

**JOSÉ SOARES RIBEIRO**

**QUALIDADE DE VIDA DOS CONTABILISTAS DE  
CAMPO GRANDE, MS**

**UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO (UCDB)  
MESTRADO EM PSICOLOGIA  
CAMPO GRANDE-MS  
2007**

**JOSÉ SOARES RIBEIRO**

**QUALIDADE DE VIDA DOS CONTABILISTAS DE  
CAMPO GRANDE, MS**

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.

**UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO (UCDB)**  
**MESTRADO EM PSICOLOGIA**  
**CAMPO GRANDE-MS**  
**2007**

## **Ficha Catalográfica**

Ribeiro, José Soares  
R484q Qualidade de vida dos contabilistas de Campo Grande, MS / José Soares Ribeiro; orientação José Carlos Rosa Pires de Souza. 2007  
95 f.: il.; 30 cm + anexos

Dissertação (Mestrado) – Universidade Católica Dom Bosco.  
Programa de Mestrado em Psicologia, 2007.  
Inclui bibliografias

1. Contadores -. Campo Grande, MS 2. Contabilidade – Dissertação 3.  
Qualidade de vida I. Souza, José Carlos Rosa Pires de II. Título

CDD-657

Bibliotecária responsável: Clélia T. Nakahata Bezerra CRB 1/757.

A dissertação apresentada por JOSÉ SOARES RIBEIRO, intitulada “QUALIDADE DE VIDA DOS CONTABILISTAS DE CAMPO GRANDE, MS”, 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. Ana Cristina Limongi França (USP)

---

Profa. Dra. Angela Elizabeth Lapa Côelho (UCDB)

---

Prof. Dr. Reinier Johannes Antonius Rozestraten  
(UCDB)

Campo Grande-MS, de de 2007.

A todos aqueles que buscam, de forma sábia, partilhar o conhecimento construído, na formatação de novos saberes, ingredientes capazes de transformar pessoas, no ver, no agir, no julgar, na busca do crescimento, na conquista da independência e realização... enfim, na busca da felicidade, palavra mágica que todos perseguem, mesmo sem saber defini-la.

## **AGRADECIMENTOS**

A DEUS, pelo dom precioso da vida. Vida, além de presente, nela ter inserido inteligência e dons para produzir conhecimento e inspiração para aplicar esse conhecimento com sabedoria.

À MINHA FAMÍLIA, base de sustentação de todas as horas, mola propulsora para alcançar meu ideal. Adelzira, minha amada esposa; Sandra Letícia e Carlos Eduardo, meus queridos filhos; Eduardo, Rafaela, Michael, Pedro e Daniel que está para chegar, meus lindos e encantadores netos; Viviane, minha estimada nora, e Gustavo, meu estimado genro.

AO MEU DILETO ORIENTADOR, professor Dr. José Carlos Rosa Pires de Souza, pela partilha de seu vasto conhecimento que, com sabedoria e paciência, sempre me incentivou, não medindo esforços para que eu concretizasse esse sonho, o meu muito obrigado e minha admiração.

AOS PROFESSORES, Dra. Liliana Andolpho Magalhães Guimarães, pelo impulso, incentivo e pela partilha de saberes; Dra. Angela Elizabeth Lapa Coêlho, pelas informações, transmitidas sempre com sabedoria; Dr. Reinier Johannes Antonius Rozestraten, pela parcela de conhecimento partilhado; Dra. Ana Cristina Limongi França, pela partilha de seu vasto conhecimento; Dra. Wilma Lucia Castro Diniz Cardoso, pela forma carinhosa e amiga de partilhar conhecimento; aos professores do Mestrado em Psicologia da UCDB, pela valiosa parcela de saberes partilhados.

AOS AMIGOS, Diomedes Hirochi Yasunaka pelo incentivo e colaboração, principalmente nas horas mais difíceis; José Aparecido Moura Aranha, um dos primeiros colaboradores a incentivar a busca pelo mestrado, partilhando sempre os seus saberes, persistindo para que o projeto se concretizasse; Reginaldo Donizete Alves, pelo apoio à idéia, colaborador presente, sempre incentivando para que eu seguisse em frente; Neomar Herculano de Souza Barros, pelo incentivo, pela valiosa contribuição na partilha de

informações; Terezinha do Carmo da Silva Achkar, pelo incentivo e pelas contribuições; Viviane Gualberto Ferreira, pela contribuição e pelo incentivo, em especial na língua inglesa.

#### AOS COLABORADORES:

Ao Conselho Regional de Contabilidade de Mato Grosso do Sul (CRC-MS), em especial o senhor Presidente contador Luiz Henrique, a Diretora Executiva, a contadora Selma Cristina de Oliveira Silva Baptista e a conselheira técnica em contabilidade Joana Maria Xavier Rodrigues, pela acolhida naquela Entidade, fornecendo as informações necessárias, passo determinante para minha pesquisa.

Ao Sindicato das Empresas de Serviços Contábeis e das Empresas de Assessoramento, Perícias, Informações e Pesquisas no Estado de Mato Grosso do Sul (SESCON), especialmente aos senhores Carlos Rubens de Oliveira e Laerson Pereira, pelo apoio à categoria, facilitando a pesquisa com os contabilistas filiados àquele sindicato.

Ao senhor Reinaldo Guimarães Campos, Presidente do Sindicato dos Trabalhadores do Tribunal de Contas do Estado de Mato Grosso do Sul (TCE-MS), pela acolhida naquele Órgão, oportunizando a realização da pesquisa.

A todos os colegas contabilistas que participaram do projeto, abrindo as portas de seus estabelecimentos, com acolhida agradável, respondendo os questionários.

Ao Lucas Rasi Cunha Leite, estatístico que contribuiu nas análises estatísticas.

Às secretárias do Mestrado em Psicologia da UCDB, Ângela, Sandra e Jovenilda, pela atenção no atendimento as nossas solicitações.

Aos colegas do Mestrado em Psicologia, pela forma fraterna de convivência.

*Toda a sabedoria vem do Senhor Deus, ela sempre esteve com Ele. Ela existe antes de todos os séculos. Quem pode contar os grãos de areia do mar, as gotas de chuva, os dias do tempo? Quem pode medir a altura do céu, a extensão da terra, a profundidade do abismo? Quem pode penetrar a sabedoria divina, anterior a tudo? A sabedoria foi criada antes de todas as coisas, a inteligência prudente existe antes dos séculos! Eclo 1, 1-4.*

## RESUMO

**Introdução:** O tema Qualidade de Vida (QV) vem sendo amplamente estudado por diversos ramos da ciência por causa de sua importância como preditor de saúde. **Objetivo:** o presente estudo objetivou avaliar a QV dos contabilistas de Campo Grande, MS. **Método:** utilizou-se o método epidemiológico e de corte transversal, com uma amostra composta de 209 participantes, sendo 125 contadores e 84 técnicos em contabilidade. Foi utilizado um questionário sociodemográfico elaborado pelo pesquisador e o questionário de Qualidade de Vida SF-36 “The Medical Outcomes Study 36-Item Short Health Survey. Utilizou para a análise estatística, o software MINITAB para Windows – versão 14.2. Foi realizada uma análise descritiva dos dados. Nas inferências estatísticas foram utilizados os testes *t*-student, análise de variância e de correlação de *Pearson*, sendo todos eles aplicados com 95% de confiabilidade. **Resultados:** verificou-se que a maioria dos participantes era do sexo masculino (52,6%); a maioria, casados (61,1%); dos participantes (60,4%) são contadores e 39,6% técnicos em contabilidade; a maioria trabalha até 8 horas diárias (56,8%); 50,8% atuam como empregados; 94,6% estão satisfeitos com a profissão; somente 19,2% exerce outra atividade profissional. A idade média dos participantes foi de 40 anos; média de 13 anos de tempo de formado e a renda média R\$ 3.253,00. A melhor média geral de QV foi capacidade funcional, com escore médio: contadores (85,80) e técnicos em contabilidade (81,59), e a pior foi vitalidade, contadores (65,28) e técnicos em contabilidade (64,94). Houve diferença significativa entre a variável estado civil e o domínio capacidade funcional ( $p=0,025$ ), na qual a variável casados apresentou média inferior às demais. Quanto à atuação profissional constatou-se que os domínios aspectos físicos e estado geral de saúde foram significativamente diferentes entre si, apresentando  $p=0,009$  e  $0,018$ , respectivamente, cujos profissionais autônomos obtiveram escores menores que os outros grupos nos dois domínios, com médias 66,45 e 70,24, respectivamente. Na satisfação profissional foi verificada diferença estatisticamente significativa em relação aos domínios aspectos físicos, vitalidade, aspecto emocional e saúde mental, com  $p=0,001$  e  $0,009$ , menor que  $0,001$  e  $0,016$ , respectivamente. Constatou-se que houve correlação estatisticamente significativa entre a variável idade e o domínio capacidade funcional, com  $p=0,040$  e coeficiente de correlação  $-0,142$ , apontando que quanto maior a idade, os participantes tendem a possuir um menor escore no citado domínio. Foi evidenciado que existe correlação linear da variável tempo de formado em relação ao domínio capacidade funcional, apresentando  $p=0,009$  e coeficiente de correlação de  $-0,181$ . Esse resultado indica que o participante com maior tempo de formado apresenta menor escore no domínio acima correlacionado. A variável renda apresentou correlação linear significativa em relação ao domínio capacidade funcional, sendo  $p=0,031$  e coeficiente negativo  $-0,150$ , significando que quanto maior a renda do participante, menor o escore do citado domínio. **Conclusão:** o estudo mostrou bons resultados de QV, principalmente em relação ao domínio capacidade funcional, indicando uma boa *performance* produtiva dessa categoria profissional, mas também apresentou resultados preocupantes referindo-se ao domínio vitalidade, que foi o pior escore de QV, resultado que pode interferir negativamente na QV desses profissionais.

Palavras-chave: Qualidade de Vida. Contabilistas. SF-36.

## ABSTRACT

**Introduction:** The theme Quality of Life (QL) has been widely studied by several science branches because of its importance as predictor of health. **Objective:** the present study aimed to evaluate the QL of accountants from Campo Grande-MS. **Method:** it was used the epidemiological method of transversal cut, with a sample composed by 209 participants, with 125 accountants and 84 technician of accounting. It was used a sociodemographic questionnaire elaborated by this researcher and the SF-36 "The Medical Outcomes Study 36 – Item Short Health Survey". It was used for statistic analyse the software MINITAB for Windows – version 14.2. It was made a descriptive analyse of data. In the statistic inferences were used the *t*-student tests, variance and correlation analyse of Pearson, all of them applied with 95% of confiability. **Results:** It was checked that most of participants were male (52.6%); most of them were married (61.1%); from participants (60.4%) are accountants and 39.6% are technician of accounting; most of them work 8 hours daily (56.8%); 50.8% are employees; 94.6% are satisfied with the job; only 19.2% work in another professional activity. The average age of participants is 40 years old; they graduated about 13 years ago and the average of income is R\$ 3.253,00. The best general average of QL was functional capacity with medium score: accountants (85.80) and technician in accounting (64.94). There was a significative difference between marital status variable and the functional capacity dominion ( $p=0.025$ ) where the married variable presented average lower than the others. As professional actuation it was verified that the dominions physical aspects and general state of health were significantly different between themselves, presenting  $p=0.009$  and 0.018, respectively, of whom autonomous professionals got lower scores than the other groups in two dominions with average 66.54 and 70.24, respectively. As professional satisfaction it was verified significative difference in relation to dominions physical aspects, vitality, emotional aspects and mental health, with  $p=0.001$ ; 0.009. Less than 0.001 and 0.016, respectively. It was verified that there was a significative correlation between the age variable and the functional capacity dominion, with  $p=0.040$  and coefficient of correlation -0.142, pointing that as much age, participants tend to have a less value in the mentioned dominion. It was evidenced that there is a linear correlation of the graduated time variable in relation to the dominion functional capacity, presenting  $p=0.009$  and coefficient of correlation of -0.181. This result indicates that the participants with more graduated time has less score in the dominion correlated above. The income variable presented significative linear correlation in relation to the dominion functional capacity, being  $p=0.031$  and negative coefficient -0.150; meaning that as bigger the income of participant, less the score of mentioned dominion. **Conclusion:** The study showed good results of QL, mainly in relation to functional capacity dominion, indicating a good productive performance of this professional category, but also it presented preoccupied results referring to vitality dominion, which was the worst score of QL, result that can interfere negatively in QL of these professionals.

Key words: Quality of Life. Accountants. SF-36.

## **LISTA DE GRÁFICOS**

GRÁFICO 1 - <i>Box Plot</i> das variáveis demográficas contínuas: idade, tempo de formado e renda dos participantes. ....	54
GRÁFICO 2 - Médias dos participantes em relação aos domínios do SF-36.....	56
GRÁFICO 3 - Médias da variável sexo em relação aos domínios do SF-36. ....	58
GRÁFICO 4 - Médias da variável estado civil em relação aos domínios do SF-36.....	60
GRÁFICO 5 - Médias da variável horas de trabalho em relação aos domínios do SF-36.....	62
GRÁFICO 6 - Médias da variável atuação profissional em relação aos domínios do SF-36. ....	64
GRÁFICO 7 - Médias da variável satisfação profissional em relação aos domínios do SF-36. ....	66
GRÁFICO 8 - Médias da variável exerce outra atividade profissional em relação aos domínios do SF-36. ....	68

## **LISTA DE QUADROS**

QUADRO 1 - Cronologia da evolução da Contabilidade a partir da pré-história .....	23
QUADRO 2 - Síntese das técnicas e suas finalidades para a Contabilidade .....	30
QUADRO 3 - Cronologia das definições da Qualidade de Vida no Trabalho .....	39
QUADRO 4 - Médias obtidas para cada domínio do SF-36 em vários países avaliando a população normal e para os pacientes com artrite reumática na população brasileira .....	44

## **LISTA DE SIGLAS**

AAPA	– American Association of Public Accountants
BCB	– Banco Central do Brasil
CEPC	– Código de Ética Profissional do Contabilista
CFC	– Conselho Federal de Contabilidade
CNS	– Conselho Nacional de Saúde
CONEP	– Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
CRC-MS	– Conselho Regional de Contabilidade de Mato Grosso do Sul
CVM	– Comissão de Valores Mobiliários
FES	– Faculdade Estácio de Sá
FUNFARME	– Fundação Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto
GHRI	– General Health Rating Index
IASB	– International Accounting Standards Board
IBRACON	– Instituto dos Auditores Independentes do Brasil
IDH	– Índice de Desenvolvimento Humano
IFRS	– International Financial Reporting Standards
IPECAFI	– Instituto Brasileiro de Pesquisas Contábeis, Atuariais e Financeiros
IQOLA	– International Quality of Life Assessment Project
LSMT	– Laboratório de Saúde Mental e Trabalho
MHI	– Mental Health Inventory
NBC	– Normas Brasileiras de Contabilidade
OMS	– Organização Mundial da Saúde

- PIB – Produto Interno Bruto
- QV – Qualidade de Vida
- QVRS – Qualidade de Vida Relacionada à Saúde
- SF-36 – The Medical Outcomes Study 36-Item Short Health Survey
- TCE-MS – Tribunal de Contas do Estado de Mato Grosso do Sul
- UCDB – Universidade Católica Dom Bosco
- UNAES – Centro Universitário de Campo Grande
- UNICAMP – Universidade Estadual de Campinas
- WHOQOL – World Health Organization Quality of Life

## **LISTA DE TABELAS**

TABELA 1 - Caracterização dos participantes da amostra.....	53
TABELA 2 - Estatística descritiva das variáveis demográficas contínuas.....	54
TABELA 3 - Comparação entre os participantes quanto aos domínios do SF-36 .....	55
TABELA 4 - Distribuição dos domínios do SF-36 em relação à variável sexo.....	57
TABELA 5 - Distribuição dos participantes quanto à variável estado civil e os domínios do SF-36 .....	59
TABELA 6 - Distribuição dos participantes quanto à variável horas de trabalho e os domínios do SF-36 .....	61
TABELA 7 - Distribuição dos participantes quanto à variável atuação profissional e os domínios do SF-36 .....	63
TABELA 8 - Comparação entre a variável satisfação profissional em relação aos domínios do SF-36 .....	65
TABELA 9 - Comparação entre a variável exerce outra atividade profissional com relação aos domínios do SF-36.....	67
TABELA 10 - Relação entre a variável idade e os domínios do SF-36.....	68
TABELA 11 - Relação entre a variável tempo de formado e os domínios do SF-36 .....	69
TABELA 12 - Relação entre a variável renda e os domínios do SF-36.....	69

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	17
<b>2 REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	20
2.1 CONTABILIDADE .....	21
2.1.1 História, evolução e a profissão contábil .....	21
2.1.2 Conceito .....	27
2.1.3 Objeto, campo de atuação e usuários .....	29
2.1.4 Finalidade, objetivo e técnicas utilizadas para atingir sua finalidade .....	29
2.2 QUALIDADE DE VIDA .....	30
2.2.1 Histórico .....	31
2.2.2 Conceito .....	34
2.2.3 Qualidade de Vida no Trabalho .....	36
2.2.5 Instrumentos de medida de Qualidade Vida .....	40
2.2.6 Estudos realizados com o SF-36 .....	44
<b>3 OBJETIVOS</b> .....	46
3.1 OBJETIVO GERAL.....	47
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	47
<b>4 MÉTODO</b> .....	48
4.1 LOCAL DA PESQUISA.....	49
4.2 PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	49
4.3 RECURSOS HUMANOS E MATERIAIS .....	50
4.4 INSTRUMENTOS .....	50
4.5 ASPECTOS ÉTICOS .....	50
4.6 PROCEDIMENTOS .....	51
4.7 ANÁLISE E PROCESSAMENTO DE DADOS .....	51
<b>5 RESULTADOS</b> .....	52

<b>6 DISCUSSÃO.....</b>	70
6.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DA AMOSTRA .....	71
6.2 DOMÍNIOS DO SF-36.....	72
<b>7 CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	74
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	76
<b>APÊNDICES .....</b>	82
<b>ANEXOS .....</b>	86

## 1 INTRODUÇÃO

---

A humanidade está vivendo uma nova realidade existencial por conta da globalização, o que tem provocado constantes mudanças no cenário social e econômico, em face da internacionalização dos mercados, cada vez mais competitivos. Esse novo quadro tem criado novos ambientes de trabalho, gerando mais oportunidade. Mas, aliados a essas mudanças vieram os problemas por conta das novas exigências impostas pelos grupos econômicos dominantes, exigindo novos padrões de qualificação profissional em todos os segmentos da economia, requerendo do profissional capacitação para atender essa demanda, com habilidades para planejar, organizar e dirigir as atividades de gerenciamento das informações em tempo real, demandando esforço concentrado.

