

**MIRNA TORRES FIGUEIRÓ**

**QUALIDADE DE VIDA E TRAÇOS DE PERSONALIDADE DE  
SERVIDORES PÚBLICOS DO ESTADO DE MATO GROSSO  
DO SUL**

**UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO**

**MESTRADO EM PSICOLOGIA**

**CAMPO GRANDE - MS**

**2013**

**MIRNA TORRES FIGUEIRÓ**

**QUALIDADE DE VIDA E TRAÇOS DE PERSONALIDADE DE  
SERVIDORES PÚBLICOS DO ESTADO DE MATO GROSSO  
DO SUL**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Psicologia da Universidade Católica Dom Bosco, como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia, área de concentração: Psicologia da Saúde, sob a orientação do Prof. Dr. José Carlos Rosa Pires de Souza. Mestranda bolsista, pesquisa financiada pelo CNPq.

**UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO**

**MESTRADO EM PSICOLOGIA**

**CAMPO GRANDE – MS**

**2013**

Ficha catalográfica

Figueiró, Mirna Torres

F478q Qualidade de vida e traços de personalidade de servidores públicos do estado de Mato Grosso Do Sul / Mirna Torres Figueiró; orientação, José Carlos Rosa Pires de Souza. 2013.

95 f. + anexos

Dissertação (mestrado em psicologia) – Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande, 2013.

1. Qualidade de vida 2. Servidores públicos. I. Souza, José Carlos Rosa Pires II. Título

CDD – 158.7

A dissertação apresentada por MIRNA TORRES FIGUEIRÓ, intitulada “QUALIDADE DE VIDA E TRAÇOS DE PERSONALIDADE DE SERVIDORES PÚBLICOS DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL”, como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em PSICOLOGIA à Banca Examinadora da Universidade Católica Dom Bosco (UCDB), foi.....

## **BANCA EXAMINADORA**

---

Prof. Dr. José Carlos Rosa Pires de Souza (orientador/UCDB)

---

Profa. Dra. Marília Martins Vizzotto (UMESP)

---

Profa. Dra. Liliana Andolpho Magalhães Guimarães (UCDB)

---

Prof. Dr. Márcio Luis Costa (UCDB)

Campo Grande, MS, 05 de Junho de 2013.

Dedico este trabalho a todos os trabalhadores do setor público que dedicam seu tempo laboral ao bom funcionamento da sociedade.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Deus por ter me acompanhado nesta luta, me iluminando e transmitindo força e sabedoria, fundamentais para encerrar este ciclo.

À minha mãe por sempre estar ao meu lado, apoiando minhas decisões, incentivando meus estudos e, principalmente, minha futura profissão. Que, com sua garra, me provou que é difícil vencer, mas nunca impossível.

À minha família por estar presente nesta caminhada, me ajudando a perceber a importância de tê-los perto de mim.

Agradeço ao meu orientador, Prof. Dr. José Carlos Rosa Pires de Souza, que me incentivou, orientou e teve confiança na concretização deste trabalho, lapidando-me para que eu pudesse ter os elementos necessários para alcançar meus objetivos.

À Coordenadora do Mestrado em Psicologia da Universidade Católica Dom Bosco, Profa. Dra. Sônia Grubits, pela seriedade com que conduz o mestrado.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) por me proporcionar a tão sonhada bolsa de estudos deste mestrado.

Ao Secretário de Estado Carlos Eduardo Xavier Marun da Secretaria de Estado de Habitação e das Cidades – SEHAC pela confiança e disponibilidade em autorizar e ceder seus funcionários para presente pesquisa.

A todos os colegas do mestrado, pela convivência e troca de experiências.

À Profa. Dra. Lílina Andolpho Magalhães Guimarães e Prof. Dr. Márcio Luis Costa, pela disponibilidade em participar da banca de qualificação desta dissertação.

Agradeço a todos os docentes do Mestrado em Psicologia da UCDB, pela dedicação e experiências compartilhadas durante as aulas.

À secretaria do Mestrado em Psicologia da UCDB por estar de prontidão para nos atender, dando suporte a tudo que necessário.

A todos que de alguma forma contribuíram para realização deste trabalho, muito obrigada!

## RESUMO

Os trabalhadores do setor público aparentemente são mais seguros financeiramente, visto que não correm o risco de serem demitidos do dia para noite. Entretanto, alguns desses servidores podem estar insatisfeitos com as atividades que realizam, mas permanecem no trabalho justamente por esta estabilidade. Esse fator, entre outros, pode gerar problemas emocionais e dificuldade de manter a qualidade de vida por causa de seu trabalho. Dessa forma a presente pesquisa visou avaliar a qualidade de vida (relacionada à saúde) e a personalidade (de acordo com a Teoria de Traços) entre os trabalhadores da Secretaria de Estado de Habitação e das Cidades (SEHAC) do Mato Grosso do Sul. Para tanto, utilizou-se três instrumentos: Questionário Sócio –Demográfico (QSD) para caracterizar a amostra, *The Medical Outcomes Study 36- item Short-Form Health Survey* (SF-36) para avaliar qualidade de vida, e a Bateria Fatorial de Personalidade (BFP) para definir os traços de personalidade. Os dados foram coletados no próprio local de trabalho, com um total de n=57 participantes que estavam presentes nos dias marcados e que concordaram em participar da pesquisa, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Analisando os resultados observou-se que a amostra é caracterizada por 57,9% de mulheres e 42,1% de homens, idade média de 39 anos, sendo a maioria com estado civil casado, com renda familiar acima de 4 salários mínimos e a média de 13 anos de trabalho no setor público. Os resultados estatisticamente significativos relacionados com o QSD foram os domínios de Dor ( $p=0,041$ ), Vitalidade ( $p=0,002$ ), Aspectos Sociais ( $p=0,015$ ) e Saúde Mental ( $p=0,010$ ) do SF-36, e com os domínios Neuroticismo ( $p=0,012$ ), Extroversão ( $p=0,009$ ), Socialização (0,037) e Realização (0,017) da BFP. Observou-se, portanto, que as mulheres são mais comunicativas e assertivas que os indivíduos mais velhos tendem a ser mais calmos, estáveis, e com melhores índices de qualidade de vida, que os casados tendem a ser mais relaxados<sup>1</sup> e estáveis emocionalmente, e que os indivíduos que dormem mais tem mais qualidade de vida nas questões sociais, e também com satisfatória qualidade nas interações sociais.

**Palavras Chaves:** Qualidade de Vida. Traços de Personalidade. Servidores. Setor público.

---

<sup>1</sup> O termo relaxados é citado como antônimo de tenso de acordo como referem Nunes, Hutz e Nunes (2010).



## ABSTRACT

The public sector employees are apparently financially more secure, since they do not risk being fired from day to night. However some of these employees may be dissatisfied with the activities they perform, but keep their jobs precisely for this stability. This factor, among others, may cause emotional problems and difficulty in maintaining quality of life because of work. So the present study aimed to evaluate the quality of life (health-related) and personality (according to Teoria de Traços) among employees of the State Department called Secretaria de Estado de Habitação e das Cidades (SEHAC) of Mato Grosso do Sul. For that we used three instruments: a socio-demographic survey (Questionário Sócio-Demográfico QSD) to characterize the sample, The Medical Outcomes Study 36 - Item Short-Form Health Survey (SF-36) to assess quality of life, and a personality test (Bateria Fatorial de Personalidade BFP) to define personality traits. Data was collected in the workplace, with a total of 57 participants who were present on the scheduled days and who agreed to participate in the study, signing an instrument of consent (Instrumento de Consentimento Livre e Esclarecido). While analyzing the results it was possible to observe that the sample is characterized by 57.9% of women and 42.1% men, average age of 39 years old, with the majority being married, with household income higher than 4 minimum wages and average of 13 years of working in the public sector. The statistically significant results related to the QSD were the domains of Pain ( $p=0,041$ ), Vitality ( $p=0,002$ ), Social Functioning ( $p=0,015$ ), and Mental Health ( $p=0,010$ ) SF-36, and with the domains Neuroticism ( $p=0,012$ ), Extraversion ( $p=0,009$ ), Agreeableness ( $p=0,037$ ) and Realization ( $p=0,017$ ) of BFP. Therefore, women are more assertive and communicative, older individuals tend to be more calm, stable, and with better quality of life, married individuals tend to be more relaxed and emotionally stable, and individuals who sleep more have more quality of life in social aspects, and also have the best quality social interactions.

**Key Words:** Quality of Life. Personality Traits. Employees. Public Sector.

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 01</b> - Perfil dos trabalhadores da Secretaria de Estado de Habitação e das Cidades – SEHAC.....	49
<b>Tabela 02</b> - Média dos domínios do SF – 36.....	50
<b>Tabela 03</b> - Correlação entre idade dos servidores e os domínios do SF – 36.....	52
<b>Tabela 04</b> - Correlação entre o número de pessoas na família do servidor e os domínios de SF – 36.....	53
<b>Tabela 05</b> - Análise estatística a partir do teste <i>t-student</i> entre a quantidade horas dormidas por dia pelo servidor e os domínios do SF – 36.....	54
<b>Tabela 06</b> - Correlação entre tempo (anos) de trabalho no setor público e domínios do SF – 36.....	55
<b>Tabela 07</b> - Média dos domínios do BFP.....	56
<b>Tabela 08</b> - Relação estatística entre a variável sexo do QSD e os domínios da BFP.....	58
<b>Tabela 09</b> - Correlação entre idade dos servidores e os domínios da BFP.....	59
<b>Tabela 10</b> - Análise estatística entre a variável estado civil do QSD e os domínios da BFP.....	60
<b>Tabela 11</b> - Análise estatística entre grau instrução do chefe e os domínios da BFP.....	61
<b>Tabela 12</b> - Análise estatística a partir do teste <i>t-student</i> entre a quantidade horas dormidas por dia pelo servidor e os domínios da BFP.....	62
<b>Tabela 13</b> - Correlação entre domínios do SF – 36 e fatores do BFP....	63

<b>Tabela 14</b> -	Análise Multivariada - número de <i>cluster</i> e nível de similaridade para o SF – 36 e BFP.....	65
<b>Tabela 15</b> -	Análise multivariada dos grupos do SF – 36.....	66

## LISTA DE SIGLAS

QSD – Questionários Sócio-Demográfico

SF-36 – *Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey*

BFP – Bateria Fatorial de Personalidade

CGF – Cinco Grandes Fatores

QV – Qualidade de Vida

QVRS – Qualidade de Vida Relacionada à Saúde

UCDB – Universidade católica dom Bosco

SEHAC – Secretaria de Estado de Habitação de Cidades

CNS – Conselho Nacional de Saúde

OMS – Organização Mundial da Saúde

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

CLT – Consolidação das Leis do Trabalho

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>14</b>
<b>2. QUALIDADE DE VIDA.....</b>	<b>18</b>
2.1 CONCEITUALIZAÇÃO E HISTÓRICO.....	19
2.2 QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE.....	22
2.3 INSTRUMENTOS DE MEDIDA DE QUALIDADE DE VIDA.....	24
<b>3. TRAÇOS DE PERSONALIDADE.....</b>	<b>27</b>
<b>4. OBJETIVOS .....</b>	<b>34</b>
4.1 GERAL.....	35
4.2 ESPECÍFICOS.....	35
<b>5. HIPÓTESES.....</b>	<b>36</b>
<b>6. MÉTODO.....</b>	<b>38</b>
6.1 TIPO DE ESTUDO.....	39
6.2 LOCAL DA PESQUISA.....	39
6.3 PARTICIPANTES.....	40
6.4 INSTRUMENTOS.....	40
<b>6.4.1 Questionário Sócio-Demográfico.....</b>	<b>40</b>
<b>6.4.2 <i>The Medical Outcomes Study 36- item Short-Form Health Survey (SF-36)</i>.....</b>	<b>41</b>
<b>6.4.3 Bateria Fatorial de Personalidade – BFP.....</b>	<b>43</b>
6.5 PROCEDIMENTOS E ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA.....	44
6.6 ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	46
<b>7. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>47</b>
7.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA: DADOS SÓCIO DEMOGRÁFICOS.....	48
7.2 <i>THE MEDICAL OUTCOMES STUDY 36-ITEM SHORT-FROM HEALTH SURVEY</i> : RESULTADOS.....	50
7.3 CORRELAÇÃO ENTRE OS DADOS SÓCIO DEMOGRÁFICOS E O SF-36..	51

7.4 RESULTADOS DA BATERIA FATORIAL DE PERSONALIDADE.....	55
7.5 CORRELAÇÃO ENTRE AS VARÁVEIS SÓCIO DEMOGRÁFICAS E OS RESULTADOS DA BFP.....	57
7.6 CORRELAÇÃO ENTRE OS RESULTADOS DO SF-36 E DA BFP.....	63
7.7 ANÁLISE MULTIVARIADA.....	65
<b>8. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>69</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>73</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>84</b>
APÊNDICE A.....	85
APÊNDICE B.....	87
<b>ANEXOS .....</b>	<b>88</b>
ANEXO A.....	89
ANEXO B.....	90

## 1. INTRODUÇÃO

---

Atualmente, trabalhar no setor público parece ser o sonho de muitos “concurseiros”. Estabilidade financeira, tendo em vista a segurança de receber seu salário e direitos e de poder contar com o fato de dificilmente ser demitido (a não ser por processo administrativo), parece ser um grande atrativo. No entanto, ao ingressar na carreira pública é possível perceber que alguns servidores podem apresentar insatisfação no desenvolvimento de suas tarefas, pois muitas vezes são inseridos em cargos que não condizem com o esperado. Esses fatores podem acarretar problemas emocionais (como ansiedade ou depressão) e/ou dificuldade em manter a qualidade de vida no trabalho.

Torna-se socialmente relevante, portanto, compreender um pouco mais desse ambiente de trabalho, verificando como está a qualidade de vida em relação à saúde desse segmento do funcionalismo público e em que aspectos isso reflete em sua personalidade. Com a realização desta pesquisa será possível reconhecer o universo psíquico destes trabalhadores e como seu desenvolvimento funcional contribui ou prejudica sua saúde.

Cabe ressaltar que é considerado servidor público qualquer trabalhador empregado que esteja ocupando cargo público. Assim como afirma Di Pietro (2007) existem três grupos diferentes, os servidores estatutários, os ocupantes de emprego público subordinados às normas da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) e ou servidores temporários, que exercem função por tempo determinado. Percebe-se que estas duas últimas categorias diferentemente da primeira podem sofrer com a instabilidade política que muitas vezes existe para mantê-lo no cargo.

Além disso, esta pesquisa pode revelar indicadores para contribuir economicamente tanto para os sujeitos como para o Estado, visto que há um grande número de licenças médicas ou psicológicas dentro deste setor. A partir da minha prática clínica de atendimento em psicoterapia de usuários da CASSEMS (Caixa de Assistência aos Servidores do Estado de Mato Grosso do Sul), percebo que os servidores gastam com medicamentos e/ou psicoterapias, e para manter o beneficiário em tratamento o governo do Estado além de perder a produção deste trabalhador, gasta com a manutenção de seu plano de saúde.



Após levantamento nas bases de dados *MedLine*, PubMed, BVS, LILACS e Scielo realizado entre abril/2011 e março/2013 constatou-se ausência de artigos que utilizaram os Instrumentos SF-36 e BFP concomitantemente. Para este levantamento de dados levou-se em consideração os trabalhos publicados nas ultimas 5 décadas e utilizou-se como descritores as palavras-chave: sf-36, *Big Five*, CGF, qualidade de vida e traços de personalidade.

Foram encontrados três trabalhos publicados similares ao presente estudo, tendo em vista que estes abordam traços de personalidade juntamente com qualidade de vida, entretanto utilizando outros instrumentos diferentes do sf-36 e BFP. São eles: *Los Big Five y el Efecto Moderador de la Resistencia en el Agotamiento Emocional* (GARCIA-IZQUIERDO; RAMOS-VILLAGRASA; GARCIA-IZQUIERDO, 2009); *Health-related quality of life varies with personality types: a comparison among cancer patients, non-cancer patients and healthy individuals in Japanese population* (YAMAOKA et al., 1998); e, *Características de Personalidade e Qualidade de Vida de Gestores no Rio Grande do Sul*(D'AMICO, MONTEIRO, 2012).

Estes estudos apresentavam, respectivamente: as relações entre a Big Five e resistência à exaustão emocional em trabalhadores de diferentes setores; os efeitos de diferentes personalidade em relação à qualidade de vida relacionada à saúde; as características de personalidade de gestores que influenciam na sua qualidade de vida.

