



Universidade de Brasília - UnB
Faculdade de Ciências da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde
Nível: Doutorado

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE NAS BIBLIOTECAS PÚBLICAS DO
DISTRITO FEDERAL: UMA NOVA INTERLOCUÇÃO PARA
QUALIDADE DE VIDA, PROMOÇÃO DA SAÚDE E EPIDEMIOLOGIA.**

Jacqueline Ramos de Andrade Antunes Gomes

Tema de pesquisa: epidemiologia
Linha de pesquisa: epidemiologia, saúde e educação
Área de concentração: saúde coletiva
Orientador: Prof. Dr. Edgar Merchan Hamann

2011 - 2015

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA - UNB
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

JACQUELINE RAMOS DE ANDRADE ANTUNES GOMES

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE NAS BIBLIOTECAS PÚBLICAS DO DISTRITO
FEDERAL: UMA NOVA INTERLOCUÇÃO PARA QUALIDADE DE VIDA,
PROMOÇÃO DA SAÚDE E EPIDEMIOLOGIA.**

Tese apresentada como requisito parcial para a
obtenção do Título de Doutora em Ciências da Saúde
pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da
Saúde da Universidade de Brasília.

Orientador:
Prof. Dr. Edgar Merchan Hamann

BRASÍLIA/DF
2015

G613p Gomes, Jacqueline Ramos de Andrade Antunes

Educação em saúde nas bibliotecas públicas do Distrito Federal: uma nova interlocução para qualidade de vida, promoção da saúde e epidemiologia / Jacqueline Ramos de Andrade Antunes Gomes. Brasília: 2015.

XVIII, 263p.; il.

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, como requisito para a obtenção do título de Doutor - 2015. Possui bibliografia, figuras, fotografias coloridas, tabelas, quadros e anexos com documentação específica.

Orientador: Prof. Dr. Edgar Merchán Hamann.

1. Saúde Coletiva 2. Educação em Saúde 3. Epidemiologia 4. Qualidade de Vida.

CDU 613.2
CDD 613

Bibliotecária Responsável: Profa. Dra. Walda de Andrade Antunes CRB-1/697

JACQUELINE RAMOS DE ANDRADE ANTUNES GOMES

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE NAS BIBLIOTECAS PÚBLICAS DO DISTRITO
FEDERAL: UMA NOVA INTERLOCUÇÃO PARA QUALIDADE DE VIDA,
PROMOÇÃO DA SAÚDE E EPIDEMIOLOGIA.**

Tese apresentada como requisito parcial para a
obtenção do Título de Doutora em Ciências da Saúde
pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da
Saúde da Universidade de Brasília.

Aprovado em 03 de Março de 2016

BANCA EXAMINADORA

Presidente: Prof. Dr. Edgar Merchán Hamann
Universidade de Brasília

Prof. Dr. Pedro Sadi Monteiro
Universidade de Brasília

Profa. Dra. Maria Margarita Urdaneta Gutierrez
Universidade de Brasília

Prof. Dr. Rafael Mota Pinheiro
Universidade de Brasília

Profa. Dra. Nidia Maria Lienert Lubisco
Universidade Federal da Bahia

Suplente: Prof. Dr. Natan Monsores de Sá
Universidade de Brasília



**RELATÓRIO DE DEFESA DE TESE
DOUTORADO**

Universidade de Brasília - UnB
Decanato de Pesquisa e Pós-Graduação - DPP
Secretaria de Administração Acadêmica - SAA

1 - Identificação do Aluno

Nome Jacqueline Ramos de Andrade Antunes Gomes		Matrícula 10/0154417
Curso Ciências da Saúde		
Área de Concentração Saúde Coletiva	Código 7544	Departamento FS

2 - Sessão de Defesa de Tese

Título
"Educação em saúde nas bibliotecas públicas do Distrito Federal: uma nova interlocução para qualidade de vida, promoção da saúde e epidemiologia."