O profissional de contabilidade, para desempenhar suas atividades, além dos conhecimentos técnicos, necessita conhecer o ambiente interno e externo das organizações, suas relações de comportamento humano, social e econômico. As informações geradas pela contabilidade causam um impacto marcante na vida econômica e social do país, perante as novas formas de expressão de informação contábil. Diante desse contexto, indaga-se: “Como está a Qualidade de Vida desses profissionais?”.

O presente trabalho é resultado de uma reflexão sobre a filosofia usada pelo pesquisador no desempenho de suas atividades: como bancário, durante 15 anos, desempenhou diversas funções, sempre preocupado com a qualidade dos serviços prestados; como empresário contábil há 17 anos, tem procurado sempre a excelência no atendimento a seus clientes; como professor do Curso de Ciências Contábeis do Centro Universitário de Campo Grande (UNAES) há um ano e Faculdade Estácio de Sá (FES) de Campo Grande, MS, há sete anos, busca despertar os alunos para o encantamento na construção do conhecimento; no trabalho social e religioso que desenvolve há 18 anos na Comunidade Santíssima Trindade, entidade cristã católica da Paróquia Nossa Senhora de Fátima, da Arquidiocese de Campo Grande, MS, procura sempre despertar nas pessoas para o prazer de servir e viver com qualidade. Essa postura levou o pesquisador a fazer o Mestrado em Psicologia na Universidade Católica Dom Bosco (UCDB). Logo que iniciou o curso ingressou como membro do Laboratório de Saúde Mental e Trabalho (LSMT) do Programa de Mestrado em Psicologia da UCDB, o que o motivou ainda mais a continuidade de seu projeto. Essa reflexão fez o pesquisador buscar um trabalho científico que viesse ao encontro de seus anseios. E essa resposta veio com a idéia de trabalhar um tema que estivesse relacionado diretamente às atividades já desenvolvidas e em desenvolvimento. Foi quando surgiu o

interesse de pesquisar sobre Qualidade de Vida. Como profissional contábil, decidiu-se pesquisar a sua categoria profissional.

Nessa perspectiva, efetuou-se uma pesquisa com os contabilistas de Campo Grande, MS, com a finalidade de avaliar como está sua Qualidade de Vida, cujo resultado está demonstrado no presente trabalho, em sete capítulos: o primeiro traz a Introdução. O segundo capítulo contém o referencial teórico, onde está fundamentada a pesquisa, mostrando a revisão bibliográfica sobre Contabilidade – história, evolução e a profissão contábil; conceito; objeto, campo de atuação e usuários; finalidade, objetivo e técnicas utilizadas para atingir sua finalidade; e, qualidade de vida – histórico, conceitos, instrumentos de medida de Qualidade de Vida.

O terceiro capítulo apresenta os objetivos. O quarto capítulo cita o método utilizado, onde estão apresentados os participantes da pesquisa, os recursos humanos e materiais utilizados, os instrumentos, os aspectos éticos, os procedimentos, a análise e o processamento de dados. O quinto capítulo evidencia os resultados da pesquisa. O sexto capítulo traz a discussão dos resultados. Finalizando, o sétimo expõe as considerações finais e a conclusão.

---

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

A construção do conhecimento requer uma constante busca de informações. Com o desenvolvimento da ciência, os avanços tecnológicos, essas informações estão cada vez mais próximas do ser humano, propiciando a oportunidade da construção de saberes. Partindo dessa premissa, o pesquisador buscou a fundamentação teórica desse trabalho por meio de pesquisa na literatura disponível e pesquisas realizadas, o que foi abordado neste capítulo, relacionados à Contabilidade e à Qualidade de Vida (QV).

## 2.1 CONTABILIDADE

O item a seguir traz uma abordagem sobre a Contabilidade, enfocando sua história, conceitos e aplicabilidade, o que oportuniza o entendimento dessa ciência de grande importância para a sociedade, que é vista de maneira geral pelos usuários como prática e não como ciência.

### 2.1.1 História, evolução e a profissão contábil

A Contabilidade é uma das práticas mais antigas e surgiu com as primeiras manifestações racionais do ser humano. Foi reconhecida como ciência no final do século XVIII. A necessidade de o ser humano controlar suas riquezas, seus resultados, fez com que ele criasse um instrumento que o auxiliasse nesses controles, assim surgiu a Contabilidade. Como as demais ciências, tem sua história edificada pelos estudiosos, pesquisadores, pensadores e doutrinadores. Esta se inicia quando o homem deixa a caça e volta-se para a agricultura e o pastoreio. Daí a necessidade da organização econômica com vistas a controlar a produção, suas riquezas acumuladas. Existem evidências que os sumérios e os babilônios foram os primeiros povos a efetuarem controles contábeis de forma rudimentar, por meio das fichas de barro (FIGURA 1). Depois vieram os egípcios, que contaram com a escrita, consolidando-se com os italianos a partir do século XIV (SCHMIDT, 2000).

Formato da ficha de barro	Pictográfico	Tradução
		1. <u>Animais</u> : cordeiro
		carneiro
		vaca
		cachorro
		2. <u>Alimentos</u> : pão
		óleo
		doce-mel
		cerveja
		leite de cabra
Formato da ficha de barro	Pictográfico	Tradução
		3. <u>Têxteis</u> : tecido
		lã
		peça de vestuário
		corda
		tapete
		4. <u>Recipiente</u> : celeiro
		5. <u>Mercadorias</u> : perfume
		metal
		pulseira-anel

**FIGURA 1** - Exemplos de fichas de barro utilizadas pelos primeiros povos para efetuarem de forma rudimentar controles contábeis.

Fonte: Schmidt (2000, p. 21).

Schmidt e Santos (2006) descrevem sobre a evolução da Contabilidade a partir da pré-história, mostrando a arqueologia da Contabilidade, que cronologicamente está evidenciada no Quadro 1.

**QUADRO 1 - Cronologia da evolução da Contabilidade a partir da pré-história**

Período	Acontecimento
8000 a.C.	Uso das fichas de barro, com diversas formas (esferas, discos, cilindros, triângulos, retângulos, cones, ovóides e tetraedros), que ficaram conhecidas como fichas simples e eram utilizadas para controle de estoque de produtos agrícolas, bem como controle da criação de animais.
4400 a.C.	As fichas de barro ficaram complexas, continham cortes em formato de linhas ou pontuações, criando-se novos formatos.
3250 a.C.	Aparecimento do selo sobre o envelope de barro visando a proteger as fichas contábeis.
3200 a.C.	Impressão nos envelopes da referência a cada ficha colocada no interior.
3100 a 3000 a.C.	Surgimento dos primeiros sinais pictográficos, cujas incisões eram feitas em pedras moles.
1500 a.C	Utilização das tabelas de argila.
1100 a.C	Surgimento da escrita alfabetica.
650 a.C.	Surgimento das primeiras moedas.
400 d.C	Acontece a crise na Eurásia, houve a invasão nômade.
400 d.C a 1000 d.C.	Aconteceu a ascensão do Islamismo. Os cristãos lançam as Cruzadas, cujo objetivo era expulsar os muçulmanos da Terra Santa.

Fonte: Schmidt e Santos (2006).

Após o ano de 1100 d.C. houve um grande impulso no desenvolvimento econômico do Norte da Itália motivado pelo crescimento rápido e generalizado da população, as oportunidades econômicas oferecidas pelas Cruzadas, a invasão dos turcos a Jerusalém, os conflitos com exércitos europeus por 200 anos, criando um caminho comercial entre a Europa e o Oriente Médio. Esse desenvolvimento se estendeu entre as cidades de Veneza, Gênova e Florença, na Itália. Esse período foi marcado pela mudança de condições sociais, por conta do avanço do capitalismo, permitindo que mais pessoas acumulassem bens e riquezas. Foi a partir daí que surgiu o método das partidas dobradas (SCHMIDT; SANTOS, 2006).

A origem do método das partidas dobradas, tanto a data como o criador, é desconhecida. Existem registros que evidenciam que seu desenvolvimento aconteceu após o ano 1200. Em 1202, o contador e matemático Leonardo Fibonacci publicou sua obra “Liber Abacci”, na qual demonstrou a vantagem da prática da escrita por “números arábicos”, considerado um avanço importante na evolução da escrita para a transformação do método

das partidas simples em método das partidas dobradas. Foi ele o responsável pela introdução da numeração arábica na Itália. Em 1458, Benedetto Cotrugli publicou o manuscrito “Il libro dell’arte di mercatura”, o qual continha contas de um sistema de partidas dobradas. Após 115 anos, esse manuscrito foi transformado em quatro livros: o primeiro trata de técnicas e práticas que os comerciantes da época deveriam conhecer; e os outros, apresentavam os deveres do comerciante para agir como um verdadeiro cristão, tanto no trato do negócio como no comando de seus empregados (SCHMIDT; SANTOS, 2006; SÁ, 2006).

A consolidação do “método de registro contábil das partidas dobradas” aconteceu em 10 de novembro de 1494, quando o Frei Luca Pacioli (1445-1517) publicou sua mais importante obra “La Summa de Arithmética, Geometria, Proportioni et Proportionalità”. Luca Pacioli (1445-1517) foi um grande matemático, publicou em sua *summa* o tratado “De computis et scripturis”, no qual está inserido o método de registro contábil de partidas dobradas. A partir dessa obra teve início a história do pensamento contábil, sendo a primeira escola a contista, que tinha como premissa controlar os saldos das contas, onde demonstrava: “quem recebe deve – débito” e “quem entrega tem haver – crédito”, o que na prática indica que, segundo esse método, não existe devedor sem credor, concluindo que invariavelmente sempre existirá um crédito para um débito correspondente ou vice-versa. Esse sistema é utilizado até os dias de hoje pela contabilidade (SCHMIDT; SANTOS, 2006; SÁ, 2006; HENDRIKSEN; van BREDA, 1999).

Sá (1997) resume a história e evolução da Contabilidade em quatro períodos: antigo (desde a civilização do homem, aproximadamente 10000 a.C. até 1202 d.C.), medieval (1202 a 1494), moderno (1494 a 1840) e científico (1840 até os dias de hoje). Esse último foi marcado pela evolução científica da Contabilidade, tendo como destaque o surgimento das principais escolas do pensamento contábil, dando início ao desenvolvimento da contabilidade como ciência. Segundo Schmidt (2000), as escolas clássicas do pensamento contábil são: escola contista, escola administrativa ou lombardia, escola personalista, escola veneziana, escola norte-americana, escola matemática, escola neocontista ou moderna escola francesa, escola alemã, moderna escola italiana, escola patrimonialista e escola neopatrimonialista. Essa última teve como precursor o brasileiro Antonio Lopes de Sá, com o qual o pesquisador manteve constantes contatos virtuais na elaboração do presente trabalho.

O desenvolvimento da profissão contábil acompanha o desenvolvimento econômico das nações. Isso implica dizer que, nos países mais desenvolvidos economicamente, a

profissão contábil teve um melhor desenvolvimento, consequentemente uma maior valorização. Os primeiros especialistas em Contabilidade surgiram em 1773, em Edimburgo, na Inglaterra, com o advento da Revolução Industrial. Até o início do século XIX, o número desses profissionais ainda era pequeno. Somente a partir de 1844, esse número aumentou em decorrência da aprovação de uma lei das Companhias britânicas, exigindo que os balanços fossem aprovados por auditores. Em 1854, formou-se uma Sociedade de Contadores em Edimburgo. Em 1880, o Instituto de Contadores Registrados da Inglaterra e do País de Gales foi aprovado pela Rainha Vitória (HENDRIKSEN; van BREDA, 1999).

Ainda no século XIX, a industrialização dos Estados Unidos foi acompanhada por um grande volume de capital estrangeiro, especialmente da Grã-Bretanha, a maior potência econômica da época. Com isso, acompanharam esses investimentos os contadores britânicos autorizados como auditores. Em 1887, os profissionais contábeis americanos, apesar do número reduzido, formaram a Associação Americana de Contadores Públicos (American Association of Public Accountants – AAPA), predecessora do atual Instituto Americano de Contadores Públicos Registrados (American Institute of Certified Public Accountants) (HENDRIKSEN; van BREDA, 1999).

O desenvolvimento da contabilidade nos Estados Unidos da América do Norte se consolidou no século XX, em especial a partir de 1929. Nesse ano ocorreu uma grande crise no mercado de ações de Nova York, causando uma forte depressão, abalando fortemente a economia daquele país. Isso contribuiu para o investimento intensivo nas pesquisas dessa área com vistas a aprimorar a qualidade da informação aos usuários da Contabilidade. Com o desenvolvimento cultural e econômico, o crescimento do mercado de capitais, bem como da Auditoria, suscitou a preocupação em transformar a Contabilidade em instrumento valioso para tomada de decisão. Com esses fatores, a atuação do Instituto dos Contadores Públicos Americanos e a transparência didática dos autores em Contabilidade contribuíram para a formação da Escola Contábil Americana (MARION, 2003).

No Brasil, os primeiros registros contábeis ocorreram no reinado de D. João VI, por ocasião de seu governo provisório, em 1808, quando foi publicado um alvará obrigando os Contadores Gerais da Real Fazenda a utilizarem o método das partidas dobradas na escrituração mercantil. Em 1850, foi instituído no Brasil o Código Comercial Brasileiro, que produziu um grande impulso no desenvolvimento contábil, uma vez que o citado Código instituiu a obrigatoriedade da escrituração contábil e da elaboração anual da demonstração do

Balanço Geral, evidenciando os bens, direitos e obrigações das empresas comerciais. Em 10 de janeiro de 2002, entrou em vigor o novo Código Civil, que incorporou o antigo Código Comercial Brasileiro (SCHMIDT, 2000).

A profissão contábil tem um papel fundamental na conjuntura socioeconômica do país. O contabilista exerce uma função de extrema relevância nas organizações, tanto no setor público como no privado, por meio da geração e do gerenciamento da informação contábil.

O desenvolvimento da profissão contábil no Brasil aconteceu a partir do ano de 1919, com a fundação do Instituto Paulista de Contabilidade, hoje Sindicato dos Contabilistas de São Paulo. A regulamentação do ensino comercial somente ocorreu em 1931, tendo seu marco inicial na Escola do Comércio Álvares Penteado, fundada em 1902. A profissão contábil foi considerada carreira universitária em 1945, com a criação da Faculdade de Ciências Contábeis, em São Paulo, SP. A estruturação definitiva da profissão ocorreu em 1946 com a criação do Conselho Federal de Contabilidade (CFC) e respectivos Conselhos Regionais. Em Mato Grosso do Sul, o Conselho foi criado em maio de 1985 por meio da Resolução CFC n. 593, de 17 de maio de 1985, instalado em 2 de janeiro de 1986. Em 1958, foi alterada a denominação da profissão de guarda-livros para técnicos em contabilidade, por força da Lei n. 3.384, de 28 de abril de 1958 (FRANCO, 1993; SCHMIDT; SANTOS, 2006).

Os primeiros pensadores contábeis brasileiros foram Carlos de Carvalho (1866-1920); Francisco D'Áuria (1884-1958); e Frederico Herrmann Júnior (1896-1946). Esses estudiosos deixaram um grande legado no que tange ao desenvolvimento da ciência contábil, permitindo tantos outros escreverem, também (SCHMIDT; SANTOS, 2006).

A categoria dos contabilistas, no Brasil, é formada por contadores e técnicos em contabilidade. Para ser contador é necessário que o profissional seja portador do diploma de bacharel em Ciências Contábeis e o registro no Conselho Regional de Contabilidade. Quanto ao técnico em contabilidade, também necessita ser portador do diploma do curso técnico e o registro no Conselho Regional de Contabilidade. Hoje não é mais oferecido o curso de formação de nível técnico (FIGUEIREDO; FABRI, 2000; ROCHA, 2005).

Dentre as funções que podem ser desempenhadas pelo contabilista como contador são: contador, auditor, perito contábil, analista contábil, consultor contábil, professor de contabilidade, pesquisador contábil, e também podem ocupar cargos públicos e administrativos. Com relação aos técnicos em contabilidade, eles podem desempenhar as

funções inerentes à contabilidade, desde que não seja exigida a qualificação de contador (IUDÍCIBUS; MARION, 2002).

A Contabilidade tem como símbolo o Caduceu, onde o bastão representa o poder de quem detém o conhecimento da Ciência Contábil; as serpentes simbolizam a sabedoria, o que significa quanto se deve estudar antes de agir, para escolher o caminho correto e ao mesmo tempo o que é melhor para o cliente; as asas figuram a diligência, ou seja, a presteza, a solicitude, a dedicação e o zelo ao exercer a profissão; o elmo, que é uma peça de armadura antiga que cobria a cabeça, tem significado de proteção contra baixos pensamentos que levem a ações desonestas (FIGURA 2) (MATO GROSSO DO SUL, 2007b).



**FIGURA 2** - O símbolo da contabilidade: Caduceu.

Fonte: Mato Grosso do Sul (2007a).

