



EVENTOS ESTRESSORES DA VIDA DIÁRIA E PERCEPÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA: INFLUÊNCIAS NO USO DA ASSISTÊNCIA MÉDICA DE TRABALHADORES DE QUATRO CRECHES DA REGIÃO METROPOLITANA DE SÃO PAULO

Daniele Barrionuevo Kallas Batista

Mestre em Ciências da Saúde pela Unifesp – São Paulo – Brasil

Sérgio José Nicoletti

Universidade Federal de São Paulo – São Paulo – Brasil

Resumo: Este estudo teve como objetivo compreender a associação das variáveis percepção de qualidade de vida e eventos da vida diária com a utilização do sistema de saúde em 86 colaboradores de quatro creches da região metropolitana de São Paulo. A avaliação da percepção de qualidade de vida (WHOQOL_bref) sugere que pessoas do gênero feminino que trabalham em creches e que apresentam percepções desfavoráveis no domínio psicológico da qualidade de vida tendem a utilizar mais frequentemente o sistema médico disponível para os funcionários do que as que apresentam níveis mais elevados.

Palavras-chave: creches; serviços de saúde ocupacional; custos em saúde.

INTRODUÇÃO

O mundo contemporâneo vem sofrendo mudanças significativas que exercem inúmeras influências sobre o modo de vida das pessoas, não apenas no que concerne ao seu ambiente familiar, lazer e crenças, mas também nos aspectos que dizem respeito ao trabalho.

O presente estudo tem por objetivo analisar as relações entre fatores ambientais e pessoais e a busca pela assistência médica em colaboradores de creches. Essa análise tem como expectativa aumentar os referenciais para a implantação de ações preventivas, educativas e de promoção de saúde e qualidade de vida para a população estudada. Considerando a importância de um olhar biopsicossocial sobre o trabalho, a saúde e a qualidade de vida, buscamos compreender como as situações potencialmente estressantes da vida diária, as situações de risco existentes no local

de trabalho e a percepção de saúde e qualidade de vida são fatores importantes na determinação do uso da assistência privada em saúde na população estudada.

O uso de serviços de cuidado infantil torna-se cada vez mais comum na vida das famílias modernas. Atualmente, no Brasil, 10 a 15% dos pré-escolares de cidades médias e grandes frequentam creches gratuitas e esse número pode ser consideravelmente maior se consideradas as creches particulares (BARROS; GONÇALVES; BORBA; LORENZATTO; MOTTA; SILVA; SCHIROKY, 1999).

O aumento da participação feminina no mercado de trabalho tem trazido reflexos importantes para a organização da família e da sociedade. Gera como consequência: mudanças na rotina da família e no trabalho dos pais que passam a buscar alternativas para manter seu desenvolvimento profissional e, ao mesmo tempo, encontrar uma solução adequada para o cuidado dos filhos.

Por outro lado, o aumento da quantidade de crianças que são encaminhadas para estabelecimentos de cuidado infantil provoca novas demandas no atendimento e no serviço desses estabelecimentos. Os profissionais que atuam em creches passam a sofrer exigências de qualidade no trabalho, tanto pelos pais quanto pelos empregadores, devendo apresentar continuamente um melhor repertório de recursos pessoais para lidar com as questões do cotidiano (BARROS; et al.; MASTROIANNI, 1992; PERSONICK, 1987).

Creche e Brasil

No Brasil, as creches foram introduzidas inicialmente em empresas, na década de 1920 e com a Consolidação das Leis do Trabalho na década de 1940 foi estabelecida a obrigatoriedade da manutenção de creches em empresas privadas que empregassem mão de obra feminina acima de 16 anos em número maior ou igual a 30 (PELICIONI, 1995). Um levantamento realizado em 1967 apresentou dados referentes às 93 indústrias do município de São Paulo com mais de 100 colaboradores e somente 31 dispunham de creche (NOGUEIRA, 1982 apud PELICIONI, 1995).

O grande crescimento populacional desse período, principalmente nas camadas de baixa renda, juntamente com o aumento da industrialização e do setor de serviços, foram fatores determinantes do aumento das creches municipais. As creches surgiram sob responsabilidade de gestão da Secretaria da Família e Bem-Estar Social da Prefeitura Municipal de São Paulo (FABES) e é considerada por esse órgão como uma estrutura de educação e de assistência.

Os programas governamentais desenvolvidos para a criança de 0 a 6 anos estruturaram-se à margem da educação, tendo caráter assistencialista, fator que desencadeou, a partir dos anos 1980, reflexões e debates sobre a qualidade da educação em creches e pré-escolas, na tentativa de reconhecer a educação infantil

como atividade educacional (PELICIONI, 1995). Esse fator exerce influência direta na capacitação dos profissionais envolvidos nessa área e exerce influência no perfil do trabalhador de creche.

Apesar da necessidade premente de capacitação para esses profissionais, a definição de uma política de recursos humanos na área representa, na maior parte das vezes, apenas um conjunto de intenções que não se realiza efetivamente. O corpo profissional dessa área é caracterizado por alta rotatividade, baixos salários, despreparo para as funções exercidas e falta de significado atribuído ao trabalho realizado (PELICIONI, 1995).

O contrato da “pajem” ou “ADI” (Auxiliar de Desenvolvimento Infantil) é regulamentado pela CLT e a pessoa contratada é vista pela FABES como:

[...] a mediadora da criança com a vida. Cabe-lhe conhecer as necessidades e perceber, em cada momento e em cada etapa do desenvolvimento da criança, o que esta pode fazer sozinha e de que modo pode ocorrer a sua intervenção. É importante estar atenta, dando à criança o tempo necessário para que compreenda seus problemas e busque soluções em cada situação (PELICIONI, 1995).

Importância das creches na economia e no modo de vida da família

Com a tendência de aumento da participação da mulher na força de trabalho, apresentada nas últimas décadas, o aumento de crianças necessitando de cuidados externos passa a ser significativo (KUHNS; HOLLOWAY, 1992). Em 1986 (PERSONICK, 1987), 43% das crianças até três anos estavam em creches, 17% tinham babás (cuidadoras) em casa, e 16% eram cuidadas por parentes. Para a década de 1990, os empregos na área de creches tiveram crescimento projetado de 2,2% ao ano, enquanto o restante da economia teve 1,3% do mesmo crescimento nos Estados Unidos (BARROS et al., 1999). Desde então, a contribuição da mulher na força de trabalho só tem aumentado, e algumas observações são importantes:

1. A confiança sentida pelos pais ao deixarem seus filhos em um lugar adequado para atender suas necessidades permite que eles façam parte da força de trabalho e sejam produtivos, contribuindo assim para o desenvolvimento socioeconômico da família e do país.
2. Os pais esperam que suas crianças estejam seguras, sejam tratadas com respeito, e mais, que recebam orientações educativas de acordo com as suas crenças e seus valores. Os reflexos desse contexto exercem sua influência tanto nos cuidadores quanto nos pais.