Entre os achados, a pesquisa americana *Personality traits and health-related quality of life in patients with mood and anxiety disorders* (JERRAM; COLEMAN, 2006) é a que mais se aproxima com o presente trabalho, visto que correlaciona o SF-36 com o NEO-FFI instrumento também americano baseado no modelo dos Cinco Grandes Fatores, assim como a BFP utilizada neste estudo.

Como psicóloga e pesquisadora de Pibic<sup>2</sup> e bolsista CNPq<sup>3</sup> desde a graduação, a presente autora percebeu a necessidade de elaborar estudos quantitativos relacionados à personalidade e ao Modelo dos Cinco Grandes Fatores,

---

<sup>2</sup> Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC) visa apoiar a política de Iniciação Científica desenvolvida nas Instituições de Ensino e/ou Pesquisa.

<sup>3</sup> Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

já que a Bateria Fatorial de Personalidade (BFP) foi validada no Brasil em 2010 por Nunes, Hutz e Nunes. Nota-se ainda, poucas pesquisas publicadas que relacionam a Qualidade de Vida com a Personalidade, como as três citadas anteriormente.

Cabe ressaltar ainda a relevância acadêmica em se pesquisar a personalidade, visto que ela pode ser considerada um dos principais fatores explicativos para o comportamento humano. Tendo em vista que a personalidade dos servidores estaduais é o objeto de estudo desta pesquisa, definiu-se como problema de pesquisa: 'Como os traços de personalidade podem influenciar na promoção ou diminuição da qualidade de vida dos servidores públicos do Estado de Mato Grosso do Sul?'.

Apesar da pesquisadora compreender que existem fatores psico-sociais de risco e proteção inerentes ao ambiente de trabalho, para este estudo optou-se por abranger apenas a personalidade e sua interferência na qualidade de vida desses servidores estaduais.

Dessa forma, o referencial teórico no qual esta dissertação discute as principais definições sobre a temática, além de destacar cronologicamente as pesquisas relacionadas a elas. Este será apresentado nos capítulos segundo e terceiro. Em sequência, nos capítulos quarto e quinto, serão descritos os objetivos e hipóteses deste estudo. O capítulo sexto traz o método, que descreve o local da pesquisa, os participantes, os instrumentos, os procedimentos, os aspectos éticos e a análise estatística. Por fim, são apresentados os resultados e discussão e as considerações finais nos capítulos sétimo e oitavo, respectivamente.

Por fim, espera-se que esta pesquisa possa corroborar as publicações e os estudos, realizados principalmente no Brasil, que analisam a personalidade por meio do modelo dos Cinco Grandes Fatores, fomentando dessa forma mais pesquisas na área.

## **2. QUALIDADE DE VIDA**

---

## 2.1 CONCEITUALIZAÇÃO E HISTÓRICO

O Significado do termo qualidade de vida se modificou com o passar dos anos e historicamente pode-se afirmar que o conceito existe desde a Antiguidade. Os filósofos Sócrates (469-399 a.C.) e Aristóteles (384-322 a.C.) já formulavam um pensamento sobre a temática. Referiram-se, respectivamente, sobre a importância do modo como se vive e não o tempo que se vive, e a respeito da relação entre ‘vida boa ou bem-estar’ e ‘felicidade’ (VIDO; FERNANDES, 2007). Segundo Beck, Budó e Bracini (1999) a temática QV é mais antigo que Aristóteles. Na época era relacionada à ‘felicidade e virtude’, que quando alcançadas representavam ‘vida boa’ ao indivíduo.

Oliveira (2006) e Araujo (2009) colocam que o termo foi utilizado pela primeira vez em 1920 por Arthur Cecil Pigout em seu trabalho sobre a economia e o bem-estar, publicado no livro *The Economics of Welfare*. Em 1964, ganha grande notoriedade na mídia, quando o então presidente dos Estados Unidos Lyndon Johnson declarou que “os objetivos não podem ser medidos através do balanço dos bancos, e eles só podem ser medidos através da qualidade de vida que proporcionam às pessoas”. Assim, nesta época configura-se ao termo uma relação com a política e com o padrão de vida (PINHEIRO, 2008).

Após a Segunda Guerra Mundial, o termo tornou-se mais utilizado, principalmente nos Estados Unidos, para descrever o efeito de que os bens materiais geravam na vida das pessoas (FLECK *et al.*, 1999). Oliveira (2006) coloca que na década de 1950, o termo volta a ser utilizado na crítica ao crescimento econômico desenfreado que levava ao desmatamento e poluição, fatos estes que prejudicariam a qualidade de vida futuramente. A evolução do conceito de QV acontecia à medida que o termo era discutido de formas e abordagens diferentes ao longo da história da Humanidade (FERNANDES, 2007).

Posteriormente, economistas e sociólogos procuraram índices que permitiam avaliar a Qualidade de Vida dos indivíduos e Sociedade (FLECK *et al.*, 1999). Com a

modificação do conceito de saúde e doença ao longo dos anos e, em virtude do avanço tecnológico da medicina e ciências afins, a preocupação das Ciências Humanas e Biológicas não era mais apenas com o controle de sintomas (BRITO, 2008). Em 1947 a Organização Mundial de Saúde definiu que saúde é “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente ausência de doença e outras enfermidades”.

Nos últimos anos o termo QV se popularizou sendo comum escutá-lo em diversos contextos no nosso cotidiano, é utilizado tanto pela população geral numa linguagem mais popular, como em pesquisas científicas em diferentes áreas do conhecimento (SEIDEL; ZANNON, 2004). Entretanto, é necessário diferenciar o senso comum de QV relacionada ao ‘viver bem’ ou ‘estar bem’, com a conceitualização científica. É neste sentido que Beraquet (2005) ressalta a importância de enquadrar cientificamente o termo QV por meio de estudos, para que assim se utilize corretamente este conceito em ambientes como empresas, escolas, clínicas, mídias, entre outras.

Observa-se na literatura certa dificuldade em relação à conceituação do termo Qualidade de Vida, visto a diversidade de termos em que foi relacionada ao longo da história. Araujo (2009) coloca que é difícil que haja uma unanimidade de significado para qualidade de vida entre as pessoas de uma mesma sociedade e até de uma mesma comunidade. Além disso, há um grande número de trabalhos que aborda a temática QV, e a complexidade acerca de sua conceitualização, visto a subjetividade ligada ao termo (SOUZA, 2004).

Segundo Fleck (2008), observando a precariedade de consenso sobre a definição de QV, a Organização Mundial da Saúde (OMS) reuniu especialistas de 15 países para propor um conceito que envolvesse toda a complexidade existente, relacionando o meio ambiente com os aspectos físicos, psicológicos, nível de independência, relações sociais e crenças pessoais.

Essa reunião de especialistas deu origem ao WHOQOL Group que definiu QV como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos,

expectativas, padrões e preocupações” (WHOQOL, 1994, p.34). Ainda em relação à QV, o grupo afirma que existem três aspectos fundamentais relacionados ao construto: a subjetividade, a multidimensionalidade (física, psicológica e social) e a bipolaridade (questões negativas e positivas).

Novelli (2006) aponta que a percepção de qualidade de vida é pessoal, sendo influenciada pela percepção de cada indivíduo, pela sua classe social, sua cultura, seus valores, sua personalidade. Minayo, Hartz e Buss (2000) reforçam essa individualidade do conceito o colocando como histórico, dizendo que numa mesma sociedade o conceito muda com o passar do tempo. Outro aspecto que os autores ressaltam em relação ao conceito é a cultura, evidenciando as diferenças relacionadas ao que é Qualidade de Vida para cada cultura. Por fim, há o aspecto relacionado às classes sociais, que nas sociedades com grandes desigualdades, a noção de Qualidade de Vida é estratificada: sempre presente na camada superior e na passagem de um limiar ao outro.

Calman (1987) considera que uma “boa qualidade de vida” está presente quando as esperanças e as expectativas do indivíduo são satisfeitas pela experiência. Araujo (2009) destaca que além de contemplar a sobrevivência, a qualidade de vida deve garantir o bem estar psicológico e físico, tanto do indivíduo como de sua família. Peixoto (1999) coloca o equilíbrio como central na qualidade de vida, o autor defende que sua aquisição depende de buscar este equilíbrio entre as suas dimensões. Cardoso (1999, p.76) menciona os sentimentos como “a esperança, a antecipação, a ambição, o nível de aspiração, a ansiedade e a idealizada felicidade”.

Oliveira (2006) traz em seu trabalho a definição de Abbdi-Simon, Coureitch e Gelfi (2001, p.1) para qualidade de vida:

“uma medida integrada pelo bem-estar físico, mental e social percebido por uma pessoa ou grupo de pessoas e o grau de satisfação e gratificação nos campos como saúde, o morar, a família, o trabalho, a educação, a auto-estima e as relações com os demais.”.

Ressaltam ainda nesta conceituação a influencia do conceito de saúde da OMS de 1947 (“o completo bem estar físico, mental e social”), além de se observar fatores como condição social, educacional e ambiental.

Minayo *et al.* (2000) também falam dessa gama de fatores, quando colocam que para se falar em qualidade de vida em qualquer lugar, tem de levar em conta a satisfação das necessidades básicas do ser humano (água, alimentação, habitação, saúde, trabalho) e elementos materiais que levem ao bem estar individual e coletivo.

Dessa forma, apesar da grande divergência existente sobre a conceitualização do termo QV, percebe-se que há uma concordância entre diversos pesquisadores no que se refere à multidimensionalidade presente na QV, além da subjetividade.

## 2.2 QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE

Para o modelo biomédico, a saúde é ausência de doença e esta, por sua vez, é considerada como o inadequado funcionamento dos mecanismos biológicos, excluindo os aspectos psicológicos e sociais. Por outro lado, o conceito holístico considera uma interdependência do corpo e a mente tanto na saúde como na doença. Minayo *et al.* (2000) relatam que especificamente na área da saúde, tornou-se comum falar e ouvir que a saúde não pode mais ser considerada apenas a ausência de doença, mas sim a presença de qualidade de vida.

A conceituação “pleno bem estar físico, psíquico e social e não apenas ausência de doença” da Organização Mundial de Saúde (WHO, 1947) contribuiu para modificar o olhar biomédico, visto que considera o contexto psicossocial em que o indivíduo está inserido com determinante também de sua condição de saúde (CICONELLI, 2003).

Seidl e Zannon (2004) citam que o interesse pela qualidade de vida na área da saúde é justificado pelos novos paradigmas e políticas existentes no setor, o qual

coloca a saúde como um continuum relacionado aos aspectos econômicos, socioculturais, pessoal e estilos de vida. Ainda segundo estes autores, este olhar multifatorial para a qualidade de vida surge a partir dos anos 80, e a definem como um valoração subjetiva que o paciente faz de diferentes aspectos de sua vida em relação ao seu estado de saúde.

Segundo Nakamura e Kanematsu (1994) a expressão Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS) surge em 1990 de forma mais focalizada, incorporando não só os aspectos de saúde-doença, como o impacto desse processo no dia-a-dia dos indivíduos. Papaléo Netto, Carvalho Filho e Salles (2002) afirmam que quando se fala de qualidade de vida relacionada à saúde, seu significado é mais abrangente e influenciado pela percepção do indivíduo, seus sentimentos e comportamentos relacionados à sua condição de saúde, mas não se limitando a esta.

Patrick e Erickson (1993) afirmam que QVRS é “a avaliação do impacto que uma doença produz na vida de um indivíduo, analisada a partir [da perspectiva] do próprio indivíduo.”. Rocha, Ribeiro e Teixeira (2003), ressaltam que a QVRS representa o efeito funcional da doença e seu tratamento sobre o paciente tal como é percebido por este, indo além de apenas um “estado de saúde”.

A partir do caráter biopsicossocial da definição de QVRS Magalhais, Yassaka e Soler (2008, p. 118) afirmam:

[...] as variáveis de qualidade de vida e saúde no trabalho influenciam o desempenho do trabalhador, em diferentes aspectos do comportamento pessoal e profissional, interferindo na saúde física, mental e na atuação profissional.

Considerando que o trabalho é um aspecto de grande importância para a qualidade de vida do homem, visto que é uma experiência em que suas expectativas podem ser alcançadas ou não, e a partir da revisão teórica sobre QVRS realizada nesta pesquisa, levaremos em conta que esta expressão pode ser definida como a percepção que o indivíduo tem dos efeitos de uma doença ou da aplicação de um



tratamento, em diversos âmbitos de sua vida, ou seja, das consequências que a doença provoca sobre seu bem-estar físico, emocional ou social.

### 2.3 INSTRUMENTOS DE MEDIDA DE QUALIDADE DE VIDA

Apesar da ausência de uma definição consensual, há atualmente um crescente interesse em transformar a QV em uma medida quantitativa. Um considerável número de instrumentos tem sido construído para medi-la. Segundo Vido e Fernandes (2007) os primeiros instrumentos destinados a medir a QV surgiram na literatura a partir da década de 1970. Inicialmente, os pesquisadores se concentraram na construção e no desenvolvimento de instrumentos que buscavam quantificar a QV (WOOD-DAUPHINEE, 1999). Pouco tempo depois, em 1973, ampliaram-se as funções dos instrumentos, incorporando saúde na avaliação de QV como em *Quality of Well Being Scale* (QWB) e o *Sickness Impact Profile* (SIP).

Segundo Aguiar, Vieira, Carvalho e Montenegro-Junior (2008, p. 932):

“O crescimento do número de pesquisas e artigos na área fez que, em 1977, a dicção "qualidade de vida" fosse criada como expressão-chave no Medical Subject Heading (MeSH) da US National Libray of Medicine (MedLine). O interesse pela QV nos últimos tempos pode ser demonstrado pelo número crescente de artigos. Em pesquisa realizada no MedLine, foram encontradas 140 referências para o período entre 1966 e 1974, 4.605 referências entre 1966 e 1986, e mais de 62 mil referências nos últimos dez anos sobre a QV”.

Entretanto, Fleck (2008) ressalta esses questionários que avaliam a QV devem ser submetidos a estudos adequados de tradução e validação antes de serem utilizados em pesquisas epidemiológicas de diferentes culturas. Frente à perspectiva transcultural e a carência de ferramentas padrão que avaliassem QV em

diferentes culturas, a OMS a elaborou no início da década de 90 o WHOQOL-100 (FLECK et al, 1999).

Minayo et al. (2000) afirmam que mesmo havendo necessidade de revitalizar culturalmente esses instrumentos no tempo e no espaço a QV é passível de mensuração e comparação por meio de instrumentos estatísticos. Para tanto, todos estes instrumentos devem apresentar três características básicas: reprodutibilidade (ao repetir o questionário em tempos distintos, obtêm-se resultados similares), validade (quando o instrumento mede realmente aquilo que se pretende medir) e sensibilidade às alterações (GUYATT, FEENY, PATRICK, 1993).

Os instrumentos de medida de qualidade de vida podem ser administrados por entrevistadores ou auto administráveis, além de serem divididos em dois grupos: os genéricos e os específicos. Os instrumentos genéricos são utilizados na avaliação da QV da população em geral, considerando vários aspectos (capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental). Os instrumentos específicos também são multidimensionais, no entanto, são capazes de avaliar, de forma individual e específica, determinados aspectos da QV com ênfase habitualmente sobre sintomas, incapacidades ou limitações relacionados a determinada enfermidade (PATRICK; DEYO, 1989).

Sobre essa diferenciação entre os instrumentos para avaliação de QV, Fleck (2000) afirma que eles podem ser categorizados de acordo com a perspectiva que se propõem a avaliar:

- os que avaliam QV geral: de forma ampla abrange os diferentes domínios de QV, mas a partir de um referencial social que forneça elementos para compreensão das motivações, desejos, oportunidades e recursos disponíveis para a satisfação e bem-estar de um indivíduo, em diferentes domínios de sua vida. Exemplo de instrumentos desta categoria: WHOQOL – 100 e WHOQOL - BREF.

- QVRS: considera os aspectos diretamente relacionados com a saúde, ou seja, avalia como limitações derivadas de doença emocional ou física refletem na vida do indivíduo. Exemplo: SF-36.

- QV ligada a uma doença específica: avalia aspectos específicos de uma determinada doença relacionando-a com QV. Um exemplo é o *Seattle Angina Questionnaire* (SAQ), que avalia QV de pacientes que sofrem de angina.

Para Cuixart e Miralda (1997) ao escolher entre um questionário genérico ou específico para uma pesquisa, deve-se levar em consideração as vantagens e inconvenientes, visto que suas características são, de certo modo, complementares, sendo por isto frequente a associação de ambos em um mesmo estudo. De acordo com objeto de estudo dessa pesquisa optou-se, portanto em utilizar apenas um instrumento genérico para avaliação de QVRS.

