com um crescente interesse em traduzi-los para aplicação em outras culturas. A aplicação transcultural por meio da tradução de qualquer instrumento de avaliação é um tema controverso. Alguns autores criticam a possibilidade de que o conceito QV possa não ser ligado à cultura (FLECK et al., 1999).

Seidl e Zanonn (2004) afirmam que utilizar instrumentos de mensuração da QV é importante, visto que os mesmos estão relacionados à saúde e têm como características a multidimensionalidade permitindo uma visão geral da QV, embora a maioria deles recaia sobre sintomas, incapacidades ou limitações ocasionadas por enfermidades.

Estudo de revisão integrativa realizado por Garrat et al. (2002), identificou que 46% dos artigos publicados sobre QV apresentavam como foco populações e agravos específicos e 22% trabalhavam com medidas genéricas da QV.

Investigações foram desenvolvidas tanto ao nível nacional como internacional sobre a QV. Assim, surgiram vários instrumentos com a finalidade de analisar esta variável, dentre eles encontra-se o *The Medical Outcomes Study - item Short Form Health Survey (SF-36)* que foi desenvolvido por Ware Sherbourne em 1992, sendo traduzido e validado para a língua portuguesa por Ciconelli, em 1999, seguindo todos os passos exigidos pelo comitê de especialistas (CICONELLI, et al., 1999).

A validade do SF-36 também é confirmada e demonstrada por meio do uso em pesquisas de diversas nacionalidades e distintas patologias, permitindo assim comparações de um grupo com um modelo populacional ou entre diferentes enfermidades (LOPES; CICONELLI; REIS, 2007).

Assim, investigações sobre as condições que possibilitem QV na velhice constituem-se de grande relevância científica e social. Procurar respostas à aparente contradição que existe entre a velhice e o bem-estar poderá nortear a compreensão do envelhecimento e dos limites e possibilidades do desenvolvimento humano, bem como indicar meios alternativos que promovam a QV de pessoas idosas, uma meta para os próximos anos (FLECK; CHACHAMOVICH; TRENTINI, 2003).

4 MÉTODO



4.1 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de um estudo quantitativo, de cunho epidemiológico observacional do tipo transversal. Para Marconi e Lakatos (2010) a abordagem quantitativa traduz em números as informações para que possam ser classificadas e organizadas através de métodos estatísticos.

O método epidemiológico colabora para reconhecer, medir e avaliar seu objeto de trabalho. É também uma variante do método científico para ser aplicado à investigação do processo saúde e doença em populações humanas (ALEXANDRE, 2012). Por ser observacional do tipo transversal significa que as observações e mensurações das variáveis são feitas em um único momento, não existindo seguimento dos indivíduos, e sendo também utilizadas para descrever a associação entre as variáveis de estudo (MARCONI; LAKATOS, 2010).

4.2 POPULAÇÃO DE ESTUDO

Foi constituída por 61 participantes, de um total de 87 aposentados que exerceram atividades como auxiliar e técnico de enfermagem, no Hospital Universitário de Londrina (HUL) da Universidade Estadual de Londrina (UEL) no período de 2001 a 2010.

Para levantar os possíveis participantes desta pesquisa recorreu-se ao cadastro de informações dos servidores aposentados na Pró-Reitoria de Recursos Humanos (PRORH) da referida universidade, bem como foi solicitada a autorização para obter a lista dos possíveis participantes (Anexo1). Posteriormente, os endereços dos servidores foram localizados e eles foram convidados por telefone ou na própria residência a participar da pesquisa.

Os critérios para inclusão dos participantes foram: ambos os sexos, residir na cidade de Londrina e/ou região considerada como grande Londrina, estar aposentado há no mínimo dois anos e concordar em participar da pesquisa assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apendice1). E como critérios de exclusão: aposentados que não estivessem em condições físicas ou psicológicas, devido a doenças e/ou agravos, para responder os questionamentos; aposentados há menos de dois anos e aposentados que voltaram

para a realização de atividades laborativas remuneradas de qualquer natureza., inclusive as atividades laborativas consideradas voluntárias como por exemplo: participação em Organizações não Governamentais (ONGs).

Foram ainda excluídos da população, cinco participantes que não residiam em Londrina, um que veio a óbito, um que desenvolvia atividade laboral, quatro por motivo de doenças que os incapacitaram de responder os questionamentos, sendo dois sequelados por Acidente Vascular Encefálico (AVE) grave, um com Distúrbio Mental Grave, um com doença de Alzheimer, cinco que se recusaram a participar e dez indivíduos que não foram localizados, fato que se configurou como um fator limitante desta investigação.

4.3 LOCAL DE TRABALHO DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO

Como já descrito anteriormente os participantes do estudo exerceram suas atividades no HUL. Este hospital é um órgão suplementar da UEL, conta com 313 leitos, todos conveniados com o Sistema Único de Saúde (SUS); realiza atendimentos de alta complexidade, em âmbito ambulatorial e de internamento para todas as especialidades médicas; integra o Projeto Hospital Sentinela da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA, 2014).

De acordo com a estrutura organizacional da UEL, o HUL está ligado academicamente ao Centro de Ciências da Saúde (CCS). Tem por objetivo desenvolver o ensino, a pesquisa e a extensão de serviços de saúde à comunidade. Foi ativado em 1º de agosto de 1971 e é o único hospital público de grande porte do norte do estado do Paraná, estratégico e tradicional centro de referência para o SUS. Atende pacientes de aproximadamente 250 municípios do Paraná e de mais de 100 cidades de outros estados, de várias regiões do País, principalmente de São Paulo, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul e Rondônia (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA, 2014).

A missão do HUL inclui, como hospital universitário, a participação na prática do ensino, pesquisa e extensão, integrado ao SUS. O hospital serve de campo de estágio direto para os cursos de graduação em Medicina, Farmácia-Bioquímica,

Enfermagem e Fisioterapia, além de programas de estágio de outras áreas, como Serviço Social e Administração. Oferece especialização na modalidade de Residência nas áreas de Medicina, Enfermagem, Fisioterapia e Multiprofissional (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA, 2014).

No ano de 2010, o HUL realizou 8.590 cirurgias de diversos portes e graus de complexidade, incluindo as do Centro de Tratamento de Queimados; 10.666 internações, 110.856 consultas ambulatoriais e 31.805 atendimentos no Pronto Socorro (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA, 2014).

O HUL conta com aproximadamente 2.133 servidores, sendo 738 servidores da equipe de enfermagem, além de outras categorias, tais como: fisioterapeutas, médicos, psicólogos, bioquímicos, dentre outros (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA, 2014).

4.4 COLETA DE DADOS

Os dados desta pesquisa foram coletados no período de dezembro de 2013 a abril de 2014, em entrevistas previamente agendadas por meio de comunicação via telefone ou na própria residência do aposentado. As entrevistas foram realizadas nas residências dos aposentados, com duração média de 30 minutos e apenas um encontro/contato com o entrevistado. Neste estudo foram utilizados três instrumentos de coleta de dados, apresentados a seguir.

4.5 INSTRUMENTOS DE COLETAS DE DADOS

4.5.1 Questionário Sociodemográfico

Os aspectos sociodemográficos, os mesmos foram registrados por meio de uma ficha de identificação contendo dados referentes ao sexo, faixa etária, estado conjugal, arranjo familiar, renda e tempo de serviço exercido na UEL (Apêndice 2).

A renda familiar mensal foi calculada pela soma do valor da aposentadoria e/ou pensão, acrescida da ajuda de familiares e rendimentos de outras fontes, sendo calculado o número de salários mínimos com base no valor da época da coleta dos dados (R\$ 724,00) o que representa \$320,25 dólares para o mês de julho de 2014.

No que tange aos dados da aposentadoria, a mesma foi classificada quanto ao seu tipo, por invalidez e por tempo de serviço. A aposentadoria por invalidez foi considerada aquela concedida ao funcionário incapacitado para o trabalho por motivo de saúde ou por acidente de trabalho. A aposentadoria por tempo de serviço foi considerada ao segurado ativo que a requereu após completar 35 anos de contribuição, no caso dos homens, ou 30 anos, no caso das mulheres, cumprida a idade mínima de 60 anos o homem ou de 55 a mulher, desde que cumpridos dez anos de efetivo exercício no serviço público estadual e cinco anos no cargo efetivo em que dar-se-á o benefício (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA, 2014).

Para os dados sobre a situação de saúde e estilo de vida, a atividade física foi considerada como regular quando realizada com frequência de cinco vezes por semana (PATE et al., 1995). As doenças crônicas analisadas foram Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Diabetes Mellitus (DM), Depressão, Câncer, Doenças Respiratórias, Osteoarticulares, Cardiovasculares, Neurológicas, Psiquiátricas e Deficiência Visual ou Auditiva importantes, autorrelatadas.

Quanto ao hábito de fumar foi caracterizado em: nunca fumou (aqueles que nunca fumaram ou fumaram menos de 100 cigarros durante a vida); já fumou/ex-fumante (aqueles que fumaram pelo menos 100 cigarros durante a vida, mas deixaram de fumar) e fumante atual aqueles que fumaram 100 ou mais cigarros durante a vida e continuam fumando atualmente (PEIXOTO; FIRMO; LIMA-COSTA, 2006).

4.5.2 *Short-form Health Survey (SF-36)*

O SF-36 foi desenvolvido nos Estados Unidos no final dos anos 80 e constitui-se em um instrumento de medida de QV, tendo sido aplicado em diversas situações com boa sensibilidade, eliminando-se o problema de distribuição excessiva das pontas de escala como excelente e muito ruim (VIACAVA, 2002; WARE; SHERBOURNE, 1992;). Este instrumento foi traduzido e validado no Brasil para avaliar a QV em pacientes com artrite reumatoide e mostrou-se adequado às condições socioeconômicas e culturais da população brasileira (CICONELLI et al., 1999).

O questionário SF-36 é utilizado no Brasil principalmente por pesquisadores de saúde pública e tem demonstrado ser compatível com os objetivos de relacionar a QV à saúde, devido ao seu baixo custo, fácil e rápida obtenção de dados e, ainda, a aplicabilidade independentemente do sexo, idade, presença ou não de doença contraída (BRITO et al., 2008; BARBANTI, 2006).

O SF-36 foi desenvolvido com a finalidade de ser um questionário genérico de avaliação da QV, de fácil administração e compreensão e não tão extenso (WARE; SHERBOURNE, 1992). É composto de 36 itens de auto-resposta (destinam-se a avaliar conceitos de saúde que representam valores humanos básicos relevantes à funcionalidade e ao bem-estar de cada um), subdivididos em oito dimensões, cada uma com a sua própria característica (ABRUNHEIRO, 2005).

O SF-36 é um questionário multidimensional formado por 36 itens e engloba oito escalas: capacidade funcional (dez itens), aspectos físicos (dois itens), aspectos emocionais (três itens), dor (dois itens), estado geral de saúde (cinco itens), vitalidade (quatro itens), aspectos sociais (dois itens), saúde mental (cinco itens) e mais uma questão de avaliação comparativa entre as condições de saúde atual e as de um ano atrás, que é de extrema importância para o conhecimento da doença do paciente, se for o caso. Esse instrumento avalia tanto aspectos negativos (doenças), como aspectos positivos (bem-estar) (ABRUNHEIRO, 2005) (Anexo 4). Neste estudo, uma boa QV foi considerada quando os escores calculados apresentaram a média com valores acima ao escore 50.

4.5.3 *Cut-down, Annoyed, Guilty e Eye-opener (CAGE)*

O consumo de álcool foi avaliado com base no questionário CAGE, que no Brasil foi validado em 1983, sendo composto por quatro perguntas: Você já pensou em largar a bebida? Você fica aborrecido quando outras pessoas criticaram o seu hábito de beber? Você já se sentiu mal ou culpado pelo fato de beber? Você já bebeu pela manhã para ficar mais calmo ou se livrar de uma ressaca? A presença de duas respostas afirmativas sugere uma indicação positiva de dependência de álcool (MASUR; MONTEIRO, 1983) (Anexo 5).

4.6 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram coletados no período dezembro de 2013 a abril de 2014 e digitados em planilha do Programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 20.0.

O cálculo do SF-36 foi realizado transformando as questões em domínios, sendo que, para cada domínio, foi realizado um cálculo diferente que varia de zero a 100. O resultado é chamado de *Raw Scale* porque o valor final não apresenta qualquer unidade em medida (MARTINEZ; PARAGUAY; LATORRE, 2004).

A 2ª questão não faz parte do cálculo de nenhum domínio, sendo utilizada somente para avaliar o estado geral e o quanto o indivíduo está melhor ou pior, comparado há um ano atrás.

A avaliação com o SF-36 contempla uma nota para a resposta de cada questão (QUADRO 1).

Quadro 1 - Pontuação do questionário SF-36

| QUESTÃO | PONTUAÇÃO CONFORME A RESPOSTA |
|---------|--|
| 01 | 1→5,0; 2→4,4; 3→3,4; 4→2,0; 5→1,0 |
| 02 | valor/soma normal da questão |
| 03 | valor/soma normal da questão |
| 04 | valor/soma normal da questão |
| 05 | valor/soma normal da questão |
| 06 | 1→5,0; 2→4,0; 3→3,0; 4→2,0; 5→1,0 |
| 07 | 1→6,0; 2→5,4; 3→4,2; 4→3,1; 5→2,2; 6→1,0 |
| 08 | Se 8→1 e 7→1 → 6,0 Se 8→1 e 7→2 a 6 → 5,0 Se 8→2 e 7→2 a 6 → 4,0 Se 8→3 e 7→2 a 6 → 3,0 Se 8→4 e 7→2 a 6 → 2,0 Se 8→5 e 7→2 a 6 → 1,0 |
| 09 | a,d,h = valores contrários (1→6, 2→5, 3→4, 4→3, 5→2, 6→1) |
| 10 | valor/soma normal da questão |
| 11 | a,c = valores/soma normal das questões b,d = valores contrários (1→5, 2→4, 3→3, 4→2, 5→1) |

Fonte: Omonte, 2007

Posteriormente, as notas das questões correspondentes a cada escala de saúde foram agrupadas e somadas. Em seguida, o valor de cada escala foi subtraído de um valor correspondente pré-determinado (limite de menor valor), multiplicado por 100 e dividido pela variação do escore (QUADRO 2).

O resultado foi uma nota de zero a 100 para cada escala. Quanto maior a nota, melhor QV para determinada escala.