Os índices de absenteísmo, estresse e doenças aumentam em trabalhadores que deixam seus filhos em creches conforme diminui a relação de confiança na

qualidade do cuidado infantil. O quadro de necessidades desencadeado por esse fenômeno gera impacto importante para as empresas que, por sua vez, tomam iniciativas no sentido de oferecer creches dentro do local de trabalho, almejando melhorar a relação de produtividade, saúde e absenteísmo dos seus colaboradores com filhos pequenos (MASTROIANNI, 1992). No entanto, esse tipo de benefício, especialmente em países em desenvolvimento, é fornecido geralmente pelas grandes empresas, enquanto a maioria dos trabalhadores tem de gerenciar a questão dos cuidados com seus filhos nos primeiros anos de vida sem nenhum apoio das empresas ou mesmo governamental, recorrendo, muitas vezes, a creches com características filantrópicas.

Como consequência, certos tipos de serviços tornaram-se essenciais, como as redes de assistência médica, que são financiadas pelas empresas e pelas creches. Tais serviços têm influência importante no desempenho profissional do trabalhador diante de um novo cenário socioeconômico.

A demanda por um serviço de alta qualidade exigido pelos pais exerce influências diretas sobre os trabalhadores de creches. Muito se encontra na literatura sobre a saúde e as condições gerais relacionadas ao desenvolvimento das crianças em creches, porém são poucos os estudos que levam em consideração as questões de saúde dos profissionais que desenvolvem esse trabalho (BRIGHT; CALABRO, 1999).

O trabalho em creches e os riscos associados à saúde

Nas duas últimas décadas, estudos indicam que as creches apresentam riscos em saúde especialmente para as crianças. No entanto, é pouco discutida a questão do risco ocupacional desse ambiente de trabalho. Recentemente, estudos reforçam a falta de atenção às questões de saúde e segurança ocupacional nas creches, relatam a falta de regulamentação e controle dos estabelecimentos de cuidados infantis, o que se torna uma barreira para o acesso dos profissionais de saúde a essa população (BRIGHT; CALABRO, 1999). Essa situação tende a intensificar antigos problemas de saúde ocupacional, como lesões, acidentes e doenças, e traz consigo as consequências de todos os desafios causados pelo estresse psicológico, emocional e físico ao qual estão expostos esses trabalhadores (CAÑETE, 1996; FERREIRA, 2000).

Apesar de historicamente as creches não estarem associadas a ambientes de trabalho de alto risco, as tarefas desempenhadas pelos cuidadores os deixam expostos a riscos físicos, biológicos e químicos. Alguns fatores estão presentes tanto para as crianças quanto para os cuidadores: doenças infectocontagiosas, lesões e acidentes; mas outros atingem especificamente os trabalhadores: problemas musculoesqueléticos, alergias e problemas decorrentes do contato com materiais de limpeza

tóxicos (BARROS et al., 1999; BRIGHT; CALABRO, 1999; RUOTSALAINEN; JAAKKOLA; JAAKKOLA, 1995; CALDER, 1994; HASKINS; KOTCH, 1986).

O ambiente psicossocial do trabalho em creches é bastante desafiador. Níveis elevados de estresse gerado pela relação entre os cuidadores, as crianças e suas famílias foram encontrados em um estudo de 1993 (MANLOVE, 1993 apud BRIGHT; CALABRO, 1999). O fato associado a um alto nível de insatisfação com o trabalho e a remuneração e a uma alta rotatividade no local de trabalho indica a possibilidade de outros fatores de risco estarem associados com o desenvolvimento de doenças nessa população.

Eventos estressores da vida diária: conceito e considerações

O termo estresse originou-se na física e significa o grau de deformidade que uma estrutura sofre quando é submetida a um esforço. Selye, em 1936, introduziu o conceito na área de saúde após a observação em ratos da resposta comum a estímulos de desequilíbrio e ou desencadeadoras de estresse. Seus estudos foram um divisor de águas em todos os processos de compreensão do funcionamento biológico do estresse (SZABO; TACHE; SOMOGYI, 2012).

Rio (1998) afirma que o estresse é um conjunto de respostas que podem ser específicas ou gerais em nosso corpo, que acontece diante de estímulos, os quais podem ser externos ou internos, do mundo concreto ou imaginário e que são percebidos como pressão. Esse desequilíbrio desencadeia a entrada em ação de mecanismos adaptativos que tem a capacidade de nos ajustar a essas pressões, disponibilizando recursos adequados de reação e preservando a vida e o equilíbrio.

No intuito de especificar e descrever o processo de estresse nos indivíduos, Selye definiu a Síndrome Geral de Adaptação (SGA) como sendo “o conjunto de reações que um organismo desenvolve ao ser submetido a uma situação que exige esforço de adaptação” (FRANÇA; RODRIGUES, 1999; LIPP, 1998). A SGA foi classificada em três fases: Reação de Alarme, Fase de Resistência e Fase de Exaustão. A Reação de Alarme é uma reação de emergência, na qual o organismo se prepara para luta ou fuga, ocorrendo aumento da frequência cardíaca e da pressão arterial para disponibilizar rapidamente uma grande quantidade de energia. A Fase de Resistência é caracterizada por um aumento do córtex da suprarrenal e outras alterações fisiológicas, apresentando sintomas de irritabilidade, insônia, mudanças de humor e diminuição do desejo sexual. A terceira fase, chamada Fase de Exaustão, representa um retomo parcial à reação de alarme, apresentando uma falha nos mecanismos de adaptação e esgotamento por sobrecarga fisiológica, podendo causar patologias ou até a morte do organismo (FRANÇA; RODRIGUES, 1999).

O estresse acontece sempre que sofremos mudanças e somos forçados a nos adaptar às mesmas. No mundo contemporâneo são inúmeras as situações que necessitam de adaptação por parte dos indivíduos (trabalho, relações sociais, interação com o ambiente físico etc.). Em alguns casos, a adaptação é facilmente assimilada e em outros, não. A resposta ao estímulo estressor pode ser positiva ou negativa, de acordo com a forma como o indivíduo percebe e mobiliza recursos para lidar com a situação (HAFEN, KARREN; FRANDBSEN; SMITH, 1996).

A forma de enfrentamento da situação potencialmente estressante pode trazer dois tipos de resposta: o eustresse e o distresse. O Eustresse é a resposta positiva a uma situação de adaptação, na qual o excedente de energia disponibilizado fisiologicamente transforma-se em vitalidade e alegria de viver. E distresse é a resposta negativa ao estímulo, em que uma série de reações orgânicas e psicológicas em cascata se iniciam e o indivíduo pode adoecer (FRANÇA; RODRIGUES, 1999).

No eustresse há um aumento da capacidade de concentração e da agilidade mental, exacerbando a criatividade e a boa resolução de situações. As ações musculares são harmoniosas e bem coordenadas. Há um sentimento de vitalidade e prazer, assim como uma vivência de confiança. O índice de acertos é alto (RIO, 1998).

A resposta ao estímulo estressor é individual, cada pessoa apresentará uma reação positiva ou negativa de acordo com a representação que tem do agente estressor. A capacidade de mobilização de recursos depende de inúmeros fatores.

Essa capacidade é definida como “enfrentamento” e se refere ao “conjunto de esforços que uma pessoa desenvolve para manejar ou lidar com as solicitações externas ou internas que são avaliadas por ela como excessivas ou acima de suas possibilidades”, isto é, o indivíduo, após a existência de um agente estressor, fará uma avaliação da situação e agirá no sentido de manejar a mesma. Essa tomada de atitude é influenciada por um amplo repertório de questões como: personalidade, constituição orgânica, avaliação da percepção, expectativas da pessoa, contextos organizacionais, expectativas do ambiente, e a própria estratégia de enfrentamento utilizada (FRANÇA; RODRIGUES, 1999, p. 48).

