

QUALIDADE DE VIDA (QV) E SAÚDE: A PERCEPÇÃO DE ACADÊMICOS DE PSICOLOGIA – FOCO NO DOMÍNIO PSICOLÓGICO

Letícia Sobanski¹
Giullia Paula Rinaldi²

RESUMO

O presente artigo tem a intenção de verificar, por meio de análises dos dados coletados com um questionário protocolado, a percepção de acadêmicos do curso de Psicologia com relação à qualidade de vida (QV) e saúde. O estudo visa relacionar conhecimentos dos acadêmicos por meio de uma análise das ementas das disciplinas ofertadas no curso, tendo em vista a sua futura atuação profissional e percepção individual de QV e saúde, e também propor reflexão sobre a formação na graduação de Psicologia e sua futura atuação no mundo do trabalho. O foco deste artigo será realizar uma análise das respostas no domínio psicológico determinado no questionário aplicado WHOQOL-bref³.

Palavras-chave: Qualidade de Vida. Saúde. Psicologia. WHOQOL-bref.

¹ Aluna do 6º período do curso de Psicologia da FAE Centro Universitário. Voluntária do Programa de Apoio à Iniciação Científica (PAIC 2014-2015). *E-mail*: lesobanski@gmail.com

² Mestre em Tecnologia em Saúde pela PUCPR. Professora da FAE Centro Universitário. *E-mail*: giullia.rinaldi@fae.edu

³ WHOQOL – World Health Organization Quality of Life.

INTRODUÇÃO

Este trabalho visa identificar a percepção de Qualidade de Vida (QV) e saúde, de acadêmicos do curso de Psicologia, por meio da aplicação do questionário WHOQOL-bref. Além disso, tem o intuito de verificar se há relação dos conhecimentos adquiridos na formação acadêmica com hábito de vida e, ainda, propor a reflexão sobre a formação na graduação e futura atuação no mundo do trabalho do psicólogo.

No desenvolvimento desta pesquisa foram levantados dados dentro de quatro domínios estabelecidos pelo questionário WHOQOL-bref – físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente – a respeito de como esses alunos percebem o conceito e identificam a importância de hábitos que desenvolvam a QV e saúde para suas próprias vidas, bem como se identificam esses conceitos como relevantes para sua atuação profissional futura.

Este estudo teve como foco o domínio psicológico, que é abordado em seis questões, cada uma com um tema diferente. São elas as questões número 5, que aborda sentimentos positivos; número 6, que trata sobre pensar e aprender, bem como da memória e concentração; número 7, que se refere à autoestima; a questão 11, imagem corporal e aparência; a questão 19, sobre sentimentos negativos; e a número 26, que aborda a espiritualidade/religião/crenças pessoais. A média de respostas de cada faceta foi avaliada e colocada em gráfico para que possa ser mais bem visualizada.

1 REVISÃO DE LITERATURA

A expressão **qualidade de vida**, segundo Kawakame e Miyadahira (2005 apud GORDIA et al., 2011), possui raízes em duas culturas: oriental e ocidental. Na oriental, sua presença é notada na filosofia chinesa, referente à arte, literatura, filosofia e medicina tradicional; na perspectiva ocidental, está relacionada à visão aristotélica, onde descreve a felicidade como certo tipo de atividade íntegra da alma, como se sentir completo e realizado, ou seja, com uma boa QV.

Com isso, segundo Paschoal (2001 apud KLUTHCOVSKY; TAKAYANAGUI, 2007), após a Segunda Guerra Mundial o termo passou a ser muito utilizado relacionando o sucesso com a melhoria do padrão de vida e envolvendo a obtenção de bens materiais, como casa própria, carro, salário e bens adquiridos. A partir desse período, o termo começou a ser utilizado para criticar políticos, visando um crescimento econômico sem limites. Depois disso o conceito tinha como objetivo medir o quanto uma sociedade havia se desenvolvido economicamente, para posteriormente o

conceito ser ampliado, significando, além disso, o desenvolvimento social, como educação, saúde, lazer, entre outros.

No final do século XX, mais especificamente na década de 1990, as pessoas e a mídia começaram a utilizar o termo **qualidade de vida**, e com isso houve um grande avanço nas investigações científicas, tanto de quantidade como de qualidade, para um melhor entendimento sobre a QV e a relação com as questões sociais, culturais e biológicas.