Quadro 2 - Questionário SF-36: cálculo da escala bruta (0-100 pontos)

| ESCALA | QUESTÃO | LIMITES | VARIAÇÃO DO ESCORE |
|-----------------------|-------------------------|---------|--------------------|
| Capacidade funcional | 3 (a+b+c+d+e+f+g+h+i+j) | 10-30 | 20 |
| Aspectos físicos | 4 | 4-8 | 4 |
| Dor | 7+8 | 2-12 | 10 |
| Estado geral de saúde | 1+11 | 5-25 | 20 |
| Vitalidade | 9 (a+e+g+i) | 4-24 | 20 |
| Aspectos sociais | 6+10 | 2-10 | 8 |
| Aspectos emocionais | 5 (a+b+c) | 3-6 | 6 |
| Saúde mental | 9 (b+c+d+f+h) | 5-30 | 25 |

Fonte: Omonte, 2007.

A escala bruta está apresentada na sequência:

Escala Bruta (Omonte, 2007)

$$item = \frac{[(valor\ obtido) - (valor\ mais\ baixo)] \times 100}{variação}$$

Ex: Capacidade funcional = 21

Valor mais baixo = 10

Variação = 20

$$item = \frac{[(21) - (10)] \times 100}{20} = 55$$

Dados perdidos: se não responder mais de 50% = substituir o valor pela média.

A análise dos dados de caracterização da população do estudo empregou estatística descritiva, frequência simples (número absoluto) e relativa (porcentagem), medidas de tendência central e de variabilidade, ou seja, média, mediana, desvio padrão, valor mínimo e máximo.

A comparação com outras variáveis categóricas foi realizada por meio dos testes Não-Paramétricos, pois, os dados não apresentaram distribuição normal após aplicação do Teste de Normalidade. Os testes paramétricos assumem que a distribuição de probabilidade da população no qual retiramos os dados seja conhecida e que, somente os valores de certos parâmetros, tais como a média e o desvio padrão, sejam desconhecidos. Se os dados não satisfazem as suposições assumidas pelas técnicas tradicionais, métodos não paramétricos de inferência estatística devem ser usados. As técnicas não paramétricas assumem pouca ou nenhuma hipótese sobre a distribuição de probabilidade da população no qual retiramos os dados (MOORE; MCCABE, 2002)

O nível de significância estatística estabelecida foi de $p < 0,05$. Os escores de pontuação dos domínios do SF-36 foram comparados com variáveis categóricas, por meio do teste *Kruskal-Wallis* (KW), Qui-quadrado, *Mann-Whitney* e *Wilcoxon W*.

O teste KW é uma extensão do teste de Wilcoxon-Mann-Whitney. É um teste não paramétrico, utilizado para comparar três ou mais populações. É utilizado para testar a hipótese nula de que, todas as populações possuem funções de distribuição iguais contra a hipótese alternativa de que, ao menos duas das populações possuem funções de distribuição diferentes (GIBBONS; CHAKRABORTI, 2003).

O teste Mann-Whitney testa se duas amostras são retiradas da mesma distribuição, em relação a uma dada hipótese alternativa. Já o Wilcoxon W testa se um par de amostras retiradas de uma população tem médias diferentes (GIBBONS; CHAKRABORTI, 2003).

4.7 ASPECTOS ÉTICOS

Para o desenvolvimento deste estudo atendeu-se às normas nacionais e internacionais de ética em pesquisa envolvendo seres humanos. Assim sendo, esta pesquisa foi encaminhada ao Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UEL e obteve parecer favorável sob o protocolo de nº 002/2012 e CAAE nº 0344.0.268.000-12 (Anexo 2).

Os participantes que fizeram parte deste estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) redigido para este fim, concordando em participar da pesquisa e sendo identificados por meio de uma ficha, preservando-se o anonimato dos mesmos (Apêndice 1).

Para a utilização do questionário SF-36, obteve-se a autorização da *Optum Insight Company Qualitymetric* sob supervisão da Dr^a Dana Kopec, Canadá e obteve-se parecer favorável sob o nº QM 021618 de 01/11/2013 (Anexo 3).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A decorative graphic consisting of a vertical line on the right side and a horizontal line at the bottom, both composed of a thin grey line and a thicker black line.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Optou-se nesta pesquisa por apresentar resultados e discussão no formato de um artigo científico que foi submetido à apreciação da Revista Gaúcha de Enfermagem - Qualis CAPES B1. Assim, o artigo foi formatado de acordo com as normas da revista (Anexo 6).

QUALIDADE DE VIDA DE AUXILIARES E TÉCNICOS DE ENFERMAGEM APOSENTADOS EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

RESUMO

O objetivo do estudo foi analisar a qualidade de vida de auxiliares e técnicos de enfermagem aposentados em um hospital universitário. Estudo quantitativo, descritivo e exploratório, realizado em 2014 com a participação de 61 aposentados. Dados foram coletados por meio de dois instrumentos: questionário sociodemográfico e o *Short-Form Health Survey* (SF-36). Os dados foram tratados através de estatística descritiva, frequência simples e relativa, medidas de tendência central e de variabilidade. O nível de significância estatística estabelecida foi de $p < 0,05$. Identificou-se que 86,9% eram do sexo feminino e 93,4% aposentaram-se por tempo de serviço. As médias dos valores dos domínios foram: capacidade funcional 64,3; aspectos físicos 69,2; dor 66,3; estado geral de saúde 57,9; vitalidade 60,3; aspectos sociais 71,3; aspectos emocionais 70,0 e saúde mental 71,4. Os aposentados têm uma boa qualidade de vida, pois apresentaram escore maior que 50 para os oito domínios do instrumento SF-36.

Descritores: Enfermagem. Qualidade de vida. Aposentadoria. Saúde do trabalhador.

RESUMEN

El objetivo fue analizar la calidad de vida de los auxiliares de enfermería y técnicos jubilados por un hospital universitario. Esto era un estudio cuantitativo, descriptivo y exploratorio realizado en 2014 con la participación de 61 jubilados. Los datos fueron recogidos a través de dos instrumentos: cuestionario sociodemográfico y Short-Form Health Survey (SF-36) Los datos fueron analizados mediante estadística descriptiva, frecuencia simple y relativa, medidas de tendencia central y variabilidad. La significación estadística se estableció en $p < 0.05$. Un total de 86,9% eran mujeres y 93,4% eran jubilados basados en la duración del servicio. Los promedios de los valores de dominio fueron: 64.3 de capacidad funcional; aspectos físicos 69.2; dolor 66.3; salud general 57,9; vitalidad 60.3; aspectos sociales 71.3; aspectos emocionales 70.0; y salud mental 71.4. Uno puede deducir que los jubilados tengan una buena calidad de vida porque los resultados calculados mostraron promedios por encima de 50.

Descriptor: *Enfermería. Calidad de vida. Jubilación. Salud Laboral.*

Título: *Calidad de vida de los auxiliares de enfermería y técnicos jubilados por un hospital universitario*

ABSTRACT

The aim of this study was to analyse the life quality of retired university hospital nursing assistant and technicians. This was a quantitative, descriptive, and exploratory study realized in 2014, with participation of 61 retirees. The data were collected through two instruments: sociodemographic questionnaire and Short-Form Health Survey (SF-36).The data were analyzed through descriptive statistics, simple and relative frequency, measures of central tendency and variability. The statistical significance was established at $p < 0.05$. A total of 86.9% were women and 93.4% were retirees based on length of service. The averages of the

domain values were: functional capacity 64.3; physical aspects 69.2; pain 66.3; general health 57.9; vitality 60.3; social aspects 71.3; emotional aspects 70.0; and mental health 71.4. One can infer that retirees have a good quality of life because the calculated scores showed averages above 50.

Descriptors: *Nursing. Quality of life. Retirement. Occupational Health.*

Title: *the quality of life of nursing assistants and technicians retirees from a university hospital.*

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define a qualidade de vida (QV) como a percepção que a pessoa tem de si mesma, levando em consideração o contexto da cultura e os valores aos quais ela vive, elabora seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações⁽¹⁾.

O interesse pela QV tem influenciado as políticas públicas por se configurar como um indicador da eficácia e do impacto de vários tratamentos, da comparação entre procedimentos para o controle de problemas de saúde, do impacto físico e psicossocial das enfermidades e da produção de conhecimentos decorrentes dos esforços de integração e intercâmbio entre profissionais e pesquisadores sobre este tema⁽²⁾.

Para avaliar a QV foram realizadas várias investigações nacionais como internacionais, e, assim, surgiram instrumentos com a finalidade de analisar esta variável, dentre eles encontra-se o *The Medical Out comes Study 36 - item Short Form Health Survey* (SF-36), desenvolvido no final dos anos 80, nos Estados Unidos da América (EUA). Este instrumento foi aplicado em diversas situações com boa sensibilidade, eliminando-se o problema de distribuição excessiva das pontas de escala como excelente e muito ruim⁽³⁾. O SF-36 foi traduzido e validado no Brasil para avaliar a QV em pacientes com artrite

reumatoide no ano de 1999 e apresentou-se como adequado às condições socioeconômicas e culturais da população brasileira e dos pacientes⁽⁴⁾.

Embora a QV venha sendo estudada em diversos grupos sociais, ela é pouco pesquisada em relação aos aposentados, principalmente no Brasil, sendo importantes as investigações com essa população⁽⁵⁾.

Corroboram com este pensamento autores⁽⁶⁾ ao afirmarem que estudos sobre a QV de aposentados são imprescindíveis, visto que, por meio deles é possível identificar diversos fatores que permeiam esse processo, propiciando aos gestores, bem como aos trabalhadores realizarem planejamento com a finalidade de promover a aposentadoria com mais QV.

Diante do contexto apresentado, questiona-se: Os auxiliares e técnicos de enfermagem do ambiente hospitalar apresentam QV após a sua aposentadoria? E para responder a esta questão, definiu-se como objetivo deste estudo avaliar a qualidade de vida de auxiliares e técnicos de enfermagem aposentados de um hospital universitário.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo epidemiológico observacional do tipo transversal. A população foi constituída por 61, de um total de 87 aposentados, no período de 2001 a 2010, que exerceram atividades de auxiliar e técnico de enfermagem no Hospital Universitário da Universidade Estadual de Londrina (UEL).

Adotaram-se como critérios de inclusão: ambos os sexos, residir na cidade e ou região metropolitana do estudo e estar aposentado há pelo menos dois anos. Foram excluídos os que não tinham condições físicas e/ou psicológicas para responder aos instrumentos e aqueles aposentados que ainda desenvolvessem algum tipo de atividade laboral.

Do total de 87 aposentados, 26 foram excluídos pelos seguintes motivos: óbito, mudança de cidade e estado, realização de atividade laboral, recusa em participar da pesquisa e endereços desatualizados, totalizando uma participação de 80% da população.

A busca pelos possíveis participantes foi realizada por meio de um levantamento junto a Pró-Reitoria de Recursos Humanos da Universidade em estudo. Em seguida buscou-se contato com os mesmos pela comunicação telefônica formalizando-se o convite para participar da pesquisa.

Os dados foram coletados entre dezembro de 2013 a abril de 2014, utilizando-se dois instrumentos: o primeiro para caracterização da população em relação aos aspectos sociodemográficos e o segundo, o questionário SF-36 para a avaliação da QV dos aposentados.

O SF-36 é composto por 11 questões e 36 itens que englobam oito componentes (domínios ou dimensões), representadas 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). O indivíduo recebe um escore em cada domínio, que varia de zero a 100, sendo zero o pior escore e 100 o melhor⁽⁷⁾.

Para analisar e facilitar a interpretação dos resultados, os escores foram normalizados. A normalização foi realizada por meio da transformação linear dos escores de 0-100, obtidos para os domínios do SF-36. Portanto, toda vez que o escore da escala for inferior a 50, a QV está abaixo da média esperada, ou seja, para uma boa QV considera-se escore com média acima de 50⁽⁸⁾.

Para análise dos dados de caracterização da população do estudo empregou-se estatística descritiva, frequência simples (número absoluto) e relativa (porcentagem), medidas de tendência central e de variabilidade.

A comparação com outras variáveis categóricas foi realizada por meio dos testes Não-Paramétricos porque os dados não apresentaram distribuição normal após aplicação do Teste de Normalidade.

O nível de significância estatística estabelecida foi de $p < 0,05$. Os escores de pontuação dos domínios do SF-36 foram comparados com as variáveis categóricas por meio dos testes *Mann-Whitney*, *Qui-Quadrado* e *Wilcoxon W*.

Foi solicitada licença ao grupo canadense responsável pela aplicação do instrumento SF-36 internacionalmente e obteve-se parecer favorável a sua utilização, sob o nº QM021618 de 11/01/2013. A pesquisa também foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UEL, com parecer nº 002/2012 e CAAE: 0344.0.268.000-12.

RESULTADOS

Identificou-se que dos 61 aposentados, 53 (86,9%) eram do sexo feminino e oito (13,1%) do masculino; seis (9,8%) com idade entre 40 a 52 anos, 43 (70,5%) entre 53 a 65 anos e 12 (19,7%) entre 66 a 78 anos, com média de idade de 61 anos. Evidenciou-se que 35 (57,3%) eram casados ou viviam em união estável, um (1,6%) solteiro, 12 (19,7) divorciados e 13 (21,3%) viúvos; dez (16,4%) moravam sozinhos e 51 (83,6%) com os seus familiares. Em relação à renda dos aposentados 43 (70,5%) estão na faixa de três a cinco salários mínimos, 12 (19,7%) entre seis a oito salários mínimos e seis (9,8%) entre nove a 11 salários mínimos, com média de 5,13 salários mínimos mensais.

Tabela 1 - Caracterização em relação ao estilo de vida dos auxiliares e técnicos de enfermagem aposentados de um hospital universitário. Londrina/PR/Brasil, 2014.

| Característica | n (=61) | % |
|------------------------------------|----------------|----------|
| Atividade Física | | |
| Sim | 27 | 44,3 |
| Não | 34 | 55,7 |
| Frequência | | |
| 5X por semana | 05 | 18,5 |
| 3X por semana | 14 | 51,9 |
| Sem frequência estabelecida | 08 | 29,6 |
| Tabagismo | | |
| Nunca fumou | 46 | 75,4 |
| Ex-fumante | 11 | 18,0 |
| Fumante ativo | 04 | 6,6 |
| Quantidade de cigarros /dia | | |
| Até 20 cigarros | 03 | 75,0 |
| Mais de 20 cigarros | 01 | 25,0 |
| Uso de álcool | | |
| Sim | 08 | 13,1 |
| Não | 53 | 86,9 |

No que tange ao tempo de aposentadoria, 24 (39,3%) tinham entre três a cinco anos; 24 (39,3%) de seis a oito anos e 13 (21,3%) de nove a 12 anos com média de 6,8 anos de aposentados. O motivo pelo qual estavam aposentados foi por invalidez quatro (6,6%) e 57 (93,4%) por tempo de serviço.