Uma série de fatores influenciará a maneira como o indivíduo lidará com a situação estressante. Uma proposta originária da Programação Neurolinguística apresenta e desenvolve o conceito de *filtros perceptivos*. São propostas três categorias principais de filtros: a) neurológicos – derivados da própria estrutura do nosso sistema neurológico, dos nossos canais sensoriais; b) sociais – relacionados com a vida sociocultural; c) individuais – oriundos das nossas experiências prévias, da nossa história pessoal (RIO, 1998).

Independentemente da caracterização ou nomenclatura apresentada, é consenso entre diferentes pesquisadores do estresse que:

1. O estresse está presente nas mais diversas situações de vida;
2. Pode ser positivo ou negativo;
3. Depende da percepção e da capacidade individual para mobilizar recursos e lidar com situações estressantes (EUROPEAN COUNCIL, 1999).

A resposta do indivíduo ao estresse tem papel determinante na sua condição futura de saúde. A maneira como utilizamos recursos para manejar as situações estressantes será determinante para definir se o processo adaptativo será adequado ou não. No eustresse, o equilíbrio do organismo é rompido temporariamente e rapidamente retorna aos níveis basais. No entanto, no distresse, ocorre o mesmo desequilíbrio sem que aconteça a recuperação das funções fisiológicas. Quando a resposta ao agente estressor é de distresse, predominam emoções de ansiedade, medo, tristeza e raiva. A capacidade de concentração está diminuída e o funcionamento mental se torna confuso. As ações musculares são descoordenadas e desarmonicas. Predominam o desprazer e a insegurança. O índice de acertos diminui e a probabilidade de acidentes aumenta (Rio, 1998). *Distresse* é definido como sendo “a tensão com rompimento do equilíbrio biopsicossocial por excesso ou falta de esforço, incompatível com tempo, resultados e realização” (FRANÇA; RODRIGUES, 1999, p. 43).

Ururahy e Albert (1997) propõem uma abordagem que diferencia a situação fisiológica ou natural da situação patológica. Ambas se iniciam no ambiente de vida e nos fatores estressores aos quais o indivíduo está submetido. Então, podemos ter uma exposição crônica ou aguda ao fator estressor, e em ambas as situações o indivíduo poderá responder de forma adaptativa ou não. Quando somos expostos a um fator estressante agudo e respondemos de forma inadaptativa, classifica-se como *Estresse Agudo*, quando somos expostos a um fator estressante crônico e respondemos de forma inadaptativa, classifica-se como *Estresse Crônico*. Sendo o estresse um processo multifacetado, é necessário um olhar abrangente sobre suas causas e sobre as respostas apresentadas pelos indivíduos.

Hoes (1997) apresenta o modelo de eventos de vida e enfermidade/doença. Nesse modelo, são propostas categorias de classificação dos eventos de vida e fatores que as mesmas desencadeiam. De acordo com essa abordagem, os eventos de vida são fatores desencadeadores de cargas psíquicas e, conseqüentemente, dependendo da percepção individual da carga e das defesas psíquicas da pessoa, a mesma carga pode se tornar uma tensão, desencadeando respostas psicológicas e fisiológicas. Quando o evento se torna um “estresse”, passa a haver uma compensação biológica e comportamental, e caso este evento provoque uma tensão insuficientemente compensada, as conseqüências serão enfermidades (comportamentais) e doenças orgânicas. Para Hoes (1997), o estresse é uma compensação, desencadeada

por uma “incapacidade” do indivíduo em lidar com o evento de vida em questão. Caso o indivíduo não seja capaz de compensar fisiologicamente ou psicologicamente a referida tensão, processos mais graves de doença podem surgir.

Tendo como referência a medicina psicossomática, França (2001) discute que todas as pessoas têm potenciais biológicos, psicológicos e sociais que ao mesmo tempo respondem às diferentes demandas e condições de vida, e sugere, portanto, que somos um complexo biopsicossocial. Sendo assim, ao analisarmos o fenômeno do estresse, é importante levarmos em consideração fatores pessoais (características psicológicas, história de vida, nível educacional, relacionamento social etc.) e fatores ambientais (aspectos físicos do trabalho e da moradia, poluição, ergonomia etc.), envolvidos com a condição geral de vida do indivíduo.

Avaliação de eventos de vida e estresse

Holmes e Rahe (1967) apresentaram em suas pesquisas uma associação significativa entre eventos da vida (que demandavam algum tipo de adaptação por parte do indivíduo) e o processo do adoecer. Estabeleceram uma série de eventos que desencadeiam processos adaptativos e os associaram ao surgimento de doenças criando uma escala conhecida como “Escala de Holmes e Rahe”.

O trabalho de Holmes e Rahe (1967) evoluiu em uma perspectiva histórica dos estudos de Meyer. Meyer elaborou um sistema gráfico em que se registram cronologicamente, desde o nascimento, os acontecimentos normais e patológicos da vida do indivíduo e de acordo com suas observações esses eventos precediam episódios de doenças físicas ou mentais (NUNES, 1983). Segundo Holmes e Rahe (1967), o sistema gráfico de Meyer representou um método único para demonstrar seu esquema da relação entre os fenômenos biológicos, psicológicos e sociológicos com o processo de saúde e doença no homem. Posteriormente a Meyer, diversos estudos foram feitos, apontando que o significado psicológico e as emoções relacionadas a determinados eventos variavam de acordo com o paciente e apenas alguns eventos eram tomados como negativos ou estressores. No entanto, verificou-se que todos aqueles eventos da vida necessitavam de uma carga de adaptação por parte dos indivíduos (HOLMES; RAHE; 1967).

A Escala de Holmes e Rahe é composta de 43 itens e todos apresentam maior ou menor grau de adaptação pelos indivíduos de acordo com sua percepção da qualidade, quantidade, magnitude e intensidade do problema, isto é, a avaliação da situação é individual. No entanto, esses pesquisadores encontraram elevado nível de consenso com relação à classificação de pontos para cada evento, o que sugere uma concordância entre grupos e indivíduos sobre o significado dos eventos da vida

que transcende as diferenças de idade, gênero, sexo, educação, estado civil, classe social, religião e raça.

Qualidade de vida

Na área de saúde, o interesse inicial em avaliar qualidade de vida resultou da preocupação em melhorar os padrões de cuidados em saúde e de monitorar ainda mais de perto os resultados dos cuidados médicos e das intervenções (LEPLÈGE, HUNT, 1997). Segundo Fleck (1988), a partir da década de 1970, inicia-se um movimento na área de saúde com o intuito de valorizar parâmetros mais abrangentes que o controle de sintomas, a diminuição da mortalidade ou o aumento da expectativa.