### 2.1.2 Conceito

Os conceitos de Contabilidade surgiram a partir do século XIV. Besta (1929 apud SÁ; SÁ, 1994, p. 90) conceituou:

A Contabilidade, enquanto observada teoricamente, estuda e enuncia as leis do controle econômico nas aziendas e traça normas oportunas para serem seguidas a fim de que tal controle possa ser verdadeiramente eficaz, persuasivo e completo; se observada na prática é uma aplicação daquelas normas.

O Primeiro Congresso Brasileiro de Contabilistas, realizado no Rio de Janeiro, de 17 a 27 de agosto de 1924, oficializou o seguinte conceito de Contabilidade: “[...] a ciência que estuda e pratica as funções de orientação, de controle e de registro relativas à administração econômica” (RIBEIRO, 2005, p. 2).

Segundo Masi (1945 apud SÁ; SÁ, 1994, p. 90), “A Contabilidade é a ciência que estuda o patrimônio à disposição das aziendas”. O termo azienda, apesar de pouco usado atualmente, integra os primeiros conceitos de Contabilidade. Masi (1945 apud SÁ; SÁ, 1994, p. 40) assim o conceituou: “As aziendas são agregados sociais que provêm a obtenção de um fim individual ou coletivo, coordenado, em geral, aos fins supremos da sociedade”. Para Sá e Sá (1994, p. 40), “[...] azienda é o sistema de elementos material e pessoal que busca a realização de um fim e que em sentido dinâmico origina uma série de fatos que concorrem para a formação e o desenvolvimento da sociedade”.

Conforme Franco (1997, p. 21):

Contabilidade é a ciência que estuda os fenômenos ocorridos no patrimônio das entidades, mediante o registro, a classificação, a demonstração expositiva, a análise e a interpretação desses fatos, com o fim de oferecer informações e orientação – necessárias à tomada de decisões – sobre a composição do patrimônio, suas variações e o resultado econômico decorrente da gestão da riqueza patrimonial.

O Instituto Brasileiro de Pesquisas Contábeis, Atuariais e Financeiros (IPECAFI) elaborou um conceito de contabilidade, que foi aprovado pelo Instituto dos Auditores Independentes do Brasil (IBRACON) e referendado pela Comissão de Valores Mobiliários (CVM), por meio da Deliberação n. 29, de 5 de fevereiro de 1986: “[...] sistema de informação e avaliação destinado a prover seus usuários com demonstrações e análises de natureza econômica, financeira, física e de produtividade, com relação à entidade objeto de contabilização” (RIBEIRO, 2005, p. 2).

### 2.1.3 Objeto, campo de atuação e usuários

O objeto da Contabilidade é o patrimônio, que tem por definição o conjunto dos bens, direitos e obrigações de uma entidade, seja ela com finalidade lucrativa ou não (FRANCO, 1997). Iudícibus e Marion (2002) conceituam objeto da Contabilidade o patrimônio das entidades, sejam elas pessoas físicas ou jurídicas, seja esse patrimônio resultante da consolidação de patrimônios de outras entidades distintas ou a subdivisão do patrimônio de uma entidade em parcelas menores, que são acompanhadas em suas mutações e variações.

A Contabilidade, por ser uma ciência social, tem sua atuação nas pessoas, seja física ou jurídica, com finalidade lucrativa ou não, seja setor público ou privado. Conforme Iudícibus (2006) são usuários da contabilidade: grupos de pessoas e de interesses que necessitam da informação contábil: sócios, acionistas e proprietários de quotas societárias de maneira geral; administradores, diretores e executivos dos mais variados escalões; instituições financeiras; governo e economias governamentais e pessoas físicas.

### 2.1.4 Finalidade, objetivo e técnicas utilizadas para atingir sua finalidade

Conforme Franco (1997), a finalidade da Contabilidade é controlar o patrimônio por meio do fornecimento de informações necessárias à tomada de decisão, sobre as variações patrimoniais, assim como sobre o resultado das atividades econômicas desenvolvidas pelas entidades, sendo estas com finalidades lucrativas ou não.

Segundo Iudícibus e Marion (2002), o objetivo da Contabilidade pode ser estabelecido como sendo o de fornecer informação estruturada de natureza econômica, financeira e, subsidiariamente, física, de produtividade e social, aos usuários internos e externos à entidade.

A Contabilidade, como as demais ciências, tem suas técnicas para atingir sua finalidade (QUADRO 2).

**QUADRO 2 -** Síntese das técnicas e suas finalidades para a Contabilidade

Técnicas	Finalidades
Escrituração contábil	Registros dos fatos em livros próprios, sendo os principais, o livro diário e o livro-razão, o primeiro de uso obrigatório de acordo com a legislação que contempla a atividade mercantil.
Demonstrações contábeis	Relatórios cuja demonstração expositiva dos fatos evidencia a situação financeiro-patrimonial e econômica da entidade.
Auditória	Efetuar uma verificação como foram efetuados os registros dos fatos e as demonstrações financeiras, de acordo com a legislação, as normas e os princípios, com vistas a emitir uma opinião a respeito.
Análise de Balanço	Interpretar e analisar a situação financeiro-patrimonial e econômica da entidade.

Fonte: Franco (1997).

A Contabilidade gerencia as informações contábeis de forma padronizada. Para isso, ela utiliza normas e princípios. No Brasil, as normas e os princípios foram estabelecidos inicialmente em 1972 por meio da Circular n. 179 do Banco Central do Brasil (BCB) (SCHMIDT; SANTOS, 2006). Em 1981, o CFC, por meio da Resolução n. 529, disciplinou as Normas Brasileiras de Contabilidade (NBC), dividindo-as em Técnicas e Profissionais. Nesse mesmo ano, o Conselho, por meio da Resolução n. 530, estabeleceu os Princípios Fundamentais de Contabilidade. Em 1993, o CFC publicou a Resolução n. 750, revogando a Resolução n. 530/1981, estabelecendo novos princípios, que estão em vigor. São eles: princípio da entidade, da continuidade, da oportunidade, do registro pelo valor original, da atualização monetária, da competência e da prudência. Em 1994 o CFC, por meio da Resolução n. 774, de 16 de dezembro de 1994, aprovou um apêndice à Resolução n. 750/1993, prestando mais esclarecimentos sobre o conteúdo e abrangência dos citados princípios (IUDÍCIBUS; MARION, 2002; SCHMIDT; SANTOS, 2006). No que se refere às normas internacionais, está em vigor a International Financial Reporting Standards (IFRS), publicada e revisada pelo International Accounting Standards Board (IASB), aplicada principalmente nos países da União Européia (HENDRIKSEN; van BREDA, 1999).

## 2.2 QUALIDADE DE VIDA

O item a seguir traz abordagem sobre QV e Qualidade de Vida no Trabalho (QVT), com base em literatura disponível e pesquisas nessa área, enfocando principalmente a história,

os conceitos e os instrumentos de medida, tendo em vista a sua importância para o desenvolvimento deste trabalho.

### 2.2.1 Histórico

Antes de se abordar o termo QV, é necessário falar sobre saúde e doença, que são componentes determinantes para avaliá-la. Segundo Oliveira (2007), o conceito de saúde tem evoluído muito nos últimos 50 anos. Enfatiza a autora que o processo saúde-doença é um fenômeno complexo que envolve várias dimensões da pessoa humana dentro de uma realidade biopsicossociocultural.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) (1946 apud FLECK et al., 2000) definiu saúde como um completo estado de bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença. Segre e Ferraz (1997) discordam desse conceito por considerá-lo ultrapassado, uma vez que a afirmação de completo estado de bem-estar leva a crer a uma perfeição inatingível, o que é uma utopia. Questionam os autores: *O que é “perfeito bem-estar”? É possível caracterizar-se a “perfeição”?* A respeito dessas indagações enfatizam os autores:

Se se trabalhar com um referencial “objetivista”, isto é, com uma avaliação do grau de perfeição, bem-estar ou felicidade de um sujeito externa a ele próprio, estar-se-á automaticamente elevando os termos perfeição, bem estar ou felicidade a categoria que existem por si mesmas e não estão sujeitas a uma descrição dentro de um contexto que lhes empreste sentido, a partir da linguagem e da experiência íntima do sujeito. Só poder-se-ia, assim falar de bem-estar, felicidade ou perfeição para um sujeito que, dentro de suas crenças e valores, desse sentido de tal uso semântico e, portanto, o legitimasse (SEGRE; FERRAZ, 1997, p. 539).

Concluem esses autores sugerindo um conceito de saúde, sendo: “[...] saúde é um estado de razoável harmonia entre o sujeito e a sua própria realidade” (p. 542).

Segrécia (1998) comenta que em face de impossibilidade de considerar a saúde um fato estático ou uma medida perfeita, há de se compreender a saúde a partir do conceito de equilíbrio dinâmico, isto é, dentro do soma entre os diversos órgãos e as diversas funções da unidade do organismo, entre o soma e a psique individual, e entre o indivíduo e o ambiente. Cita o autor a importância de quatro dimensões da saúde: a dimensão orgânica, a dimensão

psíquica e mental, a dimensão ecológico-social e a dimensão ética. Enfatizando que a consideração dessas dimensões da saúde humana como condição fundamental para a compreensão do conceito de equilíbrio dinâmico entre os diferentes campos da funcionalidade e da integralidade da condição humana.

A OMS propõe os seguintes critérios considerados efeitos adversos à saúde: efeitos que indicam fases iniciais de uma doença clínica; efeitos que não são facilmente reversíveis e indicam uma diminuição da capacidade corporal para manter a homeostase; efeitos que tornam o indivíduo mais suscetível às consequências nocivas de outras influências ambientais; efeitos que fazem com que as medições pertinentes permaneçam fora do “normal”, se considerar que são uma indicação precoce de diminuição da capacidade funcional; e efeitos que indicam alterações importantes de ordem metabólica ou bioquímica (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1981 apud CARDOSO, 2003).

Geigle e Jones (1990), Ware (1992), Ruta et al. (1994), McHorney e Tarlov (1995) e Bayley et al. (1995), segundo Ciconelli (1997), comentam que um dos maiores desenvolvimentos no campo da saúde tem sido o reconhecimento da importância do ponto de vista do paciente em relação à sua doença, assim como a monitoração da qualidade das medidas terapêuticas empregadas.

O termo QV é um assunto que está presente na vida do ser humano desde o início de sua existência. Mesmo antes de ter um tratamento específico, sempre foi tratado como o viver bem, ter um bem-estar, uma satisfação pessoal. O objetivo do ser humano, em sua sobrevivência, em seu desenvolvimento, é a realização pessoal, o encontro da felicidade. Com a evolução do conhecimento, o desenvolvimento da ciência, um novo tratamento foi dado, que é hoje amplamente abordado como Qualidade de Vida.

O termo Qualidade Vida (QV) vem sendo abordado a cada dia com maior intensidade, em uma linguagem cotidiana pela população em geral, jornalistas, políticos e outros. Por outro lado, tem assumido relevante papel nos contextos de pesquisas científicas, em especial nas áreas sociais, laboriais, econômicas, de saúde e outras (SEIDL; ZANNON, 2004). Cardoso (2003) comenta que QV é um assunto atual, importante, polêmico e complexo. Atual e importante, tendo em vista sua aplicação nas diversas áreas da vida, principalmente na saúde mental. Polêmico e complexo porque propõe mudanças de condições e estilos de vida.

Apesar de ser um tema que tem se desenvolvido, com maior intensidade, a partir das últimas quatro décadas, existem citações de que já era tratado por Sócrates (469-399 a.C., apud MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000). Segundo Yamada (2001), o termo QV foi citado pela primeira vez por Pigou em 1920, em sua obra “Economia e bem-estar material”. O termo QV foi usado pela primeira vez nos Estados Unidos da América do Norte, pelo então presidente Lyndon Johnson, em 1964, em seu discurso, referindo-se ao sistema bancário norte-americano, quando afirmou que os objetivos não podem ser avaliados por meio dos balanços dos bancos e sim pela QV que é proporcionada às pessoas (FLECK et al., 1999).

Souza (2004) comenta que o termo QV é usado em diversos setores da sociedade e dos campos de estudos, como: saúde, filosofia, política, trabalho, cidadania, religião, cultura, entre outros. Comenta ainda que a rubrica QV representa uma tentativa de quantificar, em termos cientificamente analisáveis, a rede de consequências de uma doença e seu tratamento, sob a percepção da pessoa de sua habilidade para viver uma vida proveitosa e satisfatória. Afirma que a quantificação da QV é subjetiva em dois aspectos: primeiro, as diversas dimensões aferidas não são, diretamente, quantificáveis fisicamente; e segundo, torna-se mais interessado com a visão da pessoa sobre a importância de sua disfunção do que com a sua existência.

Souza e Guimarães (1999) relatam que cientistas sociais, filósofos e políticos foram os primeiros a partilharem e se interessarem por conceitos como “padrão de vida” e “qualidade de vida”. Comentam que se, por um lado, existe um crescimento do desenvolvimento tecnológico da Medicina e das ciências afins, por outro, registra-se também como consequência negativa a sua desumanização. Pode-se observar que tratar sobre o tema QV vai além das ciências humanas, biológicas e sociais, ampliando medidas que não sejam só controle de sintomas e sim diminuição da mortalidade ou o aumento da expectativa de vida.

Matos (1996) comenta que para falar de QV não se pode deixar de enfocar o campo da motivação humana, buscando com isso identificar as necessidades para sua realização. Minayo, Hartz e Buss (2000, p. 5) comentam QV como “[...] uma noção eminentemente humana, que tem sido aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental e à própria estética existencial”.

Pesquisadores e estudiosos do assunto trabalham a QV englobando campos distintos, como estado físico, habilidade funcional, estado psicológico, bem-estar, interação social, estado econômico, estado espiritual e/ou religioso. Entretanto, alguns autores, em seus estudos clínicos ou pesquisas, avaliam apenas determinados campos considerados pertinentes

ao que se vai pesquisar. Assim, essas investigações deveriam ser distinguidas das demais que avaliam todos os campos que envolvem QV (SPILKER, 1996).

Minayo, Hartz e Buss (2000) comentam que o tema QV no âmbito da saúde, quando visto no sentido amplo, apóia-se na compreensão das necessidades humanas fundamentais, materiais e espirituais, e tem seu foco mais relevante no conceito de promoção da saúde. Quando vista de forma mais focalizada, QV em saúde coloca sua centralidade na capacidade de viver sem doenças ou de superar as dificuldades dos estados ou das condições de morbidade. Segundo Buss (2000), existem evidências científicas abundantes que mostram a contribuição da saúde para QV de indivíduos ou populações. Sabe-se que diversos componentes da vida social que contribuem para uma vida com qualidade também são importantes para que indivíduos e populações alcancem um elevado perfil de saúde. Entretanto, é necessário mais do que o acesso a serviços médico-assistenciais de qualidade, é preciso enfrentar os determinantes da saúde em toda a sua amplitude, o que requer políticas públicas saudáveis, uma efetiva articulação intersetorial do poder público e a mobilização da população.

Dimenas et al. (1990 apud RAMOS-CERQUEIRA; CREPALDI, 2000) propõem um modelo de QV baseado em três aspectos: bem-estar, saúde e fatores externos. O primeiro, bem-estar, refere-se a uma percepção subjetiva, baseada em valores e crenças individuais (felicidade, satisfação e afetos); o segundo, a saúde, considerada a dimensão mais importante, refere-se à presença objetiva da doença e o impacto subjetivo dos sintomas; e o terceiro, os fatores externos, são os indicadores sociais e representam o aspecto objetivo dessa definição.

## 2.2.2 Conceito

No início dos estudos sobre QV o conceito era delegado a filósofos e poetas. Atualmente existe um crescente interesse de profissionais da saúde e pesquisadores em transformá-lo em uma medida quantitativa que possa ser usada em ensaios clínicos e modelos econômicos (FADEM; LEPLÉGE, 1992; FITZPATRICK, 1992; BOWLING; BRAZIER, 1995: apud CICONELLI, 1997).

Para Souza (2004), em vários modelos de QV, a pessoa serve como seu próprio controle interno. Assim, a estratégia analítica primária tem sido a observação das mudanças

na QV durante o estágio da doença, em especial com relação a alguns valores absolutos como uma avaliação da doença. Com isso são evitadas duas importantes limitações na formulação do conceito: a primeira, é a cultural, representada pela diferença entre grupos socioeconômicos ou éticos, e a segunda limitação refere-se a uma avaliação aprofundada da questão. Ao contrário de uma doença, que muitas vezes tem um tempo de início definido, a QV é uma variável contínua da vida inteira.

A OMS reuniu especialistas de várias partes do mundo, em 1995, para desenvolverem o instrumento World Health Organization Quality of Life (WHOQOL). Esse grupo definiu QV como: “[...] a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (FLECK et al., 1999, p. 2).

Souza (2004), comentando o conceito de QV da OMS, cita que o referido conceito comprehende três níveis: avaliação total do bem-estar, domínio global (físico, psicológico, econômico, espiritual e social) e os componentes de cada domínio. Completa o autor que esse complexo conceito incorpora a saúde física, o estado psicológico, o nível de independência, os relacionamentos sociais, as crenças pessoais e o relacionamento, entre as características proeminentes do ambiente. Daí a denotação de que a QV se refere a uma avaliação subjetiva, a qual inclui tanto as dimensões positivas quanto as negativas, dentro de um contexto cultural, social e ambiental.

Ramos (1995) conceituou QV como um conjunto harmonioso e equilibrado de realizações em todos os níveis: saúde, lazer, sexo, família e desenvolvimento espiritual. Wilheim e Deak (1970 apud CARDOSO, 2003, p. 77) definem QV como:

[...] a sensação de bem-estar do indivíduo. Este é proporcionado pela satisfação de condições objetivas (renda, emprego, objetos possuídos, qualidade de habitação) e de condições subjetivas (segurança, privacidade, reconhecimento e afeto).

Minayo, Hartz e Buss (2000) consideram QV boa ou excelente aquela que proporciona aos indivíduos condições de desenvolver suas potencialidades, tais como viver, sentir ou amar, trabalhar e produzir bens e serviços, fazer ciência ou arte. Os mesmos autores conceituam QV como um conjunto de aspectos sociais de parâmetros subjetivos, bem-estar, felicidade, amor, prazer e realização pessoal, e também objetivos, satisfação das necessidades básicas, tanto econômicas como sociais.