### **3. TRAÇOS DE PERSONALIDADE**

---

A personalidade pode ser considerada como um dos principais objetos de estudo da psicologia. As reações emocionais de um indivíduo caracterizam o funcionamento de sua personalidade. Ou então, como afirma Cloninger (2003, p. 3), “pode ser definida como as causas subjacentes do comportamento e da experiência individual que existem dentro da pessoa”. Essas causas subjacentes são discutidas por diversas Teorias da Personalidade.

A maneira como se caracteriza a personalidade de um indivíduo é descrita por meio de diferentes teorias e abordagens psicológicas (psicanalítica, humanista, psicossocial, entre outras), além de ser tema de discussões presentes em toda história da filosofia, sociologia, antropologia e medicina geral (VOLPI, 2004).

Sobre o início dos estudos referentes à personalidade Ballone e Meneguette (2008) citam que na Grécia, com Hipócrates (460-377 a.C.), considerado o pai da medicina, classificava a personalidade em quatro tipos de humores corporais - sangue, fleuma, bile branca e bile negra, caracterizando o temperamento das pessoas de acordo com a presença de determinadas substâncias no organismo. O próximo a teorizar a respeito da mente humana foi o filósofo John Locke, no século XVII, afirmando que a personalidade do indivíduo seria fruto de suas experiências vividas. Em seguida, o francês Jean Jacques Rousseau estudou povos indígenas nas Américas e percebeu que a civilização influenciava na aquisição da ganância e violência.

Cláudio Galeno (131-200 DC) continuou os estudos das teorias de Hipócrates, publicando em sua monografia "De Temperamentis" uma teoria sobre a tipologia do temperamento. Mil e quinhentos anos depois Immanuel Kant (1724 – 1804) aprimorou a teoria de Galeno definindo características para cada tipo de temperamento (BALLONE; MENEGUETTE, 2008). Zuckerman (1991) cita que com o passar dos anos várias pesquisas foram realizadas a partir de neurotransmissores, processos genéticos, bioquímicos e nervosos, com a expectativa de aí encontrar uma explicação para as diferenças entre temperamentos.

Foi a partir desses achados que os estudiosos observaram que o temperamento era caracterizado por componentes genéticos, mas que a

personalidade era influenciada também pelas questões sociais como a cultura ou a educação. Neste sentido, Buss e Plomin (1984) afirmam a importância de salientar que o temperamento define-se pelos “traços inatos” da personalidade, cuja origem é iminentemente genética. Conclui-se, portanto que o temperamento faz parte da personalidade, mas não a define completamente.

Desta forma, Pasquali (2003) se refere à personalidade como sendo também denominada temperamento, mas que ainda envolve aspectos como emocionalidade, sociabilidade, reatividade, energia e interação com o meio ambiente. Segundo Volpi (2004, p.3):

“A personalidade é formada durante as etapas do desenvolvimento psico-afetivo pelas quais passa a criança desde a gestação. Para a sua formação incluem tanto os elementos geneticamente herdados (temperamento) como também os adquiridos do meio ambiente no qual a criança está inserida”.

A partir da análise que estes autores fazem, pode-se perceber que a personalidade não se resume a uma característica e sim a várias, justificando assim as várias teorias da personalidade. Assim, quando nos deparamos com a mensuração de traços de personalidade, também verificamos vários estudos acerca desta temática.

Com a evolução dos estudos acerca da personalidade surgiram grandes escolas de diferentes abordagens. Dois autores ganham destaque no estudo da personalidade, são eles Freud, qual afirmou que os processos do inconsciente interferem diretamente grande parte do comportamento das pessoas, e Skinner, que sustentou a tese de que a aprendizagem se dá pelo condicionamento (VOLPI, 2004).

Como considera Baptista (2008) outros autores e/ou teorias contribuíram efetivamente para o estudo da personalidade, entre eles Jung, Adler, Horney, Sullivan, Erikson, Fromm, Rogers, Maslow, Bandura, Rotter, Kelly, Mischel, Beck, Allport, Cattell, Eysenck, o Modelo dos 5 fatores, Gray, Tellegen, Zuckerman e o

Modelo bio-social de Cloninger. O referido autor organizou as teorias de personalidade dos estudiosos por ele citados em sete perspectivas diferentes que aqui serão brevemente citadas: a psicanalítica, a neo-analítica, a humanista, a da aprendizagem, a cognitiva, a das disposições e a psicobiológica no que concerne à noção supracitada de personalidade (BAPTISTA, 2008).

A abordagem psicanalítica da teoria da personalidade foi criada por Freud qual afirmava que a personalidade é um conjunto dinâmico constituído de elementos em conflito e dominada por forças inconscientes, sendo ainda influenciada por componentes sexuais. De acordo com Freud, estes elementos sexuais fazem parte das 5 fases do desenvolvimento da personalidade: a oral, a anal, a fálica, o período de latência e a fase genital. Este autor divide ainda sua teoria em primeira tópica - inconsciente, o pré-consciente e consciente - e segunda tópica - Id, Ego e Superego (FREUD, 1964).

Jung, Adler, Horney, Sullivan são considerados autores da perspectiva neo-analítica da teoria da personalidade. Jung (1933) discorreu sobre introversão e extroversão, além de definir 4 funções psicológicas: o pensamento, as impressões, as sensações e as intuições. Segundo este autor, o desenvolvimento da personalidade ocorre em 4 fases: a infância, a juventude, a *middle age* e a fase *old age*. Segundo Adler (1927) o desenvolvimento da personalidade acontece com o passar da imaturidade para a maturidade, visto que o indivíduo determina o rumo de sua vida, ao cumprir três tarefas básicas: inserir-se na sociedade, dedicar tempo a um trabalho e estabelecer relações amorosas.

Ainda a partir da perspectiva neo-analítica, Horney (1945) defende que o desenvolvimento normal da personalidade depende se ambiente social vivido pela criança oferece recursos para que ela adquira confiança em si mesma e nos outros. Esta autora definiu ainda três tipos de personalidade: o tipo submisso, o tipo agressivo e o tipo desligado. Sullivan (1953) afirma que é por meio de uma configuração duradoura de relações interpessoais que a personalidade é constituída, estas relações iniciam-se por meio do relacionamento mãe-filho e termina com o relacionamento amoroso. Para Erikson (1968) o desenvolvimento da personalidade

ocorre a partir de 8 estágios psicossociais, que se dividem em 4 fases na infância, 1 na adolescência e 3 na vida adulta. Fromm (1976) também afirma que a personalidade se desenvolve por meio da interação dinâmica do indivíduo com a sociedade e suas instituições.

No que se refere à perspectiva humanista da teoria da personalidade encontramos os autores Rogers e Maslow. Para Maslow (1962) existem fatores motivacionais determinantes na personalidade, além de elaborar a teoria da hierarquia das necessidades, quais são organizadas de acordo com sua importância. Rogers (1961) considerou o sujeito em sua totalidade e afirmou que a personalidade desenvolve-se no ambiente em função da empatia, visão positiva e relações congruentes.

Skinner, Bandura e Rotter são considerados como importantes autores da perspectiva da aprendizagem no que se refere à teoria da personalidade. Para Skinner (1971) o ambiente é determinante nas ações e reações dos indivíduos, refletindo assim em sua personalidade. Ele afirma ainda que há possibilidade de controlar situações por meio de condicionamento. Já Bandura (1971) acrescentou aos fatores ambientais/sociais os fatores cognitivos e criou a teoria da aprendizagem. Rotter (1966) além de correlacionar as questões ambientais e o comportamento, contribuiu com a teoria da expectativa.

A abordagem cognitiva da teoria da personalidade é composta principalmente pelos autores Kelly (1955), Mischel e Shoda (1995) e Beck (1972), que concordam que os processos cognitivos são a característica dominante da personalidade (BAPTISTA, 2008).

A abordagem Psicobiológica da teoria da personalidade envolve autores como: Gray (1982) que criou uma teoria a partir da observação de comportamentos animais; e Cloninger (1987) que propôs um modelo biossocial da personalidade formado pelo temperamento (geneticamente determinado) e por caracteres associados à aprendizagem e ao ambiente.



A perspectiva das Disposições referente à teoria da personalidade foi inicialmente proposta por Allport (1937), qual utilizou a expressão traço de personalidade, distinguindo traços comuns de traços individuais (BAPTISTA, 2008). Sob a mesma linha de pensamento, Cattell (1965) afirmou que os traços são a base da personalidade, sendo herdados e desenvolvidos ao longo da vida. Para Eysenck (1992) a personalidade pode ser descrita a partir de 3 super traços ou dimensões: extroversão X introversão, Neuroticismo X estabilidade emocional, e psicotismo X força do Eu.

Muitos foram os estudos e pesquisas na área da personalidade envolvendo as teorias fatoriais e de traços. Segundo Nunes, Hutz e Nunes (2010) esta linha teórica iniciou com McDougall (1932), sendo o primeiro a teorizar a personalidade a partir de 5 fatores. Thurstone (1934) a fim de constatar se este modelo teórico era adequado, realizou uma pesquisa com amostra de mil pessoas e avaliando 60 variáveis, e comprovou sua viabilidade.

Nas décadas seguintes, importantes pesquisas baseadas no modelo de Cinco Grandes Fatores (CGF) de McDougall foram realizadas construindo uma sólida reputação para esta abordagem. Dentre os principais pesquisadores podemos citar: Cattell (1947; 1948; 1965), Eysenck (1947; 1970), Fiske (1949), Norman e Goldberg (1966), entre outros (NUNES; HUTZ; NUNES, 2010).

É preciso diferenciar que a personalidade, independente da teoria, é avaliada a partir das diferenças individuais, sendo categorizada em *tipos* ou *traços*. Os *tipos* são derivações de abordagens tradicionais, que propunham amplas categorias da personalidade – categorias de pessoas com características similares. Já os *traços*, podem ser medidos quantitativamente, pois um traço de personalidade é a característica que distingue uma pessoa de outra (CLONINGER, 2003). Ainda comparando os métodos de traços e tipos verifica-se, segundo Cloninger (2003, p. 5), que:

[...] os traços abarcam um leque menor de comportamentos. Os traços permitem uma descrição mais precisa da personalidade porque cada traço se refere a um conjunto mais focalizado de

características. O fato de os traços poderem ser atribuídos a uma pessoa em vários graus também torna esse conceito mais preciso do que os tipos.

Dessa forma, a presente pesquisa será realizada a partir da teoria da perspectiva dos traços, utilizando a Bateria Fatorial de Personalidade (BFP), baseada no modelo dos Cinco Grandes Fatores (CGF). Em relação a este instrumento, Hutz et al (1998) afirma que apesar de ter sua origem na década de 1930 e ter sido analisado por diversos estudiosos estrangeiros (MCDUGALL, KLAGES, BAUMGARTEN, entre outros), o *Big Five* foi traduzido e validado para ser usado no Brasil em 1998, como BFP.

Muitos foram os estudos baseados na perspectiva dos fatores, entretanto, de acordo com Pasquali (2003) os autores Costa e McCrae (1992) foram os que melhor trabalharam com a tipologia dos fatores, determinados em cinco. Eles distinguiram dentro de cada fator facetas que o caracterizam: *neuroticismo* (ansiedade, preocupação, raiva, hostilidade, depressão, desencorajamento, autoconsciência, impulsividade, vulnerabilidade), *extroversão* (calor, assertividade, atividade, procura de excitação, emoções positivas), *abertura* (fantasia, estética, sentimentos, ações, ideias, valores), *cordialidade* (confiança, franqueza, altruísmo, conformidade, modéstia, ternura), e *conscienciosidade* (competência, ordem, responsabilidade, motivação de desempenho, autodisciplina, deliberativo).

## 4. OBJETIVOS

---

#### 4.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde e os traços de personalidade entre os servidores públicos estaduais de uma Secretaria de Estado do Mato Grosso do Sul.

#### 4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Caracterizar a amostra a partir das variáveis sócio-demográficas: idade, sexo, estado civil, renda familiar, número de pessoas na família, meio de deslocamento para o trabalho, grau de instrução do chefe da família, há quanto tempo trabalha no setor público e quantas horas dorme.
2. Avaliar a Qualidade de Vida dos servidores públicos segundo os domínios do SF-36: capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental.
3. Correlacionar os resultados de Qualidade de Vida com os dados sócio-demográficos.
4. Descrever os traços de personalidade da amostra a partir da Bateria Fatorial de Personalidade que inclui cinco grandes dimensões: Extroversão, Socialização, Realização, Neuroticismo e Abertura a experiências.
5. Correlacionar os resultados da Bateria Fatorial de Personalidade com as variáveis sócio-demográficas.
6. Correlacionar os Traços de Personalidade e os resultados da Qualidade de Vida dos servidores públicos estudados.

## 5. HIPÓTESES

---

1. Trabalhar no setor público pode influenciar negativamente o funcionamento psíquico do servidor, acarretando danos à sua saúde mental e, conseqüentemente, rebaixando sua qualidade de vida.
2. A maior parte da amostra está com sua saúde mental prejudicada, apresentando desajustamento em seus traços de personalidade como ansiedade ou depressão.
3. A maioria da amostra possui comprometimento na qualidade de vida por serem funcionários públicos.
4. Quanto maior o tempo de trabalho no setor público há mais traços de personalidade desadaptados e menor é a qualidade de vida.
5. Quanto maior a idade do servidor, traços de personalidade desadaptados existem e menor é o escore da qualidade de vida.
6. Os traços de personalidade desadaptados e os prejuízos na qualidade de vida do servidor e interferem nas horas dormidas.

## 6. MÉTODO

---

## 6.1 TIPO DE ESTUDO

O método utilizado foi quantitativo, descritivo e de corte transversal. A adoção deste estudo quantitativo possibilita controlar as variáveis e quantificar os resultados, e ainda realizar uma interpretação dos dados. Para Marconi e Lakatos (1982) as técnicas quânticas de análise de dados torna o processo de correlação entre variáveis mais dinâmico, objetivo e facilitam a compreensão. Os mesmos autores afirmam que a investigação quantitativa-descritiva como uma pesquisa empírica que se utiliza de uma coleta sistemática de dados para descrever ou verificar características de fatos ou fenômenos (LAKATOS E MARCONI, 2008).

## 6.2 LOCAL DA PESQUISA

O Governo de Mato Grosso do Sul possui uma estrutura organizacional que divide as áreas de atuação das Secretarias de Estado em dez, sendo que os temas principais são: Administração; Saúde; Educação; Meio Ambiente, Planejamento, Ciência e Tecnologia; Habitação; Fazenda; Justiça e Segurança Pública; Desenvolvimento Agrário da Produção, Indústria, Comércio e Turismo; Trabalho e Assistência Social; Obras Públicas e Transporte. Para esta pesquisa foi escolhida a Secretaria de Estado de Habitação e das Cidades - SEHAC, um estabelecimento público estadual, situado em Campo Grande/MS. A coleta de dados foi realizada no próprio local de trabalho.

A partir da experiência clínica de psicoterapia com alguns servidores públicos do Estado de Mato Grosso do Sul verificou-se a necessidade de estudar essa população devido à tendência ao comprometimento da saúde mental dos mesmos, conseqüentemente afetando sua qualidade de vida. A escolha do local de pesquisa deve-se ao fato de a pesquisadora ter acesso fácil à Secretaria.



### 6.3 PARTICIPANTES

A amostra foi escolhida de maneira casual e por conveniência. Dos 113 (N) servidores da SEHAC 59 funcionários concordaram em participar da pesquisa, assinando o termo de consentimento livre e esclarecido. Entretanto a amostra final foi de 57 (n) servidores, pois 2 participantes não responderam os questionários por completo. Dos 54 servidores restantes, 6 estavam de férias, 1 afastado por motivo de saúde, 5 se recusaram a parar as atividades de trabalho para responder os instrumentos, 17 não puderam participar por estarem em reunião ou em atendimento, e 25 servidores estavam viajando ou fora do local de trabalho no momento da pesquisa.

A maioria da amostra é caracterizada por exercer atividade administrativa nas áreas financeira, política, jurídica e de obras públicas. Por se tratar de uma Secretaria de Habitação, a maioria dos servidores são engenheiros e arquitetos, no entanto pela necessidade de administração pública existem também advogados, administradores, assistentes sociais e alguns cargos técnicos. Os servidores dividem-se em três grupos: concursados que são regidos por regime estatutário, ocupantes de cargo público subordinados à CLT e contratados temporariamente. Entretanto todos são considerados servidores públicos por ocuparem cargo público.

