

## ARTIGO ORIGINAL

*Qualidade de vida no município de Braço do Norte - SC, segundo a Escala de Flanagan.*  
*Quality of life in Braço do Norte, Santa Catarina, according to the Flanagan Scale.*

Rosemeri Maurici da Silva<sup>1</sup>, Francine de Oliveira Korndoerfer Monteiro<sup>2</sup>, Gabriel Nagel<sup>3</sup>,  
Luiz Carlos Fornasa Júnior<sup>4</sup>

**Resumo**

**Objetivo:** Avaliar a qualidade de vida da população em idade adulta no Município de Braço do Norte – SC, utilizando a Escala de Qualidade de Vida de Flanagan. **Metodologia:** Foi realizado um estudo observacional, com delineamento transversal, por amostragem na coleta de dados, através de questionário escrito padronizado da Escala de Qualidade de Vida de Flanagan. A população-alvo foi constituída por habitantes adultos do Município de Braço do Norte - SC. A qualidade de vida foi dividida em três níveis: de 0-45 pontos (Baixa Qualidade de Vida); 46-74 pontos (Média Qualidade de Vida); e 75-105 pontos (Alta Qualidade de Vida). **Resultados:** Foram avaliados 219 indivíduos, dos quais 68,9% eram do gênero feminino, 85,8% caucasianos, com média de idade de 36,9 anos (DP±15,2). A média do escore de Flanagan para a amostra estudada foi de 86 pontos (DP±14), considerada como alta qualidade de vida. O escore médio para cada pergunta formulada, de 1 a 15, foi respectivamente: (1) 5,5; (2) 5,4; (3) 6,1; (4) 5,9; (5) 6,1; (6) 5,9; (7) 5,8; (8) 4,9; (9) 5,2; (10) 5,7; (11) 5,8; (12) 5,8; (13) 5,3; (14) 6,1; e (15) 6,3. **Conclusão:** A qualidade de vida da população adulta do município de Braço do Norte, quantificada pela escala de Flanagan foi alta.

**Descritores:** 1. Saúde pública;  
2. Qualidade de vida;  
3. Estudos populacionais em Saúde Pública.

**Abstract**

**Objectives:** To determine the quality of life among adult population in Braço do Norte, Santa Catarina utilizing The Flanagan Quality of Life Scale. **Methodology:** A cross sectional observational study was carried out using samples for the data collection through the written standardized questionnaire of The Flanagan Quality of Life Scale. The target population consisted of adult inhabitants of Braço do Norte, Santa Catarina. The quality of life was divided into three levels: from 0-45 points (Low Quality of Life); 46-74 points (Medium Quality of Life); and 75-105 points (High Quality of Life). **Results:** Two hundred and nineteen individuals with an average age of 36.9 years (SD±15.2) were evaluated. Of these, 68.9% were female and 85.8% Caucasians. The average Flanagan score for the sample studied was 86 points (SD±14), considered high quality of life. The average score for each question asked, from 1 to 15, were respectively: (1) 5.5; (2) 5.4; (3) 6.1; (4) 5.9; (5) 6.1; (6) 5.9; (7) 5.8; (8) 4.9; (9) 5.2; (10) 5.7; (11) 5.8; (12) 5.8; (13) 5.3; (14) 6.1; e (15) 6.3. **Conclusion:** The adult population of Braço do Norte has high quality of life, as measured by the Flanagan scale.

**Keywords:** 1. Social Medicine;  
2. Quality of life;  
3. Population studies in Public Health.

**Introdução**

A qualidade de vida é uma preocupação relativamente atual e de difícil definição<sup>(1,2)</sup>. Existem basicamente dois conceitos de qualidade de vida, um utilizado na linguagem cotidiana, por pessoas da população em geral, e outro empregado na pesquisa científica<sup>(3)</sup>. Na área da saúde, marcadamente nas últimas décadas, o interesse pelo con-

1. Coordenadora do Programa de Mestrado em Ciências da Saúde da Unisul, Doutora em Medicina.
2. Médica Clínica Geral graduada pela Universidade do Sul de Santa Catarina
3. Médico Clínico Geral graduado pela Universidade do Sul de Santa Catarina
4. Médico Clínico Geral graduado pela Universidade do Sul de Santa Catarina

ceito de qualidade de vida traduz as novas diretrizes que norteiam as políticas de saúde e a atenção à população<sup>(4)</sup>.