Foi na década de 1990 que a Organização Mundial da Saúde (OMS) formou um grupo de estudos sobre QV, com especialistas, com o objetivo de aumentar o conhecimento científico sobre o assunto e também desenvolver instrumentos de avaliação que pudessem abranger uma perspectiva transcultural (GORDIA et al., 2011).

A partir desse período, de acordo com Pereira, Teixeira e Santos (2012), houve uma crescente preocupação em relação à QV do ser humano, relacionada principalmente com controle de sintomas, diminuição da mortalidade ou aumento da expectativa de vida.

Porém, para a definição de QV, ainda há muitas divergências entre os autores, em razão de ela ser discutida por diversas áreas de estudo. Segundo os interesses científicos e políticos de cada estudo, diferem-se a forma de abordagem, os indicadores aplicados e as possibilidades de operacionalização e avaliação (PEREIRA; TEIXEIRA; SANTOS, 2012).

O conceito de QV é muitas vezes definido como “sinônimo de saúde, felicidade e satisfação pessoal, condições de vida, estilo de vida, dentre outros” e seus indicadores são considerados amplos. Por isso, é considerada de difícil compreensão e, para análises científicas, necessita de delimitações (PEREIRA; TEIXEIRA; SANTOS, 2012).

Segundo Kluthcovsky e Takayanagui (2007 apud MONTEIRO et al., 2010) e The WHOQOL Group (1995 apud FLECK et al., 2000, p. 179), para o Grupo de QV da Divisão de Saúde Mental da OMS, a QV é definida 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”.

De acordo com Conde e Pinto Neto (2008), não há consenso quanto à definição, mas há concordância entre os autores quanto à avaliação ser observada pelos domínios físico, social, psicológico e espiritual, buscando a vivência de cada indivíduo. Nesse sentido, tem-se como objetivo questionar a transformação de informações subjetivas trazidas pelo indivíduo, que envolvem a questão pessoal, em dados objetivos, que podem ser mensuráveis e aplicados em populações diferentes.

Para Gimenez (2013), há uma indeterminação no significado de QV e considera-se também que o termo é muito genérico, por isso há sempre a necessidade de

explicitação e clarificação do assunto abordado (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000 apud GIMENES, 2013).

Gimenez (2013, p. 293) critica a forma como o termo foi naturalizado e generalizado e argumenta que isso é uma problemática caracterizada por três aspectos, pois:

[...] desgasta e esvazia o termo, uma vez que o descola das contingências históricas e culturais nas quais surgiu e adquiriu significado; corresponde a uma universalização de uma questão que é eminentemente nossa, das sociedades ocidentais contemporâneas; e silencia os processos pelos quais foi tornada possível a construção e a generalização do termo.

Com o aumento da preocupação com a QV e saúde, instrumentos de avaliação para verificação do suposto nível de QV foram desenvolvidos por diversos pesquisadores na área.

Segundo Kluthcovsky e Kluthcovsky (2009), a preocupação sobre a QV, em relação à valorização maior do que apenas o controle de sintomas, diminuição da mortalidade ou aumento da expectativa de vida, cresceu de forma significativa nas últimas décadas, pois foi possível perceber que a QV poderia fornecer informações sobre aspectos pessoais e sociais, como também medidas de incapacidade e bem-estar psicológico, levando em consideração o ponto de vista do paciente. Isso porque a definição de QV é subjetiva, multidimensional, e também reflete a subjetividade do construto inserida no contexto cultural, social e do meio ambiente. Com isso, a avaliação de QV se torna um tema complexo e desafiador, mas pode proporcionar uma melhor compreensão sobre as necessidades reais de cada indivíduo.

A partir da conceituação de QV, é possível identificar que é necessária a investigação de múltiplos fatores relacionados às condições de vida e ao comportamento humano, a fim de se verificar a QV de um indivíduo. Muitos instrumentos que foram criados para essa finalidade não levam em conta o contexto cultural, social, de história de vida e do percurso dos indivíduos, o que compromete o resultado do instrumento (HUBERT, 1997; MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000 apud GORDIA et al., 2011).