### 6.4 INSTRUMENTOS

#### **6.4.1 Questionário Sócio - Demográfico.**

Pela experiência em pesquisas anteriores optou-se pelas variáveis independentes são: idade, sexo, estado civil, renda familiar, número de pessoas na família, meio de deslocamento para o trabalho, grau de instrução do chefe da família, há quanto tempo trabalha no setor público e quantas horas dorme (APÊNDICE B).

#### **6.4.2 The Medical Outcomes Study 36- item Short-Form Health Survey (SF-36)**

*The Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey (SF-36)* (ANEXO B) compreende um instrumento genérico de avaliação da QVRS elaborado em 1992. É um questionário multidimensional, auto administrável e de fácil entendimento adequado para pessoas acima dos 14 anos de idade, podendo ser administrado de 5 a 10 minutos com alto grau de aceitabilidade e qualidade dos dados (WARE; SHERBOURNE, 1992). Segundo estes autores, os conceitos de “status funcional” e “bem-estar” formam a base conceitual para o desenvolvimento do SF-36.

Composto por 36 itens divididos em 11 questões, avalia 8 dimensões: capacidade funcional (desempenho das atividades diárias, como capacidade de cuidar de si, vestir-se, tomar banho e subir escadas); aspectos físicos (impacto da saúde física no desempenho das atividades diárias e ou profissionais); dor (nível de dor e o impacto no desempenho das atividades diárias e ou profissionais); estado geral de saúde (percepção subjetiva do estado geral de saúde); vitalidade (percepção subjetiva do estado de saúde); aspectos sociais (reflexo da condição de saúde física nas atividades sociais); aspectos emocionais (reflexo das condições emocionais no desempenho das atividades diárias e ou profissionais) e saúde mental (escala de humor e bem-estar) (CASTRO *et al.*, 2003).

Segundo Ciconelli (1997) por ser um questionário genérico, seus conceitos não são específicos para uma determinada idade, doença ou grupo de tratamento, assim, é válido comparar os resultados em diferentes patologias, tratamentos e culturas. Ware (2000) concorda, afirmando que o SF-36 é um instrumento útil para comparar grupos tanto na população geral quanto em populações com doenças específicas. Após a aplicação, tem-se para cada domínio um escore que varia entre 0 e 100, correspondendo ao pior e melhor estado de saúde respectivamente. Cada dimensão é analisada separadamente (CICONELLI, 1997).

Segundo Cruz (2010, p.40):

“O SF-36 foi criado a partir da necessidade de ter-se um instrumento padronizado que abordasse conceitos de saúde geral, não específico para qualquer condição clínica e que fosse compreensível, de fácil aplicação e com boas propriedades psicométricas.”

A partir de um estudo realizado com uma amostra de pacientes com artrite reumatoide o SF-36 foi traduzido para a língua portuguesa e validado no Brasil por Ciconelli et al. (1999). Para tanto, seguiu-se o padrão estipulado pelos coordenadores do *International Quality of Life Assessment Project* (IQOLA), projeto que reúne vários países na tarefa de traduzir e validar o SF-36 em vários idiomas e culturas, adotando normas padronizadas (WARE JR. et al., 1995).

De acordo com Cruz (2010, p. 45)

“O SF-36 tem sido tão amplamente aplicado devido a sua brevidade e fácil compreensão. Atualmente o SF-36 é o instrumento para medida de QV mais amplamente utilizado no Brasil. (...) No entanto, não há dados normativos para a população geral disponíveis em nenhuma das regiões do país, dificultando a interpretação dos escores obtidos em diferentes grupos de pacientes.”

Mendlowicz e Stein (2000) acrescentam que o SF-36 tem sido promovido como o instrumento padrão QVRS na pesquisa em saúde mental. Em concordância com este autores, Dantas, Sawada e Malerbo (2003) relatam que o SF-36 foi o instrumento mais utilizado em produções científicas de QV, produzida pelas universidades públicas do Estado de São Paulo, e que em 8 dos 18 estudos em que foi utilizado (33,9%) o SF-36 foi o único instrumento a ser utilizado.

### 6.4.3 Bateria Fatorial de Personalidade - BFP

A Bateria Fatorial de Personalidade (BFP) é um instrumento psicológico e de uso exclusivo destes profissionais, dessa forma não se encontra em anexo. Foi construído para a avaliação da personalidade a partir do modelo dos Cinco Grandes Fatores (CGF), que inclui as dimensões Extroversão, Socialização, Realização, Neuroticismo e Abertura a experiências. A bateria foi desenvolvida no Brasil, levando em conta a linguagem falada no país, os valores culturais, diversidades regionais, e especificidades dos quadros clínicos na nossa realidade. Essas características diferenciam a BFP de outros instrumentos para a avaliação da personalidade desenvolvidos em outros países e adaptados para o Brasil.

A Bateria é composta por 126 itens, que são respondidos em uma escala tipo Likert de sete pontos, a qual indica o nível de identificação das pessoas com as características descritas nos mesmos. O participante preenche um Protocolo de Respostas com uma numeração de 1 a 7, sendo que a tradução para 1 é 'Descreve-me muito mal' e para 7 é 'Descreve-me muito bem'. São 126 frases/afirmações que o participante deverá atribuir, para cada uma delas, essa pontuação de 1 a 7. Essas frases se encontram em Caderno de Aplicação, separadas da folha de respostas.

No Brasil, a BFP foi desenvolvida por Nunes, Hutz e Nunes em 2009 sendo publicada no ano seguinte pela Casa do Psicólogo, tornando-a um teste de uso exclusivo de psicólogo. Para desenvolvê-la, os autores basearam-se no modelo dos Cinco Grandes Fatores (CGF), mas levando em consideração a linguagem do país, os valores culturais, as diversidades regionais, diferenciando-se de instrumentos de outros países que foram apenas adaptados para uso no Brasil.

Para tanto, Nunes, Hutz e Nunes (2010) preocuparam-se em realizar pesquisas para avaliar a dimensionalidade, precisão, consistência e validade das propriedades psicométricas das Escalas Fatoriais de avaliação dos cinco fatores: de Neuroticismo - EFN (HUTZ; NUNES, 2001), de Extroversão - EFEx (NUNES; HUTZ, 2007a), de Socialização - EFS (NUNES; HUTZ, 2007b), de Abertura - EFA (LEMOS, 2007; LEMOS; HUTZ, 2008) e de Realização - EFR.

Quanto à utilização do modelo em populações específicas, as pesquisas mais recentes (O'CONNOR; DYCE, 2002; TRULL; MCCARE, 2002; WIDIGER; FRANCES, 2002; WIDIGER et al., 2002) têm verificado que o modelo dos CGF é capaz de explicar transtornos de personalidade usualmente identificados na prática clínica. Neste sentido, há um especial interesse em comparar os resultados obtidos nos instrumentos que avaliam a personalidade pelos CGF com diagnósticos de Transtornos de Personalidade identificados nos manuais psiquiátricos. Widiger et al (2002), por exemplo, elaboraram uma tabela relacionando os transtornos de personalidade listados no DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) com os Cinco Grandes Fatores e suas sub-dimensões.

No Brasil, Nunes, Alves, Tomazoni, e Hutz (2001) realizaram um estudo para verificar a validade de critério da Escala Fatorial de Neuroticismo em um grupo de pacientes com diagnóstico de depressão. Os resultados demonstraram que esta escala era capaz de discriminar pacientes com diagnóstico de depressão de pessoas da população geral.

Outro estudo semelhante foi realizado para verificar a validade de critério da Escala Fatorial de Socialização (NUNES; HUTZ, 2007b), fazendo a avaliação de um grupo de pessoas em tratamento para dependência química e outro composto por universitários. Os resultados indicaram que a EFS apresentou uma boa capacidade para identificar diferenças entre os grupos avaliados (NUNES; NUNES; HUTZ, 2006; NUNES; NUNES; CUNHA; HUTZ, submetido). Trabalhos como esse têm chamado muita atenção da comunidade científica por ampliarem consideravelmente a aplicabilidade de instrumentos gerados a partir do modelo dos CGF.

## 6.5 PROCEDIMENTOS E ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada com autorização prévia do Secretário de Estado e após aprovação do projeto de pesquisa enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica Dom Bosco (ANEXO A). Para garantir a determinação da Resolução n. 196/1996, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa: a) assegurado

ao entrevistado o direito de desistir de participar do estudo a qualquer momento; b) assegurado o sigilo do anonimato; c) permitido aos entrevistados o livre acesso aos dados; d) assegurado o consentimento para a divulgação dos dados e mantido o compromisso na transcrição dos dados (BRASIL, 1996) utilizou-se um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A).

Em seguida, a fim de verificar a viabilidade, adaptabilidade, grau de compreensão ou dificuldade no preenchimento do instrumento e o tempo de duração da aplicação dos Instrumentos realizou-se um Estudo Piloto com três servidores da SEHAC. Neste estudo, percebeu-se que os participantes não tiveram maiores dificuldades em compreender as orientações e responder os instrumentos, e levaram em média 30 minutos para finalizar.

A aplicação dos instrumentos realizou-se em dois dias iniciando-se às 8h e terminando às 17h30, com um intervalo de duas horas entre o período matutino e vespertino, em data combinada com o Secretário da SEHAC. Ao combinar as datas com o responsável, a pesquisadora esclareceu como seria realizado o estudo, diante disso ele comunicou aos responsáveis pelos setores (Financeiro, Recursos Humanos, Social, Habitação, Projetos e Execução, Jurídico e Gabinete) que a pesquisa seria realizada em datas e horários determinados.

A coleta de dados foi realizada em grupos de no máximo 12 e no mínimo 3 participantes de acordo com o número de pessoas que havia em cada sala dos setores da SEHAC. Antes de iniciar o preenchimento dos questionários os servidores receberam uma instrução padronizada, por meio de explicação oral da pesquisadora, que durou em torno de 4 minutos da pesquisadora. Além dos questionários serem autoexplicativos. Enfatizou-se a responsabilidade e sigilo dos dados, orientando que os questionários deveriam ser preenchidos à caneta e sem limite de tempo. O tempo médio estimado para o preenchimento dos questionários foi de aproximadamente 30 minutos.

## 6.6 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Após a obtenção dos resultados colhidos por meio da aplicação dos instrumentos QSD, SF-36 e BFP, os dados foram tabulados em planilha *Microsoft Excel 2010* para a realização da análise estatística descritiva e correlacional entre as variáveis sócio-demográficas e os domínios de qualidade de vida e de traços de personalidade a partir de testes estatísticos. O objetivo dessa análise correlacional foi avaliar possíveis diferenças/associações entre os instrumentos. Para tanto, foram utilizados os testes: *t-student* de diferença de médias, teste de correlação linear de *Pearson*, sendo ambos aplicados com 95% de confiabilidade, além do teste multivariado de Agrupamentos ou mais *Análise de Cluster*.

## 7. RESULTADOS E DISCUSSÃO

---



Neste capítulo seguem respectivamente os dados apurados no Questionário Sócio demográfico (QSD), as médias dos domínios dos instrumentos *The Medical Outcomes Study 36- item Short-Form Health Survey* (SF-36) e da Bateria Fatorial de Personalidade (BFP), além da correlação entre todos estes instrumentos.

## 7.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA: DADOS SÓCIO DEMOGRÁFICOS

A Tabela 1 a seguir identifica que a maioria dos trabalhadores (pesquisados) da SEHAC são mulheres, estado civil casado e com uma família formada por 3 pessoas em geral. Os dados estão de acordo com a realidade de Campo Grande – MS. Segundo o último Censo Demográfico (IBGE, 2012) a cidade possui uma população urbana de 776.242 habitantes, sendo que 51,66% são mulheres e 48,34% homens. O IBGE identificou ainda que das 228.820 famílias 31,16% são formadas por 3 pessoas. A idade média da amostra é de 39 anos, sendo que 45,61% tem idade entre 19 e 39 anos e 54,39% entre 40 e 60 anos. A média do tempo de trabalho de 13 anos, revelando que a maioria dos trabalhadores pode estar no setor público desde o início da carreira profissional.

O meio de deslocamento até o trabalho (68,4% carro), a renda familiar (52,6% acima de R\$ 2725,00) e o grau de instrução do chefe da família podem ser correlacionados, visto que a formação de nível superior (64,9% da amostra) interfere diretamente na renda familiar (52,6% da amostra apresentou acima de 4 salários mínimos) que justifica o meio de deslocamento. Ainda de acordo com o Censo 2010 (IBGE, 2012) dos 246.219 domicílios de Campo Grande, 124.693 possuem automóvel (50,64%) o que vai de encontro com os dados apurados nesta pesquisa.

A amostra apresentou um padrão de sono satisfatório, dormindo em média 7 horas por noite. Segundo Lavie (1998) num período padrão de sono noturno ocorrem de quatro a cinco ciclos, sendo que cada ciclo do sono dura cerca de noventa minutos, resultando numa média de 7 horas.

**TABELA 1 – Perfil dos trabalhadores da Secretaria de Estado de Habitação e das Cidades – SEHAC**

<b>Variáveis</b>		<b>Média</b>	<b>n</b>	<b>D.P.</b>	<b>Percentual</b>
<b>Sexo</b>	Feminino		33		57,9%
	Masculino		24		42,1%
<b>Idade</b>	Média	39,44		12,91	
	Entre 19 e 39 anos		26		45,61%
	Entre 40 e 60 anos		31		54,39%
<b>Estado Civil</b>	Casado		28		49,1%
	Solteiro		24		42,1%
	Divorciado		5		8,8%
<b>Pessoas na família</b>	Média	3,70		1,68	
<b>Grau de instrução do(a) chefe</b>	Médio		15		26,3%
	Superior		37		64,9%
	Pós Graduação		5		8,8%
<b>Meio de deslocamento</b>	Carro		39		68,4%
	Ônibus		12		21,1%
	Moto		6		10,5%
<b>Renda familiar</b>	De R\$ 1.090,00 a R\$ 1.635,00		9		15,8%
	De R\$ 1.635,00 a R\$ 2.180,00		8		14,0%
	De R\$ 2.180,00 a R\$ 2.725,00		10		17,5%
	Acima de R\$ 2.725,00		30		52,6%
<b>Horas que dorme</b>	Entre 4 e 5 horas		9		15,80%
	Entre 6 e 7 horas		34		59,70%
	Entre 8 e 9 horas		14		24,60%
<b>Remédio para dormir?</b>	Não		55		96,5%
	Sim		2		3,5%
<b>Tempo de trabalho</b>	Média	13,68		9,74	
	Até 10 anos		29		50,88%
	Entre 11 e 20 anos		14		24,56%
	Acima de 20 anos		14		24,56%

## 7.2 THE MEDICAL OUTCOMES STUDY 36-ITEM SHORT-FORM HEALTH SURVEY: RESULTADOS

Os dados apresentados na Tabela 2 identificam que a amostra possui um bom estado geral de saúde. Tendo em vista que 50 é o escore médio, os itens do SF-36 estão acima da média em sua maioria. O domínio *Dor* é o único que apresenta escore menor (43,96), apesar de não ser tão distante da média.

**TABELA 2 - Média dos domínios do SF – 36**

<b>Domínio</b>	<b>n</b>	<b>Média</b>	<b>D.P.</b>
Capacidade Funcional	57	87,98	14,94
Aspectos Físicos	57	81,14	27,66
Dor	57	43,96	8,78
Estado Geral da Saúde	57	76,30	19,49
Vitalidade	57	65,18	21,51
Aspectos Sociais	57	75,66	24,48
Aspectos Emocionais	57	75,44	33,65
Saúde Mental	57	72,84	19,39

Segundo Ferreira (1977, p.169) a dor é um “impressão desagradável ou penosa, proveniente de lesão, contusão ou estado orgânico anômalo”. Partindo do princípio que estas dores podem estar relacionadas ao trabalho, devemos supor que as dificuldades têm a ver com ergonomia, má postura, e/ou limitações de movimentos derivados de um ambiente laboral restritivo (espaço físico diminuído, cadeiras ou mesas inadequadas, falta de movimentação durante o trabalho ou prolongamento de uma mesma postura). Segundo Martins (2000) para a prevenção de dor e promoção da saúde do trabalhador a ginastica laboral deve ser lembrada

como um importante método de melhoria da qualidade de vida. Segundo estudos de Nardocci (2008) a dor pode ser consequência de uma redução na QV dentro do trabalho, o que pode ser justificada pela insegurança sobre o futuro no emprego, em função de jornadas de trabalho pesadas, por esforço para balancear profissão e família.