A sobrevida resultante de tratamentos médicos mais modernos fez com que a oncologia fosse uma das primeiras áreas a utilizar essa perspectiva de avaliação das condições de vida de seus pacientes (FLECK, 1988; LEPLÈGE; HUNT, 1997). Torna-se importante saber se os anos a mais de vida estão sendo acrescidos de qualidade. Ou seja, não é suficiente apenas acrescentar “anos à vida”, mas também “vida aos anos”. Nesse sentido, um dos grandes passos da área de saúde foi considerar o ponto de vista do paciente em relação à sua qualidade de vida, o que nem sempre estava em sintonia com as opiniões das equipes médicas em relação ao resultado dos tratamentos propostos. Exemplos foram encontrados em estudo de hipertensão, dores nas costas, úlcera e sarcoma. Os médicos tendem a focar sua avaliação em sinais de cura e restauração dos valores clínicos normais. Por outro lado, os pacientes podem estar preocupados com questões relacionadas a distresse, fadiga ou a capacidade de seguir a vida e se engajar em atividades além do trabalho, como relações sociais, atividades sexuais e de lazer (LEPLÈGE; HUNT, 1997).

No entanto, de acordo com Leplège e Hunt (1997), clínicos e pesquisadores em saúde reconheceram que mudanças na qualidade de vida dos pacientes são determinantes fundamentais na demanda de serviços de saúde, na aderência ao tratamento e na satisfação do paciente. A partir desse contexto, inúmeros instrumentos de avaliação de qualidade de vida foram propostos e desenvolvidos. Como uma base conceitual clara estava longe de ser consensual, muitos dos instrumentos que supostamente avaliariam qualidade de vida estavam avaliando o estado de saúde dos pacientes (LEPLÈGE; HUNT, 1997; ROSENBERG, 1995). Nessa perspectiva, “condições de saúde”, “funcionamento social”, e “qualidade de vida” têm sido usados como sinônimos, e poucos artigos sobre qualidade de vida apresentam sua definição (FLECK, 1988).

Tornou-se comum utilizar o termo “qualidade de vida relacionada à saúde” e os instrumentos propostos avaliam indicadores como: capacidade para retornar ao trabalho, impacto da doença, sintomas físicos e psicológicos, satisfação em relação

à vida e outros. Esse conceito já apresenta uma abordagem mais ampla da qualidade de vida apresentando uma avaliação subjetiva do paciente e ligada ao impacto do estado de saúde sobre a capacidade do indivíduo em viver plenamente. Outros autores, como descrito por Bullinger (1993 apud FLECK et al., 1999) e Leplège e Hunt (1997), consideram que a qualidade de vida é um termo mais geral e inclui inúmeras condições que afetam a percepção dos indivíduos, como sentimentos e comportamentos relacionados com o seu cotidiano e, portanto, incluindo, mas não se limitando, à sua condição de saúde e às intervenções médicas (FLECK, 1988). Os indicadores utilizados nesses instrumentos não apresentam respostas sobre a qualidade de vida dos pacientes, mas apenas informações gerais sobre a vida. Supostamente, esses instrumentos, ao fornecer informações sobre aspectos de vida, que são influenciados pela doença, deveriam apresentar também a indicação do impacto da saúde na qualidade de vida.

Rosenberg (1995) afirma que os resultados dos tratamentos não devem ser medidos apenas pelo registro dos sintomas ou do estado de saúde. De acordo com essa perspectiva, as interações sociais e o bem-estar psicológico podem ser de grande importância para o indivíduo e para a sociedade, não podendo ser desconsideradas na avaliação dos tratamentos. Portanto, a grande limitação de instrumentos que avaliam “qualidade de vida relacionada à saúde” está em ignorar as relações entre o estado de saúde e outros aspectos da existência, como mudanças de salário, *status* de trabalho, relações pessoais, capacidade de gerenciamento de estresse, autoimagem e outros tantos fatores que nos influenciam diariamente e não são abordados por essa escala de avaliação (LEPLÈGE; HUNT, 1997).

Diante desse cenário, algumas iniciativas surgiram no sentido de desenvolver instrumento de avaliação da qualidade de vida sob uma perspectiva de que existem fatores comuns à qualidade de vida independentemente da cultura em que as pessoas estão inseridas. Segundo Bullinger (1993 apud FLECK et al., 1999), é importante que as pessoas se sintam bem psicologicamente, possuam boas condições físicas e sintam-se socialmente integradas e funcionalmente competentes, independentemente de sua cultura.

Essa busca deu origem à formação de um projeto colaborativo multicêntrico organizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) com o objetivo de propor uma definição de qualidade de vida e da criação de um instrumento de avaliação (FLECK, 1988). O grupo de qualidade de vida da OMS, formado por especialistas de diferentes culturas, definiu que o conceito de qualidade de vida deveria levar em consideração três aspectos fundamentais: 1) subjetividade; 2) multidimensionalidade; e 3) presença de dimensões positivas (ex.: mobilidade) e negativas (ex.: dor) (FLECK; LOUZADA; XAVIER; CHACHAMOVICH; VIEIRA; SANTOS PINZON, 1999; WHOQOLGROUP, 1996).

Sob essa perspectiva, o conceito de qualidade de vida foi definido 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” (WHOQOLGROUP, 1964, p. 3). A multidimensionalidade expressa na definição foi apresentada na elaboração do instrumento por meio da avaliação de seis domínios: domínio físico, domínio psicológico, nível de independência, relações sociais, meio ambiente e espiritualidade/religião/crenças pessoais.

Fatores de risco em saúde e custo do sistema de assistência médica

A presença fatores de risco no trabalho está diretamente relacionada com os custos da assistência médica (O'DONNELL; 2000; KAMAN, 1995; O'DONNELL, 2001; EDINGTON, 1997; PELLETIER, 1999). O impacto do custo da assistência médica financiada por empresas tem consequências importantes sobre a economia de países industrializados. Nos Estados Unidos, esse custo chega a atingir 14% do PIB e, na divisão desse encargo, as empresas e organizações privadas ficam com mais de 50% (O'DONNELL, 2000). Em 1999, o Brasil contava com uma estatística de 7,6% do PIB gastos com assistência em saúde (WHO, 1999). A análise econômica do Sistema de Assistência Médica (SAM) financiado pelas empresas deve levar em conta inúmeras questões que vão além do custo direto. Barreiras ou facilidades de acesso ao sistema e fatores responsáveis pela tomada de decisão de utilização do sistema são dois dos mais importantes aspectos que influenciam os custos do sistema de assistência médica financiado por empresas privadas. Fatores de risco comportamentais, isto é, associados a hábitos e, portanto, modificáveis, podem sofrer influência de um programa de educação e prevenção e como consequência permitem ações no sentido de melhorar a saúde geral do indivíduo e diminuir o custo da assistência médica.

Esse trabalho teve como objetivo analisar se a percepção de qualidade de vida prevalente entre os funcionários de quatro creches no município de São Paulo e a presença de eventos estressantes de vida diária, considerados como fatores de risco ambiental para o desenvolvimento de doenças, influenciam na utilização do sistema de assistência médica.

MÉTODO

Em função das características do estudo, optamos pela metodologia descritiva para o seu desenvolvimento, pois permite a apresentação precisa das características do grupo estudado e a verificação da frequência em que as variáveis podem interferir no uso da assistência médica (SELLTIZ, 1974). As variáveis foram coletadas por

meio de questionários estruturados com escalas de sim/não e numéricas de 1 a 5, posteriormente analisadas e descritas individualmente. Após a caracterização da amostra, em um segundo momento, verificamos a relação entre as variáveis no intuito de compreender como as mesmas podem modificar o comportamento em relação ao uso da assistência médica. Esse estudo também é caracterizado como transversal, pois os trabalhadores das creches foram avaliados em um momento no tempo (FLETCHER; FLETCHER; WAGNER, 1996).