Sendo assim, diversos instrumentos têm sido construídos. Segundo Gordia et al. (2011), os mais relacionados à análise de condições gerais da QV enfatizam questões sobre domínios físicos (dor, fadiga, capacidades e limitações), psicológicos (percepção do estado de saúde, depressão, autoestima, ansiedade e imagem corporal), relações sociais (apoio familiar e social, limitações impostas pela sociedade e as relações interpessoais), nível de independência (mobilidade, atividades cotidianas, capacidade para o trabalho) e noções sobre o bem-estar (corporal, emocional, saúde mental e vitalidade).

Há duas formas de mensurar a QV: 1) por meio de instrumentos genéricos que podem abordar o perfil de saúde ou não – estes englobam aspectos importantes relacionados à saúde e refletem o impacto de uma doença sobre o indivíduo; 2) através da utilização de instrumentos específicos que podem detectar particularidades, eles avaliam de maneira individual e específica determinados aspectos da QV, como as funções físicas e sexual, bem como o sono e a fadiga (FAYERS, 2000 apud GORDIA et al., 2011).

O instrumento genérico mais conhecido foi criado com a intenção de gerar um debate sobre o desenvolvimento de aspectos econômicos, como nível de renda, produto interno bruto e nível de emprego, assim como de aspectos de natureza social e também cultural. O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) foi desenvolvido pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) em 1990.

Com isso, encontra-se a concepção de que a renda, a saúde e a educação são três elementos fundamentais da QV de uma população (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000 apud GORDIA et al., 2011).

O *Nottingham Health Profile* (NHP) é outro instrumento genérico. Trata-se de um questionário composto por 39 itens e dividido em seis dimensões: energia, sono, dor, isolamento social, reações emocionais e mobilidade física. Ele tem sido mais utilizado para mensurar a QV em populações mais velhas (FLETCHER; DICKINSON; PHILP, 1992 apud GORDIA et al., 2011).

Segundo Toledo (2007), o *Spitzer Quality of Life Index* (SQLI), desenvolvido por Spitzer em 1982, é mais um dos instrumentos de avaliação da QV. Atualmente, esse instrumento é utilizado em diferentes situações, principalmente em condições médicas, como após intervenções cirúrgicas, em idosos com doenças patológicas ou em adultos com doenças que interferem diretamente na QV do indivíduo. Esse instrumento é breve, de rápida aplicação e com medidas psicométricas confiáveis, mas a autora critica a escassez de instrumentos como esse, de avaliação genérica, disponíveis na cultura brasileira.

Chen (2006 apud GORDIA et al., 2011) cita que para a mensuração da QV de adultos jovens foi desenvolvido o *Young Adult Quality of Life* (YAQOL), mais um instrumento genérico que avalia os aspectos relacionados à saúde, bem-estar psicológico, relacionamentos sociais, funcionalidade e contexto ambiental. O que o difere dos outros questionários é que neste é considerado o papel e o contexto residencial, por exemplo, perspectivas sobre objetivos de vida.

Para avaliação da QV de crianças, desenvolveu-se o *Pediatric Quality of Life Inventory* Versão 4.0 (PedsQL™ 4.0), uma medida composta por 23 itens. Nesse

questionário é levado em conta o autorrelato das crianças – nesse questionário, pode ser considerado também o dos pais. O PedsqTM 4.0 refere-se aos últimos 30 dias vividos pela criança que está respondendo (VARNI, 2003 apud GORDIA et al., 2011).

De acordo com Gordia et al. (2011), foi desenvolvido por Lipp e Rocha (1996) um instrumento brasileiro também para mensuração de QV. Ele é dividido por aspectos sociais, afetivos, profissionais e relacionados à saúde. As três primeiras áreas são compostas por 10 questões e a última (saúde) por 15. Embora a aplicação deste instrumento tenha pontos positivos por ser brasileiro, ele não avalia aspectos como variáveis ambientais e psicológicas, bem como faltam dados que demonstrem sua validade e fidedignidade.

Um dos instrumentos mais utilizados em diversas populações é o *Medical Outcome Study Short-Form 36 Health Survey (SF-36)*. Ele é composto por 36 questões divididas em oito domínios relacionados à saúde física e mental e avalia as últimas quatro semanas vividas pelo respondente (WARE; SHERBOURNE, 1992 apud GORDIA et al., 2011). Cada domínio foi desenvolvido utilizando uma escala de 0 a 100, com altos escores indicando melhor QV.

