



University of  
Texas Libraries



e-revist@s



Centro Unversitário Santo Agostinho

revistafsa

[www4.fsnet.com.br/revista](http://www4.fsnet.com.br/revista)

Rev. FSA, Teresina, v. 16, n. 5, art. 9, p. 162-178, set./out. 2019

ISSN Impresso: 1806-6356 ISSN Eletrônico: 2317-2983

<http://dx.doi.org/10.12819/2019.16.5.9>

DOAJ DIRECTORY OF  
OPEN ACCESS  
JOURNALS

WZB  
Wissenschaftszentrum Berlin  
für Sozialforschung



## **Análise da Qualidade de Vida e Percepção da Autoestima: Um Estudo de Correlação e Comparação**

### **Analysis of Quality of Life and Perception of Self-Esteem: A Study of Correlation and Comparison**

**Beatriz Acampora e Silva de Oliveira**

Doutora em Saúde Pública pela Universidad Americana del Paraguay

Psicóloga do Instituto de Psicologia Ser e Crescer

E-mail: [beatriz.acampora@gmail.com](mailto:beatriz.acampora@gmail.com)

---

**Endereço: Beatriz Acampora e Silva de Oliveira**  
Instituto de Psicologia Ser e Crescer. Avenida Nossa  
Senhora de Copacabana, 769 grupo 604, Copacabana,  
22050002 - Rio de Janeiro, RJ - Brasil.

**Editor-Chefe: Dr. Tonny Kerley de Alencar  
Rodrigues**

**Artigo recebido em 25/04/2019. Última versão  
recebida em 09/05/2019. Aprovado em 10/05/2019.**

**Avaliado pelo sistema Triple Review: a) Desk Review  
pelo Editor-Chefe; e b) Double Blind Review  
(avaliação cega por dois avaliadores da área).**

**Revisão: Gramatical, Normativa e de Formatação**



## RESUMO

Este estudo é classificado como aplicado, quantitativo, transversal, correlacional e realizado através de pesquisa de campo com levantamento através do questionário sociodemográfico do profissional de saúde, questionário para avaliação da percepção da autoestima e questionário validado para investigação da qualidade de vida e saúde SF-36v2, objetivou examinar, comparar e correlacionar a autoestima e qualidade de vida dos profissionais de saúde pública de Rio Bonito/RJ/BR. A população estudada consistiu de 100 trabalhadores da saúde, sendo 50 do Hospital Colônia (HC), que atua com saúde mental, e 50 das unidades de Estratégia da Saúde da Família (ESF). O estudo estatístico ocorreu a partir de análise descritiva no Excel e avaliação da correlação entre autoestima e as subdimensões das variáveis da qualidade de vida do SF-36 através de modelo de regressão linear utilizando o pacote estatístico R. Os resultados encontrados revelam que os profissionais que atuam na saúde mental sofrem mais impacto na qualidade de vida do que aqueles que trabalham na ESF; na análise estatística, a saúde mental foi a dimensão que teve significância estatística com a autoestima, com destaque para: tranquilidade, felicidade, vitalidade e depressão. Conclui-se que o estado de depressão impacta na autoestima negativamente; o nível de felicidade, tranquilidade e vitalidade percebidas pelo indivíduo tem relação com seu nível de autoestima; as hipóteses de trabalho foram refutadas em função dos resultados encontrados; os processos de trabalho em saúde têm consequências em nível físico e mental dos profissionais da área.

Palavras-chave: Autoestima. Profissionais de Saúde. Qualidade de Vida.

## ABSTRACT

This study, classified as applied, quantitative, transversal, correlational and accomplished through field research with survey through the sociodemographic questionnaire of the health professional, questionnaire for assessment of the self-esteem perception and validated questionnaire for investigation of the quality of living and health SF-36v2, aimed to examine, compare and correlate the self-esteem and quality of life of the public healthcare professionals of Rio Bonito/RJ/BR. The studied population has consisted of 100 healthcare employees, 50 of them from the Colônia Hospital (HC), which focuses on mental health, and 50 of them from the Family Health Strategy (ESF) facilities. The statistical study was based on descriptive analysis in Excel and assessment of the correlation between self-esteem and the subdimensions of the variables of quality of life of the SF-36 through the linear regression model utilizing the R statistical package. The achieved results reveal that the employees that work with mental health suffer more impact on the quality of life than those who work on the ESF; in the statistical analysis mental health has been the dimension that had statistical significance with self-esteem, highlighting: tranquility, happiness, vitality and depression. It can be concluded that the depression state negatively impacts self-esteem; the level of happiness, tranquility and vitality perceived by the individual is related to their level of self-esteem; the work hypotheses have been rebutted because of the achieved results; the processes in healthcare work have consequences on a physical and mental level of the area professionals.

Keywords: Healthcare Professionals. Quality of Life. Self-esteem.