Com relação ao estilo de vida verificou-se que 55,7% não realizam atividades físicas (55,7%), a maioria (75,7%) afirma nunca ter sido tabagista, bem como (86,9%) referiu não fazer uso do álcool, o que pode ser identificado na Tabela I.

Em relação à presença de Doenças Crônicas Associadas (DCA) auto-referidas, identificou-se a Hipertensão Arterial em 34 (55,7%), Diabetes Mellitus (DM) com 24 (39,3%), seguidas das Doenças Osteoarticulares em 15 (24,6%) sendo as doenças mais descritas: Artrite, Artrose, Tendinite e Inflamações na Coluna Lombo-Sacra. A Depressão foi identificada em 13 (21,3%) dos aposentados e as Doenças Respiratórias em oito (13,1%), sendo as mais citadas a Asma e a Bronquite.

Tabela 2 - Valores dos domínios segundo o *Short-Form Health Survey*- SF-36 de auxiliares e técnicos de enfermagem aposentados de um hospital universitario. Londrina/PR/Brasil, 2014. (n=61).

| Variável | Média | Desvio-padrão | Mínimo | Mediana | Máximo |
|-----------------------|-------|---------------|--------|---------|--------|
| Capacidade Funcional | 64,3 | 28,7 | 0,0 | 70,0 | 100,0 |
| Aspectos Físicos | 69,2 | 38,0 | 0,0 | 75,0 | 100,0 |
| Dor | 66,3 | 25,8 | 0,0 | 72,0 | 100,0 |
| Estado Geral de Saúde | 57,9 | 18,7 | 15,0 | 62,0 | 90,0 |
| Vitalidade | 60,3 | 19,7 | 10,0 | 60,0 | 100,0 |
| Aspectos Sociais | 71,3 | 27,7 | 0,0 | 75,0 | 100,0 |
| Aspectos Emocionais | 70,0 | 37,8 | 0,0 | 100,0 | 100,0 |
| Saúde Mental | 71,4 | 18,9 | 20,0 | 76,0 | 100,0 |

Nos domínios referentes à QV dos aposentados verificou-se que as melhores pontuações foram para os domínios capacidade funcional, aspectos físicos, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental enquanto as pontuações mais baixas foram para os domínios dor, estado geral de saúde e vitalidade, conforme apresentado na Tabela 2.

As alterações significativas entre os cruzamentos das variáveis categóricas com os domínios calculados a partir do instrumento SF-36 levando-se em consideração o nível de significância estabelecido de $p < 0,05$ mostraram que a variável sexo não apresentou diferença estatística para os domínios capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais e aspectos emocionais.

A variável aposentadoria por tempo de serviço segundo o teste *Qui-Quadrado* não apresentou diferença estatística em relação ao domínio dor (3,622). A variável atividade física não apresentou diferença estatística de acordo com o teste *Wilcoxon W* em relação aos domínios: estado geral de saúde (918,0), aspectos emocionais (943,0) e saúde mental (919,0).

Segundo o teste *Wilcoxon W* a variável arranjo familiar e o etilismo não apresentaram diferença estatística em todos os domínios do SF-36. Segundo o teste *Qui-Quadrado* a variável idade, estado conjugal, renda familiar, tempo de aposentadoria e tabagismo não apresentaram diferença estatística em todos os domínios do SF-36;

Na Tabela três são descritos os domínios do SF-36 que apresentaram diferenças estatísticas em relação aos variáveis do presente estudo.

Tabela 3 - Testes de diferença estatística entre as variáveis e domínios *Short-Form Health Survey*- SF-36 de auxiliares e técnicos de enfermagem aposentados de um hospital universitário. Londrina/PR/Brasil, 2014.

| Teste de Mann-Whitney | |
|---|----------|
| Sexo X Saúde Mental | p=0,044 |
| Tempo de Serviço X Capacidade Funcional | p=0,010 |
| Tempo de Serviço X Aspectos Físicos | p= 0,002 |
| Tempo de Serviço X Estado Geral de Saúde | p= 0,010 |
| Tempo de Serviço X Vitalidade | p= 0,007 |
| Tempo de Serviço X Aspectos Sociais | p= 0,009 |
| Tempo de Serviço X Aspectos Emocionais | p= 0,002 |
| Tempo de Serviço X Saúde Mental | p= 0,034 |
| Atividade Física X Capacidade Funcional | p= 0,019 |
| Atividade Física X Limitação por Aspectos Físicos | p= 0,043 |
| Atividade Física X Dor | p= 0,036 |
| Atividade Física X Vitalidade | p= 0,046 |
| Atividade Física X Aspectos Sociais | p= 0,003 |

* Nível de significância $p < 0,05$

DISCUSSÃO

Não houve diferença estatística significativa entre a QV para aposentados do sexo feminino e masculino, como em estudo anterior^(9,10) e contrapondo a outra investigação⁽⁵⁾ em que o sexo masculino teve QV diferente daqueles do feminino.

Em uma pesquisa realizada⁽¹¹⁾ prevaleceu o sexo feminino em 80% e idade média entre 60 a 70 anos, fato esse que ocorreu por se tratar de uma escola considerada espaço de trabalho do sexo feminino. O mesmo pode se afirmar da enfermagem, realidade de trabalho dos aposentados participantes do presente estudo, que também se caracteriza com um espaço de trabalho em que há prevalência do sexo feminino.

Estudo sobre QV com idosos identificou que a idade média foi de 68 anos, diferente ao encontrado neste estudo. Quanto à atividade física, aproximadamente 73% eram praticantes e contrapondo com 44,3% encontrados no presente estudo. Os mesmo autores afirmam que a presença de doenças associadas foi referida por 85,5% dos idosos entrevistados o mesmo ocorreu e na presente pesquisa em que a maioria dos aposentados referiu ter pelo menos uma doença associada. Quanto à renda média os resultados também foram análogos com média de cinco salários mínimos⁽¹²⁾.

Outra pesquisa⁽¹³⁾realizada com aposentados no Panamá e México encontrou resultados diferentes aos do presente estudo com média de idade de 69,9 anos para os mexicanos e 68,1 anos para os panamenhos. A maioria era casada e 78% dos aposentados apresentaram pelo menos uma doença crônica associada contrastando com 55,4% de Hipertensão Arterial no presente estudo que caracterizou a doença crônica com maior prevalência. Outro dado importante é o fato de que os mexicanos e panamenhos aposentados apresentavam renda de \$3.000 dólares em relação à \$1.662 dólares dos aposentados do presente estudo.

A alta prevalência de doenças crônicas que acompanha o envelhecimento da população requer políticas públicas para o avanço na prevenção, tratamento e controle das condições crônicas, com a finalidade de reduzir o número de comorbidades e sequelas e possibilitar um envelhecimento ativo, com autonomia, independência e QV⁽¹⁴⁾.

No que tange ao arranjo familiar resultados semelhantes ao do presente estudo foram encontrados em uma pesquisa na qual foi identificado que 94,3% de idosos moravam com o companheiro ou familiares⁽¹¹⁾.

Em investigação realizada com idosos na cidade de Porto Alegre com o objetivo de identificar o significado de QV, os resultados indicaram que as relações interpessoais em especial com as famílias são essenciais para que se tenha uma boa QV⁽¹⁵⁾.

Outro estudo realizado com o objetivo de avaliar a QV de idosos com insuficiência renal crônica, submetidos ao tratamento de hemodiálise, também identificou que o apoio familiar e social são fundamentais para uma melhor QV⁽¹⁶⁾.

No presente estudo identificou-se que os domínios do SF-36 capacidade funcional, aspectos físicos, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais, saúde mental e dor apresentaram uma relevância estatística em relação às variáveis deste estudo (segundo o teste *Mann Whitney*) o que corrobora com uma pesquisa inglesa realizada com idosos para determinar os requisitos básicos para uma boa QV encontrando-se que boas relações sociais (81%), participação em atividades sociais (60%), boa saúde (44%), bem-estar psicológico (38%), integração social e segurança (37%), segurança financeira (33%) e independência (27%) são essenciais a QV dos idosos participantes da pesquisa⁽¹⁷⁾.

Vale ressaltar que os resultados no presente estudo com média de escore acima de 50 para todos os domínios, mesmo aqueles que apresentaram algum tipo de doença pode ser explicado pela adaptação às condições impostas pela doença, à adoção de novos referenciais de vida, além da possibilidade de poder contar com algum tipo de suporte familiar ou social⁽¹⁸⁾.

Com relação às limitações do estudo destacam-se: a amostra reduzida; o estudo transversal como o realizado que impossibilitou a associação causal, isto é, apenas sugere-se a inter-relação entre as variáveis estudadas e a QV, por fim a escassez de pesquisas publicadas, envolvendo a QV de aposentados dificultando a comparação dos resultados encontrados. Todavia, em algumas situações, essa deficiência foi suprida por meio da comparação, envolvendo dados encontrados em estudos com idosos ou QV de forma generalizada. Assim, acredita-se ser de fundamental importância o desenvolvimento de novas pesquisas sobre a temática QV relacionada com a aposentadoria.

CONCLUSÃO

Pode-se afirmar que os aposentados apresentam uma boa QV, pois apresentaram média de pontuação maior que 50 para os oito domínios do instrumento SF-36.

O estudo apresentou relevância estatística entre os domínios do SF-36 capacidade funcional, aspectos físicos, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais, saúde mental e dor em relação às variáveis sexo, aposentadoria por tempo de serviço e atividade física.

Conclui-se ainda que conhecer a realidade da QV desses aposentados foi de suma importância, pois propiciará aos gestores, quer sejam ou não da enfermagem e às políticas públicas, bem como aos profissionais que almejam aposentar-se realizarem planejamentos para a aposentadoria visando à promoção e o bem estar à saúde.

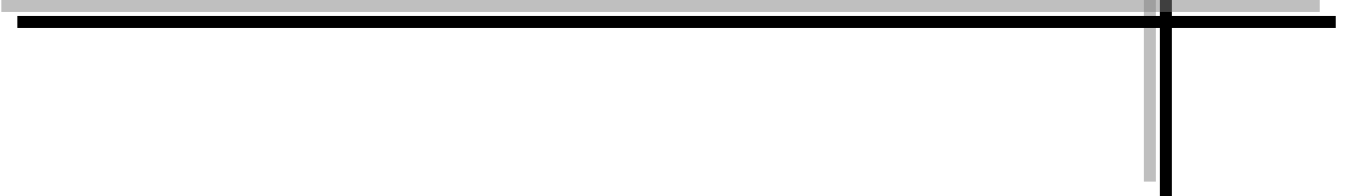
REFERÊNCIAS

1. Organización Mundial de La Salud. Control de la hipertensión [Internet]. Ginebra; 1996 [citado 2014 set 07]. Disponível em: <http://www.who.int/es/>
2. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Cadernos de Atenção Básica, n. 19 [Internet]. Brasília; 2006. [citado 2014 set 15]. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abca19.pdf>
3. Ware JE, Sherbourne CD. The MOS – 36 item short form health survey (SF – 36) conceptual framework and item selection. Med Care. 1992; 30(6):473-83.
4. Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos W, Meinão I, Quaresma MR. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de Avaliação de Qualidade de Vida SF-36. Rev Bras Reumatol [Internet]. 1999 [citado 2014 ago 03];39(3):143-50. Disponível em: http://www.nutrociencia.com.br/upload_files/artigos_download/qualidade.pdf
5. Pimenta FAP, Simil FF, Torres HOG, Amaral CFS, Rezende CF, Coelho TO. Avaliação da qualidade de vida de aposentados com a utilização do questionário SF-36. Rev Assoc Med Bras [Internet]. 2008 [citado 2014 jun 03];54(1):55-60. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v54n1/21.pdf>

6. Liberatti VM, Martins JT. Social representations of retirement for healthcare nurses of a public university. *J Nurs UFPE on line* [Internet]. 2012 [cited 2014 June 03]; 6(10):2603-5. Available from: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewArticle/3373>
7. Ware JE, Kosinski M, Gandek B. SF-36 Health survey: manual and interpretation guide. Lincoln, RI: Quality Metric Incorporated, 2003 [cited 2014 Oct 10]. Available from: <http://www.sf-36.org/tools/acknowledgement.shtml>
8. Ware JE, Kosinski M, Keller SK. SF-36® Physical and mental health summary Scales: a user's manual. Boston, MA: The Health Institute, 1994 [cited 2014 Oct 10]. Available from: <http://www.apa.org/pi/about/publications/caregivers/practice-settings/assessment/tools/medical-outcomes.aspx>
9. Souza JC, Costa DS. Qualidade de vida de uma amostra de profissionais de educação física. *J Bras Psiquiatr* [Internet]. 2011 [citado 2014 set 10];60(1):23-7. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v60n1/v60n1a05>
10. Pereira EF, Teixeira CS, Lopes AS. Qualidade de vida de professores de educação básica do município de Florianópolis, SC, Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2013 [citado 2014 set 30];18(7):1963-70. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n7/11.pdf>.
11. Tavares DM, Dias FA, Munari DB. Qualidade de vida de idosos e participação em atividades educativas grupais. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2012 [citado 2014 out 15];25(4): 601-6. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n4/aop2012.pdf>
12. Souza LM, Lautert L, Hilleshein EF. Qualidade de vida e trabalho voluntário em idosos. *Rev Esc Enfem USP* [Internet]. 2011 [citado 2014 out 30]; 45(3):665-71. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n3/v45n3a17.pdf>
13. Sloane PD, Cohen LW, Haac B, Zimmerman S. Health care experiences of US Retirees living in México and Panamá: a qualitative study. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2013 [cited 2014 set 10]; 13:411. Available from: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/13/411>
14. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006. Aprova política nacional de saúde da pessoa idosa [Internet]. Brasília (DF); 2006 [citado 2014 jun 03]. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/portarias/port2006/gm/gm-2528.htm>
15. Paskulin LMG, Córdova FP, Costa FM, Vianna LAC. Percepção de pessoas idosas sobre qualidade de vida. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2010 [citado 2014 out 19]; 23 (1): 101-7. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n1/16.pdf>.
16. Takemoto AYI, Okubo PBJ, Carreira L. Avaliação da qualidade de vida em idosos submetidos ao tratamento hemodialítico. *Rev Gaúcha Enferm*. [Internet]. 2011 [citado 2014 nov 02];32(2): 256-62. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/18553>.