A pesquisa foi desenvolvida em quatro creches localizadas nos bairros de Santana, Água Branca, Saúde e Interlagos do município de São Paulo e vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Reabilitação da Unifesp – EPM.

A coleta dos dados dos colaboradores foi realizada diretamente nas creches e os dados da assistência médica foram disponibilizados pela empresa de assistência médica responsável pelo seguro saúde das creches.

Todas as creches desenvolviam suas ações na área de atendimento a crianças, na faixa de quatro meses a sete anos. Apenas uma creche funciona com sistema de pagamento mensal, e as outras são gratuitas. A creche privada justifica sua característica filantrópica por meio de valores baixos de mensalidade e um número elevado de bolsas de estudo para famílias mais carentes.

Os dados referentes à utilização da assistência médica (número de procedimentos, utilização – número de vezes que cada colaboradora buscou auxílio médico no período de um ano do estudo e número de consultas) foram calculados de acordo com as informações disponibilizadas pela empresa de seguro saúde, controladora dos planos de assistência médica. Na data da aplicação do estudo, as colaboradoras receberam as orientações sobre o protocolo da pesquisa e tomaram conhecimento da carta de consentimento esclarecido. Todas as colaboradoras consentiram em participar do estudo.

Foram utilizados dois questionários: *Whoqol_bref* (FLECK, 1988; FLECK, et al., 1999; WHOQOLGROUP, 1998) e Escala de Eventos da Vida Diária de Holmes-Rahe (HOLMES; RAHE, 1967; NUNES, 1983). O questionário *Whoqol_bref* é um instrumento genérico de avaliação de qualidade de vida. Foi desenvolvido pelo grupo de qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde e publicado em 1998 (WHOQOLGROUP, 1998). O instrumento foi adaptado para a língua Portuguesa e publicado em fevereiro de 2000 por Fleck et al. (2000). O instrumento é a versão abreviada do *WHOQOL-100*, e é composto por 26 questões, com duas questões gerais de qualidade de vida e as demais representam cada uma das 24 facetas que compõe o instrumento original.

O *Whoqol_bref* avalia quatro domínios relacionados à percepção de qualidade de vida: domínio físico, domínio psicológico, relações sociais e meio ambiente.

Os resultados podem ser apresentados de duas formas: em uma escala de 4 a 20 ou na escala de 0 a 100, e em ambas os valores mais baixos representam uma pior percepção em relação ao domínio de qualidade de vida.

Cada domínio é composto por facetas que irão gerar o escore daquele domínio. No domínio físico são avaliadas: dor e desconforto, dependência de medicação ou de tratamentos, energia ou fadiga, mobilidade, sono e repouso, atividades da vida cotidiana e capacidade de trabalho. No domínio psicológico as facetas são: sentimentos positivos, espiritualidade/religião/crenças pessoais, pensar, aprender, memória e concentração, imagem corporal e aparência, autoestima e sentimentos negativos. As facetas que compõe o domínio das relações sociais são: relações pessoais, atividade sexual e suporte (apoio) social. Por fim, o domínio do meio ambiente é composto por: segurança física e proteção, ambiente físico, recursos financeiros, oportunidades de adquirir novas informações e habilidades, participação e oportunidades de recreação e lazer, ambiente no lar, cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade e transporte. Conhecer essas facetas é fundamental para uma posterior análise de possibilidades de intervenção nessa população.

Os eventos desencadeadores de estresse da vida diária foram analisados pelo questionário de Holmes-Rahe, traduzido e adaptado para a língua portuguesa por Nunes (1983). O instrumento é composto por 43 questões que inferem o acontecimento de eventos nos últimos 12 meses. Os eventos descritos no questionário são considerados fatores capazes de estimular respostas de estresse, e, portanto, considerados como agentes estressores psicossociais (HOLMES; RAHE, 1967; MASUDA; HOLMES, 1967; GIRDANO; EVERLY; DUSEK, 1989). Os dados colhidos por intermédio dos questionários foram tabulados conforme a orientação dos trabalhos de validação dos mesmos.

A avaliação das possíveis correlações entre os escores dos questionários em cada domínio (previamente definidos) com o número de vezes de utilização do sistema de saúde privado foi feita com o teste de correlação proposto por Spearman (r_s). O nível de rejeição para a hipótese de nulidade foi fixado sempre em um valor menor ou igual a 0,05 (5%). Quando a estatística calculada apresentou significância, usamos um asterisco (*) para caracterizá-la, caso contrário, isto é, não significativo, usamos N.S. (SIEGEL, 1975).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O estudo foi realizado com todos os colaboradores das quatro creches participantes que estavam na empresa há pelo menos 12 meses e eram mulheres. No total, se enquadraram nesses critérios 74 (86%) dos colaboradores, e a idade média foi de 32 anos. Em relação a escolaridade, 4,05% tinham pós-graduação,

28,38%, graduação universitária, 40,54%, segundo grau completo, 24,32%, primeiro grau, 2,7% eram analfabetas (nesse caso, o questionário foi aplicado por meio de entrevista).

As tarefas desenvolvidas pelos colaboradores são variadas e o grupo foi composto da seguinte forma: professoras e auxiliares de educação, 44 colaboradoras (59,45%); serviços gerais, 10 colaboradoras (13,51%); preparo da alimentação, 8 colaboradoras (10,81%); coordenação e direção, 7 colaboradoras (9,45%); auxiliar de enfermagem, 3 colaboradoras (4,05%); e trabalho administrativo, 2 colaboradoras (2,70%). Mesmo os colaboradores que não atuavam diretamente com as crianças tinham contato com elas durante todo o dia, pois essas instituições localizam-se em estruturas físicas modestas e, na maioria das vezes, adaptadas.

Os níveis de esforço corporal no trabalho variaram em função da faixa etária específica e as cuidadoras que ficam nos berçários tenderam a carregar mais as crianças no colo para banho, trocas etc. Todas essas creches continham em sua proposta pedagógica a missão de alfabetização das crianças até a idade de 6 anos e 11 meses, quando ingressam no ensino fundamental.

O questionário de qualidade de vida da OMS avalia a percepção subjetiva em quatro domínios que representam diferentes facetas da vida e caracterizam a multidimensionalidade do instrumento. As médias apresentadas abaixo representam os escores para cada domínio na escala de 4 a 20 e na escala de 0 a 100, respectivamente. As médias encontradas foram: domínio físico (15,97 / 72,19); domínio psicológico (14,72 / 62,54); domínio das relações sociais (15,84 / 74,07); e domínio do meio ambiente (13,14 / 57,7). Esses valores apontam para uma pior percepção do grupo estudado em relação à qualidade no que diz respeito aos aspectos psicológicos e do meio ambiente em que estão inseridos.