## 1 INTRODUÇÃO

A atuação em saúde pública talvez seja uma das mais desafiadoras, pois requer que os profissionais tenham múltiplas habilidades para lidar com as adversidades dos processos de trabalho diariamente. A pressão por lidar com a vida humana, com a dor e o sofrimento, a responsabilidade pela autonomia requerida no exercício profissional, o trabalho em equipe, trazem para o trabalhador da saúde uma carga que, dependendo da forma como é administrada, pode impactar na saúde, na qualidade de vida e até mesmo no autoconceito. Este estudo investiga a qualidade de vida e a percepção da autoestima dos trabalhadores de saúde mental do Hospital Colônia e dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família do Município de Rio Bonito/RJ/BR.

O município de Rio Bonito conta com 17 unidades de Estratégia de Saúde da Família (ESF), cujos profissionais de saúde foram convidados a participar da pesquisa. O Hospital Colônia (HC) de Rio Bonito se caracteriza como um hospital psiquiátrico que atende cerca de 157 pacientes internados. O total da população estudada consistiu em 50 trabalhadores de saúde do HC e 50 da ESF, totalizando 100 trabalhadores da saúde.

No ambiente de trabalho, pensar em qualidade de vida implica relacionar diversos fatores que abarcam, dentre outros, satisfação de expectativas pessoais e sociais, autorrealização, autoestima, equilíbrio entre a vida profissional e vida pessoal, condições de trabalho, oportunidades na carreira e ergonomia (FERNANDES; LIMA; ARAÚJO, 2014).

Neste estudo adotamos o pressuposto de que o trabalho do profissional de saúde no Hospital Colônia tem menos impacto negativo na qualidade de vida e autoestima do que o trabalho do profissional de saúde da ESF em função do perfil de escala laboral diferenciado e da maturidade para o exercício profissional. O que nos leva ao problema norteador desta pesquisa: como os processos de trabalho nos contextos do Hospital Colônia e do PSF podem consistir um fator de impacto na percepção da qualidade de vida e autoestima?

As hipóteses de pesquisa consistem em: Hipótese nula - não existem diferenças significativas entre os trabalhadores de saúde mental do Hospital Colônia e profissionais da ESF do Município de Rio Bonito-RJ / Brasil no que se refere à autoestima e qualidade de vida, não havendo correlação entre autoestima e qualidade de vida na população estudada. Hipótese 1 - os trabalhadores de saúde mental do Hospital Colônia apresentam menos prejuízo em relação à autoestima e qualidade de vida do que os profissionais da ESF do Município de Rio Bonito-RJ / Brasil, havendo correlação positiva entre autoestima e qualidade de vida na população estudada.

O objetivo geral deste trabalho consiste em avaliar a qualidade de vida e a percepção da autoestima dos profissionais de saúde mental e da Estratégia de Saúde da Família do Município de Rio Bonito-RJ / Brasil. Os objetivos específicos abrangem: identificar como os profissionais de saúde avaliados percebem sua autoestima, examinar a percepção da qualidade de vida destes profissionais, comparar os níveis de autoestima e qualidade de vida entre os profissionais de saúde na população estudada, analisar a possível correlação existente entre a autoestima e as subdimensões da qualidade de vida.

A metodologia envolvida neste estudo é classificada como aplicada, quantitativa, transversal, correlacional e realizada através de pesquisa de campo com levantamento a partir do questionário sociodemográfico do profissional de saúde, questionário para avaliação da percepção da autoestima e questionário validado para investigação da qualidade de vida e saúde SF-36v2, validado no Brasil por Ciconelli *et al.* (1999). O estudo estatístico foi realizado a partir de análise descritiva no Excel e avaliação da correlação entre autoestima e as subdimensões das variáveis da qualidade de vida do SF-36 através de modelo de regressão linear segundo a técnica Mínimos Quadrados Generalizados (MQG) utilizando o pacote estatístico R.

Este trabalho justifica-se pela relevância e atualidade do tema para a área da Saúde Pública. Nesse sentido, um estudo que visa avaliar a autoestima e qualidade de vida dos profissionais de saúde mental e da ESF pode contribuir para que se possa apreender a realidade e se pense em ações preventivas e promotoras de saúde e qualidade de vida.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

Para a fundamentação teórica foi adotada a metodologia de revisão de literatura não sistemática, por investigação dos conteúdos pertinentes ao assunto estudado em bases de periódicos BVS, Pubmed, Scielo, *Scopus e Web of Science*, com recorte temporal entre os anos de 2005 e 2015, além das obras escolhidas livremente conforme a relação com os temas pesquisados. A pesquisa bibliográfica foi realizada na Fiocruz, por meio do Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Careli (Claves).

### 2.1 Autoestima

Um dos primeiros autores a definir o autoconceito foi William James, em 1890, (JAMES, 1890 *apud* COSTA, 2002). Sua definição abrange o autoconceito como o conjunto dos fatores

daquilo que o indivíduo é ou sua compreensão sobre si mesmo e de tudo o que pode chamar de seu: corpo, capacidades físicas, amigos, familiares, trabalho, pertences. James define o autoconceito a partir da noção de *self*, que consiste em tudo o que faz parte do sujeito ou que ele apropria como seu.