17. Bowling A, Gabriel Z, Dykes J, Dowding LM, Evans O, Fleissig A, et al. Let's ask them: a national survey of definitions of quality of life and its enhancement among people aged 65 and over. *Int J Aging Hum Dev* [Internet]. 2003 [cited 2014 Oct 15];56(4): 269-306. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14738211>
18. Johnson SM, Grosshans H, Shingara J, Byrom M, Jarvis R, Cheng A, et al. RAS is regulated by the let-7 microRNA family. *Cell* [Internet]. 2005 [cited 2014 Sept 20]; 120(5):635-47. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0092867405000887>

6 CONCLUSÃO



6 CONCLUSÃO

A aplicação do questionário SF- 36 mostrou-se adequada, eficaz, de fácil aplicação e compreensão aos objetivos propostos no presente estudo.

Os resultados permitiram conhecer a realidade da QV dos aposentados de nível médio (auxiliares e técnicos de enfermagem) que trabalharam em uma instituição hospitalar de uma universidade pública que foi o que se segue: a idade média dos aposentados foi de 61,09 anos, sendo 86,9% do sexo feminino. O motivo da aposentadoria por tempo de serviço prevaleceu com 93,4%, e, média de 6,82 anos. A Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus foram às doenças crônicas mais frequentes. As médias dos valores dos domínios, de acordo com o SF-36, foram: capacidade funcional 64,3, aspectos físicos 69,2, dor 66,3, estado geral de saúde 57,9, vitalidade 60,3 aspectos sociais 71,3, aspectos emocionais 70,0 e saúde mental 71,4. A variável atividade física não apresentou diferença em relação aos domínios: estado geral de saúde, limitação por aspectos emocionais e saúde mental. Com relação à variável arranjo familiar, idade, etilismo, estado conjugal, renda familiar, tempo de aposentadoria e tabagismo não apresentaram diferença em relação a todos os domínios do SF-36. Constatou-se que os aposentados têm uma boa qualidade de vida, visto que os escores apresentaram média com valores acima do escore 50.

Identificar esta realidade foi de suma importância, visto que, propiciará aos gestores e aos profissionais que almejam aposentar-se realizar planejamentos que visem ações de promoção à saúde. Acredita-se ainda que proporcionou aos profissionais de saúde em especial aos de enfermagem conhecer um pouco mais sobre uma população que gradativamente vem aumentando no mundo e mais rapidamente no Brasil, e, assim os mesmos podem utilizar os resultados deste estudo para uma prestar uma assistência voltada as reais necessidades dos aposentados.

Enfatiza-se a importância dos programas de acompanhamento pré-aposentadoria que já vem sendo implantado na instituição estudada, porém ainda não estão implementados na grande maioria das instituições universitárias ou de outra natureza.

Por fim considera-se que os resultados do estudo refletem apenas uma realidade de uma parcela de aposentados desta universidade e por ser este tema ainda incipiente no meio científico, fica a certeza de que é necessário o desenvolvimento de outros estudos sobre esta temática, uma vez que, ações mais direcionadas a essa parcela da população poderão ser desenvolvidas.

REFERÊNCIAS



ABRUNHEIRO, L. M. M. **PsicoLogia.com.PT**: o portal dos psicólogos. A satisfação com o suporte social e a qualidade devida no doente após transplante hepático, 2005. Disponível em: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0255.pdf>>. Acesso em: 08 jun. 2014.

ALEXANDRE, L. B. S. P. **Epidemiologia aplicada nos serviços de saúde**. São Paulo: Martinari, 2012.

ALVARENGA, L. N. et al. Repercussões da aposentadoria na qualidade de vida do idoso. **Revista da Escola Enfermagem USP**, São Paulo, v. 43, n. 4, p. 796-802, 2009.

AVENA, D. A. **O engenho por dentro**: cartografia das práticas cotidianas de cuidado em saúde mental dos auxiliares e técnicos de enfermagem na perspectiva da integralidade. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Rio de Janeiro; Rio de Janeiro, 2009.

BARBANTI, E. J. Efeito da atividade física na qualidade devida em pacientes com depressão e dependência química. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, Pelotas, v. 11, n. 1, p. 37-45, 2006.

BORSCH-SUPAN, A.; HANK, K.; JURGES, H. A new comprehensive and international view on ageing: introducing the survey of health, ageing and retirement in Europe. **European Journal of Ageing**, Berlin, v. 2, p. 245-253, 2005. Disponível em: <<http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10433-005-0014-9#page-1>>. Acesso em 15 set. 2014.

BRASIL. Lei nº 8.842 de Janeiro de 1994. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília (DF), de 5 de janeiro de 1994.

BRASIL. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Aprova o estatuto do idoso e dá outras providências. Brasília, 2003. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.741.htm>. Acesso em: 14 out. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília, 2006. (Cadernos de Atenção Básica, n.19).

BRAZ, E.; CIOSAK, S. I. O perfil do envelhecimento. In: BRAZ, E.; SEGRANFREDO, K. U.; CIOSAK, S. I. **O paradigma da 3ª idade**. Cascavel-PR: Coluna do Saber, 2006.

BRITES, R. M. R.; ABREU, A. M. M.; PINTO, J. E. S. S. Prevalência de alcoolismo no perfil das aposentadorias por invalidez dentre trabalhadores de uma universidade federal. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 67, n. 3, p. 373-380, 2014.

BRITO, D. M. S. et al. Qualidade de vida e percepção de doença entre portadores de hipertensão arterial. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, p. 933-940, 2008.

BULLINGER, M et al. Developing and a evaluating cross-cultural instruments from minimum requirements to optimal models. **Quality of Life Research**, Oxford, v. 2, p. 451-459, 1993.

CARVALHO, J. A. M.; GARCIA, R. A. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 19, n. 3, p. 725-733, 2003.

CATÃO, M. F. F. M.; GRISI, A. F. M. Life project and work as mater of exclusion/inclusion of the elderly person. **Estudos de Psicologia** (Campinas), v. 31, n. 2, p. 215-223, 2014.

CHAIMOWICZ, F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, n. 2, p.184-200, 1997.

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

CIOSAK, S. I. et al. Senescência e senilidade: novo paradigma na atenção básica de saúde. **Revista Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 45, n. 2, p. 1763-1768, 2011. Número Especial.

ESCRIBA-AGUIR, V. Ambiente psicosocial y salud de los trabajadores. **Archivos de Prevención de Riesgos Laborales**, Barcelona, v. 9, n. 1, p. 6-9, 2005. Editorial.

FARQUHAR, M. Elderly people's definitions of quality of life. **Social Science Medicine**, Oxford, v. 41, n. 10, p. 1439-1446,1995.

FECHINE, B. R. A.; TROMPIERI, N. O processo de envelhecimento: as principais alterações que acontecem com o idoso com o passar dos anos. **InterSciencePlace**, v. 1, n. 7, p. 106-132, 2012. Edição 20. Disponível em: <http://www.interscienceplace.org/interscienceplace/article/view/201/195>. Acesso em: 13 set. 2014.

FELIX, Y. T. M.; CATÃO, M. F. F. M. Envelhecimento e aposentadoria por policiais rodoviários. **Psicologia & Sociedade**, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 420-429, 2013.

FLECK, M. P. A.; CHACHAMOVICH, E.; TRENTINI, C. M. Projeto WHOQOL- OLD: métodos e resultados de grupos focais no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 6, p. 793-799, 2003.

FLECK, M. P. et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 21-28, 1999.

FRANÇA, L. H. F. P.; MENEZES, G. S.; SIQUEIRA, A. R. Planejamento para a aposentadoria: a visão dos garis. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 733-745, 2012.

FRANÇA, L. H. **O desafio da aposentadoria**. Rio de Janeiro: Rocco, 2008.

GARRAT, A. et al. Quality of life measurement: bibliographic study of patient assessed health outcome measures. **British Medical Journal**, London, v. 324, p.1417-1419, 2002. Disponível em: <http://www.bmj.com/content/bmj/324/7351/1417.1.full.pdf>>. Acesso em: 15 ago. 2014.

GIBBONS, J. D.; CHAKRABORTI, S. **Nonparametric Statistical Inference**. 4th ed. New York: Marcel Dekker, Inc., 2003.

HEIN, M. A.; ARAGAKI, S. S. Saúde e envelhecimento: um estudo de dissertações de mestrado brasileiras (2000-2009). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 8, p. 2141-2150, 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Projeção da população do Brasil por sexo e idade, 1980-2050**: revisão 2008. Rio de Janeiro, 2008.

JACOB FILHO, W. Envelhecimento e atendimento domiciliário. In: DUARTE, Y. A. O.; DIOGO, M. J. D. E. **Atendimento domiciliar**: um enfoque gerontológico. São Paulo: Atheneu, 2000. p. 19-26.

KRELING, N. H. O envelhecimento do trabalhador impõe novos desafios às políticas públicas. **Indicadores Econômicos FEE**, Porto Alegre, v. 38, n. 1, p. 47-62, 2010.

LIBERATTI, V. M.; MARTINS, J. T. Social representations of retirement for health care Nurses of a public university. **Journal of Nursing UFPE on line**, Recife, v. 6, n. 10, p. 2603-2605, 2012. Disponível em: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/3373/pdf_1583>. Acesso em: 03 jun. 2014.

LOPES, A.; CICONELLI, R.; REIS, F. Medidas de avaliação de qualidade de vida e estados de saúde em ortopedia. **Revista Brasileira de Ortopedia**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 11, p. 355-359, 2007.

MAGALHÃES, M. O. et al. Padrões de ajustamento na aposentadoria. **Aletheia**, Canoas, v. 19, n. 1, p. 57-68, 2004.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia do trabalho científico**. São Paulo: Atlas, 2010.

MARTINEZ, M.C.; PARAGUAY, A.I.B.B.; LATORRE, M.R.D.O. Relação entre satisfação com aspectos emocionais e saúde dos trabalhadores. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.38, n.1, p.55-61, 2004.

MARX, R. **Trabalho em grupos e autonomia como instrumentos de competição**. São Paulo, Atlas, 1998.

MARZIALE, M. H. P. Contribuições do enfermeiro do trabalho na promoção da saúde do trabalhador. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 7-8, 2010. Editorial. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n2/01.pdf>>. Acesso em: 29 ago. 2014.

MASUR, J.; MONTEIRO M. Validation of the CAGE alcoholism screening test in Brazilian Psychiatry inpatient hospital setting. **Brazilian Journal of Biological Research**, São Paulo, v. 16, n. 3, p. 215-218, 1983.

MENDES, A. C. G. et al. Condições e motivações para o trabalho de enfermeiros e médicos em serviços de emergência de alta complexidade. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 66, n. 2, p. 161-166, 2013.

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

MOORE, D. S.; MCCABE, G. P. **Introdução à prática da estatística**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Editora LTC, 2002.

OMONTE, I. R. V. **Avaliação da qualidade de vida pelos instrumentos SF-36 e perfil de saúde de Nottingham em pacientes submetidos à operação de Capella por via laparotômica**. Belo Horizonte, 2007. 180 fls. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2007.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Brasília: OPAS, 2005. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf>. Acesso em: 10 set. 2014.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Control de la hipertensión**. Genebra, 1996. Disponível em: <<http://www.who.int/es/>>. Acesso em: 7 set. 2014.

ORO, J.; MATOS, E. Organização do trabalho da enfermagem e assistência integral em saúde. **Enfermagem em Foco** (Brasília), v. 2, n. 2, p. 137-40, 2011.

PATE, R.R. et al. Physical Activity and Public Health. A recommendation of the Centers for Disease Control and Prevention and American College of Sports Medicine. **JAMA**. 1995; 273(5):402-7.

PEIXOTO, S. V.; FIRMO, J. O. A.; LIMA-COSTA, M. F. Condições de saúde e tabagismo entre idosos residentes em duas comunidades brasileiras (Projetos Bambuí e Belo Horizonte). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p.1925-1934, 2006.

PIMENTA, F. A. P. et al. Avaliação da qualidade de vida de aposentados com a utilização do questionário SF-36. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 54, n.1, p. 55-60, 2008.

PIRES, D.E.P. **Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil**. 2ª ed. São Paulo: Anna Blume, 2008.

PUGA, D. et al. Red social y salud del adulto mayor em perspectiva comparada: Costa Rica, España e Inglaterra. **Población y Salud em Mesoamérica**. San José, v. 5, n. 1, 2007. Disponível em: http://digital.csic.es/bitstream/10261/93114/1/2007_PugaCastroetal_%20Pobl%26SaludMesoamer.pdf. Acesso em: 10 out. 2014.

RIBEIRO, R. P. et al. Work-related illness in nursing: na integrative review. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 46, n. 2, p. 495-504, 2012.

RIBEIRO, R. P. **Prevalência da síndrome metabólica entre trabalhadores das equipes médica e de enfermagem de um hospital do Paraná e sua associação com estresse ocupacional, ansiedade e depressão**. 2013. 160 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2013.

RODRIGUES, M. et al. A preparação para a aposentadoria: o papel do psicólogo frente a essa questão. **Revista Brasileira de Orientação Profissional**, São Paulo, v. 6, n. 1, p. 53-62, 2005 .

ROSSET, I. et al. Tendências dos estudos com idosos mais velhos na comunidade: uma revisão sistemática (inter) nacional. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 264-271, 2011.

SEGUIN, E. **O idoso aqui e agora**. Rio de Janeiro: Júris, 2001.

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

SELIGMANN-SILVA, E. Psicologia e saúde mental no trabalho. In: MENDES, R. **Patologia do trabalho**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2003. cap. 25, p.1141-1182

SILVA, P. A. B. et al. Ponto de corte para o WHOQOL-bref como preditor de qualidade de vida de idosos. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n. 3, p. 390-397, 2014.

SILVA, S. M. et al. Estratégias de intervenções relativas à saúde dos trabalhadores de enfermagem de hospitais universitários no Brasil. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 1, p. 1-9, 2013.