Segundo Fleck (2000), houve uma grande dificuldade em definir construtos subjetivos influenciados por características temporais e culturais, ainda mais que a maioria dos instrumentos foi desenvolvida nos Estados Unidos e na Europa, o que torna questionável o uso transcultural do instrumento. Com isso, segundo o mesmo autor e conforme já citado, a OMS definiu um Grupo de QV (Grupo WHOQOL) para desenvolver instrumentos capazes de fazê-lo dentro de uma perspectiva transcultural.

Primeiramente, para a construção do instrumento WHOQOL, a OMS definiu, juntamente com especialistas de várias partes do mundo, o termo **qualidade de vida**: “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” (The WHOQOL GROUP, 1995 apud FLECK et al., 2000, p. 179), abrangendo a complexidade do construto inter-relacionando o meio ambiente com aspectos físicos, psicológicos, nível de independência, relações sociais e crenças pessoais.

Com isso, foi possível uma padronização para o desenvolvimento do instrumento, que também permitiu que as impressões dos especialistas, bem como a visão dos pacientes e profissionais de saúde, estivessem contínua e repetidamente influenciando o processo, também no método da tradução (FLECK, 2000).

O instrumento WHOQOL-100 foi desenvolvido com 100 perguntas e dividido em seis domínios: físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, meio ambiente e espiritualidade/religiosidade/crenças pessoais. É, ainda, dividido em 24 facetas específicas, cada uma composta por quatro perguntas e uma faceta composta de perguntas gerais sobre QV.

Por ser composto de 24 facetas, segundo Fleck (2000), o WHOQOL pode ser muito extenso para algumas finalidades que demandam menos tempo de aplicação, por isso a OMS desenvolveu uma versão abreviada do WHOQOL-100: o WHOQOL-bref.

O WHOQOL-bref é composto por 26 questões, sendo duas delas gerais de QV. As demais representam e são divididas pelas 24 facetas do instrumento original, sendo que:

O critério de seleção das questões para compor a versão abreviada foi tanto psicométrico como conceitual. No nível conceitual, o Grupo de Qualidade de Vida da OMS definiu que o caráter abrangente do instrumento original deveria ser preservado. Assim, cada uma das 24 facetas que compõem o WHOQOL-100 deveria ser representada por uma questão (FLECK, 2000).

A QV hoje é tratada com ênfase pela psicologia. Com a popularização do termo, começou a ser utilizado em diversos meios, e hoje é utilizado pela população em geral e também por profissionais de várias áreas e pesquisas relacionadas a várias especialidades, como na sociologia, medicina, enfermagem, psicologia, economia, geografia, história social e filosofia (KLUTHCOVSKY; TAKAYANAGUI, 2007).

Ao longo da história, a QV mudou de enfoque. Ela é relacionada a fatores como satisfação, qualidade dos relacionamentos, realização pessoal, percepção de bem-estar, possibilidades de acesso a eventos culturais, oportunidades de lazer, entre outros, como a felicidade, a solidariedade e a liberdade. Essa mudança se deu a fim de cada vez mais se considerar, além dos aspectos objetivos, também os aspectos subjetivos do tema (KLUTHCOVSKY; TAKAYANAGUI, 2007).

De acordo com Gordia et al. (2011), a expressão **qualidade de vida** é usada em vários ambientes, o que demonstra o quanto esse construto é amplo, diversificado e complexo. Os autores citam que fazendo uma busca entre os anos de 1900 e 1999 foram publicados 40.463 artigos sobre o tema, enquanto que entre os anos de 2000 e 2010 foram publicados 115.435 artigos.

Kluthcovsky e Takayanagui (2007) dizem que, apesar das dificuldades conceituais, hoje fica claro que: a QV deve ser considerada um tema a ser pesquisado interdisciplinarmente, sendo necessária a contribuição de diferentes áreas do conhecimento para o aprimoramento metodológico e conceitual.