O campo da fenomenologia lançou luz sobre o assunto com Combs e Snygg (1949 apud ASSIS, 2004), destacando a si mesmo como funcional e estrutural. O foco passa o próprio sujeito como responsável pela organização das suas próprias percepções e do ambiente, sendo o construtor de sua própria realidade a partir do seu campo de percepções.

Em 1976, os autores americanos Wells e Marwell (apud SERRA, 1988) avaliaram o autoconceito como um constructo importante para descrever e prever o comportamento humano, permitindo que se compreenda como o indivíduo se autoavalia e considera a si mesmo como pessoa.

Já Shavelson *et al.* (1976 apud SERRA, 1988) analisam o autoconceito como algo organizado e estruturado, mas também multifacetado, pois se relaciona a sistemas de categorias aos quais o ser humano está submetido e que também é compartilhado pelo grupo ao qual pertence, que refletem facetas que o influenciam diretamente.

Estudioso da psicologia social, o americano Rosenberg (1989 apud ASSIS, 2004) avaliou a autoestima na interação com o grupo social, ressaltando que o ser humano é influenciado pela cultura da qual faz parte, internalizando ideias e atitudes nas interações sociais.

Carl Rogers (1997), psicólogo humanista, considerou que autoestima é uma força interna e depende da capacidade do ser humano de se manter autêntico. Para ele o homem está em constante desenvolvimento de suas potencialidades.

Alvaro Tamayo (1985) analisou o autoconceito como um processo psicológico que é fundamentalmente social, uma vez que se desenvolve na relação com os outros, a partir das percepções e representações sociais que ocorrem nas interações com as outras pessoas.

Assis (2004) destaca que em 1984 uma comissão que ficou conhecida como *Task Force to Promote Self-Esteem* (força tarefa para promover a autoestima) buscou a valorização do compromisso do indivíduo em assumir responsabilidade pelos seus atos, por si mesmo e por suas relações intra e interpessoais, o que contribuiu para os estudos mais recentes sobre o tema.

Souza e Puente-Palacios (2011), no artigo *A influência do autoconceito profissional na satisfação com a equipe de trabalho*, relacionam o autoconceito com o trabalho em equipe, o alcance de determinados resultados para a organização e a satisfação no trabalho.

Pode-se, então, verificar que o autoconceito é um tema atual que vem sendo cada vez mais estudado em função de sua possível relação com a produtividade, com o envolvimento e comprometimento com os resultados no trabalho.

## 2.2 Qualidade de vida

O termo qualidade de vida surge originalmente nos Estados Unidos no período pós-guerra para designar uma nação livre que começa com a ideia de aquisição de bens materiais para, num segundo momento, abarcar o acesso à educação, saúde, bem-estar, envolvendo o crescimento econômico e industrial (CARR, 1996 *apud* VILARTA; GUTIERREZ; MONTEIRO, 2010).

Minayo, Hartz e Buss (2000) analisam que os séculos XVIII e XIX foram marcantes para o estabelecimento da relação entre saúde e qualidade de vida a partir da medicina social, que propiciou maior investigação e investimentos em políticas públicas.

De um modo geral, os estudos sobre qualidade de vida são classificados a partir de quatro abordagens: 1) socioeconômica – que adota os indicadores sociais para avaliação da QV; 2) biomédica – relaciona-se a melhores condições de vida dos enfermos e condições de saúde; 3) psicológica – adota indicadores que avaliam estados subjetivos, vivências, experiências, felicidade e satisfação; 4) gerais – adotam a premissa de que a QV é multidimensional, sendo influenciada por diversos fatores, como o ambiente, o contexto sociocultural, os valores pessoais e sociais, interesses, dentre outros (VILARTA; GUTIERREZ; MONTEIRO, 2010).

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 1979), por intermédio de uma área oficialmente responsável para debater o tema, que ficou conhecido como Grupo de Qualidade de Vida (Whoqol), apreende a qualidade de vida a partir de uma perspectiva multidimensional, que envolve: aspectos físicos (dor, sono, medicação utilizada, atividades de vida diária etc.), aspectos psicológicos (crenças pessoais, autoestima, funções cognitivas, sentimentos positivos e negativos etc.), relações sociais (relações pessoais, suporte social, relações íntimas etc.), meio ambiente (acesso e qualidade dos serviços, lazer, cuidados de saúde, condições adequadas do ambiente físico que incluem poluição, ruídos, clima, trânsito etc.). (VILARTA; GUTIERREZ; MONTEIRO, 2010).