SOUZA, R. F.; MATIAS, H. Á.; BRETAS, A. C. P. Reflexões sobre envelhecimento e trabalho. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 6, p. 2835-2843, 2010.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA (UEL). **Hospital Universitário**. 2014. Disponível em: <<http://www.uel.br/hu/portal/>>. Acesso em: 19 maio 2014.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA (UEL). Pro-reitoria de Recursos Humanos. **Estatuto do servidor**: funcionários civis do Paraná Lei 6174/70. 2014. Disponível em:

https://www.sistemasweb.uel.br/system/wrh/pf/EstatutoServidor_6174_70.pdf.

Acesso em: 19 maio 2014.

URBANETTO, J. S. et al. Estresse no trabalho segundo o Modelo de Demanda-Controle e distúrbios psíquicos menores em trabalhadores de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 47, n. 3, p. 1186-1193, 2013.

VASCONCELOS, R. C. et al. A estratégia de redução e a carga de trabalho dos coletores de lixo domiciliar de uma grande cidade: estudo de caso baseado na análise ergonômica do trabalho. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 33, n. 117, p. 50-60, 2008.

VECCHIA, R. D. et al. Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 8, n. 3, p. 246-252, 2005.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 548-554, 2009.

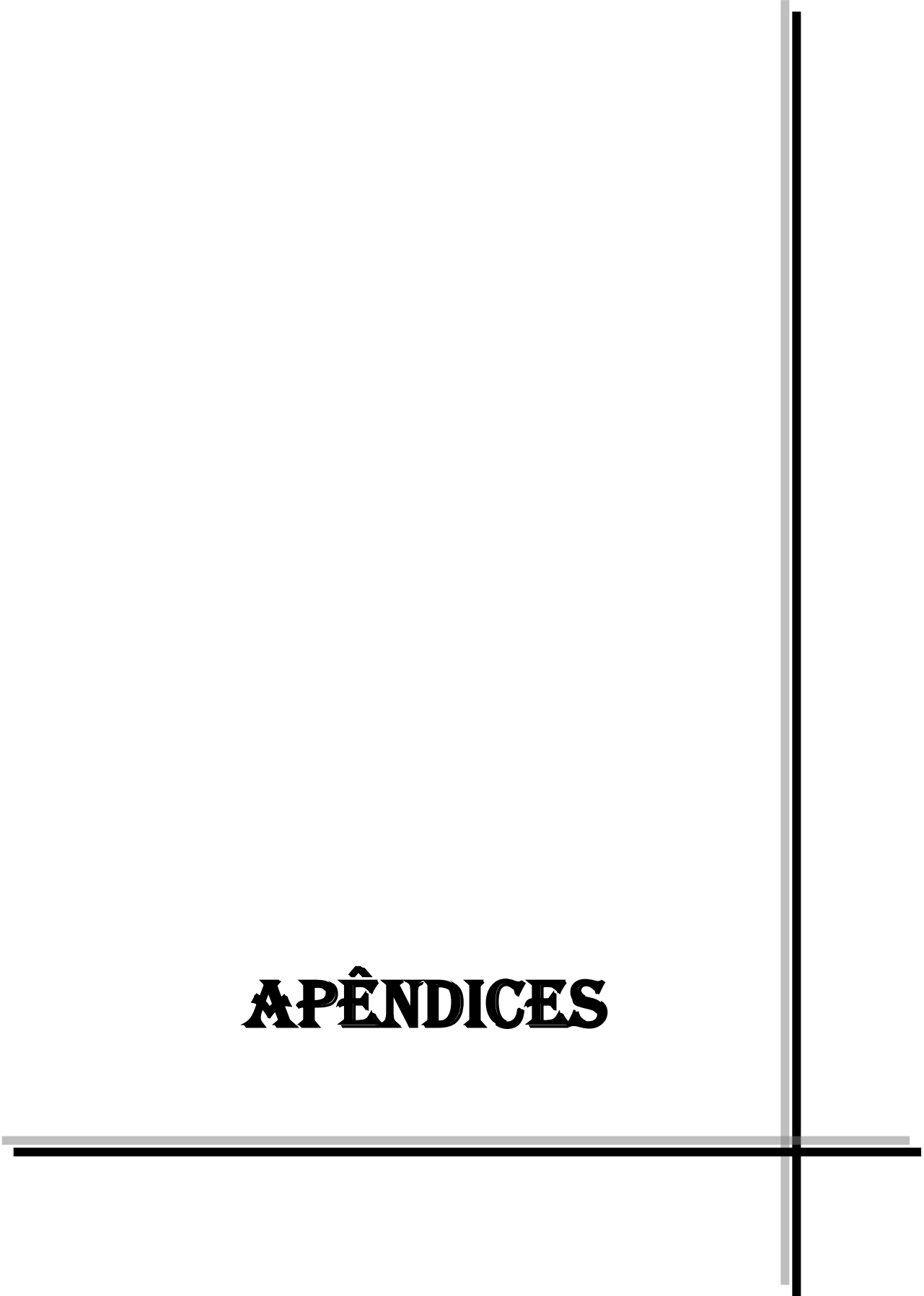
VIACAVA, F. Informações em saúde: a importância dos inquéritos populacionais. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, p. 607-602, 2002.

VIEIRA, M.; CHINELLI, F. Relação contemporânea entre trabalho, qualificação e reconhecimento: repercussões sobre os trabalhadores técnicos do SUS. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1591-1600, 2013.

WARE, J. E.; SHERBOURNE, C. D. The MOS – 36 item Short Form Health Survey (SF – 36) conceptual framework and item selection. **Medical Care**, Hagerston, v. 30, p. 473-483, 1992.

ZAGO, A. S. Exercício físico e o processo saúde-doença no envelhecimento. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v.13, n.1, p.153-8. Rio de Janeiro, 2010.

APÊNDICES



Apêndice 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da pesquisa:

“Qualidade de vida de aposentados de uma universidade pública de acordo com *Short-Form Health Survey SF-36*”

Prezado(a) Senhor(a): _____

Gostaríamos de convidá-lo (a) a participar da pesquisa **“Qualidade de vida de aposentados de uma universidade pública de acordo com *Short-Form Health Survey SF-36*”**, realizada em **“Londrina – UEL (Mestrado em Enfermagem)”**. O objetivo da pesquisa é **“Analisar a qualidade de vida de aposentados que exerceram a função de auxiliar e técnico de enfermagem na Universidade Estadual de Londrina, de 2001 a 2010, segundo o *Short-Form Health Survey – SF-36*”**. A sua participação é muito importante e ela se daria da seguinte forma **(Preencher um questionário sobre qualidade de vida e uma folha de identificação com dados pessoais preservando a identidade do participante)**. Gostaríamos de esclarecer que sua participação é totalmente voluntária, podendo você: recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa. Informamos ainda que as informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade.

Os benefícios esperados são: Analisar a qualidade de vida de uma parcela de aposentados da UEL contribuirá para conhecer e aprofundar sobre a condição de estar aposentado por uma instituição pública identificando a realidade da vida destas pessoas em seus diversos aspectos, e, assim poder planejar ações de promoção, prevenção e diminuição dos agravos à saúde.

Informamos que o(a) senhor(a) não pagará nem será remunerado por sua participação. Garantimos, no entanto, que todas as despesas decorrentes da pesquisa serão ressarcidas, quando devidas e decorrentes especificamente de sua participação na pesquisa.

Caso o(a) senhor(a) tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos pode nos contactar (**Elaine Cristina Tanferri, rua Francisco Arias, 654, conjunto Semiramis, (43) 9131-6552 e e-mail: elaine.tanferri@hotmail.com**), ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina, na Avenida Robert Koch, nº 60, no telefone 33712490 ou por e-mail: cep268@uel.br. Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas, devidamente preenchida, assinada e entregue ao(a) senhor(a).

Londrina, ___ de _____ de 201_.

Elaine Cristina Tanferri

RG:: 5927374-4 SESP-PR

_____, tendo sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos da pesquisa, concordo em participar **voluntariamente** da pesquisa descrita acima.

Assinatura (ou impressão
dactiloscópica): _____

Data: _____

Apêndice 2

Questionário Sociodemográfico

Ficha de Identificação:

1 – Identificação:

Nome (iniciais): _____ Sexo: () F () M

Data de Nascimento: ____/____/____

Estado Conjugal:

- () Solteiro () Casado () União consensual
() Divorciado ou separado () Viúvo

Arranjo familiar:

- () Mora sozinho () Mora com a família. Qual: _____
() Outros _____

Escolaridade: _____ anos de estudo

Renda familiar: _____ salários mínimos

2 – Aposentadoria:

Data da aposentadoria: ____/____/____

Tempo de Serviço: _____ anos de trabalho

Motivo da Aposentadoria:

- () Tempo de Serviço
() Invalidez. Causa: _____

3 – Situação de Saúde e Estilo de Vida (inclusive tabagismo e etilismo):

Realiza atividade física? () Sim () Não

- Com que Frequência? () 5X por semana, no mínimo 30 minutos/dia
() 3X por semana, no mínimo 30 minutos/dia
() Não tem frequência estabelecida

Que atividade física realiza? _____

Apresenta alguma das doenças crônicas associadas listadas a seguir? Quais:

- () Hipertensão Arterial () Diabetes Melitus
() Depressão () Artrite/ reumatismo
() Câncer () Doença Neurológica
() Doença respiratória Qual: _____

Ex: asma, bronquite, enfisema...

- () Deficiência visual e/ou auditiva Qual: _____
() Outros _____

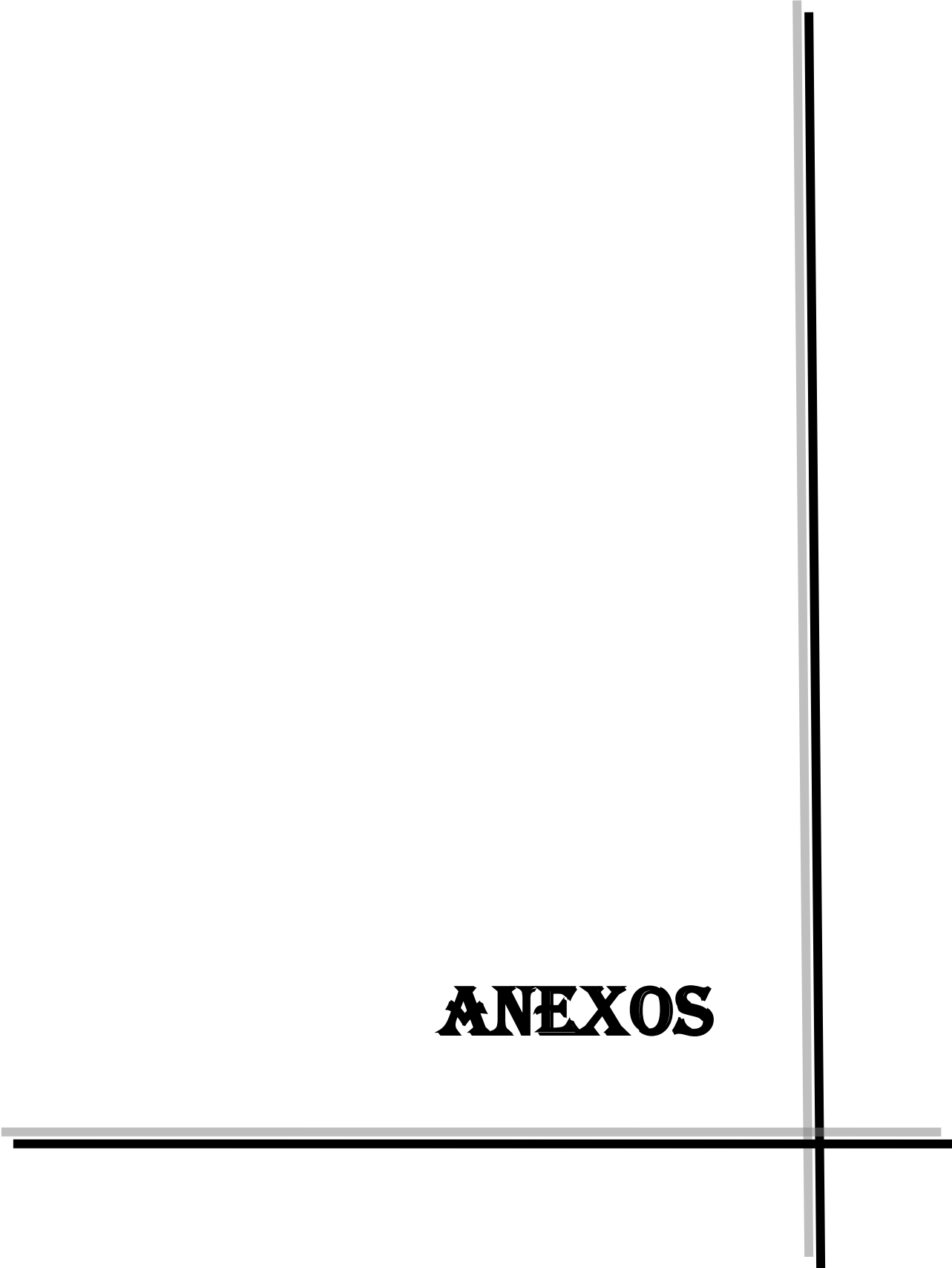
Tabagismo:

- () Nunca fumou () Ex-fumante (pelo menos 100 cigarros)
() Fumante ativo. Quantos cigarros dia? _____

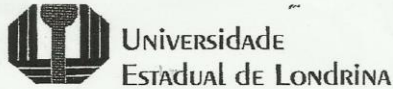
Etilismo:

Consome bebidas alcoólicas? () Sim () Não

ANEXOS



Anexo 1
**Autorização da Pro-Reitoria de Recursos Humanos da Universidade Estadual
 de Londrina**



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA



PRÓ-REITORIA DE RECURSOS HUMANOS

OF. PRORH nº 013/2012

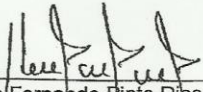
Londrina, 02 de abril de 2012.