### 7.3 CORRELAÇÃO ENTRE OS DADOS SÓCIO DEMOGRÁFICOS E O SF-36

Ao correlacionar os resultados sócio-demográficos com os obtidos no SF-36, observou-se significância ( $p \leq 0,05$ ) entre os itens: Idade e Vitalidade ( $p=0,002$ ), Idade e Saúde Mental ( $p=0,010$ ), Número de Pessoas na Família e Dor ( $p=0,041$ ), Quantidade de Horas Dormidas e Aspectos Sociais ( $p=0,015$ ), Tempo (anos) de Trabalho e Vitalidade ( $p=0,044$ ) e Tempo (anos) de Trabalho e Saúde Mental ( $p=0,028$ ). A seguir, serão apresentadas as tabelas com estas correlações.

No item idade do QSD houve correlação significativa em dois domínios do SF-36: Vitalidade ( $p = 0,002$ ) e Saúde Mental ( $p = 0,010$ ) como apresenta a Tabela 3 a seguir. Os dados revelam que quanto maior a idade melhor é a qualidade de vida para esses domínios. Assim, podemos afirmar que os trabalhadores mais velhos possuem: melhor bem-estar psicológico (FERREIRA, 1998), tendem a se sentir mais felizes, calmos e/ou em paz, com energia e animados (WARE; SNOW; KOISINSKI; GANDEK, 1993).

Em pesquisa realizada por Pimenta et al. (2008), também se verificou correlação significativa entre idade e vitalidade, idade e saúde mental para os domínios de SF-36. Os participantes tinham idade média de 57 anos e os resultados obtidos também demonstraram que os mais idosos apresentaram melhores índices de qualidade de vida nestes domínios.

**TABELA 3** - Correlação entre idade dos servidores e os domínios do SF – 36.

<b>Idade</b>	<b>Correlação</b>	<b>P</b>
<b>SF – 36</b>		
Capacidade Funcional	-0,036	0,793
Aspectos Físicos	0,037	0,783
DOR	0,089	0,511
Estado Geral de Saúde	0,09	0,506
Vitalidade	0,397	0,002
Aspectos Sociais	0,236	0,077
Aspecto Emocional	0,216	0,107
Saúde Mental	0,339	0,010*

\*p ≤ 0,05

A partir da Tabela 4 apresentada a seguir observa-se que a variável número de pessoas na família do QSD teve correlação positiva com o domínio Dor do instrumento SF – 36 ( $p = 0,041$ ), sendo que quanto maior o número de pessoas da família melhor é a média para esse domínio. Dessa forma, podemos afirmar que os trabalhadores com maior número de pessoas na família apresentam menos *dor ou limitação devido à dor* assim como define Ware et al. (1993).

Não foram encontrados estudos em que há correlação significativa entre o tamanho da família e domínios do S-36. Os resultados obtidos nesta pesquisa podem demonstrar que a família dá suporte físico ao trabalhador, se pensarmos que mais pessoas dentro de casa, é indício de mais pessoas para ajudar e dividir as tarefas domésticas, contribuindo para melhores níveis de QV no quesito Dor. Entretanto, este dado não revela ser estatisticamente significativo, sendo necessários estudos mais específicos em relação ao quesito Dor para que se tenha uma melhor compreensão a esse respeito.

**TABELA 4** - Correlação entre o número de pessoas na família do servidor e os domínios de SF – 36.

<b>Pessoas família</b>	<b>Correlação</b>	<b>P</b>
<b>SF – 36</b>		
Capacidade Funcional	-0,096	0,483
Aspectos Físicos	-0,234	0,083
DOR	0,274	0,041*
Estado Geral de Saúde	0,075	0,581
Vitalidade	0,052	0,703
Aspectos Sociais	-0,221	0,101
Aspecto Emocional	-0,029	0,830
Saúde Mental	0,025	0,855

\*p ≤ 0,05

Observa-se na Tabela 5 em sequência que os servidores que dormem oito horas ou mais apresentam escores maiores (89,29) do que àqueles que dormem menos (71,22) no domínio Aspectos Sociais (p = 0,015). Portanto, esses sujeitos possuem mais qualidade em suas atividades sociais, não deixando que os problemas físicos ou emocionais interfiram em sua vida, como afirma Ware et al, (1993) para escores de QVRS.

Em pesquisa realizada por Xavier et al. (2001) não foi constatada correlação significativa entre domínios do SF-36 e o sono. Entretanto, em pesquisa realizada por Silva Filho e Costa (2008) constatou-se que os níveis de QV interferem nos distúrbios de sono, sendo que quanto maior o índice de QV menor é a presença distúrbios de sono.

**TABELA 5** - Análise estatística por meio do teste *t-student* entre a quantidade horas dormidas por dia pelo servidor e os domínios do SF – 36.

		Horas que dorme	n	Média	D.P.	t	P
<b>SF – 36</b>							
Capacidade Funcional	Menos que 8 h	43	87,33	15,94	0,33	0,565	
	8 h ou mais	14	90,00	11,60			
Aspectos Físicos	Menos que 8 h	43	78,49	27,59	1,63	0,207	
	8 h ou mais	14	89,29	27,24			
Dor	Menos que 8 h	43	44,47	9,15	0,56	0,456	
	8 h ou mais	14	42,43	7,62			
Estado Geral de Saúde	Menos que 8 h	43	74,63	19,09	1,29	0,260	
	8 h ou mais	14	81,43	20,50			
Vitalidade	Menos que 8 h	43	62,21	22,63	3,48	0,068	
	8 h ou mais	14	74,29	14,79			
Aspectos Sociais	Menos que 8 h	43	71,22	25,23	6,29	0,015*	
	8 h ou mais	14	89,29	16,16			
Aspecto Emocional	Menos que 8 h	43	72,10	32,48	1,75	0,191	
	8 h ou mais	14	85,71	36,31			
Saúde Mental	Menos que 8 h	43	70,42	20,38	2,82	0,098	
	8 h ou mais	14	80,29	14,07			

\*p ≤ 0,05

Em relação ao tempo (anos) de trabalho no setor público, verificou-se correlação estatística significativa com dois domínios do SF – 36: Vitalidade (p = 0,044) e Saúde Mental (p = 0,028), apresentados na Tabela 6. Em ambos os casos houve uma correlação positiva, ou seja, quanto maior o tempo de trabalho (em anos) melhor os escores de qualidade de vida para esses dois domínios. Assim, esses

indivíduos sentem-se mais animados, em paz, calmos e/ou felizes (WARE et al, 1993).

Fernandes, Vasconcelos e Silva (2009) pesquisaram a QV segundo o SF-36 em trabalhadores da Santa Casa do Pará e também encontraram significância estatística entre tempo (anos) de trabalho e QV, sendo que quanto mais tempo de trabalho melhor o índice de QV. Entretanto, neste estudo os autores constataram correlação significativa apenas no domínio estado geral de saúde.

**TABELA 6** - Correlação entre tempo (em anos) de trabalho no setor público e domínios do SF – 36.

<b>Tempo trabalho</b>	<b>Correlação</b>	<b>P</b>
<b>SF – 36</b>		
Capacidade Funcional	-0,127	0,346
Aspectos Físicos	-0,034	0,801
DOR	0,053	0,696
Estado Geral de Saúde	0,04	0,768
Vitalidade	0,268	0,044*
Aspectos Sociais	0,183	0,172
Aspecto Emocional	0,17	0,205
Saúde Mental	0,291	0,028

\*p ≤ 0,05

#### 7.4 RESULTADOS DA BATERIA FATORIAL DE PERSONALIDADE

De acordo com a padronização elaborada por Nunes, Hutz e Nunes (2010) estabelecem a faixa de classificação dos pontos percentílicos da BFP em: Muito Baixo (até 14), Baixo (de 15 a 29), Médio (de 30 a 70), Alto (de 71 a 85) e Muito Alto (maior que 85). Dessa forma, ao transformar a média dos escores da BFP



apresentada na Tabela 7 em percentis pôde-se observar que em todos os domínios a faixa de classificação é a Média.

**TABELA 7 - Média dos domínios do BFP**

<b>Domínio</b>	<b>n</b>	<b>Média</b>	<b>Pontos percentílicos</b>	<b>D.P.</b>
Neuroticismo	57	3,27	55	0,92
Extroversão	57	4,26	45	0,79
Socialização	57	5,31	45	0,65
Realização	57	5,23	60	0,69
Abertura	57	4,33	30	0,62

Dos itens apresentados na Tabela acima, o Domínio Abertura (percentil = 30) foi o percentil mais baixo, no entanto ainda dentro faixa média (30 – 70). As características desse fator se referem aos comportamentos exploratórios e ao reconhecimento da importância de ter novas experiências. Escores altos demonstram pessoas que tendem a ser curiosas, imaginativas e criativas; escores baixos se relacionam com indivíduos convencionais, dogmáticos, rígidos, conservadores e fechados (NUNES, HUTZ e NUNES, 2010).

Em uma pesquisa realizada por Srivasta, John, Gosling e Potter (2003) constataram que pessoas entre 20 e 30 anos possuem escores razoáveis (ou seja, pontos percentílicos na Faixa Média) para o fator Abertura e que a partir dos 30 anos começa a haver um declínio para este Domínio, sugerindo uma correlação negativa entre idade e Abertura. Considerando que a amostra apresentada nesta pesquisa possui uma idade média 39 anos, justifica-se o valor limite do percentil de Abertura (30).

As tendências de comportamentos dos trabalhadores da SEHAC são, de modo geral, estáveis para os padrões característicos estabelecidos pelo Modelo dos Cinco Grandes Fatores (CGF). Entretanto, para avaliações mais específicas da

personalidade em um contexto clínico, ou de seleção de pessoal, por exemplo, é importante verificar uma a uma as subescalas da BFP, além de outras fontes que contribuam para analisar a personalidade do candidato. Os resultados gerais são úteis para pesquisas que associam os dados com outras medidas (NUNES; HUTZ; NUNES, 2010).

## 7.5 CORRELAÇÃO ENTRE AS VARIÁVEIS SÓCIO DEMOGRÁFICAS E OS RESULTADOS DA BFP

Ao correlacionar as variáveis sócio-demográficas com os resultados obtidos por meio da BFP observou-se significância entre Sexo e o domínio Extroversão ( $p=0,009$ ), Idade e Neuroticismo ( $p=0,022$ ), Estado Civil e Neuroticismo ( $p=0,012$ ), Grau de Instrução do(a) chefe da família e Extroversão ( $p=0,040$ ) e Realização ( $p=0,017$ ) e Quantidade de horas dormidas e Socialização ( $0,037$ ). Esses resultados serão apresentados e discutidos a seguir.

De acordo com a Tabela 8, apresentada a seguir, o domínio Extroversão da BFP ( $p=0,009$ ) apresentou significância na correlação com o item sexo do QSD. Verificou-se que as mulheres (Média=4,48) apresentaram média maior que os homens (Média=3,94) revelando que tendem a ser mais comunicativas, falantes, ativas, assertivas, responsivas e gregárias.

Em uma pesquisa realizada por Barrick e Mount (1991), que relacionou os CGF com desempenho no trabalho de diferentes grupos ocupacionais, evidenciou-se que os escores de Extroversão podem ser preditivos para as ocupações gerenciais. Dessa forma, compreende-se que os cargos de gerência da SEHAC podem ser melhores desempenhados se ocupados por mulheres.

A autora desta dissertação encontrou resultados também significativos na correlação entre a variável sexo e os domínios da BFP em pesquisa publicada em 2010. No estudo as mulheres apresentaram maiores índices de Socialização que os homens, sendo mais generosas, bondosas, afáveis, prestativas e altruístas (FIGUEIRÓ et al., 2010).

**TABELA 8** - Relação estatística entre a variável sexo do QSD e os domínios da BFP

	<b>Sexo</b>	<b>n</b>	<b>Média</b>	<b>D.P</b>	<b>T</b>	<b>P</b>
<b>BFP</b>						
Neuroticismo	Feminino	33	3,37	0,90	0,94	0,336
	Masculino	24	3,13	0,93		
Extroversão	Feminino	33	4,48	0,68	7,35	0,009*
	Masculino	24	3,94	0,83		
Socialização	Feminino	33	5,39	0,57	1,14	0,289
	Masculino	24	5,20	0,75		
Realização	Feminino	33	5,28	0,70	0,33	0,571
	Masculino	24	5,17	0,69		
Abertura	Feminino	33	4,43	0,70	1,92	0,171
	Masculino	24	4,20	0,48		

\*p ≤ 0,05

A Tabela 9 a seguir, apresenta que houve significância estatística ( $p=0,022$ ) ao correlacionar a variável idade com domínio Neuroticismo da BFP significativo. Entretanto, a correlação foi negativa, ou seja, quanto maior a idade, menor o escore nesse domínio. Esse resultado pode significar que os indivíduos mais velhos tendem a ser mais calmos, relaxados<sup>4</sup>, estáveis e menos agitados.

De acordo Waston e Hubbard (1996) as características de Neuroticismo influenciam no processo de *coping*, sendo que os altos escores desse domínio aparecem em indivíduos que tendem a interpretar estímulos de uma forma negativa ou ameaçadora. Lazarus e DeLongis (1983) afirmam que o processo de *coping* varia conforme o desenvolvimento da pessoa, levando em consideração o envelhecimento e suas experiências vividas.

<sup>4</sup> O termo relaxados é citado como antônimo do termo tenso de acordo com Nunes, Hutz e Nunes (2010).

Essas informações autenticam os resultados apresentados na Tabela 9, visto que os trabalhadores mais velhos possuem maior capacidade de enfrentamento ao lidar com situações ameaçadoras ou desafiadoras, certamente presentes na vida ocupacional de qualquer indivíduo.

**TABELA 9** - Correlação entre idade dos servidores e os domínios da BFP.

	<b>Correlação</b>	<b>P</b>
<b>BFP</b>		
Neuroticismo	-0,303	0,022*
Extroversão	0,139	0,303
Socialização	0,242	0,069
Realização	0,167	0,214
Abertura	-0,006	0,964

\*p ≤ 0,05

A seguir, na Tabela 10 observa-se que a variável estado civil do QSD foi estatisticamente significativa apenas para o fator Neuroticismo (p=0,012) da BFP, sendo que os 28 sujeitos casados apresentam média inferior que os 29 participantes que se enquadram nas demais categorias (solteiro, divorciado ou viúvo). Pessoas com altos níveis em Neuroticismo estão propensas a vivenciar mais intensamente um sofrimento emocional (NUNES; HUTZ; NUNES, 2010). Além disso, tendem a ser mais ansiosas, hostis, deprimidas, com baixa autoestima, impulsivas e/ou vulneráveis (COSTA; WIDIGER, 2002). Os resultados revelam, portanto, que as pessoas que vivem com parceiro tendem a ser mais estáveis emocionalmente e menos vulneráveis.

Figueiró et al. (2010) constataram também significância na correlação entre a variável estado civil e a BFP. A pesquisa sobre Traços de Personalidade em Universitários revelou que duas dimensões foram estatisticamente significativas:

Realização, sendo que os casados tendem a possuir maior competência, ordem, responsabilidade, motivação de desempenho, ou autodisciplina que os solteiros; no entanto, as médias de Neuroticismo do sujeitos casados foram maiores, constatando que eles podem desenvolver mais ansiedade, preocupação, raiva, hostilidade, depressão, desencorajamento, ou impulsividade que os solteiros.

**TABELA 10** – Análise estatística entre a variável estado civil do QSD e os domínios da BFP.

	Estado Civil	n	Média	D.P.	T	P
<b>BFP</b>						
Neuroticismo	Casado	28	2,96	0,89	6,74	0,012*
	Outros	29	3,56	0,86		
Extroversão	Casado	28	4,18	0,87	0,54	0,467
	Outros	29	4,33	0,72		
Socialização	Casado	28	5,33	0,75	0,05	0,818
	Outros	29	5,29	0,56		
Realização	Casado	28	5,33	0,70	1,04	0,313
	Outros	29	5,14	0,69		
Abertura	Casado	28	4,17	0,58	3,79	0,057
	Outros	29	4,48	0,63		

\* $p \leq 0,05$

O grau de escolaridade do(a) chefe da família foi estatisticamente significativo em relação aos fatores Extroversão ( $p = 0,040$ ) e Realização ( $p = 0,017$ ) da BFP, sendo que as pessoas que possuem chefe da família com grau de escolaridade superior apresentam melhores escores em ambos os domínios como mostra a Tabela 11, em sequência.

Dessa forma, percebe-se que estes participantes tendem a ser pessoas mais extrovertidas, falantes e ativas, podendo apresentar certa dominância e conseqüentemente apresentando tendência para ser líderes, além de também poderem apresentar traços de motivação para o sucesso, perseverança, organização, pontualidade e capacidade de planejamento (NUNES; HUTZ; NUNES, 2010).