No que diz respeito à qualidade de vida no trabalho (QVT), Ferreira (2011) avalia que o interesse crescente pelo tema ocorre pela sua relevância e pertinência do ponto de vista social, uma vez que o mundo do trabalho tem um papel significativo na vida humana; do

ponto de vista das organizações, que enfrentam desafios diários que colocam a QVT como uma necessidade; e do ponto de vista acadêmico, criando espaços de reflexão sobre o campo das ciências do trabalho e saúde.

A revisão de literatura não sistemática revelou que a maioria das pesquisas feitas sobre a saúde e qualidade de vida do trabalhador da saúde tem como foco os profissionais de enfermagem e que há mais estudos internacionais do que nacionais sobre o tema.

No que diz respeito à autoestima dos profissionais de saúde, pouco material foi encontrado sobre o assunto, que, de forma geral, é abordado de modo superficial dentro de algum tópico, como burnout ou carga psíquica de trabalho.

Em relação a investigações que associam autoestima e qualidade de vida, apenas um estudo foi encontrado: *intervenção visando à autoestima e à qualidade de vida dos policiais civis do Rio de Janeiro* (ANDRADE; SOUSA; MINAYO, 2009). Isso torna esta pesquisa inédita, uma vez que analisa e compara os constructos autoestima e qualidade de vida dos trabalhadores da saúde.

### 3 METODOLOGIA

A pesquisa observou os aspectos éticos de acordo com a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), contando com a autorização da coordenação do Hospital Colônia e da Estratégia de Saúde da Família para a realização do estudo e com a assinatura de todos os participantes do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) antes do início da coleta de dados.

Este estudo foi aprovado pelo CEP Hospital Naval Marcílio Dias, através de parecer consubstanciado sob número de parecer 684.500 e CAAE 31984214.1.0000.5256.

Consiste em uma pesquisa de finalidade aplicada, caracterizando-se por ser um estudo transversal, de caráter quantitativo, com alcance correlacional, realizado por meio de pesquisa de campo, com levantamento.

#### 3.1 Instrumentos utilizados

O questionário sociodemográfico do profissional de saúde foi elaborado pela própria autora e teve como objetivo coletar dados da população estudada, como idade, sexo, local de trabalho, se reside ou não próximo ao local de trabalho, profissão, tempo de exercício profissional, carga horária de trabalho diária e semanal, turno de trabalho, problemas de



saúde, medicamentos de que faz uso, falta ao trabalho por motivo de doença, percepção de estresse.

O questionário para avaliação da percepção da autoestima foi elaborado pela própria autora e validado por cinco doutores de Psicologia, contendo 30 questões fechadas, sendo 15 delas afirmativas para a autoestima e 15 negativas. As possibilidades de respostas são 4: sempre, com frequência, às vezes e nunca. O objetivo é avaliar a percepção que o indivíduo tem de sua autoestima.

O Short form health survey - SF- 36 foi validado em 1992 pelo New England Medical Center Hospitals e, em 1997, foi realizada a versão portuguesa através do Centro de Estudos e Investigação em Saúde. A versão brasileira foi traduzida e validada por Ciconelli et al. em 1999 e revista por Campolina e Ciconelli em 2008. É um instrumento que avalia a qualidade de vida e saúde, amplamente utilizado em todo o mundo e disponível em diversas traduções diferentes. Ele contém 36 perguntas que visam medir a saúde funcional e bem-estar do ponto de vista do próprio indivíduo. Neste estudo foi utilizado o SF-36v2 (versão 2).

### 3.2 População estudada

A pesquisa foi realizada com todos os profissionais de saúde que concordaram em participar, abrangendo todos os trabalhadores de saúde de nível superior e técnico dos locais envolvidos na pesquisa, totalizando 50 profissionais de saúde mental do Hospital Colônia e 50 profissionais de saúde das unidades de Estratégia da Saúde da Família (ESF) do Município de Rio Bonito-RJ, totalizando 100 profissionais de saúde ao final da pesquisa.

Consistiram em critérios de inclusão: todos os profissionais de saúde que têm formação acadêmica em nível técnico e/ou superior foram convidados para participar da pesquisa. No Hospital Colônia, esse público inclui médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, psicólogos, assistentes sociais, nutricionista que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, preenchendo devidamente o questionário sociodemográfico do profissional de saúde e os questionários para a avaliação da qualidade de vida SF-36 e para autoavaliação da autoestima, utilizados durante o período do levantamento de dados.

Nas dezessete unidades de ESF foram convidados a participar da pesquisa os seguintes profissionais de saúde: médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, dentista e auxiliar de consultório dentário. E os critérios de inclusão foram os mesmos do Hospital Colônia em



termos de assinatura do TCLE, questionário sociodemográfico do profissional de saúde e os demais questionários.

Consistiram em critérios de exclusão: agentes comunitários, por não possuírem formação específica para a área da saúde, profissionais com cargos administrativos e os profissionais de saúde mental do Hospital Colônia e do PSF do Município de Rio Bonito-RJ que se recusaram a participar da pesquisa e não assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; os que estavam de férias durante o período da coleta de dados e os que não preencheram adequadamente os questionários utilizados.