**Ref. Projeto "Envelhecer e aposentar-se com qualidade de vida:
 percepção de funcionários de uma universidade pública"**

Prezada Senhora:

Vimos por meio deste autorizar a busca de dados dos funcionários aposentados por esta Universidade junto à PRORH, para que seja desenvolvida a pesquisa coordenada pela Profa. Dra. Júlia Trevisan Martins, docente do departamento de Enfermagem da UEL que tem como objetivos: identificar de que maneira os idosos aposentados pela UEL compreendem o que significa qualidade de vida; identificar quais são os fatos que influenciam e determinam uma aposentadoria com envelhecimento com qualidade de vida e identificar quais são os sentimentos relativos ao ato de envelhecer na aposentadoria dos funcionários da UEL.

Atenciosamente,


 Prof. Luis Fernando Pinto Dias
 Pró-Reitor de Recursos Humanos

Ilma. Sra.
 Profa. Dra. Júlia Trevisan Martins
 Coordenadora do projeto de pesquisa
 CCS

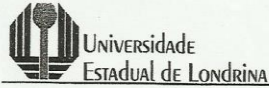
Campus Universitário: Rodovia Celso Garcia Cid (PR 445), km 380 - Fone (43) 3371-4000 PABX - Fax 3328-4440 - Caixa Postal 6.001 - CEP 86051-990 - Internet <http://www.uel.br>
 Hospital Universitário/Centro de Ciências da Saúde: Av. Robert Koch, 60 - Vila Operária - Fone (43) 3381-2000 PABX - Fax 3337-4041 e 3337-5495 - Caixa Postal 791 - CEP 86038-440

LONDRINA - PARANÁ - BRASIL

Form. Código 11.764 - Formato A4 (210x297mm)

Anexo 2

Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS
 Universidade Estadual de Londrina
 Registro CONEP 5231

| | |
|-------------------------|----------------------------------|
| Parecer CEP/UEL: | 002/2012 |
| CAAE: | 0344.0.268.000-12 |
| Processo: | 38269/2011 |
| Pesquisador(a): | Julia Trevisan Martins |
| Unidade/Órgão: | CCS – Departamento de Enfermagem |

Prezado(a) Senhor(a):

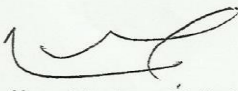
O "Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina" (Registro CONEP 5231) – de acordo com as orientações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS e Resoluções Complementares, avaliou o projeto:

"ENVELHECER APOSENTAR-SE COM QUALIDADE DE VIDA: PERCEPÇÃO DE FUNCIONÁRIOS DE UMA UNIVERSIDADE PÚBLICA"

Situação do Projeto: **Aprovado**

Informamos que deverá ser comunicada, por escrito, qualquer modificação que ocorra no desenvolvimento da pesquisa, bem como deverá ser encaminhado ao CEP/UEL relatório final da pesquisa, conforme prevê a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS e Resoluções Complementares.

Londrina, 02 de abril de 2012.



Prof. Dra. Alexandrina Aparecida Maciel Cardelli
 Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos
 Universidade Estadual de Londrina

Anexo 3

Autorização do grupo canadense *Qualitymetric* para o uso do SF- 36



NON-COMMERCIAL LICENSE AGREEMENT Office of Grants and Scholarly Research (OGSR)

License Number: QM021618

Effective Date: 11/01/13

Licensee Name: Elaine Cristina Tanferri, c/o Universidade Estadual de Londrina

Licensee Address: Rua Robert Koch, 60 Londrina, Paraná 86038-350

Approved Purpose: Non-commercial academic research and/or thesis – Unfunded Student.

Study Name: Life Quality of Nursing Retired Professionals from a Public University according to SF-36.

Study Type: student

Therapeutic Area: Wellness & Lifestyle

Royalty Fee: None, because this License is granted in support of the non-commercial Approved Purpose

Other Definitions: As indicated on Appendix B "License Agreement – Details", including without limitation: Licensed Surveys, Modes, Fees, Administrations, Services, Approved Languages and (if applicable) License Term

Licensee accepts and agrees to the terms of this Non-Commercial License Agreement (the "Agreement") from the Office of Grants and Scholarly Research (OGSR) of OptumInsight Life Sciences, Inc. (t/k/a QualityMetric Incorporated) ("OptumInsight") as of the Effective Date.

Subject to the terms of this Agreement, including the OptumInsight Non-Commercial License Terms and Conditions attached as Appendix A: OptumInsight grants to Licensee, and Licensee accepts, a non-exclusive, non-transferable, non-assignable, non-sublicensable worldwide license to use, solely for the Approved Purpose and during the License Term, the Licensed Surveys in the authorized Modes and Approved Languages indicated on Appendix B and to administer the Licensed Surveys only up to the approved number of Administrations (and to make up to such number of exact reproductions of the Licensed Surveys necessary to support such Administrations) in any combination of the specific Licensed Surveys and Approved Languages and Modes and to use any related software provided by OptumInsight.

Capitalized terms used in this Agreement shall have the meanings assigned to them above, or in Appendices A and B attached hereto. Appendices A and B attached hereto are incorporated into and made a part of this Agreement for all purposes.

EXECUTED, as of the Effective Date, by the duly authorized representatives as set forth below.

OptumInsight Life Sciences, Inc.
[OptumInsight]

Elaine Cristina Tanferri
[Licensee]

Signature: _____

Signature: _____

Name: _____

Name: _____

Title: _____

Title: _____

Date: _____

Date: _____



an OptumInsight company

APPENDIX A

OPTUMINSIGHT NON-COMMERCIAL LICENSE TERMS AND CONDITIONS

Attached to and Incorporated into License No. QM021618

1. **No Commercial Use of Data** - Licensee agrees to use the data resulting from Licensee's administration of the Licensed Surveys only in connection with the Approved Purpose set forth on Page 1 of this Agreement. Licensee agrees that it shall not use such data for any other purpose, or provide such data to any commercial or non-commercial entity (including without limitation any university or university hospital) for any commercial purpose.
2. **License Term and Termination** – This Agreement shall be effective until end of the License Term reflected in Appendix B, after which this Agreement and the licenses granted here under shall terminate. Notwithstanding the foregoing, OptumInsight may terminate this Agreement at any time upon in the event of a material breach by Licensee or its personnel of this Agreement that is not cured within thirty (30) days following notice to Licensee.
3. **Administration by Third Parties** –A third party service provider may administer the Licensed Surveys on behalf of Licensee, subject to such third party's execution of OptumInsight's Acknowledgement By Agent form, available by request. However, in all such cases, Licensee shall not be relieved of its obligations, and Licensee shall be responsible for any breach hereof by such student or third party.
4. **Trademark and Copyright Notices** – Licensee agrees to reproduce the copyright and trademark notices included with the Licensed Surveys on all reproductions of the Licensed Surveys permitted hereunder, including electronic reproductions and representations. Licensee shall not alter the wording or order of the items or any other part of the Licensed Surveys. Licensee shall not create any derivative work from the Survey Materials (as defined in Section 7(a)).
5. **Records** – Licensee shall maintain accurate records, in all material respects, containing information sufficient to verify Licensee's compliance with this Agreement, including as applicable, but not limited to, records of the number of reproductions of the Licensed Survey(s) made, the location of and/or confirmation of the destruction of such reproductions, the number of administrations of the Licensed Surveys performed, and the use(s) made of the data resulting from Licensee's administration of the Licensed Surveys.
6. **Proprietary Rights** –
 - a. Licensee acknowledges that the Licensed Surveys, copyright in all publications purchased, Software, and all intellectual property rights related thereto ("Survey Materials"), shall be and remain at all times the property of OptumInsight. Licensee shall have no right, title or interest in the Survey Materials except for the limited license described herein. Licensee shall not use, modify, reproduce, or transmit any of the Survey Materials except as expressly provided hereunder in connection with the Approved Purpose. If the Approved Purpose includes administration of the Licensed Surveys in physical form, Licensee is authorized to make exact reproductions of the Licensed Survey(s) sufficient to support such administrations.
 - b. Licensee acknowledges and agrees that the Mode of survey administration reflected in Appendix B is the only manner in which Licensee may administer the Licensed Surveys. By way of example, if the Mode reflected in Appendix B is "paper", the Licensed Survey(s) shall be used, distributed, and administered via paper only, and shall not be used, distributed, displayed, or administered via any electronic means.
 - c. Licensee acknowledges and agrees that any translations of the Licensed Surveys into any language must be performed by OptumInsight, and OptumInsight retains ownership of any and all translations.



an OptumInsight company

7. Ownership of Survey Results Data – Notwithstanding the foregoing, the parties agree that all results of Licensee's administration of the Licensed Survey(s) shall be the property of Licensee.

8. Confidentiality; Injunctive Relief – Licensee acknowledges that the Survey Materials are valuable assets of OptumInsight and that the value of the Survey Materials would be significantly impaired by the unauthorized distribution or use of them. Licensee shall ensure that the Survey Materials are not used for unauthorized purposes or by unauthorized persons, and shall promptly report any such unauthorized use to OptumInsight. Licensee acknowledges that, in the event of any material breach of this paragraph by the Licensee, money damages would not be a sufficient remedy, and that OptumInsight shall, to the extent permitted by applicable law, be entitled to equitable relief, including injunction. Such relief shall be in addition to all other remedies available at law or in equity.

9. Disclaimer of Warranty – Licensee understands and acknowledges that complex and sophisticated products such as the Survey Materials are inherently subject to undiscovered defects. OptumInsight cannot and does not represent or warrant to Licensee that the Survey Materials are free from such defects, that operation of the Survey Materials will be uninterrupted or error free, or that its results will be effective or suitable with respect to any particular application. SURVEY MATERIALS PROVIDED HEREUNDER ARE PROVIDED AS-IS, AND OPTUMINSIGHT MAKES NO REPRESENTATIONS OR WARRANTIES, EXPRESS OR IMPLIED, ARISING BY LAW OR OTHERWISE WITH RESPECT TO SUCH SURVEY MATERIALS OR THIS AGREEMENT, AND DISCLAIMS ALL WARRANTIES INCLUDING WITHOUT LIMITATION ANY REPRESENTATIONS OR WARRANTIES AS TO MERCHANTABILITY, FITNESS FOR A PARTICULAR PURPOSE, NON-INFRINGEMENT OR OTHERWISE.

10. Compliance with Law – OptumInsight and Licensee agree that in performing their respective obligations under this Agreement, each shall conduct business in conformance with sound ethical standards of integrity and honesty and in compliance with all applicable laws, rules and regulations.

11. LIMITATION OF LIABILITY – IN NO EVENT SHALL OPTUMINSIGHT BE LIABLE TO LICENSEE OR ANY THIRD PARTY FOR ANY SPECIAL, PUNITIVE, INCIDENTAL, INDIRECT, OR CONSEQUENTIAL DAMAGES, ARISING FROM ANY CLAIMED BREACH OF WARRANTY, BREACH OF CONTRACT, NEGLIGENCE, STRICT LIABILITY IN TORT, OR ANY OTHER LEGAL THEORY, EVEN IF OPTUMINSIGHT HAS BEEN ADVISED OF THE POSSIBILITY OF SUCH DAMAGES. SUCH EXCLUDED DAMAGES INCLUDE, BUT ARE NOT LIMITED TO, LOST PROFITS, COST OF ANY SUBSTITUTE GOODS OR SERVICES, LOST BUSINESS INFORMATION AND DATA, AND BUSINESS INTERRUPTION.

12. Additional Terms for Use of OptumInsight Software – The following additional terms apply to any software provided by OptumInsight to Licensee in connection with this Agreement ("Software"). Licensee may install and use one copy of the Software on a single computer, and except for making one back-up copy of the Software, may not otherwise copy the Software. The Software may not be shared or used concurrently on different computers. Licensee may not reverse engineer, decompile, or disassemble the Software, nor attempt in any other manner to obtain the source code. The Software and the algorithms it contains are proprietary information of OptumInsight. Licensee shall not attempt to circumvent any function of the Software that limits its use to a certain number of administrations of the Licensed Surveys or to a certain time period. Licensee may not rent or lease the Software to any other person.

13. Form Review – If Licensee will administer the Licensed Surveys on an electronic device Licensee acknowledges that this provision shall be applicable to Licensee's use of the Licensed Surveys. Licensee is required to submit screen shots or a link to the Licensed Surveys for each Approved Language to OptumInsight. OptumInsight shall perform an initial form review to determine whether the Licensed Surveys have been appropriately migrated to electronic format (the "Initial Review"). OptumInsight will complete its Initial Review of the Licensed Surveys for each Approved Language within two (2) weeks from OptumInsight's receipt of screen shots or website link from Licensee. Upon OptumInsight's completion of the Initial Review, OptumInsight will provide Licensee with a detailed list of revisions that will need to be made before OptumInsight can approve the electronic format. Licensee is required to submit subsequent screen shots or a link to the Licensed Surveys for each Approved Language incorporating any changes required by OptumInsight until OptumInsight provides its final approval of the electronic format. The parties acknowledge and agree that multiple rounds of review and revisions may be necessary



an OptumInsight company

prior to OptumInsight being able to provide final approve of the electronic format. Licensee is solely responsible for the electronic creation of the Licensed Surveys. Licensee does not obtain any rights in the Licensed Surveys not otherwise granted in this Agreement due to the administration and/or use of the Licensed Surveys. Nothing in this Agreement prohibits OptumInsight from creating its own electronic forms of Licensed Survey administration. The Licensed Surveys cannot be used in electronic format except as allowed pursuant to the terms and conditions of this Agreement. Licensee acknowledges that there may be response differences due to effects from use of electronic format compared to a static Mode of administration such as paper/pencil. Licensee assumes any and all risk of differential effects resulting from the use of electronic format.