Guiteras e Bayés (1993, p. 179) conceituam QVRS: “[...] a valoração subjetiva que o paciente faz de diferentes aspectos de sua vida, em relação ao seu estado de saúde”. Cleary et al. (1995 apud SEIDL; ZANNON, 2004, p. 91) também conceituam QVRS: “[...] refere-se aos vários aspectos da vida de uma pessoa que são afetados por mudanças no seu estado de saúde, e que são significativos para a sua QV”.

Lima (2002) comenta que QVRS indica que a saúde é a variável que mais influencia a QV e que não há inter-relação significativa entre saúde e outros determinantes desta. Para Patrick (1973 apud SEIDL; ZANNON, 2004), QVRS é a capacidade pessoal de desempenho para atividades diárias de acordo com a idade e com os principais papéis sociais, dentro do contexto do sujeito. Segundo Kaplan (1989 apud SEIDL; ZANNON, 2004), o foco da QVRS é uma dimensão qualitativa de operacionalização, podendo ser definida como o impacto de um tratamento ou doença no funcionamento e prejuízos diários.

### 2.2.3 Qualidade de Vida no Trabalho

Este item traz uma abordagem sobre a QVT, um breve histórico e conceitos por meio da fundamentação teórica, com base na literatura disponível bem como pesquisas desenvolvidas.

Antes de se falar em QVT, fez-se uma rápida abordagem sobre trabalho, enfocando seu significado, relatos de autores sobre o seu lado positivo, o negativo e seu desenvolvimento ao longo da história.

O termo Trabalho originou-se do latim vulgar *Tripalium*, um instrumento feito de madeira com três pontas de ferro, usado na Antiguidade pelos agricultores, para ceifar os cereais. Segundo Dimatos (1999), *Tripalium* é um instrumento de tortura e está relacionado ao verbo do latim vulgar *Tripallare*, que significa torturar. Cita ainda o autor que o Trabalho tem dois significados: a) o feito de uma obra expressiva, criadora e permanente, por um lado, e b) o esforço rotineiro, repetitivo e consumível, por outro. O trabalho é considerado, quando associado ao sofrimento, instrumento de castigo, mas ao mesmo tempo um elemento estruturante da sociedade. Isso leva a concluir que a palavra Trabalho sempre teve um duplo sentido: prazer e sofrimento. Antunes (1999) enfoca o lado positivo do trabalho, relatando que é a partir do trabalho que a pessoa se torna um ser social, o que o distingue das demais

criaturas. Já Sato (1993 apud SATO, 1996) aponta o lado negativo do trabalho, enfatizando que a penosidade reside em condições de trabalho que causam sofrimento, incômodo e demandam esforço.

Para Ferreira (2001, p. 679), trabalho é “[...] a aplicação das forças ou faculdades humanas para alcançar um determinado fim. Atividade coordenada de caráter físico e/ou intelectual, necessária à realização de qualquer tarefa, serviço ou empreendimento”. Dejours (1987) acredita que é por meio do trabalho que o indivíduo se constitui como sujeito, afirmindo sua identidade e seu desejo de ser reconhecido socialmente. O trabalho proporciona uma estrutura em relação ao equilíbrio psíquico das pessoas. Todavia, as relações de trabalho dentro das organizações freqüentemente tiram o trabalhador de sua subjetividade, excluindo a pessoa, fazendo dela uma vítima de seu trabalho.

A partir do século XVIII houve um despertar no que se refere às condições de trabalho nas organizações, onde os empresários passaram a reconhecer a necessidade de criar condições adequadas para que o trabalhador pudesse desenvolver sua potencialidade, sua habilidade, sua criatividade. Esse século foi marcado pela grande mudança no cenário industrial, impulsionado pela Revolução Industrial. A população mundial crescia em ritmo acelerado, com isso aumentava consideravelmente o consumo, exigindo novas tecnologias que dessem respostas imediatas a essa demanda. A mão-de-obra se tornava abundante em função do aumento populacional. A Inglaterra, com suas conquistas coloniais, o domínio dos mares e hegemonia tecnológica, desfrutava de uma posição confortável no que concerne à produção industrial, pois dois fatores eram determinantes: o mercado consumidor e o transporte (RODRIGUES, 1999).

Segundo Rodrigues (1999), com o crescimento industrial e a modernização, surge a necessidade de criar mecanismos capazes de dinamizar o processo de produção. O liberalismo clássico era a base teórica e filosófica sobre a natureza e o comportamento humano, servindo de orientação no processo de produção. Nesse cenário, o acúmulo de capital era o foco dos industriais e comerciantes, surgindo aí as primeiras ações relacionadas à racionalização da produção e o comportamento do trabalhador. O mesmo autor comenta que Adam Smith (1723-1790) foi um dos mentores da racionalização da produção. Ele defendia a especialização dos processos produtivos, pois isso capacitava o trabalhador e a consequente diminuição do tempo de produção. Esse foi um período crítico com relação às condições humanas do trabalhador, jornada diária de trabalho de dezoito horas; suas necessidades

básicas não eram consideradas, sentimentos desrespeitados. Isso levava o trabalhador a criar verdadeira aversão pelo trabalho.

Comenta ainda esse autor que, nos Estados Unidos, com as mudanças ocorridas, por volta de 1868, após a Guerra Civil, houve um acentuado aumento no setor produtivo, predominantemente o setor agrário, tornando-se um grande pólo industrial. Com isso, surgiram oportunidades de mão-de-obra. O volume crescente de desemprego na Europa, mais acentuado na Inglaterra, provocou a emigração de grande número de trabalhadores para os Estados Unidos. O mercado americano crescia com a expectativa de consumo da produção industrial. Existia farta mão-de-obra não especializada, que era barata. Porém existia um grande impasse, o processo de produção. Esse segmento era dominado pelos artesãos, considerados especialistas, os “trabalhadores profissionais”.

Foi nesse século que surgiu a escola de Administração Científica criada por Taylor. Essa escola tinha como filosofia a racionalização da produção, cujo resultado estava focado ao mesmo tempo na produtividade e na motivação econômica do trabalhador (RODRIGUES, 1999). Nessa perspectiva Taylor (1990, p. 24) argumenta:

Prosperidade para o empregado significa, além de salários mais altos do que os recebidos habitualmente pelos obreiros de sua classe, o aproveitamento dos homens de modo mais eficiente, habituando-os a desempenhar os tipos de trabalhos mais elevados, para os quais tenham aptidões naturais e atribuindo-lhes, sempre que possível, esses gêneros de trabalhos.

Rodrigues (1999) relata que Ford, adepto à idéia de Taylor, afirmava que uma das necessidades básicas para a prosperidade do trabalhador era proporcionar-lhe melhores condições de trabalho, tais como acomodações amplas, limpas e ventiladas. Comenta ainda o autor que o taylorismo e o fordismo proporcionaram aos trabalhadores daquela época, consideráveis melhorias na QVT, impulsionando estudos e pesquisas sobre o comportamento humano no trabalho. Para Cardoso (2003), os modelos tayloristas e fordistas, apesar de terem contribuído com idéias positivas, desencadearam reações negativas e insatisfação. A divisão excessiva do trabalho e a visão do homem como uma peça da engrenagem do sistema de produção geraram absenteísmo, sabotagem, greves e outros conflitos.

Carandina (2003) comenta que na atualidade a palavra trabalho vem perdendo a conotação de sofrimento e adquirindo um significado mais positivo, graças à grande preocupação com a satisfação profissional, motivação, Qualidade de Vida no Trabalho e

comportamento humano no trabalho. Para Rodrigues (1999), a QVT tem sido uma preocupação do trabalhador desde o início da sua existência. Com outros títulos em outros contextos, mas sempre voltada para facilitar ou trazer satisfação e bem-estar ao trabalhador na execução de sua tarefa.

Os estudos sobre QVT tiveram início em 1950, em Londres, na Inglaterra, no *Tavistock Institute* por Eric Trist e colaboradores, que desenvolveram vários estudos enfocando uma abordagem sociotécnico em relação à organização do trabalho e em relação a ele, originando o termo QVT. Nesse mesmo período Louis Davis e colaboradores realizavam nos Estados Unidos da América, pesquisas visando a modificar as linhas de montagens (RODRIGUES, 1999).

Nadler e Lawer (1983) relatam a evolução em que passou o conceito de QVT, entre os anos de 1959 e 1983, enfocando previsões futuras (QUADRO 3).

**QUADRO 3 -** Cronologia das definições da Qualidade de Vida no Trabalho

Período	Foco principal	Definição
1959/1972	Variável	A QVT é tratada como reação individual ao trabalho ou às consequências pessoais da experiência do trabalho.
1969/1975	Abordagem	A QVT dava ênfase ao indivíduo antes de dar ênfase aos resultados organizacionais, mas ao mesmo tempo era vista como um elo dos projetos cooperativos do trabalho gerencial.
1972/1975	Método	A QVT foi o meio para o engrandecimento do ambiente de trabalho e a execução de maior produtividade e satisfação.
1975/1980	Movimento	A QVT, como movimento, visa à utilização dos termos “gerenciamento participativo” e “democracia industrial” com bastante freqüência, invocados como ideais do movimento.
1979/1983	Tudo	A QVT é vista como um conceito global e como uma forma de enfrentar os problemas de qualidade e produtividade.
Previsão futura	Nada	A globalização da definição trará como consequência inevitável a descrença de alguns setores sobre o termo QVT. E para estes QVT nada representará.

Fonte: Nadler e Lawer (1983).

Segundo Guimarães (2005), na década de 1960, as abordagens teórico-conceituais no estudo da QVT davam ênfase aos aspectos da reação individual do trabalhador às experiências de trabalho. Já na década de 1970, era enfatizada a melhoria das condições e dos ambientes de trabalho, com vistas à satisfação no trabalho e à produtividade.

Limongi-França (2004) comenta que, apesar de haver uma limitação entre as questões de trabalho e de vida familiar e comunitária, elas tratam de questões que visam à promoção da qualidade do bem-estar geral do indivíduo. Diante dessa premissa, conclui-se que tão importante quanto às condições de vida das comunidades são as práticas desenvolvidas pelas entidades, uma vez que, nas entidades, é que o ser humano desenvolve grande parte de sua vida, o trabalho. Para Fernandes e Gutierrez (1998), a busca por melhores condições de vida e saúde tem sido uma vertente que está em destaque, já que envolve diretamente o binômio produtividade e resultado. Por um lado, a produtividade das pessoas, por outro, o resultado obtido pelas empresas, tema amplamente debatido como QVT.

Limongi-França e Kanikadan (2006) comentam que o termo QVT vem sendo amplamente pesquisado nas últimas décadas por causa da pressão empresarial decorrente de um mercado cada vez mais competitivo, de novos desafios socioeconômicos advindos do impacto do desenvolvimento tecnológico, dos novos padrões de consumo, estilo de vida e internacionalização das relações e do mercado de trabalho, gerando novas proezas por condições de vida e bem-estar.

Para Huse e Cummings (1985 apud CARDOSO, 2003), a baixa QV nas organizações é a maior causa da crescente alienação e insatisfação do trabalhador, provocando baixa produtividade, o que leva ao absenteísmo, greves, alcoolismo, entre outros. Para esses autores, proporcionar melhores condições de trabalho pode tornar os trabalhadores mais satisfeitos com seus serviços, em especial quando a QVT atinge suas necessidades individuais, motivando o trabalhador a aperfeiçoar a sua capacidade profissional, consequentemente melhoria de seu desempenho. Cardoso (2003) comenta que se pensar que só a satisfação aumenta a produtividade pode estar cometendo um erro. Para se obter um aumento de produtividade nas organizações produtivas, Huse e Cummings (1985 apud CARDOSO, 2003, p. 83) sugerem:

Em suma, as intervenções de QVT podem ser um efeito direto sobre a produtividade pela melhoria da comunicação e coordenação, motivação dos empregados e carreira individual. Elas podem, também, influenciar

indiretamente a produtividade pelos efeitos da melhoria do bem-estar e da satisfação dos trabalhadores.

Limongi-França e Albuquerque (1998) conceituam QVT como um conjunto de ações de uma organização, envolvendo diagnóstico e implementação de melhorias tecnológicas e estruturais, tanto no ambiente interno como no externo, com vistas a proporcionar melhores condições aos trabalhadores no desempenho de suas tarefas. Rubio et al. (2003) conceituam QVT como o sentimento de bem-estar advindo do equilíbrio que o indivíduo sente entre as demandas profissionais e dos recursos (psicológicos, organizacionais e sociais) de que dispõe para enfrentá-las. Para Casas et al. (2002), QVT é um processo dinâmico e contínuo em que a atividade laboral está organizada objetiva e subjetivamente, tanto em seus aspectos operativos como nos relacionais, contribuindo no desenvolvimento do ser humano.

Para Mayer (2006), o termo QVT pode ser entendido como uma filosofia de gestão que melhora a dignidade do trabalhador, realiza mudanças culturais e traz oportunidades de desenvolvimento e progresso pessoal. Comenta ainda a autora que a QVT, além de uma filosofia, é um conjunto de crenças que engloba todos os esforços para incrementar a produtividade e melhorar a motivação pessoal. Achkar (2006) comenta que para que haja QVT é necessário que se construa um espaço organizacional que valorize a subjetividade, onde o trabalhador seja considerado sujeito do seu trabalho e não meramente objeto de produção.

## 2.2.5 Instrumentos de medida de Qualidade Vida

A escolha de um determinado instrumento depende do objetivo de sua proposta, de sua praticidade e da população a ser estudada. Diversos instrumentos têm sido propostos e utilizados com a finalidade de avaliar a QV. Esses instrumentos são divididos em dois grupos, genéricos e específicos. Os instrumentos genéricos têm como finalidade refletir o impacto de uma doença sobre a vida de pacientes em uma ampla variedade de populações, avaliando aspectos relativos à função, disfunção e desconforto físico e emocional. Já os instrumentos específicos têm como objetivo avaliar de forma individualizada e específica de determinados aspectos da QV, proporcionando uma maior capacidade de detecção de melhora ou piora do aspecto específico em estudo (PATRICK; DEYO, 1989; KATZ et al., 1992; BAAR, 1995; GUYATT, 1995; GUYATT et al., 1997: apud CICONELLI, 1997).

Segundo Dantas, Sawada e Malerbo (2003), medir a QV é bastante complexo pela dificuldade de se encontrar definição consensual a respeito do que ela realmente significa. Por conta disso, os autores sugerem que o pesquisador deverá definir o que está considerando como QV em seu estudo ou estabelecer em qual definição esse conceito se operacionaliza em seu trabalho de investigação, devendo ser delineado claramente o que entende por QV e identificar os diversos domínios a serem avaliados, considerando que cada domínio identifica um foco particular de atenção e agrupa vários itens.

Afirmam ainda esses autores que existem duas formas de mensurar QV, por meio de instrumentos genéricos e instrumentos específicos. Os instrumentos genéricos abordam o perfil de saúde ou não, procuram englobar todos os aspectos importantes relacionados à saúde e relatam o impacto de uma doença sobre o indivíduo, podendo ser usados em estudos de indivíduos da população geral ou de grupos específicos, por exemplo, dos portadores de doenças crônicas. Já os instrumentos específicos têm a prerrogativa de detectar particularidades da QV em determinadas situações. Eles são utilizados para avaliar de maneira individual e específica os determinados aspectos de QV como as funções física, sexual, o sono, a fadiga e outros. Comentam ainda os autores que o instrumento específico apresenta como desvantagem a dificuldade de compreensão do fenômeno e dificuldade de validar as características psicométricas do instrumento, ou seja, reduzido número de itens e amostras insuficientes.

Existe um grande número de instrumentos de medida de QV. Nesta pesquisa foi utilizado o Medical Outcomes Studies 36-item Short-Form (MOS SF-36), entendendo ser o mais adequado para avaliar a QV dos contabilistas, considerando os resultados positivos com sua aplicação em outras categorias profissionais.

O SF-36 é um instrumento que foi desenvolvido com a finalidade de ser um questionário genérico de avaliação de saúde, porém mais reduzido que os anteriores. Foi derivado inicialmente de um questionário de avaliação de saúde – The Medical Outcomes Study-MOS, formado por 149 itens (WARE; SHERBOURNE, 1992), desenvolvido e testado em mais de 22.000 pacientes. Sua validação teve início em 1991 quando Ware e colaboradores elaboraram um projeto denominado International Quality of Life Assessment Project (IQOLA), que contou com a participação de pesquisadores em QV de 14 países (Austrália, Bélgica, Dinamarca, França, Finlândia, Espanha, Suécia, Reino Unido, Argentina e outros). O questionário também foi traduzido e validado em, aproximadamente, 20 outros

países. Foi traduzido e validado no Brasil por Ciconelli (1997), em um estudo com pacientes portadores de artrite reumatóide.

Segundo Ciconelli (1997), o SF-36 é um questionário multidimensional, formado por 36 itens de pesquisa distribuídos em oito domínios:

- a) Capacidade funcional (10 itens): avalia tanto a presença como a extensão das limitações impostas à capacidade física, variando em três níveis: muito, pouco ou sem limitações (atividades vigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados);
- b) Aspectos físicos (4 itens): abordam as limitações no tipo e quantidade de trabalho, bem como o quanto essas limitações dificultam a realização do trabalho e de atividades de vida diária do paciente (relacionado com produtividade);
- c) Dor (2 itens): domínio baseado em uma questão do SF-20 sobre a intensidade da dor, acrescida de uma questão sobre a interferência da dor nas atividades da vida diária do paciente;
- d) Estado geral de saúde (5 itens): esse domínio foi derivado do questionário General Health Rating Index (GHRI);
- e) Vitalidade (4 itens): leva em consideração o nível de energia (cheio de vigor físico, muita energia), bem como o de fadiga (esgotado, cansado). Foi derivado do questionário Avaliação de Saúde Mental (Mental Health Inventory – MHI);
- f) Aspectos sociais (2 itens): analisa a integração do indivíduo em atividades sociais;
- g) Aspectos emocionais (3 itens): analisa o equilíbrio emocional em relação ao trabalho;
- h) Saúde mental (5 itens): esse domínio resume os 38 itens do questionário MHI-38 e procuram investigar as dimensões: ansiedade, depressão, alteração do compromisso ou descontrole emocional e bem-estar psicológico.