Em estudo sobre saúde e segurança ocupacional em trabalhadoras de creches desenvolvido por Calder (1994), foram apresentadas algumas situações que destacam características que podem justificar a baixa percepção em relação aos aspectos psicológicos e ambientais do grupo estudado. A autora relata a falta de políticas de suporte à saúde das trabalhadoras. Seu levantamento mostrou que 58% relatou continuar trabalhando quando doentes em função de pressões econômicas ou de não haver substitutas; 53% relatou a não existência de intervalos durante o dia de trabalho; 60% relatou a não existência de áreas isoladas para crianças doentes; 96% relatou seu trabalho como muito ou extremamente estressante.

Ainda no mesmo estudo foram identificadas algumas fontes de estresse organizacional que, quando comparadas aos dados apresentados por Peliccioni e Candeias (1997), são similares às condições das creches no Brasil. Existem recursos limitados para o desenvolvimento do trabalho, baixos salários, ausência de substitutas, alto

número de crianças por cuidadora, ausência de tempo para planejamento, dificuldades de comunicação entre as trabalhadoras e a coordenação e com os pais, e baixa participação na tomada de decisões.

Os resultados da aplicação da escala de eventos da vida diária de Holmes-Rahe encontrados em nosso estudo indicam que 68,92% da amostra têm pouca possibilidade de adquirir uma doença decorrente de estresse motivado por fontes externas; 21,62% da amostra têm probabilidade moderada (51%) de apresentar alguma enfermidade, e 9,46% da amostra despendem muita energia para adaptar-se aos eventos estressores e têm uma grande probabilidade (79%) de apresentar alguma enfermidade decorrente dos níveis de estresse vivenciados nesse período (HOLMES; RAHE, 1967).

Ao analisarmos as respostas dos grupos em relação à pergunta “Como está a sua saúde?”, notamos que mais de 50% das colaboradoras dos três grupos referem que sua saúde está boa. No entanto, no grupo com escore acima de 300, nenhuma participante se refere à sua saúde como “muito boa” e no grupo com escore abaixo de 151, nenhuma colaboradora se refere à sua saúde como “fraca”. O grupo com risco moderado (151 até 299) apresenta 75% das colaboradoras referindo-se à sua saúde como “muito boa” e “boa”.

De acordo com a escala de Holmes-Rahe, as colaboradoras com escores acima de 300 têm grande probabilidade de adoecer e conseqüentemente, deveriam apresentar uma pior percepção do seu estado geral de saúde em relação às colaboradoras que apresentam escores menores do que 151. Pudemos observar essa constatação apenas nos extremos, nos quais nenhuma colaboradora do grupo com escore acima de 300 considera sua saúde como “muito boa” e nenhuma colaboradora do grupo com escore abaixo de 151 considera sua saúde como “fraca”.

Quando analisamos os grupos em relação à avaliação genérica da qualidade de vida, 85,7% do grupo com escore acima de 300 considera sua qualidade de vida como “boa” e 14,3%, como “ruim”. Os resultados encontrados sugerem que, para a maior parte do nosso grupo com escore acima de 300, os eventos potencialmente estressores não interferem em sua percepção de qualidade de vida.

Nesse sentido, os autores se posicionam a favor de que uma avaliação de qualidade de vida distinta de uma avaliação do estado geral de saúde traz uma grande contribuição para os estudos em qualidade de vida (FLECK, 1988; LEPLÈGE; HUNT, 1997; ROSENBERG, 1995; WHOQOLGROUP, 1994), levando em consideração os fatores mais abrangentes da vida, como aspectos sociais, políticos e econômicos, e não se restringindo apenas à avaliação de sintomas e capacidade funcional.

No grupo que apresenta risco moderado (151 até 299), 75,1% consideram sua qualidade de vida como “boa” ou “muito boa”, 25% consideram-na “nem ruim”,

“nem boa” e nenhum participante desse grupo considera sua qualidade de vida como “ruim” ou “muito ruim”. O grupo com escore abaixo de 151 está distribuído da seguinte forma: 58,8% entre “muito boa” e “boa” e 41,2% “nem ruim nem boa”. Nenhum participante desse grupo respondeu que sua qualidade de vida está “ruim” ou “muito ruim”.

Com relação à pergunta “Quão satisfeito você está com sua saúde?”, o grupo com escore acima de 300 divide-se em 42,9% de colaboradoras que se encontram “satisfeitas” e 57,2% que se encontram “nem satisfeitas nem insatisfeitas” e “insatisfeitas”. Levando-se em conta que os eventos da vida diária são considerados estressores por desencadear uma quebra de homeostase interna, gerando uma necessidade de adaptação por parte dos indivíduos (LIPP, 2001), e que uma pior percepção de saúde interfere nos resultados e na adesão ao tratamento médico (LEPLÈGE; HUNT, 1997), os resultados encontrados nessa questão sugerem uma certa “apatia” (nem satisfeito, nem insatisfeito) ou uma efetiva insatisfação em relação à saúde que podem ser indicadores de uma menor capacidade individual em responder às situações geradoras de estresse.

No grupo com escore entre 151 e 299, essa distribuição é de 62,5% que se encontram “satisfeitas” e 37,6% que se encontram “nem satisfeitas nem insatisfeitas” e “insatisfeitas”. O grupo com escore abaixo de 151 é composto por 74,5% de colaboradoras que acreditam estar “muito satisfeitas” e “satisfeitas” e 25,5% que acreditam estar “nem satisfeitas nem insatisfeitas” e “insatisfeitas” com sua saúde.

Ao analisar os escores médios por domínio de qualidade de vida, observamos que as colaboradoras que compõem o grupo com maior risco de adoecer (escore acima de 300), em função da quantidade de energia adaptativa necessária para lidar com os eventos da vida diária, apresenta os escores mais baixos para todos os domínios de qualidade de vida. Isto é, esse grupo percebe que sua qualidade de vida, em relação aos aspectos físicos, psicológicos, das relações sociais e do meio ambiente, está pior do que as demais colaboradoras participantes do estudo. Na composição dos altos escores da escala de eventos, as questões que mais contribuíram foram: acidente ou doenças, começo ou abandono dos estudos, férias, mudança na condição financeira, Natal, morte de alguém, mudança na linha de trabalho, mudança de residência e compra de crédito de valor médio.

Eventos estressores, qualidade de vida e utilização da assistência médica

Ao compararmos os resultados encontrados na escala de eventos da vida diária e a utilização do sistema de saúde, encontramos correlação não significativa ($r_s = -0,109NS$). Mesmo no grupo em que o escore apresentado indica um grande risco a saúde (LIPP, 1998; HOLMES; RAHE, 1967), a correlação não foi significativa

($r_s = -0,164NS$). Esse resultado indica que para o grupo estudado não existe um aumento ou uma diminuição do uso da assistência médica em função dos eventos diários que podem ser desencadeadores de estresse.

Tendo em vista que o processo do adoecimento, segundo essa escala, está relacionado à capacidade de adaptação e autorregulação do indivíduo frente a situações potencialmente estressoras, o resultado encontrado pode nos sugerir uma boa capacidade adaptativa das colaboradoras das creches participantes do estudo. No entanto, em estudo desenvolvido por Calabro, Bright, Cole, Mackey, Lindenberg e Grimm (2000), foi encontrada uma dissonância entre a percepção das colaboradoras das creches em relação a fatores de saúde e segurança no ambiente de trabalho e as respostas das variáveis ambientais e da cultura organizacional. As colaboradoras percebiam um risco em saúde e segurança subestimado em relação ao risco real. Apesar de apresentarem elevados níveis de doenças, acidentes e dores nas costas, uma possível justificativa para essa percepção subestimada está relacionada à cultura organizacional, como se as colaboradoras percebessem que reduzir suas doenças está além do seu controle (CALABRO et al., 2000). Então, em vez de tentar modificar a situação, elas mudam sua percepção e a adaptam para a situação existente e para atender às metas do grupo de trabalho.