Percebe-se, portanto, que o nível de instrução do chefe da família interfere diretamente na motivação desses participantes em alcançar seus objetivos. O fato de o chefe da família ser Graduado ou Pós-graduado serve como exemplo e motiva o participante. Para Halfhill, Sundstrom, Lahner, Claderone e Nielsen (2005) ter um bom grau de Realização favorece no foco nas tarefas do trabalho e no alcance das metas, contribuindo diretamente para o bom rendimento da Organização.

**TABELA 11** – Análise estatística entre grau instrução do(a) chefe e os domínios da BFP.

	<b>Grau de instrução</b>	<b>n</b>	<b>Média</b>	<b>D.P.</b>	<b>T</b>	<b>P</b>
<b>BFP</b>						
Neuroticismo	Médio	15	3,47	0,81	0,95	0,334
	Superior	42	3,20	0,95		
Extroversão	Médio	15	3,90	0,66	4,41	0,040*
	Superior	42	4,38	0,80		
Socialização	Médio	15	5,28	0,58	0,04	0,842
	Superior	42	5,32	0,68		
Realização	Médio	15	4,87	0,57	6,06	0,017
	Superior	42	5,36	0,69		
Abertura	Médio	15	4,12	0,57	2,46	0,123
	Superior	42	4,41	0,63		

\*p ≤ 0,05

Com relação ao tempo de sono, o domínio Socialização ( $p = 0,037$ ) da BFP foi significativo como mostra a Tabela 12 a seguir. As pessoas que dormem oito horas ou mais têm escores maiores em média. Assim, constatou-se que os participantes da pesquisa que dormem mais horas por dia tendem a ser mais generosos, prestativos, leais e francos, apresentando qualidade em suas relações interpessoais (NUNES; HUTZ; NUNES, 2010).

Não foram encontrados estudos que relacionam traços da personalidade com o sono. Portanto, observa-se a necessidade de avaliar essa relação utilizando um instrumento específico de sono, tendo em vista a significância acima apresentada.

**TABELA 12** - Análise estatística a partir do teste *t-student* entre a quantidade horas dormidas por dia pelo servidor e os domínios da BFP.

	Horas que dorme	n	Média	D.P.	t	P
<b>BFP</b>						
Neuroticismo	Menos que 8 h	43	3,32	0,83	0,60	0,443
	8 h ou mais	14	3,10	1,17		
Extroversão	Menos que 8 h	43	4,21	0,72	0,58	0,451
	8 h ou mais	14	4,40	0,98		
Socialização	Menos que 8 h	43	5,21	0,63	4,58	0,037*
	8 h ou mais	14	5,63	0,65		
Realização	Menos que 8 h	43	5,21	0,68	0,23	0,634
	8 h ou mais	14	5,31	0,74		
Abertura	Menos que 8 h	43	4,33	0,61	0,01	0,923
	8 h ou mais	14	4,35	0,69		

\* $p \leq 0,05$

## 7.6 CORRELAÇÃO ENTRE OS RESULTADOS DO SF-36 E DA BFP

A Tabela 13 a seguir apresenta os domínios do SF – 36 que foram significantes ao serem correlacionado com a BFP.

**Tabela 13** - Correlação entre os domínios do SF – 36 e os fatores do BFP.

SF – 36	BFP									
	Neuroticismo		Extroversão		Socialização		Realização		Abertura	
	Corr.	P	Corr.	P	Corr.	P	Corr.	P	Corr.	P
Capacidade Funcional	0,134	0,322	0,034	0,804	-0,171	0,203	0,107	0,428	0,050	0,713
Aspectos Físicos	-0,016	0,907	0,115	0,394	0,084	0,533	0,154	0,253	0,013	0,923
DOR	-0,037	0,785	0,036	0,791	-0,101	0,453	-0,067	0,620	0,093	0,492
Estado Geral de Saúde	-0,230	0,085	0,243	0,068	0,023	0,865	0,249	0,062	0,023	0,863
Vitalidade	-0,161	0,231	0,233	0,082	0,138	0,306	0,224	0,094	0,028	0,834
Aspectos Sociais	-0,266	0,046*	0,181	0,177	0,127	0,345	0,263	0,048*	0,051	0,704
Aspecto Emocional	-0,131	0,332	-0,004	0,979	0,052	0,702	0,114	0,397	0,089	0,511
Saúde Mental	-0,307	0,020*	0,330	0,012*	0,268	0,044*	0,360	0,006*	0,042	0,756

\*p ≤ 0,05

O domínio Aspectos Sociais do SF-36 apresentou-se de forma estatisticamente significativo com os fatores Neuroticismo (p=0,046) e Realização (p=0,048) da BFP. Percebeu-se que quanto maior a qualidade de vida em Aspectos Sociais, menor o escore do fator Neuroticismo e maior o escore do fator Realização. Ou seja, os melhores índices de QV em relação às atividades sociais foram para os



indivíduos que tendem a ser mais calmos, relaxados<sup>5</sup>, estáveis e menos agitados, assim como para as pessoas que tendem a ser perseverantes, motivados, organizados e pontuais. Essas pessoas geralmente não deixam que problemas físicos ou emocionais interfiram em suas atividades sociais normais.

O domínio Saúde Mental apresentou significância estatística para os fatores Extroversão ( $p = 0,012$ ), Socialização ( $p = 0,044$ ) e Realização ( $p = 0,006$ ). Em todos os casos houve correlação positiva, ou seja, quanto melhor a qualidade de vida no domínio Saúde Mental, maior o escore nos fatores significativos. Dessa forma, pode-se afirmar que as pessoas com melhor bem-estar psicológico, que se sentem felizes e calmas, são àquelas que tendem a ser mais comunicativas, falantes, ativas, assertivas, responsivas, ou àquelas que geralmente são generosas, bondosas, afáveis, prestativas e altruístas, ou ainda as pessoas que tendem a ser confiáveis, decididas, ambiciosas, organizadas, pontuais.

Van Straten et al. (2007) identificou em sua pesquisa correlações significativas entre QVRS (SF-36) e traços de personalidade (NEO-FFI, instrumento baseado no modelo CGF). Os autores constataram que as pessoas com uma pontuação alta em Socialização têm uma melhor QVRS em relação aos Aspectos Físicos e Aspectos Sociais do SF-36. Pessoas com um alto nível de Socialização tendem a ter mais amigos, portanto são mais relaxados<sup>5</sup> e dão menos atenção ao desconforto físico ou à dor. Além disso, os autores verificaram que o domínio Extroversão, Neuroticismo e Abertura foram positivamente associados com o domínio Saúde Mental (VAN STRATEN et al., 2007).

---

<sup>5</sup> O termo relaxados é citado como antônimo do termo tenso de acordo com Nunes, Hutz e Nunes (2010).

## 7.7 ANÁLISE MULTIVARIADA

Com a finalidade de caracterizar um perfil geral da amostra foi realizado o teste multivariado de Agrupamentos ou mais *Análise de Cluster*. A análise de *Cluster* tem como objetivo dividir uma amostra em grupos em que os elementos sejam similares em relação às variáveis selecionadas.

No caso do presente trabalho foram feitas duas simulações, sendo:

1. As variáveis significativas do SF – 36
2. As variáveis significativas do BFP

O primeiro procedimento na execução da análise de *Cluster* foi a identificação do número ótimo de grupos em cada situação. A Tabela 14 a seguir apresenta os dados estatísticos dos modelos com o SF – 36 e BFP.

**Tabela 14:** Análise Multivariada: número de *cluster* e nível de similaridade para o SF – 36 e BFP.

Passo	SF – 36		BFP	
	Nº de clusters	Nível de similaridade	Nº de clusters	Nível de similaridade
1	7	93,1	8	69,2
2	6	88,6	7	66,5
3	5	80,7	6	65,7
4	4*	69,2*	5	65,2
5	3	63,7	4	61,4
6	2	63,2	3	60,2
7	1	52,6	2*	54,2*

No caso do SF – 36 o número de *clusters* viável para a análise foi de 4 grupos, representando um nível de similaridade entre as variáveis de aproximadamente 70%. Já no caso do BFP o número viável de análise foi de apenas dois grupos, que para o grupo de variáveis representou um nível de similaridade em torno de 55%, tornando a análise inviável para cumprir com os objetivos do teste.

Dessa forma, serão discutidos aqui somente a análise multivariada do SF-36. Abaixo na Tabela 15, seguem os resultados da análise de *cluster* para o SF – 36 e suas variáveis significativas.

**Tabela 15:** Análise multivariada dos grupos do SF – 36

Variável	Cluster			
	1	2	3	4
Sujeitos	17	16	12	12
Idade	47,4	37,9	39,3	30,4
Horas Dormidas	7,4	6,8	6,1	6,1
Tempo (anos) de Trabalho	16,9	14,8	14,2	7,2
Vitalidade	85,0	65,3	70,8	31,3
Aspectos Sociais	95,6	91,4	54,2	47,9
Saúde Mental	89,7	74,8	75,7	43,7

Ao analisar a Tabela 15 verifica-se a formação de quatro grupos distintos. Apresentaram-se variáveis significativas para os itens Idade, Quantidade de horas dormidas e Tempo (anos) de Trabalho do QSD, e para os domínios Vitalidade, Aspectos Sociais e Saúde Mental do SF-36.

O grupo 1 é formado por 29,82% da amostra, com idade média de 47 anos, trabalhando a cerca de 16 anos no setor público e dormindo em média 7 horas. Para este grupo observou-se QV com escore satisfatório e acima da média (50) para os domínios Vitalidade (85), Aspectos Sociais (95,6) e Saúde Mental (89,7) do SF-36. Dessa forma, podemos afirmar que esta população encontra-se com bons níveis de energia (no sentido de sentir-se animada), desenvolvendo suas atividades sociais sem que problemas físicos ou emocionais interfiram e sentindo-se em paz, feliz e em calma (WARE et al, 1993).

Composto por 28,07% da amostra os participantes do grupo 2 possuem idade média de 38 anos, dormem em torno de 7 horas por noite e têm em média de 15 anos de serviço no setor público. Os domínios de QV do SF-36 também se apresentaram satisfatórios, estando todos acima da média 50. Observou-se média

65,3 para Vitalidade, 91,4 para Aspectos Sociais e 74,8 Saúde Mental. Apesar das médias serem menores, percebe-se que os resultados são semelhantes às características do grupo 1.

O grupo 3 é formado por 21,05% da amostra, com idade média de 39 anos, estando no serviço público há cerca de 14 anos e dormindo em torno de 6 horas por noite. Os domínios Vitalidade, Aspectos Sociais e Saúde Mental do SF-36 apresentaram escores acima da média 50, 70,8 - 54,2 - 75,7 respectivamente. Este grupo apresenta as mesmas características dos grupos 1 e 2, no entanto, em menor escala.

Já o grupo 4 é composto por 21,05% da amostra com idade média de 30 anos, dormem cerca da 6 horas por dia e estão há aproximadamente 7 anos trabalhando no setor público. Diferente dos demais grupos, esta população apresentou todos os domínios significativos de QV do SF-36 abaixo da média 50: Vitalidade (31,3), Aspectos Sociais (47,9) e Saúde Mental (43,7). Esses resultados revelam que estes participantes se sentem cansados ou exaustos a maior parte do tempo, deixam que problemas físicos ou emocionais interfiram em suas atividades sociais normais e sentem-se nervosos e deprimidos.

A análise estatística multivariada apresentou resultados coerentes com as análises correlacionais *t-student* de diferença de médias e teste de correlação linear de *Pearson* apresentadas no início deste capítulo. As significâncias estatísticas apresentadas foram: Idade e Vitalidade ( $p=0,02$ ), Idade e Saúde Mental ( $p=0,010$ ) sendo que os mais velhos são os que possuem melhores escores nestes domínios; Quantidade de horas dormidas e Aspectos Sociais ( $p=0,015$ ) sendo que os participantes que dormem mais horas por dia possuem melhores escores de QV para este domínio; e, Tempo (anos) de trabalho no setor público e Vitalidade ( $p=0,044$ ) os que trabalham a mais tempo no setor possuem melhores índices de QV.

Portanto, ao comparar os quatros *Clusters* acima o grupo 1 apresentou melhores índices de QV. Os participantes mais velhos, que dormem mais e que que estão há mais tempo trabalhando no setor público são àqueles que possuem melhores índices de qualidade de vida em Aspectos Sociais, Vitalidade e Vitalidade e Saúde Mental, assim como constatou-se na análise estatística anterior apresentada no item 7.3 deste trabalho.

## **8. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

---

A partir dos instrumentos utilizados (QSD, SF-36, e BFP) nesta pesquisa pôde-se atingir os objetivos geral e específicos inicialmente propostos. Os questionários foram escolhidos adequadamente tanto para a aplicação, pois se observou fácil entendimento dos participantes, quanto para apuração e compreensão dos resultados, visto que os Domínios do SF-36 e da BFP apresentam características específicas.

O presente estudo é caracterizado por uma amostra composta por maioria de mulheres, idade média 39 anos, que utiliza carro como meio de locomoção, renda familiar acima de 4 salários mínimos e um bom padrão de sono. Constatou-se que a Qualidade de Vida dos servidores amostrados é relativamente satisfatória e que os Traços de Personalidade dos mesmos apresentam tendências de comportamentos, atitudes ou crenças na maioria das vezes saudáveis e com boa qualidade de interações sociais. Observou-se que tais dados estão em desacordo com as hipóteses iniciais.

O tipo de trabalho exercido neste setor parece não acarretar danos à saúde mental dos amostrados, visto que não houve correlação significativa entre tempo (em anos) de trabalho no setor público e os domínios da BFP. Conclui-se a partir desses resultados e da experiência clínica com usuários da CASSEMS (Caixa de Assistência aos Servidores do Estado de Mato Grosso do Sul), que o fator determinante para afetar negativamente a saúde mental não é simplesmente ser funcionário público, e sim o tipo de atividade do servidor, como por exemplo, bombeiro, policial militar, professor, enfermeiro, entre outros. A essa conclusão, pode-se acrescentar o fato dos participantes apresentarem resultados satisfatórios de QV e que há diversas pesquisas publicadas referindo-se a outros servidores, como professores públicos por exemplo, que encontram-se com níveis rebaixados de QV.

No entanto, deve-se ressaltar que o Domínio Dor do SF-36 (instrumento de QV) apresentou-se um pouco abaixo da média, revelando que este resultado pode estar relacionado com o ambiente de trabalho, com a ergonomia, condições de trabalho, carga horária e/ou com a postura dos servidores. Entretanto, a presente pesquisadora percebe a necessidade de se avaliar mais profundamente essa

questão a partir de pesquisas com instrumentos mais específicos, a fim de determinar de fato as causas de Dor nessa população (inerentes ou não ao trabalho), para então diagnosticá-las e elaborar estratégias para possíveis melhorias.

Os resultados obtidos acerca da QV apresentaram ainda que os trabalhadores com maior número de pessoas na família foram os que apresentaram melhores índices de qualidade de vida no quesito Dor. Dos participantes da pesquisa àqueles que dormem mais horas por dia têm mais qualidade em suas atividades sociais, não deixando que os problemas físicos ou emocionais interfiram. Constatou-se ainda que os servidores que estão há mais tempo no setor público, e os que são mais velhos (idade) são os que possuem melhores escores de QV relacionada ao bem-estar psicológico e aos sentimentos de felicidade, calma, paz, energia vital e animação.

Verificou-se ainda por meio da BFP que: as mulheres tendem a ser mais comunicativas, falantes, ativas, assertivas, responsivas e gregárias; os indivíduos mais velhos tendem a ser mais calmos, relaxados<sup>6</sup>, estáveis e menos agitados, possuindo maior capacidade de enfrentamento ao lidar com situações ameaçadoras ou desafiadoras, certamente presentes na vida ocupacional de qualquer indivíduo. A esses resultados é possível relacionar ao crescente aumento das mulheres no mercado de trabalho como apresenta o Censo 2010. Essas características marcantes das mulheres, além de levá-las ao mercado de trabalho e aos cargos de liderança, colaboram com as novas configurações familiares em que a mulher não assume apenas a função de dona de casa e mãe.

Os dados obtidos pela pesquisa revelam ainda que os indivíduos que estão casados tendem a ser mais estáveis emocionalmente e menos vulneráveis, confirmando que ter uma família estruturada é de relevante importância para se consolidar no mercado de trabalho. O casamento está ligado às questões de escolha, planejamento, perspectiva de futuro e responsabilidade.