Na Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, no ano de 1986, foram apresentadas as propostas de promoção da saúde. Estas entendem a saúde como elemento importante no conjunto de condições indispensáveis à qualidade de vida. Definido como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, esse conceito de saúde não é pautado somente na ausência de enfermidade, contemplando outros aspectos do bem-estar humano<sup>(1,5)</sup>. As estratégias de promoção da saúde voltam-se para estilos de vida e condições sociais, econômicas e ambientais que a determinam, e, de forma mais ampla, à qualidade de vida, sendo, portanto, esses os aspectos a serem analisados quando se pretende mensurar a qualidade de vida de uma população<sup>(3)</sup>. No momento presente, esse conceito ainda é impreciso, não existindo um consenso teórico a seu respeito. Observa-se, entretanto, que os esforços atuais em defini-lo tendem a uma abordagem mais ampla e integradora<sup>(1,6)</sup>.

Assim, como é difícil conceituar qualidade de vida, a sua medida também o é, posto que pode sofrer influência de fatores culturais, éticos e religiosos, bem como de valores e percepções pessoais<sup>(5,7)</sup>.

Existem vários instrumentos para avaliar a qualidade de vida, dentre os quais destaca-se o utilizado pela Organização Mundial da Saúde: World Health Organization Quality of Life (WHOQOL)<sup>(8)</sup>. De acordo com este instrumento, a qualidade de vida é um conceito amplo, que abrange a complexidade do construto e inter-relaciona o meio ambiente com aspectos físicos, psicológicos, nível de independência, relações sociais e crenças pessoais<sup>(5,9)</sup>. A definição do Grupo WHOQOL reflete a natureza subjetiva da avaliação, além de ser a percepção do respondente/paciente que é analisada<sup>(8,10)</sup>.

Outro instrumento de avaliação de qualidade de vida é o desenvolvido pelo psicólogo americano John Flanagan, na metade da década de 70<sup>(11)</sup>. Usando a técnica do incidente crítico, o estudo abordou aproximadamente 3000 indivíduos norte-americanos, de ambos os sexos e diferentes faixas etárias. Os participantes eram indagados sobre quais as coisas importantes que haviam acontecido com eles e quão satisfeitos estavam com elas. Dos resultados obtidos, determinou-se 15 componentes, agrupados em cinco dimensões: bem-estar físico e mental, relações com outras pessoas, envolvimento em atividades sociais, comunitárias e cívicas, desenvolvimento e enriquecimento pessoal, e recreação<sup>(4,7)</sup>.

Para este instrumento foi proposto o uso de uma escala do tipo Likert de sete pontos, para avaliar o grau de satisfação dos indivíduos com diferentes aspectos da vida,

variando de um (1) (completely insatisfied - insatisfeito completamente) a sete (7) (completely satisfied - satisfeito completamente)<sup>(4,11)</sup>.

A escala original de Flanagan foi traduzida para mais de 16 línguas, inclusive o português. No Brasil, os autores que a traduziram não fizeram referência quanto à fidedignidade da versão em português. Nessa versão, todos os itens foram respondidos através de uma escala do tipo Likert de 7 pontos (1 = muito insatisfeito, 2 = insatisfeito; 3 = pouco insatisfeito; 4 = indiferente; 5 = pouco satisfeito; 6 = satisfeito; 7 = muito satisfeito). Assim como na escala original, o escore potencial variou de 15 a 105 pontos<sup>(7,11)</sup>.