Chama a atenção o fato do escore médio (39,43) encontrado no domínio social de qualidade de vida do grupo, com escore de Holmes-Rahe acima de 300, ser bem menor do que nos outros grupos. Tendo em vista que esse domínio avalia relações pessoais, suporte social e atividade sexual, sugerimos a criação de grupos de apoio ou outras estratégias que propiciem a melhora dos relacionamentos interpessoais no grupo de trabalho.

A correlação entre os escores de percepção de qualidade de vida e utilização do sistema de saúde não foi significativa para os domínios de relações sociais e de meio ambiente. No entanto, os domínios psicológico e físico apresentaram resultados sugestivos de que a percepção, sobre os temas avaliados, influencia na busca de auxílio médico. O resultado da correlação *domínio psicológico x uso do sistema de saúde* foi $r_s = -0,272$ ($p = 0,019^*$), sugerindo que, quanto pior as colaboradoras percebem suas condições psicológicas relacionadas à qualidade de vida, mais elas buscam o sistema de saúde. O domínio psicológico desse instrumento é composto por facetas da vida que refletem os sentimentos positivos e negativos; a capacidade de pensar, aprender, a memória e a concentração; a autoestima; a imagem corporal e aparência; e espiritualidade/religião/crenças pessoais. A correlação significativa entre a percepção das facetas psicológicas da qualidade de vida e o uso da assistência médica encontrada em nosso estudo vem ao encontro de diversos dados achados na literatura, nos quais questões psicológicas, como depressão, ansiedade, estratégias

de enfrentamento de estresse, perdas emocionais e traumas estão diretamente associados a maior utilização do sistema de saúde (FLECK; LIMA; LOUZADA; SCHESTASKY; HENRIQUES; BORGES; CAMEY; GRUPO LIDO, 2002).

No estudo de FLECK et al. (2002), foi possível confirmar a alta associação da sintomatologia depressiva com piores índices de qualidade de vida e maior utilização dos recursos de saúde. São também encontradas evidências na literatura de que diferentes tipos de agentes estressores provocam impactos na saúde, podendo gerar sintomas, dores, aumento do número de consultas médicas e diminuição da capacidade funcional (MANNING; FUSILIER, 1999; LESSERMAN; LI, 1998; KATON; KORFF, 1990). Em estudo longitudinal realizado durante um período de cinco anos por MOSSEY (1982 apud LEPLÈGE; HUNT, 1997), foi encontrado um aumento substancial na taxa de mortalidade nos indivíduos que percebiam seu estado geral de saúde como “fraco” mesmo quando estavam estáveis por meio de tratamentos médicos e diagnósticos adequados (LEPLÈGE; HUNT, 1997). Os resultados apresentados em nosso estudo confirmam a necessidade de se valorizar a percepção subjetiva dos indivíduos em relação a sua saúde e qualidade de vida. Somente com a identificação de focos de demanda em áreas específicas, ações preventivas e educativas poderão ser implantadas.

CONCLUSÕES

A qualidade de vida, estudada de acordo com o instrumento *Whoqol_bref*, sugere que mulheres que trabalham em creches e que apresentam percepções desfavoráveis no domínio psicológico, tendem a utilizar mais frequentemente o sistema médico disponível para funcionários do que as que apresentam níveis mais elevados de percepção.

A ocorrência de eventos da vida diária, considerados potencialmente estressores, não mostrou associação significativa com aumento da utilização do sistema médico para a mesma amostra populacional.

STRESSING LIFE EVENTS AND QUALITY OF LIFE: IMPACTS AND RESULTS IN THE USE OF MEDICAL ASSISTANCE OF 4 DAYCARE CENTERS IN SÃO PAULO CITY

Abstract: The main objective of this study was to understand the association between quality of life perception and daily stressful events with health care utilization in 86 workers of four Daycare center in Sao Paulo city. The quality of life perception assessment (WHOQOL_bref) suggests

that female workers which present a negative perception in the psychological domain tend to utilize more frequently the medical system available for the workers than those who had a better perception in this domain.

Keywords: day care center; Occupational Health; health costs.

REFERÊNCIAS

BARROS, A. J.; GONÇALVES, E. V.; BORBA, C. R.; LORENZATTO, C. S.; MOTTA, D. B.; SILVA, V. R.; SCHIROKY, V. M. Day care centers in a medium-sized Brazilian city: operations, child-care practices, infrastructure, and safety / Perfil das creches de uma cidade de porte médio do sul do Brasil: operação, cuidados, estrutura física e segurança. **Cad. Saúde Pública**, v. 15, n. 3, p. 597-604, 1999.

BRIGHT, K. A.; CALABRO, K. Child care workers and workplace hazards in the United States: overview of research and implications for occupational health professionals. **OccupMed (Lond)**, v. 49, n. 7, p. 427-37, 1999.

CALABRO, K. S.; BRIGHT, K. A.; COLE, F. L.; MACKEY, T.; LINDENBERG, J.; GRIMM, A. Child care work: organizational culture and health and safety. **J AmAssoc Occup Health Nurs**, v. 48, n. 10, p. 480-486, 2000.

CALDER, J. Occupational health and safety issues for child-care providers. **Pediatrics**, n. 94, p. 1072-1074, 1994.

CAÑETE, I. **Humanização**: desafio da empresa moderna. A ginástica laboral como um caminho. São Paulo: Foco Editorial, 1996.

Censo demográfico da população brasileira (IBGE). Disponível em: <<http://ibge.gov.br>>. Acesso em: 14 mar. 2001.

COSTA, J. S. D.; FACCHINI, L. A. Utilização de serviços ambulatoriais em Pelotas: onde a população consulta e com que frequência. **Rev. Saúde Pública**, v. 31, n. 4, p. 360-369, 1997.

EDINGTON, D. W.; YEN, L. T.; WITTING, P. The financial impact of changes in personal health practices. **J OccupEnvironMed**, v. 39, p. 11, p. 1037-1046, 1997.

EUROPEAN COUNCIL. **Guidance on work-related stress**: spice of life or kiss of death? Employment and social affairs – Health and safety at work, 1999.

FERREIRA, M. J. **Saúde no trabalho**. Temas básicos para o profissional que cuida da saúde dos trabalhadores. São Paulo: Roca, 2000.

FLECK, M. P. A.; LIMA, A. F. B.; LOUZADA, S.; SCHESTASKY, G.; HENRIQUES, A.; BORGES, V. R.; CAMEY, S. e Grupo LIDO. Associação entre sintomas depressivos e funcionamento social em cuidados primários à saúde. **Rev. Saúde Pública** [online], v. 36, n. 4, p. 431-438, 2002.

FLECK, M. P. A.; LOUZADA, S.; XAVIER, M.; CHACHAMOVICH, E.; VIEIRA, G.; SANTOS, L.; PINZON, V. Desenvolvimento e aplicação da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100). **Rev. HCPA & FacMedUnivFed Rio Grande do Sul**, v. 19, n. 1, p. 9-24, 1999.