Como a QV é discutida e exposta por vários campos, a mídia também faz parte desse meio. Para Tavares (2011), atualmente, o tema qualidade de vida quando exposto no universo midiático, encontra-se presente de maneira bipolar: de um lado, propagandas voltadas para o consumo desenfreado e para a valorização de padrões e estilos de vida elevados na formatação de um tipo de comportamento que destoa do “equilíbrio social”; do outro, discursos dentro do mesmo universo, mas em outros

loais, que “pregam” e/ou valorizam o consumo consciente, a consciência ecológica, a solidariedade e a simplicidade, o que deixa claro o não equilíbrio desse meio.

Nos índices atuais de medição de QV, a felicidade encontra-se em destaque nas discussões sobre a necessidade de propostas que englobem um todo, considerando as suas partes complexas para a organização do conceito e de sua “materialização” na sociedade. De acordo com Cavaliere (2010 apud TAVARES, 2011), o Índice de Valores Humanos (IVH) avança em relação ao Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), abordando também a felicidade das pessoas, como fator de bem-estar, e, além do IVH, outros índices já vêm sendo utilizados nessa perspectiva.

A QV para a área de saúde esteve ligada com a expectativa de vida, fazendo com que esteja relacionada à busca de melhores condições de vida para a população em geral. Para Moreno-Jiménez e Castro (2005 apud TAVARES, 2011), o conceito atual de QV se relaciona com o conceito de saúde da OMS, o qual considera a consciência pessoal do indivíduo sobre sua saúde, mantendo, acima de tudo, suas exigências culturais, sistemas de valores, metas, expectativas e preocupações próprias (TAVARES, 2011).

Segundo Leal (2008 apud TAVARES, 2011), a perspectiva psicológica ganhou importância relacionando-se à QV. Ela está relacionada à situacionalidade para a QV. Em outras palavras, há uma variabilidade e pertinência de acordo com determinada época ou sociedade. Nessa perspectiva, a percepção do sujeito é considerada prioridade – por exemplo, seu julgamento pessoal ao contexto que o cerca, de acordo com suas expectativas, anseios, objetivos e padrões comportamentais e de convivência.

2 METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa empírica, descritiva, de natureza quali-quantitativa, permeada de uma investigação de pesquisa bibliográfica, pesquisa de campo e análise de dados e resultados.

Conforme Gil (2008, p. 42), “as pesquisas descritivas têm como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno [...] utilizando técnicas padronizadas de coleta de dados.” A pesquisa bibliográfica serviu de base para a compreensão do desenvolvimento da fundamentação teórico-metodológica do estudo.

Para a coleta dos dados, foi realizado um levantamento por meio de questionário protocolado desenvolvido pela OMS, o WHOBREF (WHOQOL-bref, 1996). Esse instrumento é curto, de rápida aplicação e pode ser utilizado tanto em populações

com algum tipo de doença como em populações saudáveis (FLECK et al., 2000). A aplicação do questionário foi realizada nas salas de aula, após a aprovação do projeto pelo comitê de ética em pesquisa da instituição, com consentimento livre e esclarecido dos participantes da pesquisa.

A coleta foi realizada nas salas de aula, após a aceitação da coordenação e dos docentes, que cederam alguns minutos em suas aulas, e também após o retorno dos termos de consentimento livre e esclarecido dos participantes da pesquisa. Durante a aplicação, os estudantes foram informados sobre os objetivos da pesquisa e convidados a participar.

3 ANÁLISE DOS DADOS COLETADOS

O processo de análise teve o intuito de avaliar e apontar como os acadêmicos compreendem a QV e saúde para suas próprias vidas e se identificam esses conceitos como relevantes para sua atuação profissional futura. Posteriormente, a partir das informações analisadas e devidamente tabuladas, foram feitas devolutivas aos participantes desse estudo e também à coordenação do curso.

3.1 DOMÍNIO 2 – DOMÍNIO PSICOLÓGICO

A primeira questão do questionário, que é referente ao domínio psicológico, é a número 5 – “O quanto você aproveita a vida?”.

Esta questão refere-se aos sentimentos positivos. Os níveis 1, 2, 3, 4 e 5 representam: nada, muito pouco, mais ou menos, bastante e extremamente, respectivamente nessa ordem, conforme os resultados expressos nas colunas do GRÁF. 1.