14. Miscellaneous –

a. This Agreement constitutes the entire and exclusive agreement between the parties and supersedes all previous communications or agreements, either oral or written, with respect to the subject matter hereof. This Agreement may not be modified or amended except by an instrument in writing signed by both parties. The Appendices attached hereto are incorporated into and made a part of this Agreement for all purposes.

b. Notices, copies of notices or other communications shall be sent to a party at the address set forth on the first page of this Agreement. All notices shall be effective upon delivery of the notice at such address.

c. Any waiver of any breach or default under this Agreement must be in writing and shall not be deemed a waiver of any other or subsequent breach or waiver. Failure to delay by either party to enforce compliance with any term or condition of this Agreement shall not constitute a waiver of such term or condition.

d. If any provision in this Agreement is determined to be invalid or unenforceable, the remaining provisions of this Agreement shall not be affected thereby and shall be binding upon the parties hereto, and shall be enforceable, as though the invalid or unenforceable provision were not contained herein.

e. In the event a Licensed Survey or associated OptumInsight intellectual property is exported by Licensee outside of the country in which Licensee is located, both parties agree that Licensee is obligated and solely responsible for ensuring compliance with all applicable import and export laws and regulations of the United States of America and/or any applicable foreign jurisdictions. Licensee shall indemnify, defend and hold harmless OptumInsight (including payment of all reasonable costs, fees, settlements and damages) with respect to any suits or proceedings brought against OptumInsight arising from Licensee's export of a Licensed Survey.

f. This Agreement and performance hereunder shall be governed in accordance with the laws of the State of New York, but excluding New York choice of law principles. With respect to any dispute arising in connection with this Agreement, Licensee consents to the exclusive jurisdiction and venue in the state and federal courts located in New York City, New York.

g. This Agreement may be executed in multiple counterparts, each of which shall be deemed an original and all of which shall be deemed the same agreement



QualityMetric

an OptumInsight company

Very Important - Please Read

NO formatting or editing changes to the survey

In order to obtain licensing from Licensor no changes can be made to the survey forms. Any format and/or language changes have the potential to affect the survey data received. Therefore, to maintain the validation and integrity of the SF Health Surveys, **no language or formatting changes** allowed. The format of the survey is scientifically engineered to facilitate accurate and unbiased data, as well as keeping the SF Health Survey in a visual format that is comprehensible to the patient/participant, including those who may be impaired and/or elderly. **You should administer the survey in the exact format you will receive it in. The only item Licensee may add is a header with patient identification and / or administration information. If you do wish to add a header please ask for a sample copy of the survey to edit and then submit this to your Account Representative for review prior to signing this License Agreement.** Once the licensing process is completed, you will receive a clean set of Survey Forms in a word and .pdf. file. These are the forms you will administer. **Please do not use any forms you may already have access to as the ones we send you are the most current versions.**

* * *



APPENDIX B


LICENSE AGREEMENT - DETAILS

Licensee: Universidade Estadual de Londrina
 Elaine Cristina Tanferri
 Rua Robert Koch, 60
 Londrina, Paraná 86038-350

License Number: QM021618
 Amendment to: N/A
 License Term: 11/01/13 to 07/31/14

Approved Purpose
 Life Quality of Nursing Retired Professionals from
 Public University according to SF-36.

Licensed Surveys (Modes) and Services:

| Item | Description | Mode of Admin | Quantity |
|--------|--------------------------|---------------|----------|
| PROJ01 | License Fee | Paper | 1 |
| ADM012 | Patients Enrolled | | 150 |
| ADMINS | Administrations | | 150 |
| ES0220 | SF-36v2, Standard Recall | Paper | 1 |

Approved Languages:

Brazil (Portuguese)

| | | | |
|-------|------------------------------|--|-----|
| SS075 | Scoring Software v4.5 | | 1 |
| SS080 | SS v4.5 Key: SF-36v2 | | 150 |
| EM020 | SF-36v2 Clinical Trial Guide | | 1 |

Approved Languages:

United States (English)

TOTAL FEES: 0.00 USD

Anexo 4

Versão Brasileira do Questionário de Qualidade de Vida -SF-36

1- Em geral você diria que sua saúde é:

| | | | | |
|-----------|-----------|-----|------|------------|
| Excelente | Muito Boa | Boa | Ruim | Muito Ruim |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

2- Comparada há um ano, como você classificaria sua idade em geral, agora?

| | | | | |
|--------------|-----------------|---------------|---------------|------------|
| Muito Melhor | Um Pouco Melhor | Quase a Mesma | Um Pouco Pior | Muito Pior |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

3- Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido à sua saúde, você teria dificuldade para fazer estas atividades? Neste caso, quando?

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

4- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com sua atividade regular, como consequência de sua saúde física?

| | Sim | Não |
|---|-----|-----|
| a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava as suas atividades? | 1 | 2 |
| b) Realizou menos tarefas do que você gostaria? | 1 | 2 |
| c) Esteve limitado nas suas atividades. | 1 | 2 |
| d) Teve dificuldade de fazer suas atividades (p. ex. necessitou de um esforço extra). | 1 | 2 |

5- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com sua atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como se sentir deprimido ou ansioso)?

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

6- Durante as últimas 4 semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação à família, amigos ou em grupo?

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

7- Quanta dor no corpo você teve durante as últimas 4 semanas?

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

8- Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor interferiu na sua atividade normal (incluindo o trabalho dentro de casa)?

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

9- Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas 4 semanas. Para cada questão, por favor, dê a resposta que mais se aproxime de maneira como você se sente, em relação às últimas 4 semanas.

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

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| g) Quanto tempo você tem se sentido esgotado? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| h) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| i) Quanto tempo você tem se sentido cansado? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

10- Durante as últimas 4 semanas, quanto de seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc)?

| | | | | |
|------------|------------------------|-----------------------|----------------------------|------------------------|
| Todo Tempo | A maior parte do tempo | Alguma parte do tempo | Uma pequena parte do tempo | Nenhuma parte do tempo |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

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

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

CÁLCULO DOS ESCORES DO QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA
Fase 1: Ponderação dos dados

| Questão | Pontuação | |
|---------|--------------------------|-----------|
| 01 | Se a resposta for | Pontuação |
| | 1 | 5,0 |
| | 2 | 4,4 |
| | 3 | 3,4 |
| | 4 | 2,0 |
| | 5 | 1,0 |
| 02 | Manter o mesmo valor | |
| 03 | Soma de todos os valores | |
| 04 | Soma de todos os valores | |
| 05 | Soma de todos os valores | |
| 06 | Se a resposta for | Pontuação |
| | 1 | 5 |
| | 2 | 4 |
| | 3 | 3 |
| | 4 | 2 |
| | 5 | 1 |
| 07 | Se a resposta for | Pontuação |
| | 1 | 6,0 |
| | 2 | 5,4 |
| | 3 | 4,2 |
| | 4 | 3,1 |
| | 5 | 2,0 |
| | 6 | 1,0 |

| | |
|----|--|
| 08 | <p>A resposta da questão 8 depende da nota da questão 7</p> <p>Se 7 = 1 e se 8 = 1, o valor da questão é (6)</p> <p>Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 1, o valor da questão é (5)</p> <p>Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 2, o valor da questão é (4)</p> <p>Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 3, o valor da questão é (3)</p> <p>Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 4, o valor da questão é (2)</p> <p>Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 3, o valor da questão é (1)</p> <p>Se a questão 7 não for respondida, o escore da questão 8 passa a ser o seguinte:</p> <p>Se a resposta for (1), a pontuação será (6)</p> <p>Se a resposta for (2), a pontuação será (4,75)</p> <p>Se a resposta for (3), a pontuação será (3,5)</p> <p>Se a resposta for (4), a pontuação será (2,25)</p> <p>Se a resposta for (5), a pontuação será (1,0)</p> |
| 09 | <p>Nesta questão, a pontuação para os itens a, d, e ,h, deverá seguir a seguinte orientação:</p> <p>Se a resposta for 1, o valor será (6)</p> <p>Se a resposta for 2, o valor será (5)</p> <p>Se a resposta for 3, o valor será (4)</p> <p>Se a resposta for 4, o valor será (3)</p> <p>Se a resposta for 5, o valor será (2)</p> <p>Se a resposta for 6, o valor será (1)</p> <p>Para os demais itens (b, c,f,g, i), o valor será mantido o mesmo</p> |
| 10 | Considerar o mesmo valor. |
| 11 | <p>Nesta questão os itens deverão ser somados, porém os itens b e d deverão seguir a seguinte pontuação:</p> <p>Se a resposta for 1, o valor será (5)</p> <p>Se a resposta for 2, o valor será (4)</p> <p>Se a resposta for 3, o valor será (3)</p> <p>Se a resposta for 4, o valor será (2)</p> <p>Se a resposta for 5, o valor será (1)</p> |

Fase 2: Cálculo do Raw Scale

Nesta fase você irá transformar o valor das questões anteriores em notas de 8 domínios que variam de 0 (zero) a 100 (cem), onde 0 = pior e 100 = melhor para cada

domínio. É chamado de raw scale porque o valor final não apresenta nenhuma unidade de medida.

Domínio:

- Capacidade funcional
- Limitação por aspectos físicos
- Dor
- Estado geral de saúde
- Vitalidade
- Aspectos sociais
- Aspectos emocionais
- Saúde mental

Para isso você deverá aplicar a seguinte fórmula para o cálculo de cada domínio:

Domínio:

Valor obtido nas questões correspondentes – Limite inferior x 100

Varição (Score Range)

Na fórmula, os valores de limite inferior e variação (Score Range) são fixos e estão estipulados na tabela abaixo.

| Domínio | Pontuação das questões correspondidas | Limite inferior | Varição |
|-----------------------------------|---|-----------------|---------|
| Capacidade funcional | 03 | 10 | 20 |
| Limitação por aspectos físicos | 04 | 4 | 4 |
| Dor | 07 + 08 | 2 | 10 |
| Estado geral de saúde | 01 + 11 | 5 | 20 |
| Vitalidade | 09 (somente os itens a + e + g + i) | 4 | 20 |
| Aspectos sociais | 06 + 10 | 2 | 8 |
| Limitação por aspectos emocionais | 05 | 3 | 3 |
| Saúde mental | 09 (somente os itens b + c + d + f + h) | 5 | 25 |

Exemplos de cálculos:

- Capacidade funcional: (ver tabela)

Domínio: Valor obtido nas questões correspondentes – limite inferior x 100

Variação (Score Range)

$$\text{Capacidade funcional: } \frac{21 - 10}{20} \times 100 = 55$$

O valor para o domínio capacidade funcional é 55, em uma escala que varia de 0 a 100, onde o zero é o pior estado e cem é o melhor.

- Dor (ver tabela)
 - Verificar a pontuação obtida nas questões 07 e 08; por exemplo: 5,4 e 4, portanto somando-se as duas, teremos: 9,4

- Aplicar fórmula:

Domínio: Valor obtido nas questões correspondentes – limite inferior x 100

Variação (Score Range)

$$\text{Dor: } \frac{9,4 - 2}{10} \times 100 = 74$$

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

Assim, você deverá fazer o cálculo para os outros domínios, obtendo oito notas no final, que serão mantidas separadamente, não podendo somá-las e fazer uma média.

Obs.: A questão número 02 não faz parte do cálculo de nenhum domínio, sendo utilizada somente para avaliar o quanto o indivíduo está melhor ou pior, comparado há um ano atrás.

Se algum item não for respondido, você poderá considerar a questão se esta tiver sido respondida em 50% dos seus itens.

Anexo 5**Questionário *Cut-Down, Annoyed, Guilty and Eye-Opener* (CAGE)**

1 - Já pensou em largar a bebida? () Sim () Não

2 - Fica aborrecido quando criticado em relação ao hábito de beber?

() Sim () Não

3 - Já se sentiu culpado pelo fato de beber? () Sim () Não

4 - Já bebeu pela manhã para ficar mais calmo ou se livrar de uma ressaca?

() Sim () Não

Anexo 6

Normas para publicação da Revista Gaúcha de Enfermagem

DIRETRIZES PARA AUTORES

INFORMAÇÕES GERAIS

Os artigos para publicação devem ser enviados exclusivamente à Revista Gaúcha de Enfermagem, sendo permitida sua reprodução em outras publicações mediante autorização do Conselho Editorial, devendo, neste caso, constar a citação da publicação original. Os manuscritos poderão ser encaminhados em português, espanhol ou inglês. Na Revista podem ser publicados artigos escritos por outros especialistas, desde que o tema seja de interesse para a área de Enfermagem. A submissão dos artigos é online no site: <http://www.ufrgs.br/revistagauchadeenfermagem>. O nome completo de cada autor, instituição de origem, país, e-mail e resumo da biografia (afiliação completa e credenciais) devem ser informados apenas nos metadados. Os agradecimentos por ajuda financeira, assistência técnica e outros auxílios para a execução do trabalho não deverão ser mencionados no momento da submissão. Quando do aceite do trabalho, os autores serão orientados sobre a forma de proceder para realizar a sua inserção. Opiniões e conceitos emitidos nos manuscritos são de exclusiva responsabilidade dos autores, não refletindo necessariamente a posição da Comissão de Editoração. A Revista não assume a responsabilidade por equívocos gramaticais, e se dá, portanto, ao direito de decidir quanto a alterações e correções. Os autores dos trabalhos encaminhados para avaliação deverão enviar uma Declaração de Responsabilidade e Transferência de Direitos Autorais, elaborada conforme modelo da Revista (disponível em: “Sobre” > “Políticas” > “Modelo de Declaração de Responsabilidade”), e seguir as orientações de envio da Revista. Para submeter manuscritos não é preciso ser assinante. Se o manuscrito for aprovado e designado para publicação os autores terão que arcar com a taxa de tradução (inglês) e efetuar a assinatura da Revista. Os manuscritos resultantes de estudos que envolvem seres humanos deverão indicar os procedimentos adotados para atender o constante da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e indicar o número do protocolo de aprovação do projeto de pesquisa. A Revista apóia

as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), reconhecendo a importância dessas iniciativas. Conflitos de interesses podem surgir quando autores, revisores ou editores possuem interesses que não são completamente aparentes, mas que podem influenciar seus julgamentos sobre o que é publicado. O conflito de interesses pode ser de ordem pessoal, comercial, político, acadêmico ou financeiro. Quando os autores submetem um manuscrito, seja um artigo ou carta, eles são responsáveis por reconhecer e revelar conflitos financeiros e outros que possam influenciar seu trabalho. Os artigos enviados serão primeiramente analisados pela Comissão de Editoração em relação à adequação à linha editorial e às normas da revista. A decisão desta análise será comunicada aos autores. Posteriormente a avaliação do artigo é realizada por pares de consultores, membros do Conselho Editorial ou Ad-Hoc, convidados pela Comissão de Editoração. A identidade do autor e da instituição de origem é mantida sob sigilo, bem como entre o autor e o consultor. Os pareceres são apreciados pela Comissão de Editoração que emite o parecer final, ou no caso de divergência entre os pareceres, solicita um terceiro parecer. O artigo encaminhado aos autores para reformulação deverá retornar ao Conselho Editorial no prazo máximo de 30 dias. Fora desse prazo será considerada nova submissão. Os autores deverão manter seus e-mails atualizados para receber todas as comunicações. O autor, identificando a necessidade de solicitar uma errata, deverá enviá-la à Revista no prazo máximo de 30 dias após a publicação do artigo, e ficará a critério da Revista a decisão sobre sua relevância e possível distribuição. A Revista publica artigos nas seguintes seções: Editorial: de responsabilidade do Conselho Diretor da Revista, que poderá convidar autoridades para redigi-lo; Artigos originais: são contribuições destinadas a divulgar resultados de pesquisa original inédita. Deve obedecer a seguinte estrutura: Introdução deve apresentar a questão norteadora, justificativa, revisão da literatura (pertinente e relevante) e objetivos coerentes com a proposta do estudo. Os métodos empregados, a população estudada, a fonte de dados e os critérios de seleção devem ser descritos de forma objetiva e completa. Os resultados devem ser descritos em seqüência lógica. Quando apresentar tabelas e ilustrações, o texto deve complementar e não repetir o que está descrito nestas. A discussão, que pode ser redigida junto com os resultados, deve conter comparação dos