Conclui-se ainda, ao verificar que os mais velhos tendem a ser mais calmos, relaxados<sup>6</sup>, estáveis e menos agitados, que a idade interfere diretamente nas características de personalidade. Acredita-se que os sujeitos mais velhos, por terem

---

<sup>6</sup> O termo relaxados é citado como antônimo do termo tenso de acordo com Nunes, Hutz e Nunes (2010).



vivido mais tempo, vivenciando um maior número de experiências, possuem maior capacidade de enfrentamento ao lidar com situações externamente ameaçadoras ou desafiadoras, certamente presentes na vida ocupacional de qualquer indivíduo.

Constatou-se também que os participantes que possuem um chefe de família Graduado ou Pós-graduado tendem a ser mais extrovertidos, falantes, perseverantes, organizados e motivados. Conclui-se assim, que o chefe da família ter formação qualificada é determinante para estabelecer perspectivas semelhantes aos outros membros de sua família. Os estudos incentivam o desenvolvimento de características importantes para o mercado de trabalho.

Compreende-se por meio de literatura especializada que o sono é de extrema importância para a QV e conseqüentemente pode refletir na Saúde Mental do sujeito. Nesta pesquisa observou-se uma concordância entre esses aspectos, visto os índices aqui apresentados na correlação da quantidade de horas dormidas com SF-36 (Aspectos Sociais  $p=0,015$ ) e BFP (Socialização  $p=0,037$ ). Pode-se destacar as características de socialização da personalidade nos participantes que dormem mais horas por dia, quais tendem a ser mais leais e francos.

Apesar das hipóteses não estarem de acordo com os resultados obtidos, percebe-se que a pesquisa contribuiu para identificar características importantes relacionadas à personalidade e à QV, podendo até mesmo determinar os traços psicológicos que tendem a contribuir para bons índices de QV, como por exemplo: os servidores que tendem a ser perseverantes, motivados, organizados e pontuais possuem melhores índices de QV relacionado a Aspectos Sociais e Saúde Mental; que os melhores índices de QV em relação às atividades sociais são para os àqueles indivíduos que tendem a ser mais calmos, relaxados<sup>7</sup>, estáveis e menos agitados; e, que as pessoas com melhor bem-estar psicológico (que se sentem felizes e calmas), são àquelas que tendem a ser mais comunicativas, falantes, ativas, assertivas, responsivas ou àquelas que geralmente são generosas, bondosas, afáveis, prestativas e altruístas.

---

<sup>7</sup> O termo relaxados é citado como antônimo de tenso de acordo como se referem Nunes, Hutz e Nunes (2010).

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

---

ABBADI-SIMON, S.; GOUREVITCH, R.; GUELFY, J.D. Métodos de evaluación de la calidad de vida. *l'Encyclopédie Médico Chirurgical*. França, 6 vol., Fascículo E-37.200-A-15, p.1-8, 2001.

ADLER, A. *Understanding human nature*. New York: Greenburg. 1927.

AGUIAR C.C.T.; VIEIRA A.P.G.F.; CARVALHO A.F.; MONTENEGRO-JUNIOR R.M. Instrumentos de avaliação de qualidade de vida relacionada à saúde no diabetes melito. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia*, vol 52, p.931-939, 2008. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0004-27302008000600004&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27302008000600004&lng=pt&tlng=pt)> 10.1590/S0004-27302008000600004> Acesso em: 12 mar. 2013.

ALLPORT, G. *Personality: A psychological interpretation*. New York: Holt, Rinehart e Winston, 1937.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV*. 4a. ed. Washington, DC: Author,1994.

ARAUJO, M. *Qualidade de vida dos professores do curso de enfermagem da universidade estadual de Mato Grosso do Sul*. 2009. Dissertação (Mestrado em Psicologia), Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande, 2009.

BANDURA, A. *Psychological modeling: Conflicting theories*. Chicago: Aldine Atherton, 1971.

BALLONE, G.J.; MENEGUETTE, J.P. *Teoria da Personalidade – Geral*. Faculdade de Medicina PUCCAMP. Campinas, SP. 2008. Disponível em <<http://www.psiqweb.med.br/site/?area=NO/LerNoticia&idNoticia=131>> Acesso em: 12 mar.2013.

BAPTISTA, N. *Teorias da Personalidade*. ISMAI Portugal. 2008. Disponível em <<http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0197.pdf>> Acesso em: 12 mar.2013.

BARRICK, M.R.; MOUNT, M.K. The big five personality dimensions and job performance: A meta-analysis. *Personnel Psychology*, 44, p.1-26. 1991.

BECK, A.T. *Depression: Causes and treatment*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press, 1972.

BECK, C. L. C.; BUDÓ, M. L. D.; GONZALES, R. M. B. A qualidade de vida na concepção de um grupo de professores da enfermagem-elementos de reflexão. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 33, n. 4, p. 348-354, 1999. Disponível em <<http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/468.pdf>>. Acesso em: 13 abr. 2011.

BERAQUET, M.I.G. *Qualidade de vida de jornalistas da macro região de Campinas/SP*. 2005. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Universidade Católica Dom Bosco. Campo Grande, MS. 2005.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 16 out. 1996. Disponível em <<http://www.conselho.saude.gov.br/resolucoes/1996/reso196.doc>> Acesso em: 21 mar. 2011.

BRITO, C.V. *Qualidade de vida dos trabalhadores em abrigos de proteção a criança e adolescentes de Campo Grande, MS*. 2008. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Universidade Católica Dom Bosco. Campo Grande, MS. 2008.

BUSS, A; PLOMIN, R. *Temperament: Early developing personality traits*. Hillsdale, NJ: Erlbaum. 1984.

CALMAN, K. C. Definitions and dimensions of quality of life. In: AARONSON, N. K.; BECKMANN, J. *The quality of life of cancer patients*. Nova York: Raven Press, 1987.

CARDOSO, W. L. C. D. Qualidade de vida e trabalho: uma articulação possível. In: GUIMARÃES, L. A. M.; GRUBITS, S. (Orgs.). *Série saúde mental e trabalho*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999. v. 1, p. 89-116.

CASTRO, M. de, et al. Qualidade de vida de pacientes com insuficiência renal crônica em hemodiálise avaliada através do instrumento genérico SF-36. *Revista Associação Médica Brasileira*. São Paulo, 49, p.245-249, 2003.

CATTELL, R.B. *Scientific analysis of personality*. London: Penguin, 1965.

CATTELL, R.B. The primary personality factors in women compared with those in men. *British Journal of Psychology*, London, vol 1, p.114-130.1948.

CATTELL, R.B. Confirmation and clarification of primary personality factors. *Psychometrika*, Richmond, VA, vol 12, p.197-220.1947.

CICONELLI, R.M. Medidas de avaliação de Qualidade de Vida. *Revista Brasileira de Reumatologia*. São Paulo, vol 43, n.9, p.9-14. 2003.

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*, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 143-50. 1999.

CICONELLI, R. M. *Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida do Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36)*. 1997. Tese de Doutorado-Escola Paulista de Medicina-Unifesp. São Paulo, 1997.

CLONINGER, C. R. A systematic method for clinical description and classification of personality variants. *Archives of General Psychiatry*. USA: American Medical Association. vol 44, p. 573-588. 1987.

CLONINGER, S. C. *Teorias da personalidade*. São Paulo, SP: Martins Fontes, 2003.

COSTA, P. T.; WIDIGER, T. A. Introduction. In COSTA, P. T.; WIDIGER, T. A. (Eds.), *Personality Disorders and the Five-Factor Model of Personality* (2 ed., pp. 3-16). Washington, DC. American Psychological Association, 2002.

COSTA, P.T.; McCrae, R.R. *Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R) and NEO Five Factor Model (NEO-FFI) professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources. 1992.

CRUZ, L.M. *Medidas de Qualidade de Vida e Utilidade em uma Amostra da População de Porto Alegre*. 2010. Tese (Doutorado em Epidemiologia). Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2010.

CUIXART CB,; MIRALDA CP. Métodos de investigación en cardiología clínica (VI). La evaluación de resultados (outcomes) y de su relevancia clínica em cardiología: especial referencia a la calidad de vida. *Rev. Esp. Cardiol*. España, vol.50, p.192-200. 1997.

D'AMICO, S. M.; MONTEIRO, J. K. Características de Personalidade e Qualidade de Vida de Gestores no Rio Grande do Sul. *Rev.adm. Contemp.* , Curitiba, v 16, n. 3, junho de 2012. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-65552012000300004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-65552012000300004&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 12 mar. 2013.

DANTAS, R.A., SAWADA, N.O.; MALERBO, M.B. Research on quality of life: review of the scientific production of public universities from the state of Sao Paulo. *Rev Lat Am Enfermagem*, Ribeirão Preto, SP, vol 11, p.532-8. 2003

ERIKSON, E.H. *Identity: Youth and Crisis*. New York: Norton. 1968.

EYSENCK, H.J. *Dimensions of personality*. New York: Prager. 1947.

EYSENCK, H.J. *The structure of human personality*. Londres: Methuen. 1970.

EYSENCK, H.J. Four ways five factors are not basic. *Personality and Individual Differences*. Philadelphia, PA. vol13, p.667-673. 1992.

FERNANDES, C. P. Um programa de qualidade de vida voltado para seu bem-estar. IN: VILARTA, R.; GUTIERREZ, G.L. (Orgs.). *Qualidade de Vida em Propostas de Intervenção Corporativa*. Campinas: Ipes Editorial, 2007.

FERREIRA, A. B. H. *Minidicionário da língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, 1977.

FERREIRA, P. L. *A medição do estado de saúde: criação da versão portuguesa do MOS SF-36*. Universidade de Coimbra, Centro de Estudos e Investigação em Saúde, 1998. Disponível em <<http://hdl.handle.net/10316/9969>> Acesso em: 12 mar. 2013.

FERNANDES, I.I.B., VASCONCELOS, K.C.; SILVA, L.L.L. *Análise da Qualidade de Vida Segundo o Questionário SF-36 nos Funcionários da Gerencia de Assintência Nutricional (GAN) da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará*. Trabalho de Conclusão de Curso - Universidade da Amazônia. Belém, Pará. 2009. Disponível em: <[http://www.unama.br/novoportal/ensino/graduacao/cursos/fisioterapia/attachments/article/131/Analise\\_da\\_Qualidade\\_de\\_Vida\\_Segundo\\_Questionario\\_SF\\_36.pdf](http://www.unama.br/novoportal/ensino/graduacao/cursos/fisioterapia/attachments/article/131/Analise_da_Qualidade_de_Vida_Segundo_Questionario_SF_36.pdf)> Acesso em 15 abr. 2013.

FIGUEIRÓ, M.T.; SOUZA, J. C.; MARTINS, L. R. M.; LEITE, L. R.C., ZILLOTTO, J. M.; BACHA, M. M. Traços de personalidade de estudantes de Psicologia. *Psicólogo inFormação*, São Paulo. ano 14, n. 14, jan./dez. 2010

FISKE, D.W. Consistency of the factorial structures of personality ratings from diferente sources. *Journal of Abnormal and Social Psychology*. Washington, DC. 1949.

FLECK, M.P.A. et al. Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100). *Rev Saude Publ*, São Paulo, vol33, p.198-205.1999a.

FLECK, M.P.A. et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100). *Revista Brasileira de Psiquiatria*, Rio de Janeiro, vol 21, p.19-28. 1999b.

FLECK, M.P.A., *A avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais da saúde*. Porto Alegre: Artmed, 2008.

FREUD, S. *Um esboço de psicanálise*. Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud (Vol. XXIII). Londres: *The Hogarth Press* e Instituto de Psicanálise de Londres. 1964.

FROMM, E. *To Have or to Be*. Ed. London: Abacus. 1976.

- GARCIA-IZQUIERDO, A. L.; RAMOS-VILLAGRASA, P. J.; GARCIA-IZQUIERDO, M. Los Big Five y el Efecto Moderador de la Resistencia en el Agotamiento Emocional. *Rev. psicol. trab. organ.*, Madrid, v. 25, n. 2, agosto 2009. Disponível em [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1576-59622009000200004&lng=es&nrm=iso](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1576-59622009000200004&lng=es&nrm=iso) Acesso em: 15 mar. 2013.
- GILL, T.M.; FEINSTEIN, A.R. A critical appraisal of the quality of quality-of-life measurements. *JAMA*, USA: American Medical Association, vol 272, p.619-26. 1994.
- GUYATT, G.H., FEENY, D.H.; PATRICK, D.L. Measuring health-related quality of life. *Ann Intern Med*, USA: American College of Physicians, vol 118, p.622-29. 1993.
- GRAY, J.A. *The Neuropsychology of Anxiety*. Oxford Univ. Press, New York, 1982.
- HALFHILL, T.; SUNDSTROM, E. D.; LAHNER, J.; CLADERONE, W.; NIELSEN, T. M. Group Personality Composition and Group Effectiveness: An Integrative Review of Empirical Research. *Small Group Research*, USA, vol 36, p.83-105. 2005.
- HORNEY, K. *Our internal conflicts*. New York: W W Norton & Co, 1945.
- HUTZ, C. S.; NUNES, C. H. S. S. *Escala Fatorial de Neuroticismo*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.
- HUTZ, C. S.; NUNES, C. H. S. S.; SERRA, J.; SILVEIRA, A. D.; ANTON, M. O desenvolvimento de marcadores para a avaliação da personalidade no modelo dos cinco grandes fatores. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, vol 11, p.395-410, 1998.
- IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Censo demográfico 2010*. Brasil, 4 de Dezembro de 2012. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1> Acesso em 12 mar. 2013.
- JUNG, C.G. *Modern Man in Search of a Soul*. London: Kegan Paul Trench Trubner. 1933.
- KELLY, G. A. *A theory of personality: the psychology of personal constructs*. New York: Norton, 1955.
- LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. *Fundamentos de metodologia científica*. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.
- LAZARUS, R. S.; DELONGIS, A. Psychological stress and coping in aging. *American Psychologist*, USA, vol 38, p.245-254. 1983.
- LAVIE, P. *O mundo encantado do sono*. Lisboa: Climepsi Editores, 1998.

LEMOS, S. J. *Construção e Validação das Escalas de Abertura e Realização no Modelo dos Cinco Grandes Fatores*. 2007. Tese (Doutorado de Psicologia) Universidade Federal do Rio grande do sul, Porto Alegre. 2007.

LEMOS, S. J.; HUTZ, C. S. Construção e validação de uma escala de abertura à experiência. *Avaliação Psicológica*, Porto Alegre, RS. Vol 7, p.135-141. 2008.

MAGALHAIS, L. C. B., YASSAKA, M. C. B.; SOLER, Z. A. S. G. Indicadores da qualidade de vida no trabalho entre docentes do Curso de Graduação em Enfermagem. *Arquivos de Ciências da Saúde*, São José do Rio Preto, v. 15, n. 3, p. 117-124, 2008. Disponível em: <[http://www.cienciasdasaude.famerp.br/racs\\_ol/vol-15-3/IDN276.pdf](http://www.cienciasdasaude.famerp.br/racs_ol/vol-15-3/IDN276.pdf)>. Acesso em 12 mar. 2012.

MARTINS, C. O. *Efeitos da ginástica laboral em servidores da reitoria da UFSC*. Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro Tecnológico, Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, Florianópolis, 2000. Disponível em <<http://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/78314>> Acesso em: 21 mar. 2013.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. *Metodologia do trabalho Científico*. São Paulo: Atlas, 1982.

MASLOW, A. *Toward a Psychology of Being*. New York: Van Nostrand. 1962.

McDOUGALL, W. Off the words character and personality. *Journal of Personality*, USA: American Psychological Association, n 1, p. 3-16.1932.

MENDLOWICZ, M.V.; STEIN, M.B. Quality of life in individuals with anxiety disorder. *Am J Psychiatry*. USA: The American Psychiatric Association, vol 157, p.669-682. 2000.

MINAYO, M. C., HARTZ, Z. M.; BUSS, P. Qualidade de vida: um debate necessário. *Revista ciência & saúde coletiva*, Rio de Janeiro, vol 5, p.7-18. 2000.

MISCHEL, W.; SHODA, Y. A cognitive-affective system theory of personality: reconceptualizing situations, dispositions, dynamics and invariance in personality structure. *Psychological Review*, USA: American Psychological Association, vol 102, p. 246-268. 1995.

NARDOCCI, A. C. et al. Saúde ambiental e ocupacional. In: ROCHA, A. A.; CÉSAR, C. L. G. *Saúde pública: bases conceituais*. São Paulo: Atheneu, 2008.