GRÁFICO1 – Resultados da questão 5 – Domínio Psicológico



FONTE: As autoras (2015)

Mesmo com os itens **bastante** e **extremamente** somando maior *escore*, o resultado dos itens **mais ou menos** e **muito pouco** também é considerável, visto que somam 46% das respostas. Com isso, conclui-se que quase metade dos entrevistados não tem um aproveitamento alto de suas vidas, levando em conta o período acadêmico de avaliações em que se encontravam. Contudo, o item de escala 4, que significa **bastante**, contém a maior porcentagem de respostas, podendo concluir que a maioria dos estudantes considera que aproveita a vida de forma consideravelmente alta.

A segunda questão referente ao domínio psicológico é a número 6 – “Em que medida você acha que sua vida tem sentido?”. Essa questão refere-se ao pensar e aprender, bem como à memorização e à concentração. Os resultados que representam essa questão encontram-se no GRÁF. 2 a seguir.

GRÁFICO 2 – Resultados para a questão 6 – Domínio Psicológico

EM QUE MEDIDA VOCÊ ACHA QUE SUA VIDA TEM SENTIDO?

■ Nº de respostas

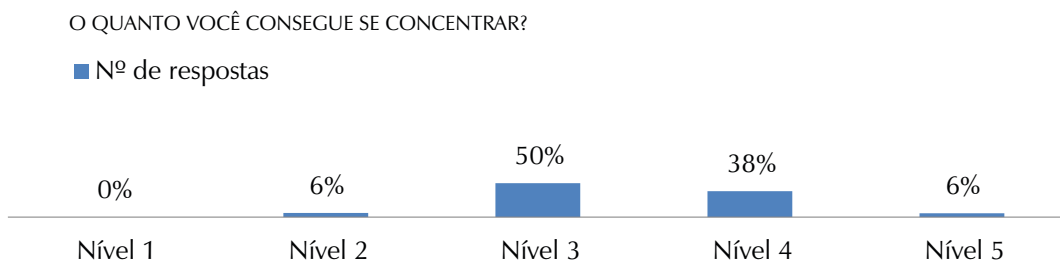


FONTE: As autoras (2015)

54% dos respondentes consideram que suas vidas possuem muito sentido, ou seja, há função e motivação para suas atividades diárias serem realizadas. Os níveis que representam menos satisfação, quando somados, representam apenas 7% dos respondentes. Outro valor considerável é o de 27% como **extrema satisfação**.

A terceira questão a respeito do domínio psicológico é a número 7, a qual refere-se à autoestima. A questão é: “O quanto você consegue se concentrar?”

GRÁFICO 3 – Resultados para a questão 7 – Domínio Psicológico

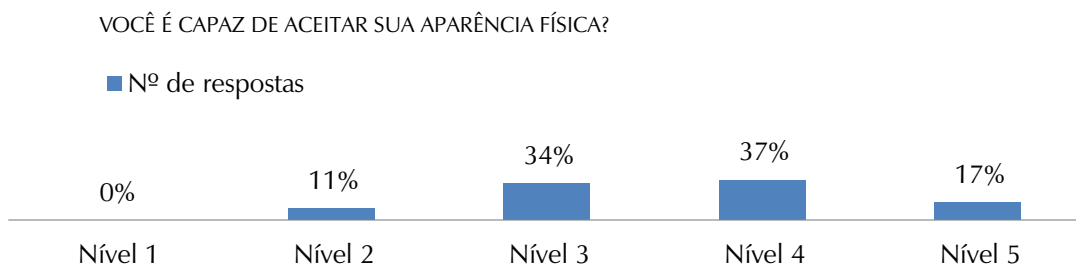


FONTE: As autoras (2015)

A questão que leva em conta a concentração demonstrou expressividade entre as respostas **mais ou menos** e **bastante**, tendo porcentagem de 50% e 38%, respectivamente, sugerindo que a maioria dos alunos questionados considera que podem existir momentos em que há dificuldades de concentração, como em outros essa dificuldade pode estar ausente, dependendo da situação em que se encontram.

A quarta questão é a de número 11. Apontada no domínio psicológico, trata da imagem corporal e aparência e questiona se o indivíduo é capaz de aceitar sua aparência física.