Para avaliação de seus resultados, após sua aplicação, é dado um escore para cada questão que, posteriormente, é transformado em uma escala de 0 a 100, onde zero

corresponde a uma pior QV e 100 uma melhor, sendo analisada cada dimensão em separado. Não existe um único valor que resuma toda a avaliação, traduzindo-se em um estado geral de saúde melhor ou pior, exatamente para que em uma média de valores não seja cometido erro de não identificar os verdadeiros problemas relacionados à saúde do paciente ou mesmo de subestimá-los (WARE et al., 1993; WARE et al., 1995: apud CICONELLI, 1997).

## 2.2.6 Estudos realizados com o SF-36

A seguir são apresentadas algumas pesquisas com a utilização do instrumento Medical Outcomes Studies 36-item Short-Form (MOS SF-36), que foi utilizado neste trabalho.

Para Brazier et al. (1992), Bullinger (1995), Perneger et al. (1995) e Sullivan et al. (1995), segundo relata Ciconelli (1997), a tradução e a validação do SF-36 estão publicadas em diversos idiomas. A autora, quando da validação do citado instrumento no Brasil, realizou uma pesquisa com pacientes com artrite reumática, depois comparou com os valores médios obtidos para cada domínio nos estudos de validação em vários países e na versão para a língua portuguesa, conforme Quadro 4.

**QUADRO 4 -** Médias obtidas para cada domínio do SF-36 em vários países avaliando a população normal e para os pacientes com artrite reumática na população brasileira

Domínios do SF-36	Países					
	Artrite reumatóide - Brasil	EUA	Reino Unido	França	Alemanha	Suécia
Capacidade funcional	66,5	85,2	86,2	91,3	95,9	87,9
Aspectos físicos	59,5	82,9	84,6	87,8	86,9	83,2
Dor	63,9	74,0	80,9	79,5	89,6	74,8
Estado geral de saúde	68,2	72,1	72,0	76,7	75,6	75,8
Vitalidade	66,3	62,4	61,7	65,6	58,2	68,8
Aspectos sociais	87,0	84,6	88,4	83,9	81,4	88,6
Aspectos emocionais	66,6	82,9	84,4	77,4	71,8	85,7
Saúde mental	70,3	75,6	75,1	69,3	69,6	80,9

Fonte: Ciconelli (1997, p. 64).

Dantas, Sawada e Malerbo (2003) realizaram uma pesquisa, cujo objetivo foi analisar a produção científica sobre o tema QV, produzida pelas universidades públicas do Estado de São Paulo, onde constataram que a análise preliminar resultou em 84 pesquisas, cujo instrumento mais utilizado foi o SF-36, encontrado em 34% dos estudos revisados.

Vilagut et al. (2005), na pesquisa “El Cuestionario de Salud SF-36 español: uma década de experiência Y nuevos desarrollos”, comentam que a versão espanhola do SF-36 é um dos instrumentos genéricos mais utilizados no território nacional, tanto em estudos descritivos, que medem o impacto sobre a QVRS em distintas populações de pacientes, como para a evolução de intervenções terapêuticas. Também é utilizado como referência na validação de novos instrumentos de medição. Essas experiências e toda a informação apresentada sugerem que se pode recomendar o uso desse instrumento, tanto em investigação como na prática clínica.

Favarato et al. (2006) efetuaram um estudo, cujo objetivo foi avaliar a QV em portadores de doença arterial coronária: comparação entre gêneros, no Instituto do Coração, em São Paulo, SP. Aranha et al. (2006) analisaram a QVRS em espanholas com osteoporose, envolvendo 60 pacientes do sexo feminino no serviço de reumatologia de um hospital universitário na Espanha. Oler et al. (2005) realizaram uma pesquisa sobre QV com trabalhadores de enfermagem da Fundação Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FUNFARME).

Abreu (2005), em sua dissertação de Mestrado na escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, desenvolveu um estudo, cujo objetivo foi descrever o perfil dos pacientes submetidos à hemodiálise no município de Guarapuava, PR, e avaliar a QVRS destes pacientes. Sinzato (2005) avaliou a prevalência da obesidade e a QV em pessoas obesas no município de Bandeirantes, MS, que foi o tema de sua dissertação para obtenção do título de Mestre em Psicologia pela Universidade Católica Dom Bosco. Congro (2003) desenvolveu uma pesquisa, cujo objetivo foi avaliar o nível de QV em mulheres que exercem função de gerência em empresas na cidade de Dourados, MS, que foi o tema de sua dissertação para obtenção do título de Mestre em Psicologia pela UCDB.

Franco, Barros e Martins (2005) avaliaram a QV e sintomas depressivos em residentes de enfermagem de uma Escola Paulista de Medicina. Souza (2004) realizou uma pesquisa sobre sono, hábitos, QV e acidentes em caminhoneiros do Brasil e de Portugal, em sua tese de doutorado em Saúde Mental pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP).

### **3 OBJETIVOS**

---

Neste capítulo estão descritos os objetivos da pesquisa.

### 3.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a qualidade de vida dos contabilistas de Campo Grande, MS.

### 3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar e analisar os aspectos sociodemográficos da amostra.

Comparar os domínios do SF-36: capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental com as variáveis sociodemográficas: idade, sexo, formação, tempo de formação, estado civil, horas trabalhadas por dia, atuação profissional, satisfação com o trabalho, renda mensal própria e se exerce outra atividade profissional entre os contabilistas de Campo Grande, MS.

Avaliar os domínios do SF-36 que interferem positivo ou negativamente na qualidade de vida dos contabilistas de Campo Grande, MS.

---

**4 MÉTODO**

Nesta pesquisa utilizou-se o método epidemiológico e de corte transversal.

#### 4.1 LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada na cidade de Campo Grande, MS, capital do Estado de Mato Grosso do Sul, fundada em 21 de junho de 1872. Conforme dados estatísticos de 2005, a cidade possui: área: 8.096.051 km<sup>2</sup>; população: 765.247 habitantes; economia: comércio e serviços; clima: tropical; altitude: 532 m; Produto Interno Bruto (PIB) de 2005: R\$ 5.285.687.963,00; PIB *per capita*: R\$ 7.199,60; Índice de Desenvolvimento Humano (IDH): 0,8114; municípios limítrofes: ao norte: Jaraguari e Rochedo; ao sul: Nova Alvorada do Sul e Sidrolândia; a leste: Ribas do Rio Pardo e a oeste: Terenos; possui quatro universidades, sendo uma pública e três particulares; um centro universitário e três faculdades (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2007).

#### 4.2 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Foi desenvolvido um estudo com os contabilistas de Campo Grande, MS, por adesão voluntária à pesquisa, no período de setembro a dezembro de 2006. Essa classe de profissionais é formada por contadores e técnicos em contabilidade, que atuam como empresários contábeis, profissionais autônomos, funcionários públicos e empregados em empresas privadas.

Com base na relação fornecida pelo Conselho Regional de Contabilidade de Mato Grosso do Sul (CRC-MS), Campo Grande, MS, conta com 2.549 contabilistas, sendo 1.180 contadores e 1.369 técnicos em contabilidade. Desse total, 536 contadores e 865 técnicos em contabilidade são formados há mais de cinco anos e têm idade acima de 25 anos, que serviu como base para a amostra.

A amostra deste trabalho foi composta de 209 sujeitos, sendo 125 contadores e 84 técnicos em contabilidade. O critério de seleção foi efetuado por sorteio, aleatoriamente.

O critério de inclusão foi ser contador ou técnico em contabilidade, devidamente registrados no Conselho Regional de Contabilidade de Mato Grosso do Sul, formado há mais

de cinco anos e idade acima de vinte e cinco anos. Utilizou esse critério na expectativa de que esses profissionais com mais tempo de formado e idade mais avançada expressariam melhor a realidade dessa classe de profissionais.

O critério de exclusão foi ser contador ou técnico em contabilidade formado há menos de cinco anos, mesmo tendo o registro no CRC-MS, com idade abaixo de vinte e cinco anos.

#### 4.3 RECURSOS HUMANOS E MATERIAIS

A pesquisa foi realizada pelo pesquisador. Contou-se com o auxílio de um estatístico.

Os recursos materiais, tais como envelopes, formulários, despesas com informática, photocópias e transporte, foram custeados pelo pesquisador.

#### 4.4 INSTRUMENTOS

Utilizou na pesquisa um questionário sociodemográfico elaborado pelo pesquisador (APÊNDICE A) contendo as variáveis: idade, sexo, formação, tempo de formado, estado civil, horas trabalhadas diariamente, atuação profissional, satisfação profissional, renda mensal própria e se exerce outra atividade profissional. Foi aplicado, também, o questionário genérico de Qualidade de Vida – SF-36 “The Medical Outcomes Study 36-Item Short Health Survey” (ANEXO A). Optou-se pelo questionário SF-36 pela praticidade e rapidez na aplicação e facilidade na administração e compreensão.

#### 4.5 ASPECTOS ÉTICOS

O presente estudo atendeu todas as orientações estabelecidas pelas seguintes normas: Código de Ética Profissional do Contabilista (CEPC), por meio da Resolução n. 803, de 10 de outubro de 1996; do Conselho Nacional de Saúde (CNS) para pesquisas com seres humanos e da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) estabelecidas na Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996, que trata de investigação não-invasiva e que não envolve qualquer tipo de manipulação que possa atentar contra a ética em pesquisa. O projeto deste estudo foi

devidamente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica Dom Bosco (ANEXO B).

#### 4.6 PROCEDIMENTOS

Foi encaminhada uma Carta ao CRC-MS solicitando uma relação dos contabilistas de Campo Grande, MS, com seus respectivos endereços e telefones. De posse da relação efetuou-se o sorteio dos participantes. Foi realizada a visita aos locais de trabalho deles, para preenchimento dos questionários. A coleta de dados foi realizada, pelo pesquisador, com a entrega de dois envelopes aos participantes: um, contendo o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e outro, com os questionários sociodemográfico e SF-36, devolvidos devidamente lacrados (APÊNDICE B).

#### 4.7 ANÁLISE E PROCESSAMENTO DE DADOS

Os dados coletados foram armazenados em planilhas (Excel). Utilizou para a análise estatística, o *software* MINITAB para Windows – versão 14.2. Foi realizada uma análise descritiva dos dados. Nas inferências estatísticas foram utilizados os testes *t*-student, análise de variância e de correlação de *Pearson*, sendo todos eles aplicados com 95% de confiabilidade.

## **5 RESULTADOS**

---

A Tabela 1 apresenta os dados demográficos dos participantes, sendo 52,6% do sexo masculino e 47,4% do feminino; quanto à formação 60,4% são contadores, enquanto que 39,6% são técnicos em contabilidade; e 61,1% são casados. Com relação às horas de trabalho, a maioria trabalha até 8 horas/dia (56,8%); 50,8% atuam como empregados; 94,6% estão satisfeitos com a profissão e apenas 19,2% exercem outra atividade profissional.

**TABELA 1** - Caracterização dos participantes da amostra

Variáveis	Categoria	n	%
Sexo	Feminino	99	47,4
	Masculino	110	52,6
	<b>Total</b>	<b>209</b>	<b>100,0</b>
Formação	Técnico	82	39,6
	Contador	125	60,4
	<b>Total</b>	<b>207*</b>	<b>100,0</b>
Estado civil	Casado	127	61,1
	Solteiro	51	24,5
	Outro	30	14,4
	<b>Total</b>	<b>208*</b>	<b>100,0</b>
Horas de trabalho	Até 8 horas	117	56,8
	Mais que 8 até 10 horas	58	28,2
	Mais que 10 horas	31	15,1
	<b>Total</b>	<b>206*</b>	<b>100,0</b>
Atuação profissional	Autônomo	38	18,9
	Empresário	41	20,4
	Empregado	102	50,8
	Funcionário Público	20	10,0
	<b>Total</b>	<b>201*</b>	<b>100,0</b>
Satisfeito com a profissão	Sim	193	94,6
	Não	11	5,4
	<b>Total</b>	<b>204*</b>	<b>100,0</b>
Exerce outra profissão	Sim	40	19,2
	Não	168	80,8
	<b>Total</b>	<b>208*</b>	<b>100,0</b>

\*Os valores de n ≠ 209 referem-se aos participantes que não responderam.

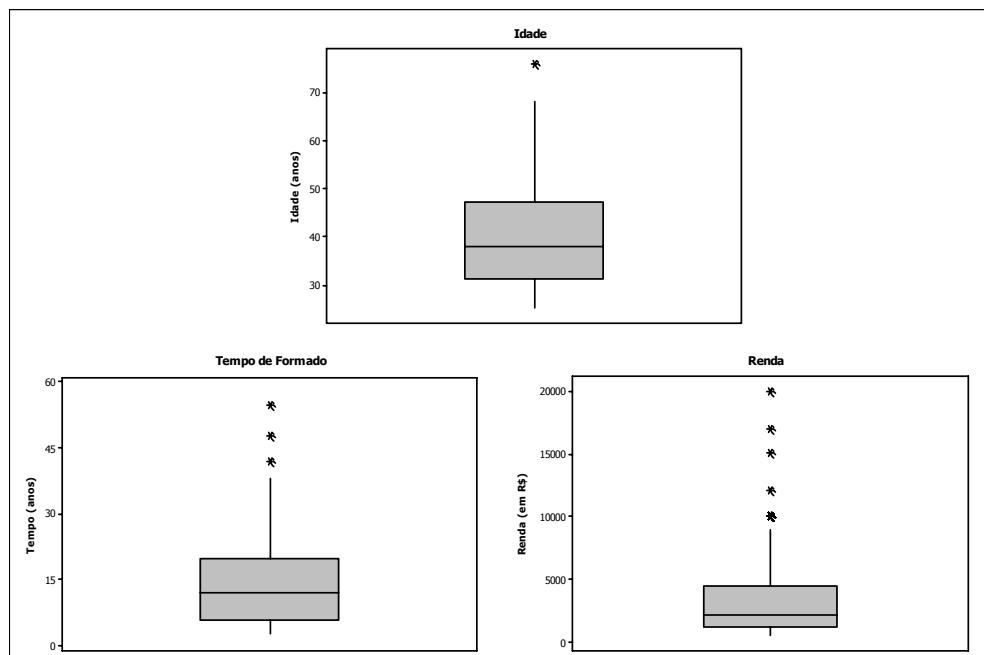
A Tabela 2 apresenta as variáveis demográficas contínuas: idade, tempo de formado e renda dos participantes. Verificou-se que a idade média dos participantes é de 40 anos, tempo médio de formado 13 anos e a renda média de R\$ 3.253,00.

**TABELA 2** - Estatística descritiva das variáveis demográficas contínuas

Variáveis	n	Média	Desvio-padrão
Idade	209	40,05	10,33
Tempo de formado	209	13,90	9,06
Renda	207*	3.253,00	2.927,00

\*Dois participantes não responderam.

O Gráfico 1 apresenta em *Box Plot* as variáveis demográficas contínuas: idade, tempo de formação e renda dos participantes, sendo o quartil médio da idade dos participantes (40,9), de tempo de formado (13,90) e renda (R\$ 3.253,00).



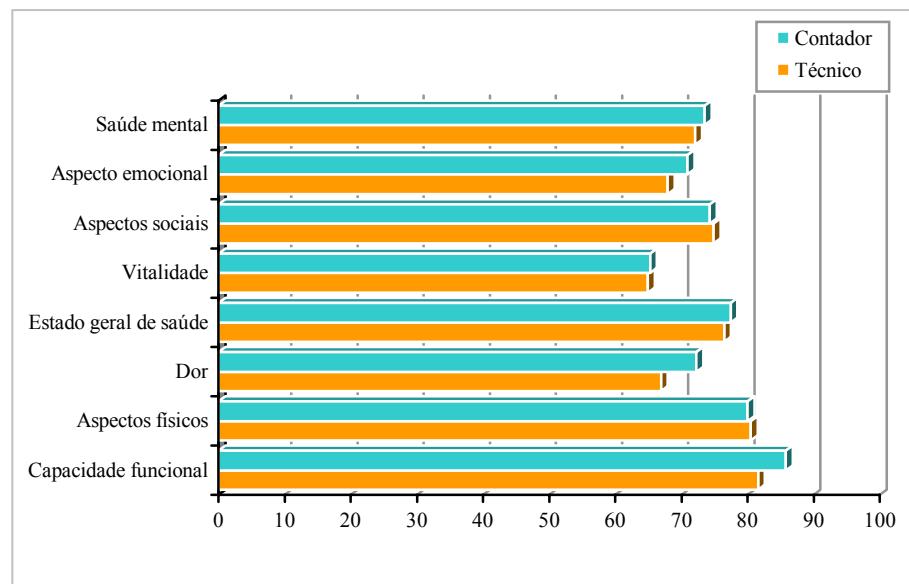
**GRÁFICO 1** - *Box Plot* das variáveis demográficas contínuas: idade, tempo de formado e renda dos participantes.

A Tabela 3 apresenta a comparação entre os participantes quanto aos domínios do SF-36. Em nenhum dos domínios foi verificada diferença estatisticamente significativa entre os contadores e técnicos em contabilidade.