NAKAMURA, N.; KANEMATSU, Y. Coping in relation to self-care behaviors and controlo f blood glucose levels in Japanese teencgers with insulin-dependent diabetes mellitus. *Am J Pediatr Nus*, USA, vol 9, p.427-32, 1994.



- NORMAN, W.T.; GOLDBERG, L.R. Raters, ratees, and randomness in personality structure. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1966.
- NOVELLI, M. M. P. C. *Validação da escala de qualidade de vida com doença de Alzheimer e seus respectivos cuidadores/familiares*. Tese de Doutorado, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.
- NUNES, C. H. S. S.; HUTZ, C. S.; NUNES, M. F. O. *Bateria Fatorial de Personalidade (BFP) - Manual técnico*. São Paulo, SP: Casa do Psicólogo, 2010.
- NUNES, C.H.S.S.; NUNES, M.F.O.; CUNHA, T.F.; HUTZ, C.S. Relationships between chemical addiction and personality structure in a Brazilian sample. *Interamerican Journal of Psychology*, vol 43, p.68-76. 2009.
- NUNES, C. H. S. S.; HUTZ, C. S. *Escala Fatorial de Extroversão: Manual Técnico*. São Paulo: Casa do Psicólogo. 2007a.
- NUNES, C. H. S. S.; HUTZ, C. S. *Escala Fatorial de Socialização: Manual Técnico*. São Paulo: Casa do Psicólogo. 2007b.
- NUNES, C. H. S. S.; HUTZ, C. Construção e validação de uma escala de extroversão no modelo dos Cinco Grandes Fatores de Personalidade. *PsicoUSF*, vol 11, p.147-155. 2006.
- NUNES, C.H.S.S.; ALVES, A.P.S.; TOMAZONI, F.; HUTZ, C.S. Evidências da validade de critério da Escala Fatorial de Neuroticismo – EFN [Resumo]. *Em Sociedade Brasileira de Rorschach e outras técnicas de avaliação psicológica (Org.), Anais, IV Encontro da Sociedade Brasileira de Rorschach e outras técnicas de avaliação psicológica*. (p.188). Itatiba, SP. 2001.
- NUNES, C.H.S.S. *A construção de um instrumento de medida para o fator Neuroticismo/Estabilidade Emocional dentro do modelo de personalidade dos Cinco Grandes Fatores*. Dissertação de Mestrado. Curso de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, 2000.
- OLIVEIRA, J. A. *Qualidade de vida e desempenho acadêmico de graduando*. Tese de doutorado, Universidade de Campinas, São Paulo, 2006.
- O'CONNOR, B. P.; DYCE, J. A. Test of General and Specific Models of Personality Disorder Configuration. In P. T. Costa; T. A. Widiger (Eds.), *Personality Disorders and the Five-Factor Model of Personality* (2ed., p. 223-248). Washington, DC: American Psychological Association. 2002.
- PASQUALI, L. *Os tipos humanos: a teoria da personalidade*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

PATRICK, D.L.; ERICKSON, P. *Health status and health policy: Quality of life in health care evaluation and resource allocation*. New York: Oxford University Press, 1993.

PATRICK, D.L.; DEYO, R.A. Generic and disease-specific measures in assessing health status and quality of life. *Medical Care*, p. S217-S232, 1989.

PAPALÉO NETTO, M.; CARVALHO FILHO, E. T.; SALLES, R. F. N. Fisiologia do envelhecimento. In: CARVALHO FILHO, E. T.; PAPALÉO NETTO, M. (Eds.). *Geriatrics: fundamentos, clínica e terapêutica*. 2. ed. p. 94-117. São Paulo: Atheneu, 2002.

PEIXOTO, A. C. G. *Uma Viagem ao mundo dos seus sonhos*. Rio de Janeiro: Ed. Qualitymark. 1999.

PIMENTA, F.A.P.; SIMIL, F.F.A.; TÔRRES, H. O. G.; AMARAL, C. F. S.; REZENDE, C. F.; COELHO, T.O.; REZENDE, N. A. Avaliação da Qualidade de Vida de Aposentados com a Utilização do Questionário SF-36. Trabalho realizado na Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG. *Rev Assoc Med Bras*; vol 54, p. 55-60. 2008.

PINHEIRO, C. R. *Stress ocupacional e qualidade de vida em clérigos (as)*. Tese de Mestrado, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, São Paulo, 2008.

ROCHA, M.O.; RIBEIRO, A.L.; TEIXEIRA M.M. *Clinical management of chronic Chagas cardiomyopathy*. Front Biosci, 2003.

ROGERS, C. *Tornando-se uma Pessoa: Vista de um terapeuta de Psicoterapia*. Londres: Constable ISBN 1-84529-057-7. 1961.

ROTTER, J.B. Expectativas generalizadas de controle interno contra externo de reforços. *Rev Monografias psicológicas*, 1966.

SEIDEL, E. M.; ZANNON, C. M. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Caderno de Saúde Pública*, vol 20, p. 580-588. 2004.

SILVA FILHO, E. A.; COSTA, A. M. Avaliação da qualidade de vida de mulheres no climatério atendidas em hospital-escola na cidade do Recife, Brasil. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* [online]. 2008, vol.30, n.3 [cited 2013-04-28], pp. 113-120. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-72032008000300003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032008000300003&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 13 Abril/2013.

SOUZA, J.C.R.P. *Sono, hábitos, qualidade de vida e acidentes em caminhonistas do Brasil e de Portugal*. 2004. Tese pós Doutorado em Saúde Mental. Instituto de Medicina Molecular, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal, 2004.

SULLIVAN, H.S. *The Interpersonal Theory of Psychiatry*. New York, EUA: WW Norton, 1953.

SKINNER, B.F. *Beyond Freedom and Dignity*. New York: Bantam Vintage paperback, 1971.

THURSTONE, L.L. The vectors of mind. *Psychological Review*. doi: 10.1037/hoo75959. 1934.

TRULL, J. T.; McCARE, R. R. *A five-factor perspective on personality disorder research*. In *Personality Disorders and the Five-Factor Model of Personality* (2ed., pp. 45-58). Washington, DC: American Psychological Association. 2002.

VAN STRATEN, A.; CUIJPERS, P.; VAN ZUUREN, F. J.; SMITS, N.; DONKER, M. Personality traits and health-related quality of life in patients with mood and anxiety disorders. *Quality of Life Research*, vol 16, p.1-8. 2007.

VIDO, M. B.; FERNANDES, R. A. Q. Quality of life: considerations about concept and instruments of measure. *Online Brazilian Journal of Nursing*, Niterói, v. 6, n. 2. 2007. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/870>>. Acesso em: 23 abril/2011.

VOLPI, J.H. *Particularidades sobre o temperamento, a personalidade e o caráter, segundo a psicologia corporal*. Curitiba: Centro Reichiano, 2004. Disponível em <[www.centroreichiano.com.br/artigos.htm](http://www.centroreichiano.com.br/artigos.htm)> Acesso em: 15 Março/2013.

WARE, J.E.; SHERBOURNE, C.D. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care*, vol 30, p. 473-83. 1992.

WARE, J.E.; SNOW, K.K.; KOSINSKI, M.; GANDEK, B. *SF-36 health survey. Manual and interpretation guide*. Boston: New England Medical Center, 1993.

WARE, J.E. *SF-36 health survey update*. *Spine* (Phila Pa 1976), vol 25, p. 3130-9. 2000.

WARE, J.E.; KELLER, S.D.; GANDEK, B.; BRAZIER, J.E.; SULLIVAN, M. Evaluating translations of health status questionnaires. Methods from the IQOLA project. International Quality of Life Assessment. *Int J Technol Assess Health Care*, vol 11, p. 525-51. 1995.

WASTON, D.; HUBBARD, B. Adaptational Style and Dispositional Structure: Coping in the Context of the Five-Factor Model. *Journal of Personality*, vol 64, p. 737-774. 1996.

WHOQOL GROUP. Development of the WHOQOL: Rationale and current status. *International Journal of Mental Health*, Stafford, v. 23, n. 3, p. 24-56, 1994.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Constitution of the World Health Organization*. Basic Documents. WHO. Geneva, 1947.

WIDIGER, T. A.; FRANCES, A. J. Toward a dimensional model for the personality disorders. In *Personality Disorders and the Five-Factor Model of Personality* (2ed., pp. 23-44). Washington, DC: American Psychological Association. 2002.

WIDIGER, T. A.; TRULL, T. J.; CLARKIN, J. F., SANDERSON, C.; COSTA, P. T. A description of the DSM-IV personality disorders with the five-factor model of personality. In *Personality Disorders and the Five-Factor Model of Personality* (2ed., pp. 89-102). Washington, DC: American Psychological Association. 2002.

WOOD-DAUPHINEE, S. Assessing quality of life in clinical research: from where have we come and where are we going? *Journal Clin Epidemiol*, vol 52, p.355-63, 1999.

YAMAOKA, K.; SHIGEHISA, T.; OGOSHI, K.; HARUYAMA, K.; WATANABE, M.; HAYASHI, F.; HAYASHI, C. Health-related quality of life varies with personality types: a comparison among cancer patients, non-cancer patients and healthy individuals in Japanese population. Department of Hygiene and Public Health, Teikyo University School of Medicine, Japan. *Qual Life Res.*, Aug; vol 7, n. 6, p. 535-44, 1998. Disponível em <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9737143>> Acesso em: 15 março/2013.

XAVIER, F.M.F; FERRAZ, M.P.T.; BERTOLLUCCI, P.; POYARES, D.; MORIGUCHI, E. H. Episódio depressivo maior, prevalência e impacto sobre qualidade de vida, sono e cognição em octogenários. *Rev Bras Psiquiatr*, vol 23, n. 2, p. 62-70, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/rbp/v23n2/5579.pdf>> Acesso em: 23 abril/2013

ZUCKERMAN, M. *Psychobiology of personality*. Cambridge: Cambridge University Press. 1991.

**APÊNDICES**

---

## APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

**Projeto:** QUALIDADE DE VIDA E TRAÇOS DE PERSONALIDADE DE SERVIDORES PÚBLICOS

**Pesquisadora:** Mirna Torres Figueiró – Psicóloga CRP 14 / 05150-9

**Orientador:** Prof. Dr. José Carlos Rosa Pires De Souza.

Concordo em participar como voluntário da pesquisa que está sendo realizada pela pesquisadora acima citado, com os servidores públicos desta Secretaria de Estado, para ser realizada e faz parte de um projeto de dissertação de Mestrado em Psicologia da Universidade Católica Dom Bosco – UCDB, Campo Grande /MS, na área de Psicologia da Saúde, sob a orientação do Prof. Dr. José Carlos Rosa Pires De Souza.

O objetivo desta pesquisa é avaliar a Qualidade de Vida (relacionada à saúde) e Traços de Personalidade de servidores públicos estaduais. Serão aplicados questionários de Qualidade de Vida (SF-36), de Traços de Personalidade (BFP) e Sócio-Demográfico, no local de trabalho, com a supervisão de um aplicador treinado.

Considerando as informações constantes dos itens acima e as normas expressas na Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde consinto, de modo livre e esclarecido, participar da presente pesquisa na condição de participante da pesquisa, sabendo que:

- a)** Minha participação é inteiramente voluntária;
- b)** Essa atividade não é obrigatória e, caso eu não queira participar, isso em nada mudará o trabalho que realizo nesta Secretaria;
- c)** Responderei aos três questionários, que contém questões relacionadas à minha vida, meu trabalho e minhas necessidades. O tempo médio para preenchimento dos mesmos é de 30 minutos.
- d)** Estou ciente que as informações que fornecerei poderão mais tarde, ser utilizadas para trabalhos científicos e que minha identificação será mantida sob sigilo, isto é, não haverá chance de meu nome ser identificado, sendo assegurado completo anonimato;

- e) Devido ao seu caráter confidencial, essas informações serão utilizadas apenas para objetivos de estudo;
- f) Não há nenhum risco significativo em participar deste estudo. Contudo, alguns conteúdos abordados eventualmente causarão algum tipo de desconforto psicológico. Em função disso, terei a possibilidade de ser encaminhado pelo pesquisador ao atendimento psicológico com profissional de Saúde Mental, caso seja de minha vontade e necessidade;
- g) Estou livre para desistir da participação em qualquer momento da aplicação dos questionários;
- h) Aceito participar voluntariamente dessa atividade e não tenho sofrido nenhuma forma de pressão para tanto;
- i) A pesquisa aqui proposta foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), da Universidade Católica Dom Bosco (UCDB), que a referenda e este documento possui duas vias de igual teor, ficando uma delas em meu poder.

Campo Grande, MS, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

---

Nome do participante:

RG:

---

Pesquisadora Mirna Torres Figueiró

Psicóloga - CRP 14/05150-9

---

Prof. Dr. José Carlos Rosa Pires De Souza

Orientador

## APÊNDICE B - Instrumento de coleta de dados

### Questionário Sócio – Demográfico

1. Idade: \_\_\_\_\_ anos
2. Sexo: ( ) Fem ( ) Masc
3. Estado Civil:  
( ) Solteiro ( ) Casado ( ) Divorciado
4. Número de pessoas na família: \_\_\_\_\_
5. Grau de instrução do chefe de sua família: \_\_\_\_\_
6. Meio de deslocamento para ir o Trabalho:  
( ) Carro  
( ) Ônibus  
( ) Moto  
( ) Bicicleta  
( ) Outros: \_\_\_\_\_
7. Renda Familiar:  
( ) de R\$ 545,00 a R\$ 1090,00  
( ) de R\$ 1090,00 a R\$ 1635,00  
( ) de R\$ 1635,00 a R\$ 2180,00  
( ) de R\$ 2180,00 a R\$ 2725,00  
( ) acima de R\$ 2725,00

8. Quanto tempo trabalha no setor público?

\_\_\_\_\_

9. Responda a quantidade de itens em sua casa:

Itens	Quantidade
TV a cores	
DVD	
Tv a cabo	
Automóvel	
Empregada mensalista	
Máquina de lavar	
Ar Condicionado	
Geladeira	
Freezer	
Computador/Notebook	
Internet	
Banheiro	

10. Quanto dorme

normalmente: \_\_\_\_\_ horas

11. Toma remédio para dormir?

( ) Sim ( ) Não



**ANEXOS**

---

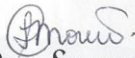
## ANEXO A – Autorização para realização da pesquisa



Campo Grande, 29 de abril de 2011.

**DECLARAÇÃO**

Declaramos para os devidos fins que o projeto **“Qualidade de Vida e Traços de Personalidade de Servidores Públicos”** sob a responsabilidade de **Mirna Torres Figueiró**, orientação de **Prof. José Carlos Rosa Pires de Souza**, protocolo n° **007/11** após análise do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica Dom Bosco, foi considerado **aprovado** sem restrições.

  
**Profa. Dra. Susana Elisa Moreno**  
Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa da  
Universidade Católica Dom Bosco

## ANEXO B – Instrumento para coleta de dados

<b>The Medical Outcomes Study 36- item Short-Form Health Survey (SF-36)</b>
---

**Instruções:** Esta pesquisa questiona você sobre sua saúde. Estas informações nos manterão informados sobre como você se sente e quão bem você é capaz de fazer suas atividades de vida diária. Responda cada questão marcando sua resposta com um círculo no número correspondente. Caso você esteja inseguro em responder, por favor, tente responder o melhor que puder.

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 atrás, como você classificaria sua saúde 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 a sua saúde, você tem dificuldade para fazer essas atividades? Neste caso, quanto?

Atividades	Sim, dificulta muito.	Sim, dificulta um pouco.	Não dificulta de modo algum
a. Atividades vigorosas, 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 um 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 quatro semanas, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou com alguma atividade diária regular, como consequência de sua saúde física?

	Sim	Não
a. Você diminuiu 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. Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou em outras atividades?	1	2
d. Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades (por exemplo: necessitou de um esforço extra)?	1	2

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

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

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

De forma nenhuma	Ligeiramente	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

7. Quanta dor no corpo você teve durante as últimas quatro semanas?

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

8. Durante as últimas quatro semanas, quanto à dor interferiu com o seu trabalho normal (incluindo tanto o trabalho, fora de casa e 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 quatro semanas. Para cada questão, por favor dê uma resposta que mais se aproxime da maneira como você se sente. Em relação às últimas quatro 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 sentido cheio de vigor, cheio de vontade, cheio 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 animá-lo?	1	2	3	4	5	6
d. Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranquilo?	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 e 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 quatro semanas, quanto do seu tempo a sua saúde física ou os 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 falsa	Definitivamente falsa
a. Eu costumo adoecer 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