A escala de Flanagan é bastante utilizada nos Estados Unidos da América, pela validade e confiabilidade de seus achados, que contemplam o grau de satisfação individual ou percebido com relação a cinco dimensões da vida: bem-estar físico e material; relacionamentos; atividades sociais, comunitárias e cívicas; desenvolvimento e realização pessoal e recreação<sup>(7)</sup>.

Em uma aproximação entre a concepção de qualidade de vida proposta por Flanagan em sua escala, com a literatura pertinente, observa-se, quanto aos conceitos inter-relacionados expressos em suas dimensões e itens como: bem-estar “refere-se à boa disposição física, conforto, tranquilidade”; relacionamento, compreende “ligação afetiva, condicionada por uma série de atitudes recíprocas”; atividade, é definida como comportamentos emitidos como resposta a eventos, que atuam sobre a competência funcional do indivíduo<sup>(4,7)</sup>. Auto-desenvolvimento, consiste na auto-aceitação, relações positivas com outros, autonomia, senso de domínio, e busca de metas. Recreação, compreende as atividades de distração de significado individual e social<sup>(7,11)</sup>.

As medidas de qualidade de vida têm aplicações diversas: triagem e monitoramento de problemas psicossociais no cuidado individual, estudos populacionais sobre percepção de estados de saúde, auditoria médica, medidas de resultados em serviços de saúde, e ensaios clínicos e análises econômicas que enfocam o custo monetário necessário para garantir uma melhor qualidade de vida<sup>(9,12)</sup>.

A expressão “Qualidade de vida ligada à saúde”, tem sido utilizada para ser distinguida da qualidade de vida, em seu significado mais geral. No contexto da área clínica o interesse reside, geralmente, naqueles aspectos da qualidade de vida que são ou estão sendo influenciados pela ocorrência ou tratamento de doenças ou traumas<sup>(3,9)</sup>. A qualidade de vida é objeto de investigação na área da saúde, por ser considerada importante aspecto na avaliação dos resultados de diferentes procedimentos terapêuticos usados na população. Não apenas os fatores relacionados à redução dos sintomas e prolongamento da

vida estão sendo estudados, mas, também, a sobrevivência do indivíduo, e como a qualidade de vida se apresenta para ele próprio e para a sociedade<sup>(11)</sup>.

No Brasil, a escala de Flanagan foi utilizada em diferentes grupos populacionais, tais como profissionais da saúde, idosos, e cardiopatas<sup>(4,7,11)</sup>.

A carência de estudos populacionais sobre qualidade de vida utilizando a escala de Flanagan, motivou a realização do presente estudo.

## Métodos

Foi realizado um estudo observacional, com delineamento transversal, por amostragem na coleta de dados. A população-alvo foi constituída por habitantes maiores de dezoito anos, do município de Braço do Norte - SC, os quais foram submetidos ao questionário escrito padronizado da Escala de Qualidade de Vida de Flanagan.

O número total de habitantes adultos do Município de Braço do Norte é de 30.770 e a amostra estudada foi de 219 indivíduos, considerada satisfatória para detectar uma prevalência de boa qualidade de vida da população estimada em 20%, com um erro amostral de  $\pm 5\%$ , no nível de confiança estatística de 95% ( $p < 0.05$ ).

A seleção do entrevistado foi feita por amostragem sistemática aleatória, com os dados cadastrais da Cerbranorte (Cooperativa de Eletrificação Rural de Braço do Norte), sendo um entrevistado por residência, num total de 219 residências. O número total da amostra foi distribuído proporcionalmente entre os bairros. Após o sorteio de um número na lista de moradias, este foi utilizado como ponto de partida para a sequência, até que o tamanho necessário da amostra fosse atingido.