### 3.3 Análise dos dados

Para a correção dos dados colhidos a partir do SF-36v2 foi utilizado um software, fornecido pela empresa detentora dos direitos de utilização do questionário (Optum – Canadá), através de licença nº QM026417 adquirida especificamente para esta pesquisa. O *QualityMetric Health Outcomes Scoring* Software 4.5 analisa todos os dados planilhados, facilitando a comparação dos indivíduos avaliados com a média da amostra da população geral, fornecendo gráficos que permitem realizar tais comparações (SARIS-BAGLAMA et al., 2011).

As duas dimensões gerais do SF-36v2 são a saúde física e a saúde mental: escores altos representam melhor saúde e escores abaixo de 25% representam um pobre funcionamento físico e mental (SEKINE, 2009).

Procedeu-se então com a análise estatística descritiva no software de tabulação Excel e no pacote estatístico R para comparação dos dados de autoestima e qualidade de vida e para o estudo de correlação. Para o estudo de modelagem foi utilizado o R.

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Considerando-se o conjunto dos profissionais de saúde incluídos no estudo, verificou-se que a maior parte é do sexo feminino (87%). Dos 50 respondentes do Hospital Colônia (HC), 40 eram mulheres e 10 eram homens. Dentre os profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF), também se observa a maior proporção de mulheres, 94%, ou, em números absolutos, 47 pessoas do sexo feminino e apenas 3 do sexo masculino.

Em relação à faixa etária, nota-se que no Hospital Colônia há mais pessoas com idade superior a 40 anos do que na Estratégia de Saúde da Família. No HC, dos 50 trabalhadores

entrevistados, 30 tinham mais de 40 anos (60%), enquanto que na ESF apenas 17 dos 50 profissionais enquadravam-se nesta faixa de idade (34%).

Nas unidades da ESF, 24% dos trabalhadores relataram algum tipo de enfermidade, enquanto no HC, o percentual foi de 32%. A hipertensão arterial sistêmica foi a doença mais recorrente: 10% dos participantes da pesquisa relatam ter a doença e fazer uso de medicamento para tratamento.

Na ESF, 46% dos profissionais entrevistados declararam que já faltaram ao trabalho devido a algum problema de saúde. No HC, esta taxa chega a 64%. Constatou-se que, considerando-se a totalidade dos profissionais de saúde do HC e do PSF, 27% declararam sentir-se estressados e 73% declararam-se não se sentir estressados.

A maior parte dos profissionais foi considerada como de boa autoestima (39 no HC e 34 no PSF). Entretanto, dos 14 indivíduos com autoestima “excelente”, 10 são do PSF, enquanto apenas 4 são do HC.

**Tabela 1 – Nível de autoestima considerando-se os dois grupos: Hospital Colônia (HC) e Estratégia de Saúde da Família (PSF) do Município de Rio Bonito / RJ / BR**

Autoestima	Grupo	
	HC	PSF
Regular	14%	12%
Boa ou média	78%	68%
Excelente	8%	20%

Fonte: (OLIVEIRA, 2016).

Foram avaliadas, ainda, classificações relacionadas a escolaridade, proximidade do trabalho, faixa etária, gênero, relato de percepção de estresse e não houve diferenças significativas na percepção da autoestima relacionada a estes fatores.

A Tabela 2 mostra a comparação das dimensões da qualidade de vida nos dois grupos estudados.

**Tabela 2 – Dimensões SF-36v2 comparação resultados abaixo e acima da média dos profissionais do Hospital Colônia (HC) e da Estratégia de Saúde da Família (ESF) do Município de Rio Bonito / RJ / BR**

Dimensões SF-36v2	Resultados abaixo da média		Resultados acima da média	
	HC	ESF	HC	ESF
Saúde Geral (GH)	18%	8%	50%	64%
Vitalidade (VT)	16%	12%	68%	66%
Funcionamento Social (SF)	28%	16%	44%	50%
Aspectos Emocionais (RE)	18%	12%	64%	64%
Saúde Mental (MH)	16%	12%	50%	44%
Funcionamento Físico (PF)	24%	14%	40%	48%
Aspectos Físicos (RP)	10%	8%	54%	68%
Dor Física (BP)	24%	16%	46%	50%

Fonte: (OLIVEIRA, 2016).

Os profissionais da ESF apresentam melhor saúde física (48%) do que os profissionais do Hospital Colônia (38%), e estes apresentam saúde mental um pouco melhor (48%) do que os trabalhadores da ESF (46%), embora esta última diferença não seja significativa.

Os profissionais de saúde da ESF apresentam melhor saúde geral (GH), funcionamento social (SF), funcionamento físico (PF), aspectos físicos (RP) do que os trabalhadores da saúde do HC; contudo, também exibem mais dor física.