**TABELA 3** - Comparação entre os participantes quanto aos domínios do SF-36

<b>Domínio</b>	<b>Variável</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio-padrão</b>	<i>t</i>	p-valor
Capacidade funcional	Técnico	81,59	16,65	3,29	0,071
	Contador	85,80	16,65		
Aspectos físicos	Técnico	80,49	26,94	0,01	0,904
	Contador	80,00	29,44		
Dor	Técnico	66,89	23,35	2,94	0,088
	Contador	72,27	21,25		
Estado geral de saúde	Técnico	76,45	16,03	0,18	0,671
	Contador	77,45	16,03		
Vitalidade	Técnico	64,94	18,2	0,01	0,903
	Contador	65,28	20,51		
Aspectos sociais	Técnico	74,85	23,03	0,03	0,871
	Contador	74,30	23,99		
Aspecto emocional	Técnico	67,89	36,83	0,33	0,565
	Contador	70,93	37,38		
Saúde mental	Técnico	72,05	17,75	0,33	0,568
	Contador	73,50	18,02		

O Gráfico 2 apresenta a média dos participantes em relação aos domínios do SF-36, evidenciando-se que a melhor média de QV foi capacidade funcional, e a pior, vitalidade, tanto entre os técnicos como entre os contadores.



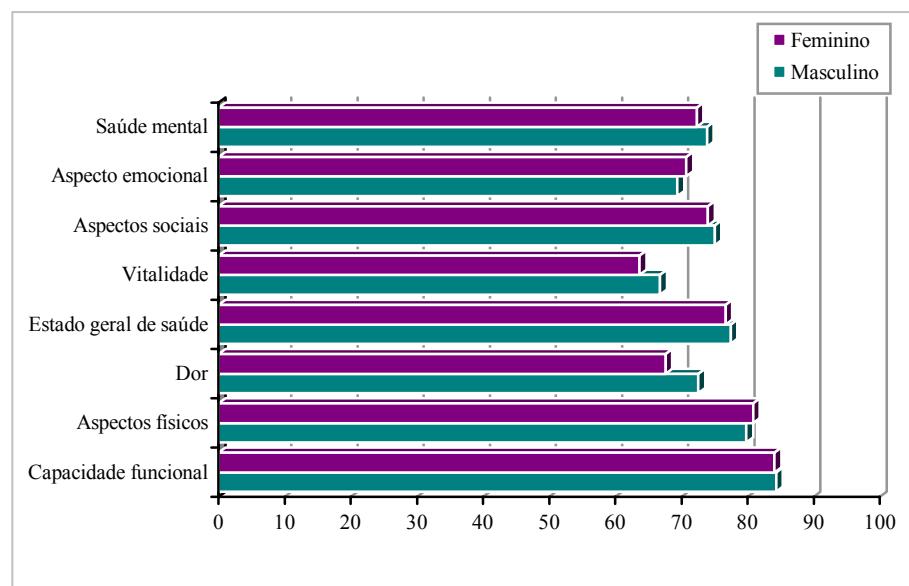
**GRÁFICO 2** - Médias dos participantes em relação aos domínios do SF-36.

A Tabela 4 apresenta a distribuição dos domínios do SF-36 em relação à variável sexo. Foram amostrados 99 mulheres e 110 homens, não sendo constatada nenhuma diferença estatisticamente significativa.

**TABELA 4** - Distribuição dos domínios do SF-36 em relação à variável sexo.

<b>Domínio</b>	<b>Variável</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio-padrão</b>	<b><i>t</i></b>	<b>p-valor</b>
Capacidade funcional	Feminino	84,04	14,65	0,01	0,919
	Masculino	84,27	17,84		
Aspectos físicos	Feminino	80,81	30,48	0,07	0,793
	Masculino	79,77	26,34		
Dor	Feminino	67,59	22,31	2,60	0,108
	Masculino	72,54	22,00		
Estado geral de saúde	Feminino	76,64	16,52	0,12	0,729
	Masculino	77,43	16,35		
Vitalidade	Feminino	63,64	20,99	1,33	0,250
	Masculino	66,77	18,31		
Aspectos sociais	Feminino	73,99	23,94	0,10	0,757
	Masculino	75,00	23,15		
Aspecto emocional	Feminino	70,71	39,06	0,07	0,799
	Masculino	69,39	35,30		
Saúde mental	Feminino	72,32	18,67	0,38	0,539
	Masculino	73,85	17,28		

O Gráfico 3 mostra as médias da variável sexo em relação aos domínios do SF-36, verificando que a melhor média de QV foi capacidade funcional e a pior foi vitalidade, em ambos os sexos.



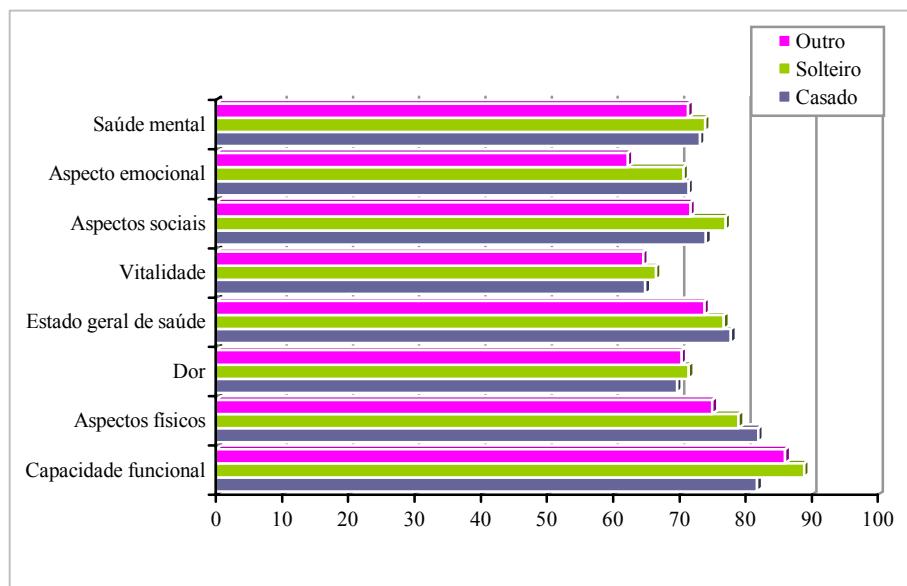
**GRÁFICO 3** - Médias da variável sexo em relação aos domínios do SF-36.

A Tabela 5 mostra a verificação de diferenças estatisticamente significativas entre a variável estado civil e os domínios do SF-36. Constatou-se diferença estatisticamente significativa entre a variável estado civil e o domínio capacidade funcional ( $p=0,025$ ), sendo a variável casados com média inferior às demais médias (81,73).

**TABELA 5** - Distribuição dos participantes quanto à variável estado civil e os domínios do SF-36

<b>Domínio</b>	<b>Variável</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio-padrão</b>	<b>F</b>	<b>p-valor</b>
Capacidade funcional	Casado	81,73	17,48		
	Solteiro	88,82	12,15	3,75	0,025
	Outros	86,00	16,21		
Aspectos físicos	Casado	81,89	26,48		
	Solteiro	78,92	30,57	0,78	0,460
	Outros	75,00	32,16		
Dor	Casado	69,64	22,29		
	Solteiro	71,41	23,05	0,12	0,891
	Outros	70,33	21,63		
Estado geral de saúde	Casado	77,79	16,46		
	Solteiro	76,71	14,89	0,74	0,479
	Outros	73,77	18,36		
Vitalidade	Casado	64,88	19,23		
	Solteiro	66,47	22,28	0,14	0,869
	Outros	64,50	17,14		
Aspectos sociais	Casado	74,02	23,71		
	Solteiro	76,96	23,50	0,52	0,594
	Outros	71,67	22,73		
Aspecto emocional	Casado	71,39	36,55		
	Solteiro	70,59	36,91	0,75	0,472
	Outros	62,22	39,86		
Saúde mental	Casado	73,13	17,80		
	Solteiro	73,88	19,11	0,19	0,825
	Outros	71,33	16,94		

No Gráfico 4 visualiza-se a média da variável estado civil em relação aos domínios do SF-36. Constatou-se que a melhor média de QV foi capacidade funcional e a pior, aspecto emocional. Verificou-se diferença estatisticamente significativa entre a variável estado civil e o domínio capacidade funcional.



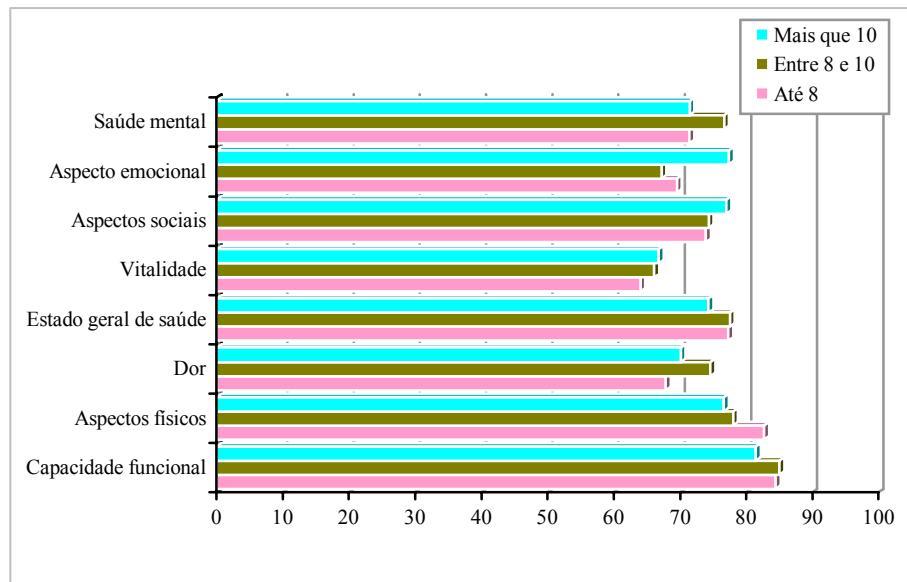
**GRÁFICO 4** - Médias da variável estado civil em relação aos domínios do SF-36.

A Tabela 6 evidencia que dos participantes 117 trabalham diariamente até 8 horas, 58 mais que 8 horas, e até 10 horas diárias, e 31 trabalham mais de 10 horas diárias. Não foram verificadas diferenças estatisticamente significativas em relação aos domínios do SF-36.

**TABELA 6** - Distribuição dos participantes quanto à variável horas de trabalho e os domínios do SF-36

Domínio	Variável	Média	Desvio-padrão	F	p-valor
Capacidade funcional	Até 8	84,44	15,79		
	Entre 8 e 10	85,00	15,53	0,52	0,597
	Mais que 10	81,45	19,84		
Aspectos físicos	Até 8	82,69	24,67		
	Entre 8 e 10	78,02	30,01	0,89	0,412
	Mais que 10	76,61	34,72		
Dor	Até 8	67,83	21,65		
	Entre 8 e 10	74,62	21,84	1,86	0,159
	Mais que 10	70,13	23,28		
Estado geral de saúde	Até 8	77,3	15,68		
	Entre 8 e 10	77,53	16,89	0,46	0,634
	Mais que 10	74,32	18,51		
Vitalidade	Até 8	64,02	19,47		
	Entre 8 e 10	66,12	19,47	0,37	0,693
	Mais que 10	66,77	20,64		
Aspectos sociais	Até 8	73,93	23,13		
	Entre 8 e 10	74,35	22,99	0,22	0,806
	Mais que 10	77,02	24,81		
Aspecto emocional	Até 8	69,52	37,54		
	Entre 8 e 10	67,24	35,04	0,8	0,452
	Mais que 10	77,42	37,90		
Saúde mental	Até 8	71,42	18,36		
	Entre 8 e 10	76,69	15,34	1,81	0,166
	Mais que 10	71,48	20,07		

O Gráfico 5 mostra as médias da variável horas de trabalho em relação aos domínios do SF-36, onde foi verificado que a melhor média de QV foi capacidade funcional, seguida de aspectos físicos, e a pior, vitalidade.



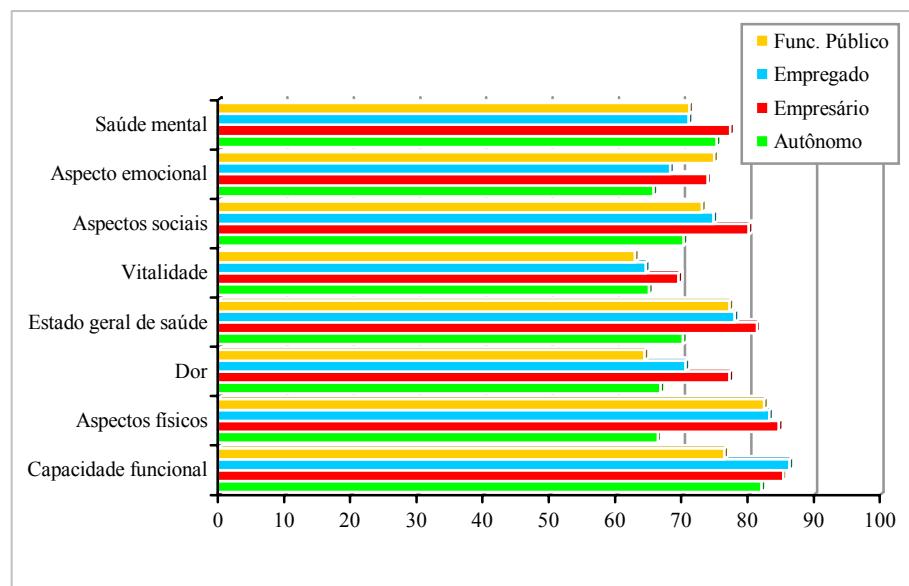
**GRÁFICO 5** - Médias da variável horas de trabalho em relação aos domínios do SF-36.

Com relação à variável atuação profissional, os participantes foram subdivididos em autônomos, empresários, empregados e funcionários públicos, sendo em número de 38, 41, 102 e 20 profissionais respectivamente por categoria. Verificou-se que os domínios aspectos físicos e estado geral de saúde foram significativamente diferentes entre si, com respectivos  $p=0,009$  e  $0,018$  para cada domínio. Ressalta-se que os autônomos obtiveram escores menores que os outros grupos nos dois domínios, com as médias: aspectos físicos (66,45) e estado geral de saúde (70,24) (TABELA 7). Isso indica que os autônomos estão com menos saúde em relação aos demais profissionais da categoria.

**TABELA 7** - Distribuição dos participantes quanto à variável atuação profissional e os domínios do SF-36

Domínio	Variável	Média	Desvio-padrão	F	p-valor
Capacidade funcional	Autônomo	82,11	17,69	2,41	0,068
	Empresário	85,37	13,39		
	Empregado	86,42	15,94		
	Funcionário Público	76,50	19,87		
Aspectos físicos	Autônomo	66,45	39,11	3,98	0,009
	Empresário	84,76	20,06		
	Empregado	83,33	24,46		
	Funcionário Público	82,50	30,46		
Dor	Autônomo	66,92	27,38	2,10	0,102
	Empresário	77,29	18,86		
	Empregado	70,64	21,45		
	Funcionário Público	64,50	21,10		
Estado geral de saúde	Autônomo	70,24	18,74	3,42	0,018
	Empresário	81,41	13,51		
	Empregado	78,10	15,39		
	Funcionário Público	77,35	18,90		
Vitalidade	Autônomo	65,13	21,73	0,76	0,518
	Empresário	69,63	16,37		
	Empregado	64,71	20,66		
	Funcionário Público	63,00	17,65		
Aspectos sociais	Autônomo	70,39	26,54	1,20	0,312
	Empresário	80,18	19,76		
	Empregado	74,88	23,37		
	Funcionário Público	73,13	24,76		
Aspecto emocional	Autônomo	65,79	38,35	0,50	0,684
	Empresário	73,98	31,19		
	Empregado	68,30	38,79		
	Funcionário Público	75,00	40,28		
Saúde mental	Autônomo	75,37	18,38	1,43	0,234
	Empresário	77,37	16,02		
	Empregado	71,14	18,62		
	Funcionário Público	71,20	18,52		

O Gráfico 6 demonstra a variável atuação profissional em relação aos domínios do SF-36. Verificou-se que a melhor média de QV foi capacidade funcional e a pior, vitalidade.



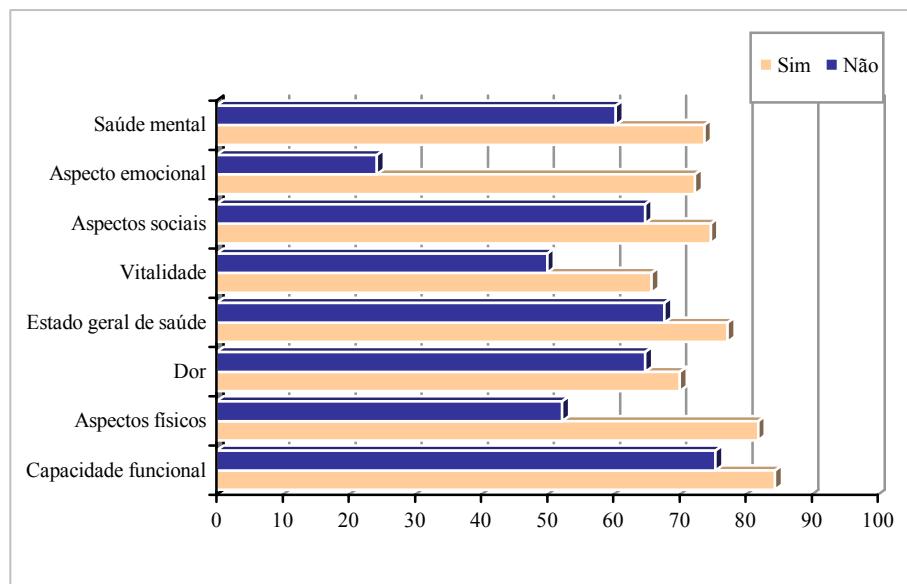
**GRÁFICO 6** - Médias da variável atuação profissional em relação aos domínios do SF-36.