GRÁFICO 4 – Resultados para a questão 11 – Domínio Psicológico



FONTE: As autoras (2015)

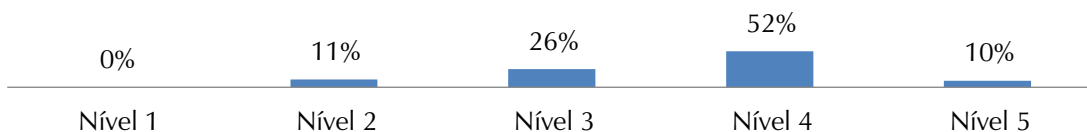
A faceta 11, dentro do domínio psicológico, pode ser considerada discrepante, pois apresentou respostas em todas as escalas. Apesar de a maioria delas revelar a aceitação mediana, há resultados expressivos nas escalas mais altas de aceitação, demonstrando que grande parte do grupo de acadêmicos respondentes deste questionário possui uma alta aceitação de sua própria aparência física.

A quinta questão do domínio psicológico é representada pela questão 19 do questionário: “Quão satisfeito você está consigo mesmo?”. Essa questão refere-se aos sentimentos negativos. Os níveis aqui serão representados por: nível 1 – muito insatisfeito; nível 2 – insatisfeito; nível 3 – nem satisfeito, nem insatisfeito; nível 4 – satisfeito e nível 5 – muito satisfeito.

GRÁFICO 5 – Resultados para a questão 19 – Sentimentos negativos

Quão satisfeito você está consigo mesmo?

■ Nº de respostas



FONTE: As autoras (2015)

Os participantes que demonstraram satisfação consigo mesmo correspondem a 52% dos alunos. O restante divergiu nas três outras escalas.

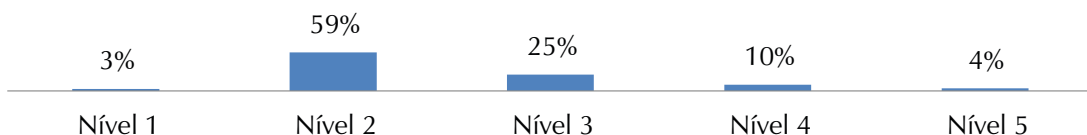
A primeira escala, que representa insatisfação, não foi apontada pelos participantes, sendo possível considerar uma aceitação alta por parte dos alunos – e, conseqüentemente, baixos sentimentos negativos dessa classe.

A sexta e última questão referente ao domínio psicológico é a número 26 – “Com que frequência você tem sentimentos negativos, tais como mau humor, desespero, ansiedade e depressão?”. Essa questão trata da espiritualidade, religião e crenças pessoais. Os níveis apontados são respectivamente: nunca, algumas vezes, frequentemente, muito frequente e sempre.

GRÁFICO 6- Resultados para a questão 26 – Domínio Psicológico

Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?

■ Nº de respostas



FONTE: As autoras (2015)

O número de respostas de baixa escala nessa faceta foi alto. Os participantes demonstraram que apenas algumas vezes possuem sentimentos negativos, correspondendo a 59% dos avaliados. Os extremos das escalas tiveram o menor número de respostas, sendo que as escalas de níveis 5 e 1 tiveram porcentagem de resposta de 4% e 3%, respectivamente.

4 RESULTADOS

As análises foram realizadas com base em 126 questionários respondidos no início das aulas (março de 2015). Foi possível notar que os acadêmicos demonstraram interesse em participar, pois na entrega do questionário foi explicado o motivo da pesquisa.

Do total de aproximadamente 300 alunos no curso, foi possível obter a participação de 126. Esse resultado pode ser considerado expressivo, tendo em vista que a maioria dos alunos presentes nas salas de aula aceitou participar (apenas dois alunos de salas diferentes no momento da entrega do questionário se ausentaram do recinto).

Outra informação considerada relevante para a participação foi o fato de o questionário ser de rápida resolução. Ao iniciar a aplicação, as pesquisadoras foram questionadas pelos participantes se demoraria muito, porém os questionários foram respondidos em uma média de cinco minutos pelos participantes – tempo considerado normal.

Os resultados obtidos por meio da aplicação do WHOQOL-bref (foco no domínio psicológico) demonstram que apenas algumas vezes os acadêmicos têm sentimentos negativos – a maioria demonstrou satisfação consigo mesmo, sugerindo que a maioria deles considera que podem existir momentos em que há dificuldade de concentração, como outros em que essa dificuldade pode estar ausente, dependendo da situação em que eles se encontram.