Em contrapartida, os trabalhadores do HC mostram melhores resultados para vitalidade (VT), embora com diferença não significativa e saúde mental (MH). No que diz respeito aos aspectos emocionais (RE), os resultados foram iguais para os dois grupos.

Dentre os profissionais de saúde que obtiveram resultados abaixo da média nas dimensões do SF-36v2, a comparação dos grupos revela que os trabalhadores do HC têm mais prejuízo em todas as dimensões avaliadas do que os que atuam na ESF, sofrendo maior impacto na qualidade de vida e saúde.

Procedeu-se à avaliação da correlação entre a autoestima e cada uma das dimensões do SF-36v2, que são fatores determinantes da qualidade de vida e percepção de bem-estar por parte dos indivíduos.

**Tabela 3 – Correlação entre Autoestima e as diversas dimensões da qualidade de vida**

Grupo	PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH
Toda a amostra	0,21	0,25	0,25	0,26	0,46	0,40	0,32	0,58
HC	0,32	0,31	0,31	0,33	0,65	0,48	0,37	0,62
PSF	0,08	0,18	0,18	0,19	0,23	0,33	0,25	0,54

Fonte: (OLIVEIRA, 2016).

No conjunto dos profissionais do Hospital Colônia, a “vitalidade” (VT) foi a subdimensão que apresentou a maior correlação com a autoestima. Ou seja, para os trabalhadores do HC, quanto maior a vitalidade, maior a autoestima. Outra variável a apresentar correlação superior a 50% com a autoestima foi “saúde mental” (MH), que dentre todas as variáveis foi a que teve maior correlação com a autoestima.

Visando à inferência e ao estudo mais criterioso da relação entre autoestima e qualidade de vida, optou-se, neste trabalho, pela modelagem estatística dos dados. O modelo aqui empregado é um modelo de mínimos quadrados generalizados, estimado por máxima verossimilhança e com auxílio do software estatístico R.

**Tabela 4 – Estimação do Modelo Completo e Resultados**

<i>Variável</i>	<i>Coefficiente</i>	<i>p-valor</i>
Intercepto	63,72873	0,00
PF	0,00538	0,91
RP	-0,00118	0,98
BP	-0,02498	0,56
GH	0,03689	0,48
VT	0,07481	0,24
SF	0,00855	0,86
RE	0,02851	0,69
MH	0,28448	0,00
Sexo (M)	0,52176	0,83
Questionário (PSF)	1,29004	0,47
Faixa Etária (+ de 40)	-0,16264	0,92
Escolaridade (s)	1,35615	0,45
Estresse (Sim)	1,22891	0,56

Fonte: (OLIVEIRA, 2016).

De acordo com a metodologia estatística que baliza a estimação do modelo, uma variável independente incluída no modelo deve explicar parte da variável dependente se seu p-valor é inferior a 0,10.

O modelo cheio (ou completo) indicou que, dentre todas as variáveis consideradas, apenas uma delas, a que representa a saúde mental do indivíduo, foi importante na explicação do nível de Autoestima do indivíduo. Logo, com o intuito de verificar forma mais rigorosa a relação entre a Autoestima e os fatores ligados à saúde mental, buscou-se modelar a Autoestima em função das variáveis do item 9<sup>1</sup> do questionário SF36, através do Modelo 2.

**Tabela 5 – Resultados do Modelo 2**

<i>Variável</i>	<i>Coefficiente</i>	<i>p-valor</i>
Intercepto	110,5392	0,00
MH02	1,11612	0,39
MH03	-2,67682	0,00
MH04	-0,67543	0,49
MH05	-5,11899	0,00

**Fonte:** (OLIVEIRA, 2016).

Pela estimação do Modelo 2, a percepção de tranquilidade (MH03) e o sentimento de felicidade (MH05) por parte do indivíduo estão vinculados a sua Autoestima. Um modelo somente com estas variáveis foi então estimado: Modelo 3.

**Tabela 6 – Especificação e Resultados do Modelo 3**

<i>Variável</i>	<i>Coefficiente</i>	<i>p-valor</i>
Intercepto	112,77663	0,00
MH03	-2,65079	0,00
MH05	-5,06786	0,00

**Fonte:** (OLIVEIRA, 2016).

De acordo com a Tabela 6, os resultados de p-valor referentes às variáveis MH03 e MH05 aponta para a significância estatística delas.

<sup>1</sup> Item 9c (MH02) - Nas últimas 4 semanas, durante quanto tempo você se sentiu deprimido?; Item 9d (MH 03) - Nas últimas 4 semanas, durante quanto tempo você se sentiu calmo e tranquilo?; 9f (MH04) - Nas últimas 4 semanas, durante quanto tempo você se sentiu desanimado e deprimido?; 9h (MH05) - Nas últimas 4 semanas, durante quanto tempo você se sentiu feliz?

No Modelo 2, a variável MH02, que está vinculada ao estado de depressão do indivíduo, foi analisada junto com as variáveis atreladas a calma e percepção ou sensação de felicidade (MH03 e MH05).