A Tabela 8 mostra que dos participantes na variável satisfação profissional, 193 estão satisfeitos com a profissão e 11 não. Nessa variável foi verificada a diferença significativa com relação aos domínios aspectos físicos, vitalidade, aspecto emocional e saúde mental, com respectivos  $p=0,001$ ,  $0,009$ , menor que  $0,001$  e  $0,016$ . Observa-se que nos domínios em que foram verificadas diferenças estatisticamente significativas, os escores dos participantes que não estão satisfeitos com a profissão foram significativamente menores em relação aos participantes que estão.

**TABELA 8** - Comparação entre a variável satisfação profissional em relação aos domínios do SF-36

<b>Domínios</b>	<b>Variável</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio-padrão</b>	<b><i>t</i></b>	<b>p-valor</b>
Capacidade funcional	Sim	84,43	16,24	3,12	0,079
	Não	75,45	19,03		
Aspectos físicos	Sim	81,87	26,91	12,00	0,001
	Não	52,27	37,84		
Dor	Sim	70,03	22,11	0,58	0,446
	Não	64,82	20,74		
Estado geral de saúde	Sim	77,27	16,27	3,58	0,060
	Não	67,73	16,21		
Vitalidade	Sim	65,78	19,10	6,92	0,009
	Não	50,00	23,56		
Aspectos sociais	Sim	74,74	23,56	1,88	0,171
	Não	64,77	20,78		
Aspecto emocional	Sim	72,37	35,63	18,92	< 0,001
	Não	24,24	36,79		
Saúde mental	Sim	73,76	17,69	5,89	0,016
	Não	60,36	19,96		

No Gráfico 7 estão apresentadas as médias da variável satisfação profissional em relação aos domínios do SF-36, tendo sido identificado que a melhor média de QV foi capacidade funcional, seguida de aspectos funcionais, e a pior, aspectos emocionais.



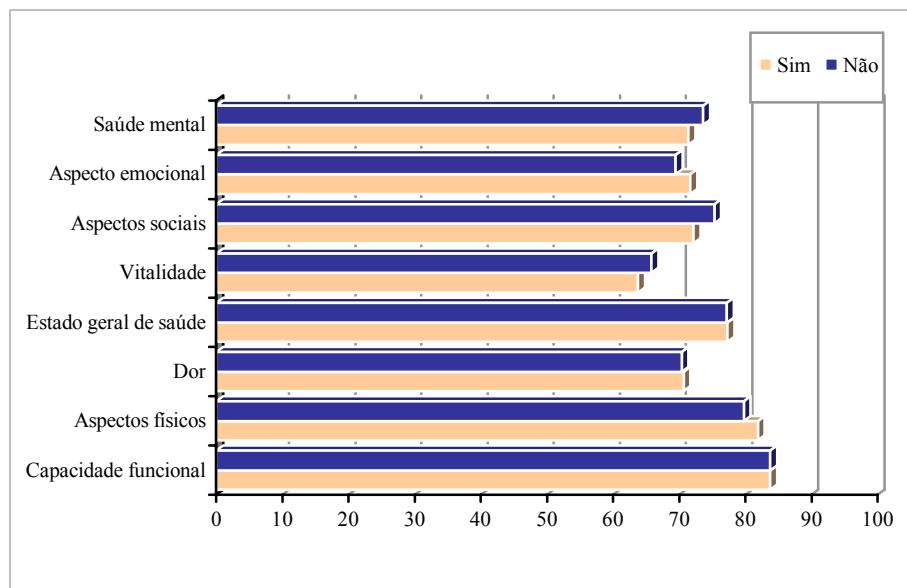
**GRÁFICO 7** - Médias da variável satisfação profissional em relação aos domínios do SF-36.

A Tabela 9 apresenta a variável exerce outra atividade profissional, verificando-se que dos participantes, 40 responderam sim e 168 responderam não. Não foi verificada em nenhum domínio do SF-36, diferença estatisticamente significativa.

**TABELA 9** - Comparaçao entre a variável exerce outra atividade profissional com relação aos domínios do SF-36

Domínios	Variável	Média	Desvio-padrão	t	p-valor
Capacidade funcional	Sim	83,75	14,62	0,03	0,861
	Não	83,75	14,62		
Aspectos físicos	Sim	81,88	25,31	0,18	0,673
	Não	79,76	29,08		
Dor	Sim	70,68	20,99	0,01	0,938
	Não	70,37	22,31		
Estado geral de saúde	Sim	77,28	18,75	0,00	0,981
	Não	77,21	15,66		
Vitalidade	Sim	63,75	20,59	0,34	0,559
	Não	65,77	19,45		
Aspectos sociais	Sim	72,19	26,33	0,57	0,451
	Não	75,30	22,68		
Aspecto emocional	Sim	71,67	36,63	0,12	0,734
	Não	69,44	37,28		
Saúde mental	Sim	71,40	18,33	0,49	0,484
	Não	73,62	17,88		

O Gráfico 8 mostra as médias da variável exerce outra atividade profissional em relação aos domínios do SF-36. Constatou-se que a melhor média de QV foi capacidade funcional, com média (83,75) e a pior, vitalidade, com média (63,75). Isso apontou que os participantes que exercem outras atividades têm pior qualidade de vida em relação aos que não exercem.



**GRÁFICO 8** - Médias da variável exerce outra atividade profissional em relação aos domínios do SF-36.

A Tabela 10 revela que houve correlação significativa entre a variável idade e o domínio capacidade funcional, com respectivo  $p=0,040$  e um coeficiente de correlação de  $-0,142$ . Isso significa que quanto maior for a idade, menor o valor no domínio capacidade funcional.

**TABELA 10** - Relação entre a variável idade e os domínios do SF-36

Domínios	Correlação	p-valor
Capacidade funcional	-0,142	0,040
Aspectos físicos	-0,102	0,143
Dor	-0,042	0,545
Estado geral de saúde	-0,009	0,902
Vitalidade	0,069	0,319
Aspectos sociais	0,056	0,419
Aspecto emocional	0,039	0,576
Saúde mental	0,085	0,222

Evidencia-se que existe correlação linear significativa da variável tempo de formado em relação ao domínio capacidade funcional, apresentando os valores  $p=0,009$  e um

coeficiente de correlação -0,181. Esse resultado indica que o participante com maior tempo de formado tem menor escore no domínio capacidade funcional (TABELA 11). Portanto, pior qualidade de vida neste aspecto.

**TABELA 11** - Relação entre a variável tempo de formado e os domínios do SF-36

Domínios	Correlação	p-valor
Capacidade funcional	-0,181	0,009
Aspectos físicos	-0,101	0,144
Dor	-0,069	0,320
Estado geral de saúde	-0,038	0,584
Vitalidade	0,032	0,642
Aspectos sociais	0,005	0,948
Aspecto emocional	0,024	0,736
Saúde mental	0,038	0,581

Na Tabela 12 está evidenciado que existe correlação linear significativa da variável renda em relação ao domínio capacidade funcional, sendo os valores verificados  $p=0,031$  e o coeficiente negativo -0,150. Isso implica dizer que quanto maior a renda do participante, menor será o escore no domínio capacidade funcional, portanto, pior qualidade de vida neste aspecto.

**TABELA 12** - Relação entre a variável renda e os domínios do SF-36.

Domínios	Correlação	p-valor
Capacidade funcional	-0,150	0,031
Aspectos físicos	-0,109	0,119
Dor	0,016	0,815
Estado geral de saúde	0,053	0,445
Vitalidade	0,079	0,257
Aspectos sociais	-0,072	0,300
Aspecto emocional	0,054	0,442
Saúde mental	0,046	0,511

---

## **6 DISCUSSÃO**

Não foram encontrados estudos específicos a respeito de QV na categoria dos contabilistas, tanto na literatura nacional como internacional. Além das pesquisas bibliográficas, também foram contatados por mensagem virtual os principais pesquisadores de QVRS do Brasil, entre eles Rozana Mesquita Ciconelli, Marcelo Pio de Almeida Fleck, Maurício Tostes e Miako Kimura, estes por sua vez confirmaram a inexistência de estudos nessa categoria de profissionais.

## 6.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DA AMOSTRA

Constatou-se que os homens são a maioria em relação às mulheres, diferentemente do encontrado em Oler et al. (2005), em um estudo de QV da equipe de enfermagem do centro cirúrgico, em São José do Rio Preto, SP, onde a maioria verificada era do sexo feminino. Os casados estão em maior número. Dados semelhantes foram encontrados por Favarato et al. (2006), em um estudo de QV em portadores de doença arterial coronária, em São Paulo, SP, e por Oler et al. (2005). A prevalência maior de casados pode ser interpretada pelo grau de maturidade bastante elevado da categoria, bem como pela estabilidade econômico-financeira, uma vez que a renda média está em um bom patamar.

A maioria dos participantes é formada por contadores. Essa diferença pode ser justificada pela mudança na categoria, que até então era formada por contador e técnico em contabilidade. Hoje, a tendência natural é aumentar o número de contadores, uma vez que não existe mais a formação de nível técnico.

A maioria dos participantes trabalha até 8 horas diárias. Diferentemente do encontrado em Souza (2004) em um estudo de sono, hábitos, QV e acidentes em caminhoneiros no Brasil e em Portugal, onde a maioria desses profissionais trabalha de 6 a 10 horas em Portugal e, no Brasil a maioria trabalha de 11 a 15 horas diárias. A maioria dos participantes atua como empregado, semelhantemente ao encontrado em Congro (2003) em um estudo com mulheres que exercem cargo de gerência na cidade de Dourados, MS.

A maioria dos participantes está satisfeita com a profissão. O que pode ser entendido que essa satisfação é motivada pela boa média da renda. Grande parte deles não exerce outra atividade, corroborando os resultados de Souza (2004) em um estudo de sono, hábitos, QV e acidentes em caminhoneiros no Brasil e em Portugal. A maioria dos participantes está satisfeita com a profissão. Isso pode ser, também, interpretado pela boa média da renda.

## 6.2 DOMÍNIOS DO SF-36

Constatou-se que a melhor média geral de QV foi capacidade funcional, diferentemente dos dados de Ciconelli (1997) em uma pesquisa com pacientes com artrite reumática, onde os aspectos sociais tiveram o melhor escore, seguido por saúde mental e estado geral de saúde. Ainda sobre a média geral de QV foram encontrados semelhantes resultados em Souza (2004) em um estudo de sono, hábitos, QV e acidentes em caminhoneiros no Brasil e em Portugal; em Congro (2003) em um estudo com mulheres que exercem cargo de gerência na cidade de Dourados, MS e em Sinzato (2005) em um estudo sobre obesidade e QV com a população da cidade de Bandeirantes, MS. Diferente do encontrado em Abreu (2005), em um estudo sobre QVRS de pacientes em hemodiálise, no município de Guarapuava, PR, onde a melhor média de QV foi aspectos sociais.

A pior média de QV foi vitalidade. Dados similares foram encontrados em Souza (2004). Diferentemente do encontrado em Sinzato (2005) em um estudo sobre obesidade e QV com a população da cidade de Bandeirantes, MS e em Congro (2003) em um estudo com mulheres que exercem cargo de gerência na cidade de Dourados, MS, que a pior média de QV foi dor. Aranha et al. (2006), no estudo de QVRS em espanholas com osteoporose, relatam que a pior média de QV foi estado geral de saúde. Essa constatação pode ser interpretada pela atividade contabilista, que exige acentuado esforço do profissional em função da complexidade da legislação, cumprimento de prazos, uma legislação complexa e em constante mudança, causando um desgaste mental a esses profissionais.

Os homens e as mulheres tiveram o componente capacidade funcional como a melhor média de QV, resultados similares aos encontrados em Franco, Barros e Martins (2005), em um estudo sobre QV e sintomas depressivos em residentes de enfermagem de São Paulo, SP. Diferentemente de Favarato et al. (2006) em um estudo de QV em portadores de doença arterial coronária, em São Paulo, SP, cuja maior média de QV foi aspectos sociais. Ainda nesse estudo verificou-se que a pior média de QV entre os homens e as mulheres foi vitalidade, diferentemente do encontrado em Favarato et al. (2006), que foi aspectos físicos.

A melhor média de QV em relação à variável estado civil foi capacidade funcional, na qual os solteiros obtiveram melhor escore. Diferentemente do que foi encontrado em Congro (2003), que a melhor média foi aspecto emocional, sendo que as viúvas obtiveram melhor escore. A melhor QV dos participantes relativa à variável horas de trabalho foi capacidade

funcional. Diferentemente do encontrado em Souza (2004), que obteve melhor escore no domínio saúde mental. A melhor média de QV em relação à variável atuação profissional foi capacidade funcional e a pior, vitalidade. Diferentemente do encontrado em Congro (2003), sendo a melhor média de QV aspectos físicos e a pior, dor.

Ainda no presente estudo em relação à variável atuação profissional, verificou-se que profissionais autônomos obtiveram menores escores em relação aos demais. Esse resultado pode ser interpretado pela falta de estabilidade por ser autônomo. No Brasil, a relação de emprego ainda proporciona segurança e estabilidade. A melhor média de QV dos participantes relativa à variável satisfação profissional foi capacidade funcional, e a pior, aspecto emocional. Constatou-se que os escores dos participantes que não estão satisfeitos com a profissão foram significativamente menores em relação aos que estão. Isso está evidente, pois o profissional que não está satisfeito com o que faz, o resultado tende a ficar comprometido. Outra consideração que se pode fazer é com relação a seu aspecto emocional, se ele não está bem na profissão, possivelmente o seu emocional também não está bem.

A melhor média de QV dos participantes com relação à variável exerce outra atividade profissional foi capacidade funcional, e a pior, vitalidade, indicando que os participantes que exercem outras atividades têm pior qualidade de vida em relação aos que não exercem. Constatou-se que quanto maior a idade dos participantes, pior é sua capacidade funcional. O que é aceitável como processo natural de vida, em geral. Verificou-se também que os participantes com maior tempo de formado têm pior capacidade funcional. Outra constatação que pode ser interpretada como natural, visto que, com mais tempo de formado, ele já trabalhou mais; a tendência é se desgastar em função das atividades que exigem dedicação. Verificou-se ainda que quanto maior a renda do participante, pior sua capacidade funcional.

---

## **7 CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O presente estudo apresentou bons resultados, de uma maneira geral, na QV dos contabilistas de Campo Grande, MS, apesar de ser uma profissão que exige muito do profissional por conta de sua complexidade e do volume de informações em tempo real. O domínio capacidade funcional apresentou a melhor média de QV. Outro dado positivo foi com relação à variável satisfação profissional, que demonstrou que a maioria está satisfeita com a profissão, levando a concluir que é uma profissão que satisfaz aos anseios do profissional. A idade média dos participantes é de 40 anos, revelando que é uma categoria de profissionais com bastante maturidade.

A maioria dos participantes possui vínculo empregatício, mostrando que a relação de emprego no Brasil ainda é uma oportunidade realizadora. O número elevado de funcionários públicos justifica a grande busca por concurso público. A renda média desses profissionais está em uma faixa privilegiada da população brasileira, proporcionando atratividade pela profissão. Essa *performance* demonstra que se trata de uma profissão que exerce um papel relevante na sociedade por conta do fornecimento de oportunidade de mão-de-obra.

O presente estudo também apontou alguns dados preocupantes. É o caso da vitalidade que foi o pior componente de QV, gerando uma preocupação com a perspectiva de vida desses trabalhadores, o que pode interferir negativamente na sua QV. Outro resultado que merece atenção é o número de profissionais que trabalham mais de dez horas diárias. Apesar de ser um número bastante reduzido, pode também, interferir negativamente na QV desses profissionais.

As constatações verificadas nesta pesquisa, apesar de ser um estudo pioneiro, considerando que não foram encontrados na literatura nacional nem na internacional, estudos específicos sobre QV dessa categoria profissional, sugerem que novas pesquisas sejam desenvolvidas, dando continuidade a este trabalho, despertando nesses profissionais a importância de se ter Qualidade de Vida e Qualidade de Vida no Trabalho.

---

**REFERÊNCIAS**

ABREU, I. S. *Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes em hemodiálise no município de Guarapuava – PR*. 2005. 97 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2005.

ACHKAR, T. C. S. *Síndrome de Burnout: repercussões na qualidade de vida no trabalho de profissionais de saúde de um hospital privado da cidade de Cascavel-PR*. 196 f. 2006. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande, MS, 2006.

ANTUNES, R. *Adeus ao trabalho?*: ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. 6. ed. São Paulo: Cortez, 1999.

ARANHA, L. L. M. et al. Qualidade de vida relacionada à saúde em espanholas com osteoporose. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 40, n. 2, p. 298-303, 2006.

BRASIL. Conselho Federal de Contabilidade. Resolução n. 803, de 10 de outubro de 1996. Aprova o Código de Ética Profissional do Contabilista (CEPC). *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 20 dez. 1996a. Disponível em: <[http://www.cfc.org.br/sisweb/sre/detalhes\\_sre.aspx?Codigo=1996/000803](http://www.cfc.org.br/sisweb/sre/detalhes_sre.aspx?Codigo=1996/000803)>. Acesso em: 08 mar. 2007.

\_\_\_\_\_. Resolução n. 774, 16 de dezembro de 1994. Aprova o apêndice à resolução sobre os Princípios Fundamentais de Contabilidade. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 18 jan. 1995. Disponível em: <[http://www.cfc.org.br/sisweb/sre/detalhes\\_sre.aspx?Codigo=1994/000774](http://www.cfc.org.br/sisweb/sre/detalhes_sre.aspx?Codigo=1994/000774)>. Acesso em: 08 mar. 2007.

\_\_\_\_\_. Resolução n. 750, 29 de dezembro de 1993. Dispõe sobre os princípios fundamentais de contabilidade (PFC). *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 31 dez. 1993. Disponível em: <[http://www.cfc.org.br/sisweb/sre/detalhes\\_sre.aspx?Codigo=1993/000750](http://www.cfc.org.br/sisweb/sre/detalhes_sre.aspx?Codigo=1993/000750)>. Acesso em: 08 mar. 2007.

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, 01 out. 1996b. Disponível em: <<http://www.conselho.saude.gov.br/resolucoes/1996/Reso196.doc>>. Acesso em: 08 set. 2006.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000.