O questionário de Qualidade de Vida de Flanagan é constituído por 15 questões: 1) conforto material: casa, alimentação, situação financeira; 2) saúde: fisicamente bem e vigoroso(a); 3) relacionamento com pais, irmãos e outros parentes: comunicação, visitas e ajuda; 4) constituir família: ter e criar filhos; 5) relacionamento íntimo com esposo(a), namorado(a) ou outra pessoa relevante; 6) amigos próximos: compartilhar interesses, atividades e opiniões; 7) voluntariamente, ajudar e apoiar a outras pessoas; 8) participação em associações e atividades de interesse público; 9) aprendizagem: frequentar outros cursos para conhecimentos gerais; 10) auto-conhecimento: reconhecer seus potenciais e limitações; 11) trabalho (emprego ou em casa): atividade interessante, gratificante que vale a pena; 12) comunicação criativa; 13) participação em recreação ativa; 14) ouvir música, assistir televisão ou cinema, leitura ou outros; 15) socialização: "fazer amigos". Para cada questão foi atribuído um valor de 1 a 7, o que corresponde respectivamente a: muito

insatisfeito; insatisfeito; pouco insatisfeito; indiferente; pouco satisfeito; satisfeito; muito satisfeito.

Além das questões de Qualidade de Vida de Flanagan, foram coletados dados referentes a estado civil, idade, gênero, etnia e renda familiar.

Os questionários de Qualidade de Vida de Flanagan foram aplicados na pessoa que atendesse ao entrevistador e foram preenchidos por este, nos meses de novembro de 2008 a abril de 2009. Todos os participantes foram informados sobre os objetivos e métodos utilizados no estudo e concordaram em participar através de termo de consentimento livre e esclarecido, após o que foram cadastrados em uma ficha de inclusão.

Foram excluídas do estudo as pessoas que não concordaram em participar, e os que foram procuradas três vezes e não foram encontradas. Todos os excluídos foram substituídos por novos participantes que preenchessem os critérios de inclusão.

O escore de 0 a 45 foi considerado como baixa qualidade de vida, de 46 a 74 como média qualidade de vida, e maior ou igual a 75 como alta qualidade de vida.

Os dados foram digitados a partir das fichas de inclusão e um banco de dados, utilizando-se o software SPSS 16.0®. Foi estimada a qualidade de vida população total e avaliadas as diferenças na qualidade de vida de acordo com os grupos de interesse. A existência de significância estatística foi testada no nível de confiança de 95% ( $p < 0.05$ ).

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos da Universidade do Sul de Santa Catarina sob o registro 08.486.4.01.III.

## Resultados

Foram avaliados 219 indivíduos, sendo 151(68,9%) do gênero feminino e 68(31,1%) do gênero masculino.

Com relação à etnia, 188(85,8%) eram caucasianos e 31(14,2%) eram não-caucasianos.

A média de idade foi de 36,9 anos ( $DP \pm 15,2$ ), com idade mínima de 18 e máxima de 80 anos. De acordo com a faixa etária, 115(52,5%) encontravam-se na faixa etária de 21 a 40 anos, 81(37%) na faixa etária acima de 40 anos, e 23(10,5%) na faixa etária de 18 a 20 anos.

Quanto ao estado civil, 53% dos participantes eram casados, 0,9% eram viúvos, 5% separados, 11% amasiados, e 30,1% eram solteiros.

Quanto à renda, 180(82,2%) participantes recebiam de 0 a 5 salários mínimos, 29(13,2%) recebiam de 6 a 10 salários mínimos, e 10(4,6%) recebiam acima de 10 salários mínimos.

A média do escore de Flanagan para a amostra estudada, foi de 86 pontos ( $DP \pm 14$ ), considerada como sendo uma alta qualidade de vida. O escore mínimo foi

de 25 e o máximo foi de 105. Do total de participantes, 191(87,2%) foram classificados como tendo Alta Qualidade de Vida, 23(10,5%) como Média Qualidade de Vida, e 5(2,3%) como baixa qualidade de vida.

O escore médio para cada pergunta formulada, de 1 a 15, está demonstrado na Tabela 1. O maior escore (6,3) foi observado no quesito “Socialização: fazer amigos”, e o menor escore (4,9) no quesito “Participação em associações e atividades de interesse público”. Não houve diferença estatisticamente significativa entre os escores médios de cada pergunta quando estratificados por gênero, estado civil, etnia e renda ( $p > 0,05$ ).