Em contrapartida, os aspectos ambientais, sociais e relacionais revelam altos níveis de satisfação, demonstrando que essa amostra tem buscado por relações e ambiente saudáveis em suas rotinas.

Com relação à análise de algumas das ementas do curso, foi possível identificar que todas as disciplinas: tratam de QV e saúde, algumas com maior destaque, de forma clara e evidente em seus conteúdos programáticos; relacionam conceitos de Psicologia à atuação do profissional direcionada à promoção de saúde e outras não com muita evidência, porém, todas trabalham – de forma direta ou indireta – com a QV e saúde do ser humano.

CONCLUSÃO

Foi necessário verificar, a partir de uma revisão teórica o entendimento da expressão **qualidade de vida**, como foi seu surgimento, seu desenvolvimento e principalmente como a QV é definida e vista atualmente. O tema é amplo e abrange diversas áreas. Com isso, torna-se importante a compreensão do tema para o desenvolvimento de estudos na área da saúde.

Ao verificar a percepção dos acadêmicos do curso de Psicologia, pôde-se concluir que eles compreendem que a QV pessoal é de extrema importância para seu desenvolvimento como acadêmico e futuro profissional.

REFERÊNCIAS

CONDE, D. M.; PINTO NETO, A. M. Qualidade de vida. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 30, n. 11, Rio de Janeiro, p. 535-536, nov. 2008.

FLECK, M. P. de A. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): Características e perspectivas. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Caribe, v. 5, n. 1, p. 33-38, jan./mar. 2000. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63050104>>. Acesso em: 24 jul. 2015.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

GIMENES, G. de F. Usos e significados da qualidade de vida nos discursos contemporâneos de saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 291-318, maio/ago. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tes/v11n2/a03v11n2.pdf>>. Acesso em: 24 jul. 2015.

GORDIA, A. P. et al. Qualidade de vida: contexto histórico, definição, avaliação e fatores associados. **Revista Brasileira de Qualidade de Vida**, Ponta Grossa, 2011. v. 3, n. 1, p. 40-52, jan./jun. 2011. Disponível em: <<https://periodicos.utfpr.edu.br/rbqv/article/view/812>>. Acesso em: 24 jul. 2015.

KLUTHCOVSKY, A. C. G. C.; KLUTHCOVSKY, F. A. O WHOQOL-bref, um instrumento para avaliar qualidade de vida: uma revisão sistemática. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 31, n. 3, supl. 0, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-81082009000400007&script=sci_arttext>. Acesso em: 24 jul. 2015.

KLUTHCOVSKY, A. C. G. C.; TAKAYANAGUI, A. M. M. Qualidade de vida: aspectos conceituais. **Revista Salus**, Guarapuava, v. 1, n. 1, p. 13-15, jan./jun. 2007. Disponível em: <http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/_artigos/12.pdf>. Acesso em: 24 jul. 2015.

MINAYO, M. C. HARTZ, Z. M. de A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 7-18, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v5n1/7075.pdf>>. Acesso em: 24 jul. 2015.

MONTEIRO, R. et al. Qualidade de vida em foco. **Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular**, São José do Rio Preto, v. 25, n. 4, p. 568-574, out./dez. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-76382010000400022&script=sci_arttext>. Acesso em: 24 jul. 2015.

PEREIRA, É. F.; TEIXEIRA, C. S.; SANTOS, A. dos S. Qualidade de vida: abordagens, conceito e avaliação. **Revista Brasileira de Educação Física e Esporte**, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 241-250, abr./jun. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbefe/v26n2/07.pdf>>. Acesso em: 24 jul. 2015.

TAVARES, F. de M. B. Apontamentos sobre o conceito de qualidade de vida: revisões, cruzamentos e possibilidades críticas. **Revista Brasileira de Qualidade de Vida**, Curitiba, v. 3, n. 2, p. 23-32, 2011. Disponível em: <<https://periodicos.utfpr.edu.br/rbqv/article/view/1067/771>>. Acesso em: 24 jul. 2015.

TOLEDO, R. C. M. R. **Qualidade de vida**: adaptação cultural do Spitzer Quality of life index. 2007. 100 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2007.