FLECK, M.; LOUZADA, S.; XAVIER, M.; CHACHAMOVICH, E.; VIEIRA, G.; SANTOS, L.; PINZON, V. Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida "WHOQOL-bref". **Rev. Saúde Pública**, v. 34, n. 2, p. 78-83, 2000.

FLETCHER, R. H.; FLETCHER, S. W.; WAGNER, E. H. **Epidemiologia clínica: elementos essenciais**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1996.

FRANÇA, A. C. L. **Interfaces da qualidade de vida no trabalho na administração de empresas: Fatores críticos da gestão empresarial para uma nova competência** [tese]. Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade. USP, 2001.

FRANÇA, A. C. L.; RODRIGUES, A. L. **Stress e trabalho: Uma abordagem psicossomática**. São Paulo: Atlas, 1999.

GIRDANO, D. A.; EVERLY, G. S.; DUSEK, D. E. **Controlling stress and tension – a holistic approach**. USA: Prentice Hall, 1989.

HAFEN, B. Q.; KARREN, K. J.; FRANDSEN, K. J.; SMITH, N. L. **Mind/Body and Health: the effect of attitudes, emotions and relationships**. Massachusetts, USA: Allyn & Bacon, 1996.

HASKINS, R.; KOTCH, J. Day care and illness: evidence, cost, and public policy. **Pediatrics**, v. 77, n. 6, p. 951-82, 1986.

HOES, J. Adverse life events and psychosomatic disease. **Current Psychiatry**, v. 10, p. 462-465, 1997.

HOLMES, T. H.; RAHE, R. H. The social readjustment rating scale. **J Psychosom Res**, v. 11, n. 2, p. 213-8, 1967.

KAMAN, R. L. Work site health promotion economics – consensus and analysis. **Association for work site health promotion**. New York, USA: Human Kinetics, 1995.

KATON, W.; KORFF, M. V. Distressed high utilizers of medical care DSM-III-R Diagnoses and Treatment Needs. **Gen Hosp Psychiatry**, v. 12, p. 355-362, 1990.

KUHNS, C. L.; HOLLOWAY, S. D. Characteristics of care givers that promote children's development in daycare. **J Pediatr Nurs**, v. 7, n. 4, p. 280-285, 1992.

LEPLÈGE, A.; HUNT, S. The problem of quality of life in medicine. **JAMA**, 278, n. 1, p. 47-50, 1997.

LESSERMAN, J. L. I. Z. How multiplex types of stressor impact on health. **PsychosomMed**, v. 60, p. 175-181, 1998.

LIPP, M. N. **Como enfrentar o stress**. Campinas: Ícone, Unicamp, 1998.

LIPP, M. N. (Org.). **Pesquisas sobre stress no Brasil: Saúde, ocupações e grupos de risco**. Campinas: Papirus, 2001.

MANNING, M. R.; FUSILIER, M. R. The relationship between stress and health care use: and investigation of the buffering roles of personality, social support and exercise. **J. Psychosom Res**, v. 47, n. 2, p. 159-173, 1999.

MASTROIANNI, K. Child day care arrangements and employee health. **AAOHN J**, v. 40, n. 2, p. 78-83, 1992.

MASUDA, M.; HOLMES, T. H. The social readjustment rating scale: a cross-cultural study of Japanese and American. **J. Psychosom. Res.**, v. 11, n. 2, p. 227-37, 1967.

Ministério da Saúde / SE / Datasus – Sistema de informações ambulatoriais do SUS (SAI/SUS). Disponível em: < <http://www.datasus.gov.br>>. Acesso em: 27 fev. 2001.

NUNES, E. D. Os eventos da vida: uma revisão. **J. Bras. Psiquiatr**, v. 32, n. 1, p. 31-40, 1983.

O'DONNELL, M. **Health promotion in the workplace**. USA: Delmar Thompson Learning, 2001.

O'DONNELL, M. P. Health and productivity management: the concept, impact, and opportunity: commentary to Goetzeland Ozminkowski. **Am J Health Promot**, v. 14, n. 4, p. 215-217, 2000.

PELICIONI, M. C. F.; CANDEIAS, N. M. F. A creche e as mulheres trabalhadoras no Brasil. **Rev. Bras. Crescimento e desenvolvimento humano**, v. 7, n. 1, p. 79-86, 1997.

PELICIONI, M. C. F. **Qualidade de vida das mulheres trabalhadoras das creches conveniadas do bairro da Bela Vista do Município de São Paulo**. [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, USP, 1995.

PELLETIER, K. R. A review and analysis of the clinical and cost-effectiveness studies of comprehensive health promotion and disease management programs at the work site: 1995-1998 Update (IV). **Am J Health Promot**, v. 13, n. 6, p. 333-345, 1999.

PERSONICK, V. A. Industry output and employment through the end of the century. **Mon Labor Rev**, n. 110, p. 30-45, 1987.

Pesquisa mensal de emprego (PME – IBGE). Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 27 fev. 2002.

RIO, R. P. **O fascínio do stress: vencendo desafios num mundo em transformação**. Rio de Janeiro: Quality mark/Dunya, 1998.

- ROSENBERG, R. Health-related quality of life between naturalism and hermeneutics. **Soc. Sci. Med.**, v. 41, n. 10, p. 1411-1415, 1995.
- ROTHER, E. T.; BRAGA, M. E. R. **Como elaborar sua tese: Estrutura e referências.** São Paulo: Editora Amélia Oraci Gasparini, 2001.
- RUOTSALAINEN, R.; JAAKKOLA, N.; JAAKKOLA, J. J. Dampness and molds in day-care centers as an occupational health problem. **IntArchOccupEnviron Health**, v. 66, n. 6, p. 369-74, 1995.
- SELLTIZ, C. **Métodos de pesquisa nas relações sociais.** São Paulo: EPU – Editora pedagógica e universitária, 1974.
- SIEGEL, S. **Estatística não paramétrica para as ciências do comportamento.** São Paulo: McGraw-Hill, 1975.
- SILVA, I. O. **Profissionais da educação infantil: formação e construção de identidades.** São Paulo: Cortez, 2001.
- U.S. Department of Health and Human Services: Chronic diseases and the risk factors: the nation's leading causes of death. Centers for disease control and prevention, National center for chronic disease prevention and health promotion, 1999. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/nccdphp>>. Acesso em: 27 fev. 1999.
- Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina. Manual do Pós-Graduando – Reabilitação. São Paulo, 2001.
- URURAHY, G.; ALBERT, E. **Como tornar-se um bom estressado.** Rio de Janeiro: Salamandra, 1997.
- WHOQOLGROUP. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. **PsycholMed**, v. 28, p. 551-558, 1998.
- WHOQOLGROUP. WHOQOL-bref – Introduction, administration, scoring and generic version of the assessment, Field Trial Version. **Program on mental health – World Health Organization**, Geneva, 1996.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. The world health report: making a difference. WHO, 1999. Disponível em: <<http://www.who.int/en/>>. Acesso em: 27 fev. 1999.

Contato

Daniele Barrionuevo Kallas Batista
E-mail: daniele@coachdesaude.com.br

Tramitação

Recebido em 17 de agosto de 2015
Aceito em 22 de novembro de 2017