3 - Comissão Examinadora

Nome	Função	Assinatura
EDGAR MERCHAN HAMANN (Doutor)	Membro Interno vinculado ao programa (Presidente) Departamento de Saúde Coletiva	<i>Eduardo Merchan</i>
MARIA MARGARITA URDANETA GUTIERREZ (Doutor)	Membro Interno não vinculado ao programa Departamento de Saúde Coletiva	
PEDRO SADI MONTEIRO (Doutor)	Membro Interno não vinculado ao programa Departamento de Enfermagem	<i>Pedro Sadi Monteiro</i>
RAFAEL MOTA PINHEIRO (Doutor)	Membro Interno não vinculado ao programa Direção da Faculdade de Ciências da Saúde	
Nidia Maria Lienert Lubisco (Doutor)	Membro Externo não vinculado ao programa Universidade Federal da Bahia	<i>Nidia Maria</i>
NATAN MONSORES DE SÁ (Doutor)	Membro Interno não vinculado ao programa (Suplente) Departamento de Saúde Coletiva	<i>Natan Monsore</i>

4 - Resultado

A Comissão Examinadora, em 03/03/2016 após exame da Defesa de Tese e arguição do candidato, decidiu:

- Pela aprovação da Tese Pela aprovação da Tese, com revisão de forma, indicando o prazo de até 30 dias para apresentação definitiva do trabalho revisado.
- Pela reprovação da Tese Pela reformulação da Tese, indicando o prazo de _____ para nova versão.

Preencher somente em caso de revisão de forma:

- O aluno apresentou a revisão de forma e a Tese foi aprovada.
- O aluno apresentou a revisão de forma e a Tese foi reprovada.
- O aluno não apresentou a revisão de forma.

Autenticação
Presidente da Comissão Examinadora

03/03/16
Data

Eduardo Merchan
Assinatura/Carimbo

Autenticação
Coordenador do Curso

Ciente
Aluno

_____/_____/_____
Data Assinatura/Carimbo

03/03/16
Data

Jacqueline Ramos
Assinatura/Aluno

Este relatório não é conclusivo e não tem efeitos legais sem a aprovação do Decanato de Pesquisa e Pós-graduação da Universidade de Brasília.

Aprovação do Decanato de Pesquisa e Pós-Graduação

Decisão:

- Homologar

_____/_____/_____
Data

Assinatura do Decano

Dedico este trabalho à minha professora de Educação, Moral e Cívica, que corajosamente, em meio ao Regime Militar vigente no Brasil à época, ensinou-nos o Método Científico de René Descartes, o que contribuiu para que nos tornássemos estudantes reflexivos, nascendo em mim o espírito investigativo.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, irmãos, sobrinhos, cunhadas, esposo, e sobrinha-neta. Minha eterna família adorada.

Ao Prof. Dr. Edgar Merchán Hamann, pelo apoio incondicional em todos os momentos.

À Profa. Dra. Maria Margarita Urdaneta Gutierrez, sempre ao meu lado.

Ao Prof. Dr. Pedro Sadi Monteiro, por acreditar em mim.

Ao Prof. Dr. Rafael Mota Pinheiro, por acreditar nesse projeto desde a Qualificação.

Ao Prof. Dr. Natan Monsores de Sá, meu primeiro orientador na Pós-Graduação.

À Profa. Dra. Nídia Maria Lienert Lubisco, que há muito tempo está presente e junto conosco.

Ao Exmo. Senador da República Cristovam Buarque, por viabilizar a realização deste projeto.

Aos Professores Doutores Antonio Miranda e Maria das Graças Pimentel de Menezes, pelo apoio incondicional.

À Madrinha, minha outra mãe, ao Tio Aristeu, Juliana, Guilherme e Vitória.

Aos meus avós maternos e paternos (*In memorian*)

Vó Lacy e Vovô Walter, a gente só morre quando é esquecido!

Ao incansável Erinaldo Vieira, sem palavras.

Aos meus gatos, cachorros e jabutis, peço desculpas por minhas ausências.

Ao Dr. Aloysio Campos da Paz Júnior (*In memorian*), eterna fonte de sabedoria que continua a inspirar-me.

Ao Dr. Marco Rolando Sainz Quiroga, essencial para dar-me tranquilidade com relação a minha mãe em um momento tão difícil nesta jornada.

Aos Residentes de Enfermagem em Centro Cirúrgico do HBDF que ingressaram de 2014 em diante.