Não houve diferença estatisticamente significativa entre as médias do escore total de qualidade de vida quando estratificadas por gênero ( $p = 0,332$ ).

Houve diferença estatisticamente significativa entre as médias do escore total de qualidade de vida quando estratificadas por faixa etária, sendo a faixa etária acima de 40 anos a que apresentou maiores índices de escore total, conforme demonstrado na Tabela 2.

Houve correlação significativa entre a idade e a média do escore total, com coeficiente de correção de Pearson de 0,139 ( $p < 0,05$ ).

Houve diferença estatisticamente significativa entre as médias do escore total de qualidade de vida quando estratificadas por estado civil, sendo que os menores índices foram registrados para os indivíduos separados, conforme demonstrado na Tabela 3.

Não houve diferença estatisticamente significativa entre as médias do escore total de qualidade de vida quando estratificadas por etnia ( $p = 0,325$ ).

Não houve diferença estatisticamente significativa entre as médias do escore total de qualidade de vida quando estratificadas por renda, conforme demonstrado na Tabela 4.

Não houve diferença estatisticamente significativa entre a qualidade de vida (Alta, Média ou Baixa), quando estratificada por gênero, faixa etária, estado civil, etnia e renda.

## Discussão

Nesse estudo, a qualidade de vida entre os participantes mostrou-se alta, com média do escore total de 86 (DP±14). No trabalho de Dantas e colaboradores<sup>(11)</sup>, foi encontrado em escore de 84,5 (DP±13,4) em pacientes com doença cardíaca, enquanto Lentz e colaboradores<sup>(4)</sup>, obtiveram um escore médio de qualidade de vida de 80,5 (DP±8,9) em profissionais de enfermagem. Observa-se que o grau de satisfação com a qualidade de vida não teve variação significativa quando comparada entre um grupo populacional escolhido de forma aleatória, e grupos

definidos por enfermidade ou profissão, de acordo com os estudos citados acima. Por outro lado, outro estudo de Dantas e colaboradores<sup>(13)</sup>, em pacientes americanos submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio, a média total da escala foi de 73,5, demonstrando média qualidade de vida. Esta diferença pode ser atribuída às diferenças culturais e sócio-econômicas entre os dois países, bem como ao fato de que tais indivíduos constituíam uma população com morbidade associada.

Entre os entrevistados, a maior porcentagem de alta qualidade de vida (70,8%) foi observada no grupo com menor poder aquisitivo (0 a 5 salários mínimos), embora sem diferença estatisticamente significativa. Esses dados não corroboram o estudo de Santos e colaboradores<sup>(7)</sup>, que pesquisaram a qualidade de vida na população idosa com baixa renda familiar, e a média dos escores identificou média qualidade de vida. Veras e colaboradores<sup>(14)</sup> citam que os fatores sócio-econômicos têm influência importante na qualidade de vida da população, pois a situação econômica oferece suporte material para o bem-estar do indivíduo, influencia os modos de lidar com os graus de qualidade de habitação, com as pessoas que o rodeiam, com a independência econômica e com a estabilidade financeira.

Outro aspecto que merece consideração diz respeito ao gênero dos entrevistados em relação às questões feitas. Não foi observada diferença significativa entre as médias dos escores para cada pergunta em particular quando estratificadas pelo gênero. Esse resultado corrobora o estudo realizado por Santos e colaboradores<sup>(7)</sup>, que também não encontrou diferença entre os gêneros na população idosa.