Desse modo, o pesquisador pode suspeitar que a não significância da variável MH02 (depressão) tenha ocorrido em função de o modelo contar também com duas variáveis (tranquilidade e felicidade) capazes de mascarar o resultado da depressão na explicação da autoestima.

Logo, avaliou-se um quarto modelo, considerando-se a depressão e a vitalidade (VT) na explicação da Autoestima. A variável MH02, relacionada a depressão, é então incluída na modelagem a partir da suspeição teórica de que o estado de depressão do indivíduo pode ser capaz de explicar sua Autoestima. A variável VT entra no modelo 4 por ter sido a segunda subdimensão da qualidade de vida que apresentou maior proximidade de relação com a Autoestima.

**Tabela 7 – Especificação e Resultados do Modelo 4**

<i>Variável</i>	<i>Coefficiente</i>	<i>p-valor</i>
Intercepto	69,62145	0,00
MH02	3,15122	0,02
VT	0,19559	0,00

Fonte: (OLIVEIRA, 2016).

Nota-se, com a análise da Tabela 7, que a depressão (MH02) e a vitalidade (VT) foram significativas de acordo com os níveis usuais empregados nos testes estatísticos, haja vista os resultados para p-valor apresentados.

Logo, tanto o Modelo 3, que considera as variáveis ligadas a tranquilidade e felicidade, quanto o Modelo 4, que exclusivamente engloba depressão e vitalidade, apresentaram significância estatística na explicação da Autoestima dos indivíduos.

Gouveia et al. (2009) afirmam que felicidade, tranquilidade, prazer e satisfação são termos que fazem parte do bem-estar subjetivo (BES), este consiste em uma atitude com dois componentes: o afeto e a cognição. A avaliação cognitiva e racional que os indivíduos fazem a respeito de suas vidas denomina-se componente cognitivo. Já a avaliação afetiva tem relação com as emoções e o humor, consistindo na capacidade de experimentar e avaliar os

afetos vivenciados em relação a si mesmo, aos outros e a diferentes contextos da vida, como o trabalho.

A correlação entre autoestima e saúde mental, a partir da felicidade, tranquilidade e vitalidade, mostra que os profissionais da saúde têm mais qualidade de vida e saúde mental quando estes fatores são valorizados, tanto de forma pessoal quanto no ambiente de trabalho.

#### **4 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A partir das investigações realizadas foi possível concluir que a maioria dos trabalhadores da população estudada percebe sua autoestima como boa. No que diz respeito à qualidade de vida e sua relação com a saúde os dois grupos de trabalhadores da saúde avaliados apresentam, em sua maioria, aspectos medianos quanto às dimensões avaliadas. Contudo, é preciso levar em consideração os resultados para funcionamento físico e funcionamento social dos trabalhadores do HC, uma vez que quase 1/3 deles tiveram resultados negativos nessas dimensões.

No quesito dor física, apesar de os resultados serem semelhantes à amostra geral da população, é importante ressaltar que, no trabalho em saúde, mais da metade da população estudada apresenta dor física, um dado que precisa ter um olhar atento para que não haja prejuízos de saúde para esses profissionais, o que pode acarretar em absenteísmo e/ou dificuldades com o desempenho no trabalho.

Os objetivos deste estudo foram cumpridos através da revisão de literatura e análise estatística. As hipóteses investigadas foram refutadas em função de resultados encontrados que as contradizem. Os resultados mostraram que não há diferenças significativas em relação à percepção da autoestima nos dois grupos estudados, mas há maior prejuízo da qualidade de vida e saúde para os trabalhadores de saúde mental do Hospital Colônia do que para os profissionais da ESF, havendo correlação da autoestima apenas com alguns itens relacionados à dimensão saúde mental da qualidade de vida, a saber: felicidade, tranquilidade, vitalidade e depressão.

A qualidade de vida no trabalho dos profissionais de saúde é um tema que necessita constante indagação e investigação, pois muito precisa ainda ser feito para melhorias da qualidade de vida deste público específico. Dependendo do tipo de local de trabalho, da clientela atendida, do modelo de gestão, das relações interpessoais estabelecidas, dos fluxos de trabalho, dentre outros fatores, a qualidade de vida, autoestima e saúde podem ser melhores ou piores. Em função disso, não se pode generalizar dados da população investigada neste



estudo para todos os profissionais de saúde, senão apreendê-los como tendência a ser analisada em outras pesquisas.

## REFERÊNCIAS

ANDRADE, R. A.; SOUSA, E. R.; MINAYO, M. C. S. **Intervenção visando a auto-estima e qualidade de vida dos policiais civis do Rio de Janeiro**. Ciênc. saúde coletiva vol.14. n.1. Rio de Janeiro. jan./fev. 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232009000100034](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000100034)>. Acesso em: 6 abr. 2015.