Ao Dr. Jamil Ribeiro Elias, obrigada pela minha primeira mesa de trabalho.

Ao Dr. José Tadeu dos Santos Palmieri, pelas oportunidades valiosas.

Aos servidores da Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde - SAIS/SES/DF.

Às queridas Lina e Tatiana, obrigada pela amizade, companheirismo e apoio.

À Dona Dirce, Dona Nancy, Rute e Márcia, do Hospital Sarah. Inesquecível gratidão!

A Dra. Vanessa Dalva Guimarães Campos, por acreditar junto comigo em um mundo melhor.

Aos servidores do Centro Cirúrgico do HBDF.

Aos servidores da Unidade de Anestesiologia e Medicina Perioperatória do HBDF.

Aos funcionários da Secretaria do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde - FS/UnB.

Aos estimados membros da Banca, todo o meu agradecimento pela disponibilidade.

“Prefiro afrontar o mundo para agradar a minha consciência do que afrontar a minha consciência para agradar o mundo”. Humberto de Campos.



“UBUNTU”, O QUE A ÁFRICA TEM A NOS ENSINAR

Ubuntu é uma palavra existente nas línguas zulu e xhosa, faladas na África do Sul, que exprime um conceito moral, uma filosofia, um modo de viver que se opõe ao narcisismo e ao individualismo tão comuns em nossa sociedade capitalista neoliberal. Pode ser uma alternativa ecológica para uma convivência social e planetária pautada pelo altruísmo, fraternidade e colaboração entre os seres humanos.

Um antropólogo estava estudando os usos e costumes da tribo Ubuntu e, quando terminou seu trabalho, teve que esperar pelo transporte que o levaria até o aeroporto de volta pra casa. Como tinha muito tempo ainda até o embarque, ele propôs, então, uma brincadeira para as crianças que achou ser inofensiva. Comprou uma porção de doces e guloseimas na cidade, colocou tudo num cesto bem bonito com laço de fita e colocou debaixo de uma árvore. Aí ele chamou as crianças e combinou que quando ele dissesse “já!”, elas deveriam sair correndo até o cesto e a que chegasse primeiro ganharia todos os doces que estavam lá dentro. As crianças se posicionaram na linha demarcatória que ele desenhou no chão e esperaram pelo sinal combinado. Quando ele disse “Já!” instantaneamente todas as crianças se deram as mãos e saíram correndo em direção à árvore com o cesto. Chegando lá, começaram a distribuir os doces entre si e a comerem felizes. O antropólogo foi ao encontro delas e perguntou porque elas tinham ido todas juntas se uma só poderia ficar com tudo que havia no cesto e, assim, ganhar muito mais doces. Elas simplesmente responderam: – Ubuntu, tio. Como uma de nós poderia ficar feliz se todas as outras estivessem tristes? Ele ficou pasmo.

Meses e meses trabalhando nisso, estudando a tribo e ainda não havia compreendido, de verdade, a essência daquele povo. Ou jamais teria proposto uma competição, certo? Ubuntu significa: “Eu sou porque nós somos” ou, em outras palavras “Eu só existo porque nós existimos”. “Como uma de nós poderia ficar feliz se todas as outras estivessem tristes?” A resposta singela da criança, é profunda e vital pois está carregada de valores como respeito, cortesia, solidariedade, compaixão, generosidade, confiança – enfim, tudo aquilo que nos torna humanos e garante uma convivência harmoniosa em sociedade. Ubuntu exprime a consciência da relação entre o indivíduo e a comunidade. É, ao mesmo tempo, um conceito moral, uma filosofia e um modo de viver que se opõe ao narcisismo e ao individualismo tão comuns em nossa sociedade ocidental capitalista. Enquanto a ideia europeia sobre a natureza humana baseia-se na ideia de liberdade, de que os indivíduos têm o poder da livre escolha, a ideia africana do ubuntu repousa sobre a ideia da comunidade, de que pessoas dependem de outras pessoas para serem pessoas. Segundo o espírito de ubuntu, as pessoas não devem levar vantagem pessoal em detrimento do bem-estar do grupo. Para que uma pessoa seja feliz será preciso que todas do grupo se sintam felizes. Estamos conectados uns com os outros e essa relação estende-se aos ancestrais e aos que ainda nascerão.