Outro fator importante refere-se aos itens que foram fontes de maior satisfação entre os entrevistados. A avaliação dos resultados através da análise dos valores médios para as respostas dadas aos itens possibilita comparação mais precisa. Nesse estudo, os entrevistados demonstraram maior satisfação na Socialização: fazer amigos (x 6,3). No estudo de Motzer e colaboradores<sup>(15)</sup> com pacientes que sobreviveram a uma parada cardíaca, os itens com maiores valores para satisfação foram: relacionamento com pessoa significativa ou cônjuge (x 5,9) e ter e criar filhos (x 6,0), independência (x 5,9) e relacionamento com cônjuge/pessoa significativa (x 5,9). Já no estudo de Lentz e colaboradores<sup>(4)</sup>, realizado com brasileiros, os itens geradores de maior satisfação para os profissionais de enfermagem foram ter e criar filhos e recreação. Segundo Dantas e colaboradores<sup>(11)</sup>, a formação de uma família mostrou ser aspecto importante para o indivíduo, independente de sua origem, cultura, idade ou condição de saúde. No presente estudo, o quesito formação de família não apresentou a importância descrita

pelo autor citado.

Entre os participantes desse estudo, o item que recebeu menor valor para satisfação foi a participação em associações e atividades de interesse público (x 4,9). No estudo de Dantas e colaboradores<sup>(11)</sup>, os itens que receberam menores valores para a satisfação foram: recreação (x 4,60) e saúde (sentir-se bem e cheio de vida) (x 4,85).

Houve diferença estatisticamente significativa quando associados os escores de qualidade de vida com o estado civil, sendo os menores valores encontrados nos indivíduos separados, e com relação à faixa etária, com os maiores valores entre os indivíduos acima de 40 anos. Embora estes dados não tenham sido confirmados quando estratificados pela classificação da qualidade de vida em alta, média ou baixa, pode-se inferir que a família, com a presença do cônjuge, e a vida mais estável do ponto de vista laboral e financeiro a partir dos 40 anos, tenham sido responsáveis por estes resultados.

Avaliações da qualidade de vida são frequentes em populações específicas, como portadores de determinadas doenças e profissionais da área da saúde. Todavia, a investigação da qualidade de vida na população geral não conta com vasta bibliografia, principalmente no que tange o uso da Escala de Qualidade de Vida de Flanagan. Neste aspecto, pesquisas como a realizada na cidade de Braço do Norte são necessárias para que possamos estimar a qualidade de vida do cidadão comum, e principalmente conhecer os seus fatores determinantes e condicionantes.

### Referências

1. Souza RA, Carvalho AM. Programa de Saúde da Família e qualidade de vida: um olhar da psicologia. *Estudos de Psicologia*. 2003;8(3):515-523.
2. Silva DMGV, Souza SS, Francioni FF, Meireles BHS. Qualidade de vida na perspectiva de pessoas com problemas respiratórios crônicos: A contribuição de um grupo de convivência. *Rev Lat Am Enf*. 2003;13(1):7-14.
3. Seidl EMI, Zannon CMCC. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cad Saúde Pública*. 2004;20(2):580-588.
4. Lentz RA, Costenaro RGS, Gonçalves LHT, Nassar SM. O Profissional de Enfermagem e a Qualidade de vida: Uma Abordagem Fundamentada nas Dimensões Propostas por Flanagan. *Rev Lat Am Enf*. 2000;8(4):7-14.
5. Minayo MCS, Hartz ZMA, Buss PM. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2000;5(1):7-18.
6. Lacaz FAC. Qualidade de vida no trabalho e saúde/doença. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2000;5(1):151-161.
7. Santos SR, Santos IBC, Fernandes MGM, Henriques MERM. Qualidade de vida do idoso na comunidade: Aplicação da Escala de Flanagan. *Rev Lat Am Enf*. 2002;10(6):757-764.
8. Fleck MPA. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): Características e perspectivas. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2000;5(1):33-38.
9. Dantas RAS, Sawada NO, Malerbo MB. Pesquisas sobre qualidade de vida: revisão da produção científica das universidades públicas de Estado de São Paulo. *Rev Lat Am Enf*. 2003;11(4):532-538.
10. Joia MPA, Ruiz T, Donalísio MR. Condições associadas ao grau de satisfação com a vida entre a população de idosos. *Rev Saúde Pública*. 2007;41(1):131-138.
11. Dantas RAS, Góis CFL, Silva LM. Utilização da versão adaptada da Escala de Qualidade de Vida de Flanagan em pacientes cardíacos. *Rev Lat Am Enf*. 2005;13(1):15-20.
12. Campolina AG, Ciconelli RM. Qualidade de vida e medidas de utilidade: parâmetros clínicos para as tomadas de decisão em saúde. *Rev Pan de Salud Publica*. 2006; 19(2):128-136.
13. Dantas RAS, Motzer SA, Ciol MA. The relationship between quality of life, sense of coherence and self-esteem in persons after coronary artery bypass graft surgery. *Int Nursing Studies*. 2002;39(7):745-755.
14. Veras RP, Alves MIC. A população idosa no Brasil: considerações acerca do uso de indicadores de saúde. In: Minayo MC. *Os muitos brasis: saúde e população na década de 80*. Rio de Janeiro: Hucitec; 1995. p. 320-337.
15. Motzer SU, Stewart BJ. Sense of coherence as a predictor of quality of life in persons with coronary heart disease surviving cardiac arrest. *Res Nursing & Health*. 1996;19(4):287-298.