ASSIS, S. G. **Labirinto de espelhos: formação da autoestima na infância e na adolescência**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004.

CAMPOLINA, A. CICONELLI, R. **SF-36 and development of new assessment tools for quality of life**. Acta Reumatol. Port, 2008; 33:127-33.

CICONELLI, R. et al. **Brazilian – Portuguese version of SF-36. A reliable and valid quality of life outcome measure**. Ver. Bras. Reumatol, 1999; 39: 143-50.

COSTA, P. **Escala de Autoconceito no Trabalho: Construção e Validação**. Psicologia: Teoria e Pesquisa. jan./abr. 2002, v.18 n. 1, p. 75-81. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ptp/v18n1/a09v18n1.pdf>>. Acesso em: 2 jan. 2016.

FERNANDES, P.; LIMA, M.; ARAÚJO, T. (Org.). **Tópicos em saúde, ambiente e trabalho: um olhar ampliado**. Livro eletrônico. Salvador: EDUFBA, 2014. Disponível em: <<http://www.edufba.ufba.br/2014/05/topicos-em-saude-ambiente-e-trabalho-um-olhar-ampliado/>>. Acesso em: 8 jan. 2016.

FERREIRA, M.C. **Qualidade de vida no trabalho: uma abordagem centrada no olhar dos trabalhadores**. Brasília, DF: Edições Ler, Pensar, Agir, 2011. Disponível em: <<http://ergopublic.com.br/arquivos/1359392512.36-arquivo.pdf>>. Acesso em: 12 mar. 2016.

GOUVEIA, R. et al. **Bem-estar afetivo entre profissionais de saúde**. Revista Bioética 2009 17 (2): 267 – 280. Disponível em: <[http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista\\_bioetica/article/viewFile/166/171](http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/viewFile/166/171)> Acesso em: 17 jan. 2016.

MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. **Qualidade de vida e saúde: um debate necessário**. Ciência & Saúde Coletiva, 5(1) :7-18, 2000. Disponível em: <[http://adm.online.unip.br/img\\_ead\\_dp/35428.PDF](http://adm.online.unip.br/img_ead_dp/35428.PDF)>. Acesso em: 11 mar. 2016.

ROGERS, C. **Tonar-se Pessoa**. 5ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 1997.

SARIS-BAGLAMA, R. et al. **QualityMetric Health Outcomes™ Scoring Software 4.5 User's Guide**. USA: QualityMetric Health Outcomes Solutions, 2011.

SERRA, A. **O auto-conceito**. *Análise Psicológica* (1988), 2 (VI): 101-110. Disponível em: <[http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/2204/1/1988\\_2\\_101.pdf](http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/2204/1/1988_2_101.pdf)>. Acesso em: 11 mar. 2016.

SEKINE, M. et al. **Socioeconomic Inequalities in Physical and Mental Functioning of British, Finnish, and Japanese Civil Servants: Role of Job Demand, Control, and Work Hours**. *Soc Sci Med.* 2009 November; 69(10): 1417–1425. doi:10.1016/j.socscimed.2009.08.022. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2791858/>>. Acesso em: 9 fev. 2016.

SOUZA, M; PUENTE-PALACIOS. **A influência do autoconceito profissional na satisfação com a equipe de trabalho**. *Estudos de Psicologia, Campinas*, 28(3), 315-325, julho - setembro 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v28n3/a03v28n3.pdf>>. Acesso em: 2 jan 2016.

TAMAYO, A. **Relação entre o auto-conceito e a avaliação percebida de um parceiro significativo**. *Arq. Bras. Psic*, Rio de Janeiro, 37(1):88-96, jan./mar. 1985. Disponível em: <<http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/abp/article/viewFile/19178/17918>>. Acesso em: 11 mar. 2016.

VILARTA, R.; GUTIERREZ, G. L.; MONTEIRO, M. I. (Org.). **Qualidade de vida: evolução dos conceitos e práticas no século XXI**. Campinas: Ipês, 2010. Disponível em: <[http://fae.br/2009/mestrado/down/precesso\\_2012-1/006-Q\\_de\\_vida\\_ev\\_dos\\_conc\\_e\\_praticas.pdf](http://fae.br/2009/mestrado/down/precesso_2012-1/006-Q_de_vida_ev_dos_conc_e_praticas.pdf)>. Acesso em: 12 mar. 2016.

**Como Referenciar este Artigo, conforme ABNT:**

OLIVEIRA, B. A. S. Análise da Qualidade de Vida e Percepção da Autoestima: Um Estudo de Correlação e Comparação. **Rev. FSA**, Teresina, v.16, n. 5, art. 9, p. 162-178, set./out. 2019.

Contribuição dos Autores	B. A. S. Oliveira
1) concepção e planejamento.	X
2) análise e interpretação dos dados.	X
3) elaboração do rascunho ou na revisão crítica do conteúdo.	X
4) participação na aprovação da versão final do manuscrito.	X