Ubuntu é, assim, um sistema de crenças, uma ética coletiva e uma filosofia humanista espiritual pautada pelo altruísmo, fraternidade e colaboração entre os seres humanos. Do ponto de vista político, o conceito de ubuntu é usado para enfatizar a necessidade da união e do consenso nas tomadas de decisão. É a síntese de um conhecido provérbio xhosa da África do Sul que diz o seguinte: “Umuntu Ngumuntu Ngabantu“, que significa “Uma pessoa é uma pessoa por causa das outras pessoas“.

Resumo

EDUCAÇÃO EM SAÚDE NAS BIBLIOTECAS PÚBLICAS DO DISTRITO FEDERAL: UMA NOVA INTERLOCUÇÃO PARA QUALIDADE DE VIDA, PROMOÇÃO DA SAÚDE E EPIDEMIOLOGIA

Introdução: o conceito de saúde aproxima-se da noção de qualidade de vida e ao grau de satisfação em vários enfoques, com foco central na promoção da saúde. A prevenção das doenças não contempla a dimensão histórica e social, de políticas públicas saudáveis e intersetoriais, nem propicia o empoderamento das comunidades e a valorização de seus potenciais, bem como a melhoria de suas condições de vida e de trabalho. A promoção da saúde está mais vinculada a uma visão holística e socioambiental, atingindo limites extramuros das instituições de saúde tradicionais. A educação em saúde é uma ferramenta importante para se promover a saúde, no entanto, é importante interagir com o saber popular, pois dele se pode extrair subsídios para o processo educativo. Ademais, a educação em saúde pode ser feita na comunidade em vários locais, dentre os quais, as bibliotecas públicas, que são espaços privilegiados, caracterizando-se como núcleos comunitários de aprendizado, intervenção e promoção da saúde. Aliado a isso, a epidemiologia através de suas bases teóricas e metodológicas somada a princípios éticos e justificativas morais, direciona esforços para entender e contribuir na redução das desigualdades na saúde e melhoria da qualidade de vida dos indivíduos. A epidemiologia também é subsídio fundamental para fomentar as políticas públicas efetivamente saudáveis, demonstrando os melhores caminhos e alternativas para a efetividade da promoção da saúde. A aferição da qualidade de vida é uma ferramenta de extrema importância, pois sinaliza pontos que necessitam ser trabalhados para se alcançar efetividade nas políticas de saúde e, conseqüentemente, subsidiar estratégias para se alcançar patamares mais elevados de saúde nas populações. Existem vários instrumentos que foram desenvolvidos para medir a qualidade de vida, com destaque para o WHOQOL, da OMS. Esta pesquisa teve como linha de base o estudo diagnóstico de situação de saúde e de qualidade de vida de usuários de bibliotecas públicas do Distrito Federal e Região do Entorno, desenvolvido pela aluna durante o Mestrado, no período de 2006 a 2008. Objetivo: realizar uma intervenção de educação em saúde no âmbito de bibliotecas públicas do Distrito Federal para promover a saúde, melhoria da qualidade de vida e prevenir doenças, bem como verificar os efeitos dessa intervenção. Métodos: O tipo de estudo foi longitudinal do tipo estudo de painel para avaliação de intervenção antes-depois em um grupo de usuários. Também foi feito um emparelhamento artificial de pessoas com características semelhantes em determinados aspectos de um grupo amostral de indivíduos do Mestrado para comparar com grupo semelhante do Doutorado para averiguar diferenças no espaço temporal. Resultados: verificou-se que, com a intervenção, as mulheres acima de 25 anos tiveram melhoria em sua qualidade de vida em níveis mais elevados do que os homens. Na comparação entre o grupo do Mestrado e o grupo do Doutorado, observou-se piora na qualidade de vida. Projetos extramuros das bibliotecas foram desenvolvidos a partir da intervenção de educação em saúde. Conclusão: a intervenção de educação em saúde propicia a promoção da saúde nas comunidades e o empoderamento dos sujeitos no sentido de buscarem melhor qualidade de vida a partir dessas ações, bem como auxilia no desenvolvimento social e cultural dessas comunidades. As bibliotecas públicas necessitam fazer parte, efetivamente, dos aparelhos do Estado para a promoção da saúde, pois são frequentadas por pessoas formadoras de opinião e multiplicadoras de informações para a sociedade. Palavras-chave: saúde coletiva, educação em saúde, epidemiologia, qualidade de vida.