CARANDINA, D. M. *Qualidade de vida no trabalho: construção de um instrumento de medida para enfermeiras*. 2003. 263 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

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, 2003. v. 1, p. 73-103.

CASAS, J. et al. Dimensiones y medición de la calidad de vida laboral en profesionales sanitarios. *Revista de Administración Sanitaria*, v. 6, n. 23, p. 143-160, jul./sept. 2002.

- CICONELLI, R. M. *Avaliação da qualidade de vida em doenças reumáticas*. São Paulo, 2000. Disponível em: <<http://www.einstein.br/psicologia/geral/pdf/qualidade.pdf>>. Acesso em: 20 maio 2007.
- \_\_\_\_\_. *Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida “Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36)”).* 1997. 120 f. Tese (Doutorado em Medicina) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 1997.
- CONGRO, M. M. R. *Mulheres na gerência: um estudo sobre a qualidade de vida das trabalhadores em empresas de Dourados, Estado de Mato Grosso do Sul.* 2003. 196 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande, 2003.
- DANTAS, R. A. S.; SAWADA, N. O.; MALERBO, M. B. Pesquisas sobre qualidade de vida: revisão da produção científica das universidades públicas do Estado de São Paulo. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 11, n. 4, p. 532-538, 2003.
- DEJOURS, C. A. *A loucura do trabalho: estudo da psicopatologia do trabalho.* São Paulo: Oboré, 1987.
- DIMATOS, A. M. M. *Prazer no trabalho.* 1999. 112 f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1999.
- FAVARATO, M. E. C. S. et al. Qualidade de vida em portadores de doença arterial coronária: comparação entre gêneros. *Revista da Associação Médica Brasileira*, São Paulo, v. 52, n. 4, p. 236-241, 2006.
- FERNANDES, E. C.; GUTIERREZ, L. H. Qualidade de vida no trabalho (QVT): uma experiência brasileira. *Revista de Administração da USP*, v. 23, n. 4, p. 29-31-32, 1998.
- FERREIRA, A. B. H. *Miniaurélio século XXI escolar: o minidicionário da língua portuguesa.* 4. ed. rev. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2001.
- FIGUEIREDO, S.; FABRI, P. E. *Gestão das empresas contábeis.* São Paulo: Atlas, 2000.
- 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). *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 33, n. 2, p. 198-205, 1999.
- FLECK, M. P. A. et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “WHOQOL-bref”. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 34, n. 2, p. 178-183, 2000.
- FRANCO, G. P.; BARROS, A. L. B. L.; MARTINS, L. A. N. Qualidade de vida e sintomas depressivos em residentes de enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 13, n. 2, p. 139-144, 2005.
- FRANCO, H. *Contabilidade geral.* 23. ed. São Paulo: Atlas, 1997.
- \_\_\_\_\_. *50 anos de contabilidade.* São Paulo: Atlas, 1993.

- GUIMARÃES, L. A. M. *Atualizações em qualidade de vida no trabalho*. Campo Grande, 2005. Apostila do Programa de Mestrado em psicologia da Universidade Católica Dom Bosco. mimeo.
- GUITERAS, A. F.; BAYÉS, R. Desarrolllo de uninstrumento para la medida de da calidad de vida en enfermedades crónicas. In: FORNS, M.; ANGUERA, M. T. (Org.). *Aportaciones recientes a la evolución psicológica*. Barcelona: Universitas, 1993. p. 175-1995.
- HENDRIKSEN, E. S.; van BREDA, M. F. *Teoria da contabilidade*. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Mato Grosso do Sul. Capital: Campo Grande*. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>>. Acesso em: 20 maio de 2007.
- IUDÍCIBUS, S. (Coord.). *Contabilidade introdutória*. 10. ed. São Paulo: Atlas, 2006.
- IUDÍCIBUS, S.; MARION, J. C. *Introdução à teoria da contabilidade*. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2002.
- LIMA, A. F. B. S. *Qualidade de vida em pacientes do sexo masculino dependentes de álcool*. 2002. 80 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas: Clínica Médica) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2002.
- LIMONGI-FRANÇA, A. C. *Qualidade de vida no trabalho – QVT: conceitos e práticas nas empresas da sociedade pós-industrial*. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2004.
- LIMONGI-FRANÇA, A. C.; ALBUQUERQUE, L. G. Estratégias de recursos humanos e gestão da qualidade de vida no trabalho: o stress e a expansão do conceito de qualidade total. *Revista de Administração da Universidade de São Paulo*, São Paulo, v. 33, n. 2, p. 40-51, abr./jun. 1998.
- LIMONGI-FRANÇA, A. C.; KANIKADAN, A. Y. S. A construção de um instrumento de coleta de dados a partir do modelo de indicadores biopsicossocial e organizacional – BPSO – 96 e do modelo de competências do bem-estar – BEO, sobre gestão de qualidade de vida no trabalho. *Revista Eletrônica de Administração*, Porto Alegre, v. 12, n. 54, nov.-dez. 2006.
- MARION, J. C. *Contabilidade empresarial*. 10. ed. São Paulo: Atlas, 2003.
- MATO GROSSO DO SUL. Conselho Regional de Contabilidade. *Caduceu*. Disponível em: <<http://www.crcms.org.br/caduceu.php>>. Acesso em: 08 jun. 2007a.
- \_\_\_\_\_. *História*. Disponível em: <<http://www.crcms.org.br/hist.php>>. Acesso em: 08 jun. 2007b.
- MATOS, F. G. de. *Empresa feliz*. 3. ed. São Paulo: Makron Books, 1996.
- MAYER, V. M. *Síndrome de burnout e qualidade de vida profissional em policiais militares de Campo Grande – MS*. 2006. 157 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande, MS, 2006.

- MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 7-18, 2000.
- NADLER, D. A.; LAWLER, E. E. Quality of work life: Perspectives and directions. *Organization Dynamics*, New York, v. 1, n. 11, p. 20-30, Winter, 1983.
- OLER, F. G. et al. Qualidade de vida da equipe de enfermagem do centro cirúrgico. *Arquivo de Ciência da Saúde*, São José do Rio Preto, v. 12, n. 2, p. 102-110, 2005.
- OLIVEIRA, T. R. B. de. Interdisciplinaridade: um desafio para a atenção à saúde. *Revista Saúde.com*, Bahia, v. 3, n. 1, p. 20-27, 2007.
- RAMOS, W. M. *A qualidade de vida no trabalho de médicos e enfermeiros*: um estudo de caso em hospital público de Belo Horizonte. 1995. 182 f. Dissertação (Mestrado em Administração de Recursos Humanos) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 1995.
- RAMOS-CERQUEIRA, A. T. A.; CREPALDI, A. L. Qualidade de vida em doenças pulmonares crônicas: aspectos conceituais e metodológicos. *Jornal de Pneumologia*, São Paulo, v. 26, n. 4, p. 207-213, 2000.
- RIBEIRO, O. M. *Contabilidade básica*. São Paulo: Saraiva, 2005.
- ROCHA, J. C. F. *Manual do contabilista*: uma abordagem teórico-prática da profissão contábil. São Paulo: Saraiva, 2005.
- RODRIGUES, M. V. C. *Qualidade de vida no trabalho*: evolução e análise no nível gerencial. 6. ed. Petrópolis: Vozes, 1999.
- RUBIO, J. A. C. et al. Clima laboral en atención primaria: *¿Qué hay que mejorar?* *Atención Primaria*, Madrid, v. 32, n. 5, p. 288-295, 2003.
- SÁ, A. L. de. *A evolução da contabilidade*. São Paulo: Thomson, 2006.
- \_\_\_\_\_. *História geral e das doutrinas da contabilidade*. São Paulo: Atlas, 1997.
- SÁ, A. L. de; SÁ, A. M. L de. *Dicionário de contabilidade*. 10. ed. São Paulo: Atlas, 1994.
- SATO, L. As implicações do conhecimento prático para a vigilância em saúde do trabalhador. *Caderno de Saúde Pública*, v. 12, n. 4, p. 489-495, out./dez. 1996.
- SCHMIDT, P. *História do pensamento contábil*. Porto Alegre: Bookman, 2000.
- SCHMIDT, P.; SANTOS, J. L. dos. História do pensamento contábil. São Paulo: Atlas, 2006. (Resumos de Contabilidade, 8).
- SEGRE, M.; FERRAZ, F. C. O conceito de saúde. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 31, n. 5, p. 538-542, 1997.
- SEGRÉCIA, H. *Manual de bioética*. 2. ed. Rio de Janeiro: Loyola, 1998.
- SEIDL, E. M. F.; ZANNON, C. M. L. C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 580-588, 2004.

- SINZATO, E. E. T. *Obesidade e qualidade de vida no Município de Bandeirantes, MS.* 2005. 94 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande, 2005.
- SOUZA, J. C. R. P. *Sono, hábitos, qualidade de vida e acidentes em camionistas do Brasil e de Portugal.* 2004. 52 f. Tese (Pós-Doutorado em Saúde Mental) – Instituto de Medicina Molecular, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Portugal, 2004.
- SOUZA, J. C. R. P.; GUIMARÃES, L. A. M. *Insônia e qualidade de vida.* Campo Grande: Editora da UCDB, 1999.
- SPILKER, B. *Quality of life and pharmacoconomics in clinical trials.* 2<sup>nd</sup>. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 1996.
- TAYLOR, F. W. *Fundamentos de administração científica.* 7. ed. São Paulo: Atlas, 1990.
- VILAGUT, G. et al. El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gaceta Sanitaria*, Barcelona, v. 19, n. 2, p. 135-150, 2005.
- WARE, J. E.; SHERBOURNE, C. D. The MOS 36 – Item Short-Form *Health Survey (SF-36): I. conceptual framework and item selection.* *Medicinal Care*, Philadelphia, v. 30, n. 6, p. 473-483, jun. 1992.
- YAMADA, B. F. A. *Qualidade de vida de pessoas com úlceras venosas crônicas.* 2001. 158 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

---

**APÊNDICES**

## APÊNDICE A - Formulário de coleta de dados sociodemográficos

**QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO**

- 1) Idade:
- 2) Sexo:  feminino  masculino
- 3) Formação:  técnico  graduação  pós-graduação
- 4) Tempo de formação: .....
- 5) Estado civil atual:  casado  solteiro  outro
- 6) Horas trabalhadas por dia: .....
- 7) Atua profissionalmente:  
 empresário  autônomo  
 empregado  outros Qual? .....
- 8) Está satisfeito com seu trabalho:  sim  não
- 9) Renda mensal própria: R\$ .....
- 10) Exerce outra atividade profissional:  sim  não

## APÊNDICE B - Documentos emitidos para a realização da Pesquisa

### CARTA CONVITE AOS CONTABILISTAS A PARTICIPAREM DA PESQUISA

Campo Grande – MS, 10 de abril de 2006

AO

CONSELHO REGIONAL DE CONTABILIDADE DE MATO GROSSO DO SUL  
RUA EUCLIDES DE CUNHA, 994 - JARDIM DOS ESTADOS  
CAMPO GRANDE – MS

#### Ref.: PESQUISA CIENTÍFICA

Venho através desta, solicitar os bons préstimos dessa entidade no sentido de apoiar uma pesquisa a ser realizada junto à classe contábil de Campo Grande MS, com vistas a efetuar um estudo sobre **QUALIDADE DE VIDA DOS CONTABILISTAS DE CAMPO GRANDE MS.**

O apoio que solicitamos é a mediação entre o pesquisador e a categoria a ser pesquisada, com fornecimento de uma relação dos profissionais e seus respectivos endereços de trabalho e telefone, bem como manter um contato com esses profissionais no sentido de oficializar a pesquisa.

Sou aluno do Programa de Mestrado em Psicologia, da Universidade Católica Dom Bosco – UCDB, em Campo Grande –MS, estou desenvolvendo esta pesquisa, cujo tema será a minha dissertação para obtenção do título de MESTRE.

Cumpre esclarecer que os dados coletados nessa pesquisa serão analisados em conjunto, de forma que em nenhum momento serão expostas as identificações pessoais e individuais.

Após realizada a pesquisa será fornecida um devolutiva a essa entidade, dos resultados desse pesquisa.

Na expectativa de um pronunciamento favorável, manifesto meus agradecimentos antecipados.

JOSÉ SOARES RIBERIO  
Contador CRC/MS-2385

CONSELHO REGIONAL DE CONTABILIDADE  
DE MATO GROSSO DO SUL - CRC - MS.  
Protocolo n.º 3960  
Data: 11 / 04 / 2006  
Anexos: —  
gnazeli  
—

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Nome do Projeto: **Qualidade de Vida dos Contabilistas de Campo Grande, MS.**

Nome do pesquisador: **José Soares Ribeiro.**

**Objetivo:** A pesquisa tem por objetivo avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde dos contabilistas de Campo Grande, MS.

Declaro consentir em participar, como voluntário(a), sem nenhum gasto, da pesquisa científica citada acima. Esta pesquisa faz parte da minha dissertação para fins de obtenção do título de MESTRE EM PSICOLOGIA junto a Universidade Católica Dom Bosco (UCDB), sob orientação do Prof. Dr. José Carlos Rosa Pires de Souza.

Ao participar deste estudo fui esclarecido e estou ciente de que:

- a) Caso não me sinta à vontade com alguma questão, estou ciente de que posso deixar de respondê-la, sem que isso implique em algum prejuízo.
- b) Sei 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 assegurando-se completo anonimato.
- c) Minha participação é inteiramente voluntária e depende exclusivamente da minha vontade em colaborar com a pesquisa.
- d) Estou livre para desistir de participar em qualquer momento da entrevista.
- e) Aceito participar voluntariamente desta atividade, sem ter sofrido nenhuma forma de pressão para tanto.
- f) Caso necessite entrar em contato com o pesquisador, estou ciente de que posso encontrá-lo no telefone ou e-mail abaixo descritos.

Campo Grande, MS, ..... de ..... de 200.... .

**Pesquisado:**

Nome: .....

RG: .....

Pesquisador

Orientador

Comitê de Ética em Pesquisa UCDB – telefone (67) 3312-3605, site: [www.ucdb.br](http://www.ucdb.br).

José Soares Ribeiro – telefone (67) 9981-7115 / 3383-2398, e-mail: [orcontab@terra.com.br](mailto:orcontab@terra.com.br).

**ANEXOS**

---

## ANEXO A - Instrumento de coleta de dados

**QUESTIONÁRIO GENÉRICO DE QUALIDADE DE VIDA – SF-36**

SF-36 PESQUISA EM SAÚDE (UCDB)

Score: .....

Sexo: ..... Idade: ..... Renda mensal familiar: R\$ .....

Instruções: Esta pesquisa questiona você sobre sua saúde. Estas informações nos manterão informados sobre como você se sente e quanto bem você é capaz de fazer suas atividades de vida diária. Responda a cada questão, marcando a resposta como indicado. Caso você esteja inseguro em responder, por favor, tente responder o melhor que puder.

1. Em geral você diria que sua saúde é:

(circule uma)

- |                  |   |
|------------------|---|
| Excelente .....  | 1 |
| Muito boa .....  | 2 |
| Boa .....        | 3 |
| Ruim .....       | 4 |
| Muito ruim ..... | 5 |

2. Comparada há um ano atrás, como você classificaria sua saúde em geral, agora?

(circule uma)

- |  |   |
|--|---|
| Muito melhor agora do que há um ano atrás .....  | 1 |
| Um pouco melhor agora que há um ano atrás .....  | 2 |
| Quase a mesma de um ano atrás .....              | 3 |
| Um pouco pior agora do que há um ano atrás ..... | 4 |
| Muito pior agora que há um ano atrás .....       | 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?

(circule um número em cada linha)

Atividades	Sim. Dificulta muito.	Sim. Dificulta um pouco.	Não. 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?

(circule uma em cada linha)

	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)?

(circule uma em cada linha)

	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 a família, vizinhos, amigos ou em grupo?

(circule uma)

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

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

(circule uma)

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

8. Durante as últimas quatro semanas, quanto a dor interferiu com o seu trabalho normal (incluindo tanto o trabalho, fora de casa e dentro de casa)?

(circule uma)

De maneira alguma .....	1
Um pouco .....	2
Moderadamente .....	3
Bastante .....	4
Extremamente .....	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.

(circule um número para cada linha)

	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, em quanto do seu tempo a sua saúde física ou os problemas emocionais interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc.)?

(circule uma)

Todo tempo .....	1
A maior parte do tempo .....	2
Alguma parte do tempo .....	3
Uma pequena parte do tempo .....	4
Nenhuma parte do tempo .....	5

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

(circule um número em cada linha)

	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

## ANEXO B – Documentos recebidos para a realização da Pesquisa

## AUTORIZAÇÃO DO CRC-MS

Ofício Pres nº 084



Campo Grande – MS, 28 de Abril de 2006

Ao:

Contador José Soares Ribeiro  
Rua: Rui Barbosa, 1909 – Bloco C2 – Apto 01  
Conjunto Oriente  
Campo Grande – MS 79004 - 431

Em atendimento a solicitação da Vossa Senhoria, vimos através do presente fornecer as informações conforme o relatório em anexo.

Sendo só para o momento, colocamo-nos à disposição para quaisquer esclarecimento.

Atenciosamente,

Contadora **Selma Cristina O. S. Baptista**

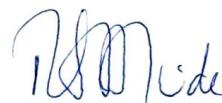
Diretora Executiva – CRC / MS

## AUTORIZAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA

### DECLARAÇÃO

Declaramos, para fins de direito, que o projeto “Qualidade de Vida dos Contabilistas de Campo Grande-MS”, de responsabilidade de José Soares Ribeiro, após análise do Comitê de Ética em Pesquisa, da Universidade Católica Dom Bosco-CEP/UCDB e encaminhamento para a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa-CONEP, foi considerado aprovado sem restrições.

Campo Grande, 01 de junho de 2006.



Regina Stela Andreoli de Almeida  
Presidente do CEP/UCDB