resultados com a literatura e a interpretação dos autores. As conclusões ou considerações finais devem destacar os achados mais importantes comentar as limitações e implicações para novas pesquisas. Devem obedecer ao limite de 4.500 palavras no total do artigo (títulos, resumos, descritores, corpo do artigo, ilustrações e 20 referências no máximo); Artigos de revisão sistemática e revisão integrativa da literatura: compreende avaliação da literatura sobre determinado assunto. Deve incluir uma seção que descreva os métodos utilizados para localizar, selecionar, extrair e sintetizar os dados e conclusões. Devem obedecer ao limite de 5.000 palavras no total do artigo (títulos, resumos, descritores, corpo do artigo, ilustrações e não possui limite de referências). Artigos de reflexão: formulações discursivas de efeito teorizante com fundamentação sobre a situação global em que se encontra determinado assunto investigativo ou potencialmente investigativo. Devem obedecer ao limite de 2.500 palavras no total do artigo (títulos, resumos, descritores, corpo do artigo, ilustrações e 15 referências no máximo); Relatos de experiência: descrição de experiências acadêmicas, assistenciais e de extensão. Devem obedecer ao limite de 2.000 palavras no total do artigo (títulos, resumos, descritores, corpo do artigo, ilustrações e 15 referências no máximo); Comunicações breves: estudos avaliativos, originais ou notas prévias de pesquisa contendo dados inéditos e relevantes para a enfermagem. A apresentação pode acompanhar as mesmas normas exigidas para artigos originais. Devem obedecer ao limite de 1.500 palavras no total do artigo (títulos, resumos, descritores, corpo do artigo, ilustrações e 10 referências no máximo); Resenhas: análise crítica de obras recentemente publicadas (últimos 12 meses). Não devem exceder a 500 palavras no total da análise; Cartas ao editor: poderão ser enviadas contendo comentários e reflexões a respeito de material publicado. Serão publicadas a critério da Comissão Editorial. Não devem exceder a 300 palavras no total.

APRESENTAÇÃO DOS ORIGINAIS

Os trabalhos devem ser redigidos de acordo com o Estilo Vancouver, norma elaborada pelo ICMJE (<http://www.icmje.org>).

Devem ser encaminhados em Word for Windows, fonte Times New Roman 12, espaçamento duplo, com todas as páginas numeradas, configurados em papel A4 e com as quatro margens de 2,5 cm. Os títulos das seções textuais devem ser

destacados gradativamente, sem numeração. O título do artigo e resumo em maiúsculas e negrito; resumen e abstract em maiúsculas, negrito e itálico; seção primária em maiúsculas e negrito; e seção secundária em minúsculas e negrito. Ex.: TÍTULO; RESUMO; RESUMEN; ABSTRACT; INTRODUÇÃO (seção primária); Histórico (seção secundária). Evitar o uso de marcadores ao longo do texto. Os manuscritos devem conter: Título (inédito) que identifique o conteúdo, em até 15 palavras; Resumo conciso, em até 150 palavras, elaborado em parágrafo único, acompanhado de sua versão para o Espanhol (Resumen) e para o Inglês (Abstract), devem ser apresentados começando pelo mesmo idioma do trabalho. Os artigos originais devem apresentar um resumo contendo: objetivos, método, resultados, discussão e conclusões. Os demais artigos devem apresentar nos seus resumos: introdução, objetivos, resultados e considerações finais. Descritores: de 3 a 6 que permitam identificar o assunto do trabalho, em Português (Descritores), Espanhol (Descriptor), e Inglês (Descriptors), conforme os “Descritores em Ciências da Saúde” (<http://decs.bvs.br>), que apresenta os descritores nos três idiomas, podendo a Revista modificá-los se necessário; Título em outros idiomas: apresentá-lo nas versões que completem os três idiomas que a Revista adota: Português (Título), Espanhol (Título), e Inglês (Title). As versões do título devem ser apresentadas logo após os descritores do seu respectivo idioma; Citações: utilizar sistema numérico para identificar as obras citadas. Representá-las no texto com os números correspondentes entre parênteses e sobrescritos, sem mencionar o nome dos autores. Quando se tratar de citação seqüencial, separar os números por hífen, quando intercaladas devem ser separadas por vírgula. Em caso de transcrição de palavras, frases ou parágrafo com palavras do autor (citação direta), devem ser utilizadas aspas na sequência do texto. Recomenda-se a utilização criteriosa deste recurso. Exemplos: Pesquisas apontam que... (1-4). Alguns autores acreditam que. (1,4,5). “[...] e nos anos seguintes o mesmo se repetiu” (7). Referências: devem ser atualizadas e preferencialmente de periódicos. Devem ser digitadas em espaço simples e separadas por um espaço simples. Utilizando lista numerada no final do trabalho, deve ser composta por todas as obras citadas no texto, na ordem de ocorrência, conforme a norma de Vancouver, não gerando mais de um número para a mesma obra. Indicar prenomes dos autores abreviados. Deve ser incluída, no mínimo, uma referência da Revista Gaúcha de Enfermagem. Os trabalhos poderão

ainda conter: Depoimentos: são frases ou parágrafos ditos pelos sujeitos da pesquisa. Não utilizar aspas e seguir a seguinte estrutura: recuo do parágrafo (1,25 cm), fonte tamanho 11, espaçamento simples, com sua identificação entre parênteses codificada a critério do autor, e separadas entre si por um espaço simples. Supressões devem ser indicadas pelo uso das reticências entre colchetes “[...]” e as intervenções dos autores ao que foi dito pelos participantes do estudo devem ser apresentadas entre colchetes. Ilustrações: poderão ser incluídas até quatro (gráficos, quadros e tabelas), em preto e branco, conforme as especificações a seguir: - gráficos e quadros devem ser numerados consecutivamente com algarismos arábicos. Apresentar o título (que identifique o assunto) logo abaixo dos mesmos e conter localização geográfica, fonte e período/data de abrangência dos dados;

- tabelas devem ser utilizadas quando o dado numérico se destaca como informação central. Devem ser numeradas consecutivamente, inclusive as de anexo, quando houver, com algarismos arábicos, encabeçadas por seu título (que deverá identificar o assunto), e contendo localização geográfica e período/data de abrangência dos dados. As tabelas devem conter todos os dados que permitam sua compreensão, com explicações sobre símbolos e abreviaturas. As notas explicativas devem ser colocadas no rodapé da tabela, utilizando os símbolos na seqüência *, †, ‡, §, ||, ¶, **, ††, ‡‡. A fonte dos dados deve ser mencionada logo abaixo da tabela; - demais ilustrações tais como fotografias, desenhos, etc., devem ser escaneadas com resolução igual ou acima de 300 dpi, enviadas como figura, citadas como figura, numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, e com o título abaixo da mesma. As ilustrações devem permitir uma perfeita reprodução, obedecendo a normas de desenho para fins de enquadramento nas colunas da Revista; Símbolos, abreviaturas e siglas: devem ser explicitados na primeira vez em que forem mencionados. Usar somente abreviaturas padronizadas. A não ser no caso das unidades de medida padrão, todos os termos abreviados devem ser escritos por extenso, seguidos de sua abreviatura entre parênteses, na primeira vez que aparecem no texto, mesmo que já tenha sido informado no resumo; Utilizar negrito para destaque e itálico para palavras estrangeiras. Deve ser evitada a apresentação de apêndices (elaborados pelos autores) e anexos (apenas incluídos, sem intervenção dos autores).

EXEMPLOS DE REFERÊNCIAS

Artigos de periódicos

- Os títulos dos periódicos devem ser abreviados de acordo com o estilo usado no Index Medicus (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/journals>). Para os periódicos que não se encontram nessa listagem, poderá ser utilizado como referência o Catálogo Coletivo Nacional de Publicações Seriadas do IBICT (<http://ccn.ibict.br>).

- Até 6 autores, indicar todos; 7 autores ou mais, indicar os 6 primeiros e acrescentar et al.

1. Artigo padrão

Araujo VE, Witt RR. O ensino de enfermagem como espaço para o desenvolvimento de tecnologias de educação em saúde. Rev Gaúcha Enferm. 2006;27(1):117-23.

Griffiths C, Kaur G, Gantley M, Feder G, Hillier S, Goddard J, et al. Influences on hospital admission for asthma in south Asian and white adults: qualitative interview study. BMJ. 2001;323(7319):962-6.

2. Instituição como autor

Diabetes Prevention Program Research Group. Hypertension, insulin, and proinsulin in participants with impaired glucose tolerance. Hypertension. 2002;40(5):679-86.

3. Indivíduo e instituição como autores

Vallancien G, Emberton M, Harving N, van Moorselaar RJ; Alf-One Study Group. Sexual dysfunction in 1,274 European men suffering from lower urinary tract symptoms. J Urol. 2003;169(6):2257-61.

4. Sem indicação de autoria

Signal-averaged electrocardiography. J Am Coll Cardiol. 1996;27(1):238-49.

5. Volume com suplemento

Hofman M, Ryan JL, Figueroa-Moseley CD, Jean-Pierre P, Morrow GR. Cancer-related fatigue: the scale of the problem. *Oncologist*. 2007;12 Suppl 1:4-10.

6. Fascículo com suplemento

Dimeo FC. Effects of exercises on cancer-related fatigue. *Cancer*. 2001;92(6 Suppl):1689- 93.

7. Fascículo com número especial

Cunha MLC. Recém-nascidos hospitalizados: a vivência de pais e mães. *Rev Gaúcha Enferm*. 2000;21(n esp):70-83.

8. Indicação do tipo de artigo, se necessário

Silveira DT. As tecnologias da informação e comunicação e sua aplicação no campo de atuação da enfermagem [editorial]. *Rev Gaúcha Enferm*. 2007;28(4): 453-4.

Livros e outras monografias

9. Indivíduo como autor Bonassa EM, Santana TR. *Enfermagem em terapêutica oncológica*. 3ª ed. São Paulo: Atheneu; 2005.

10. Organizador, editor, compilador como autor

Guimarães JLM, Rosa DD, organizadores. *Rotinas em oncologia*. Porto Alegre: Artmed; 2008.

11. Instituição como autor e publicador

Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196, de 10 de outubro de 1996: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF); 1996.

Capítulo de livro

Pizzichini E, Pizzichini M. Concepções sobre asma brônquica. In: Silva LCC, organizador. *Conduitas em pneumologia*. Rio de Janeiro: Revinter; 2001. p. 263-5.

13. Livro com indicação de série

Kleinman A. Patients and healers in the context of the culture: an exploration of the borderland between anthropology, medicine and psychiatry. Berkeley: University of California Press; 1980. (Comparative studies of health systems and medical care; 3).

14. Trabalho apresentado em evento

Menezes GMS, Aquino EML. Trabalho noturno na enfermagem. In: Anais do 50º Congresso Brasileiro de Enfermagem: cuidar-ação terapêutica da enfermagem; 1998 set 20- 25; Salvador, Brasil. Salvador: ABEn/BA; 1999. p. 309-21.

15. Dissertação e Tese

Schimith MD. Acolhimento e vínculo no Programa de Saúde da Família: realidade ou desejo [dissertação]. Porto Alegre: Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2001.

Outros trabalhos publicados

16. Artigo de Jornal

Tynan T. Medical improvements lower homicide rate: study sees drop in assault rate. The Washington Post. 2002 Aug 12;Sect. A:2 (col. 4).

17. Material audiovisual

Chason KW, Sallustio S. Hospital preparedness for bioterrorism [videocassette]. Secaucus: Network for Continuing Medical Education; 2002.

18. Documento jurídico

Ministério da Saúde (BR). Decreto n. 1948, de 3 de julho de 1996: regulamenta a Lei 8.842, sancionada em 4 de janeiro de 1994, a qual dispõe sobre a Política Nacional do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília (DF) 1996 jul 3;134(128) Seção 1:12277-9.

19. Verbetes de dicionário

Ferreira ABH. Aurélio, século XXI: o dicionário da língua portuguesa. 3ª ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1999. Colono; p. 504.

Material em fase de publicação

20. No prelo

Kirschbaum DIR. História da enfermagem psiquiátrica no Rio Grande do Sul: parte I. Rev Gaúcha Enferm. No prelo 2003.

Tian D, Araki H, Stahl E, Bergelson J, Kreitman M. Signature of balancing selection in Arabidopsis. Proc Natl Acad Sci U S A. Forthcoming 2002.

Material eletrônico

As expressões “Disponível em” e “citado”, em Espanhol são “Disponible en” e “citado”, e em Inglês, “Available from” e “cited”.

21. Artigo de periódico em formato eletrônico

Pedron CD, Bonilha ALL. Práticas de atendimento ao neonato na implantação de uma unidade neonatal em hospital universitário. Rev Gaúcha Enferm [Internet]. 2008 [citado 2009 fev 15];29(4):612-8. Disponível em: <http://www.seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/7633/4688>.

22. Monografia em formato eletrônico

Ministério da Saúde (BR), Instituto Nacional do Câncer. O diagnóstico do câncer [Internet]. Rio de Janeiro; 1999 [citado 2008 maio 23]. Disponível em: http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=31.

Stuchi RAG, Carvalho EC. Control de presión arterial e ingesta de sal: creencias de portadores de enfermedades cooronarias. In: Anales del 9º Congreso de la Sociedad Cubana de Enfermería, 1º Coloquio Internacional de Investigación en Enfermería; 2000 mayo 29-jun 3; Habana, Cuba [CD-ROM]. Habana: Cubana; 2000. p. 60.