## Apêndice

Tabela 1 – Escores médios de cada pergunta formulada.

Pergunta	Escore Médio	Desvio Padrão
1. Conforto material: casa, alimentação, situação financeira.	5,5	1,5
2. Saúde: fisicamente bem e vigoroso (a).	5,4	1,7
3. Relacionamento com pais, irmãos e outros parentes: comunicação, visitas e ajuda.	6,1	1,4
4. Constituir família: ter e criar filhos.	5,9	1,4
5. Relacionamento íntimo com esposo(a), namorado (a), ou outra pessoa relevante.	6,1	1,4
6. Amigos próximos: compartilhar interesses, atividades e opiniões.	5,9	1,2
7. Voluntariamente, ajudar e apoiar outras pessoas.	5,8	1,3
8. Participação em associações e atividades de interesse público.	4,9	1,6
9. Aprendizagem: frequentar outros cursos para conhecimentos gerais.	5,2	1,6
10. Auto-conhecimento: reconhecer seus potenciais e limitações.	5,7	1,3
11. Trabalho (emprego ou em casa): atividade interessante, gratificante, que vale a pena.	5,8	1,4
12. Comunicação criativa.	5,8	1,3
13. Participação em recreação ativa.	5,3	1,5
14. Ouvir música, assistir televisão ou cinema, leitura e outros.	6,1	1,3
15. Socialização: fazer amigos.	6,3	1,2

Tabela 2 - Distribuição das médias do escore total de acordo com a faixa etária.

Faixa Etária	Escore Total	
	Média (±DP)	n(%)
18 a 20 anos	85,6(±8,1)	23(10,5)
21 a 40 anos	84,3(±16,2)	115(52,5)
> 40 anos	89(±9,8)	81(37)

p = 0,049

Tabela 3 - Distribuição das médias do escore total de acordo com o estado civil.

Estado Civil	Escore Total	
	Média (±DP)	n(%)
Viuvo	91,5(±2,1)	2(0,9)
Casado	88,2(±10)	116(53)
Amasiado	87,2(±13,7)	24(11)
Solteiro	83,7(±17,2)	66(30,1)
Separado	75,8(±16,7)	11(5)

p = 0,02

Tabela 4 - Distribuição das médias do escore total de acordo com a renda.

Renda	Escore Total	
	Média (±DP)	n(%)
0 – 5 Salários Mínimos	85,4(±13,4)	180(82,2)
6 – 10 Salários Mínimos	90,5(±14,1)	29(13,2)
> 10 Salários Mínimos	86,9(±14,7)	10(4,6)

p = 0,178

### Endereço para correspondência:

Profa. Dra. Rosemeri Maurici da Silva  
 Rodovia Virgílio Várzea, Residencial Villa Vernazza,  
 Apto 601, Bloco A, Saco Grande, Florianópolis, Santa  
 Catarina, CEP 88.032.001  
 E-mail: rosemaurici@hotmail.com