Abstract

HEALTH EDUCATION IN PUBLIC LIBRARIES IN THE FEDERAL DISTRICT: A NEW DIALOGUE RELATED TO QUALITY OF LIFE, HEALTHCARE, AND EPIDEMIOLOGY

Introduction: The concept of health touches on the concept of quality of life and degree of satisfaction in various approaches with a central focus on promoting health. Disease prevention does not address the historical and social dimensions of health and intersector public policies, is not conducive to empowering communities and appreciating their potential, neither in improving their conditions of life and work. Promoting health is more closely linked to a holistic, environmental vision, reaching the boundaries of traditional health institutions. Health education is an important tool for promoting health; however, it is important to interact with popular knowledge, because it can prove useful to the educational process. In addition, health education can be carried out in various places within a community, such as public libraries, which are well-known as community centers for learning, intercession, and health promotion. Allied to this, epidemiology, through its theoretical and methodological bases, coupled with ethical principles and moral justification, directs efforts to understand and contribute to reducing health inequalities and improving one's personal quality of life. Epidemiology is also instrumental to fostering public health policies, pointing out the best ways and alternatives to effective health promotion. Gauging quality of life is an extremely important tool because it indicates areas that need to be worked on to achieve effective health policies and therefore help develop strategies for achieving better levels of health within populations. There are several tools that have been developed to measure quality of life, especially the WHOQOL, from the World Health Organization. This base line of this research is a diagnostic study of the health status and quality of life of public library users in the Federal District and Surrounding Region, developed by the student during a Master's program from 2006 to 2008. Objective: conduct health education intercession within public libraries in the Federal District to promote health, improve quality of life, and prevent disease, and confirm its effects. Methods: A longitudinal panel study was used to assess before-after intercession in a group of users. There was also an artificial pairing of individuals with similar characteristics in certain aspects of a sample group of Master's students to compare with a similar group of Doctoral students to ascertain differences in the timeline. Results: It was found that, with the intercession, women over 25 showed improvement in their quality of life at higher levels than men. In the comparison between the Master's and Doctoral groups, a deterioration in quality of life was observed. Projects outside of the libraries were developed from this intercession. Conclusion: health education intercession provides health promotion in communities and empowers individuals to seek a better quality of life from these actions, as well as assisting in the social and cultural development of these communities. Public libraries need to be part of the system through which the state promotes health as they are frequented by opinion shapers and multipliers of information to society.

Keywords: public health, health education, epidemiology, quality of life.

LISTA DE FIGURAS E QUADROS

Figura 1. Distribuição geográfica dos locais de realização da pesquisa no DF	33
Figura 2. Distribuição geográfica dos locais de realização da pesquisa no Entorno	33
Figura 3. Desenho do estudo	39
Figura 4. Documento UnB de liberação de verba de Emenda Parlamentar para a pesquisa	52
Figura 5. Estrutura operacional da RAS.....	111
Quadro 1. STROBE.....	40
Quadro 2. Variáveis Qualitativas Pré-Intervenção.....	64
Quadro 3. Variáveis Qualitativas Pós-Intervenção	69
Quadro 4. Sistema de Classificação de Risco de Manchester.....	112
Quadro 5. Sistematização da Realização da Pesquisa	114
Quadro 6. Concepções de saúde e diferentes visões da promoção da saúde.....	131

LISTA DE TABELAS

TABELA 1. Distribuição dos usuários de quatro bibliotecas públicas do DF segundo a QV, Domínio 1 (Físico), WHOQOL - Bref no momento pré-intervenção.....	75
TABELA 2. Distribuição dos usuários de quatro bibliotecas públicas do DF segundo a QV, Domínio 2 (Psicológico), WHOQOL - Bref no momento pré-intervenção.....	76
TABELA 3. Distribuição dos usuários de quatro bibliotecas públicas do DF segundo a QV, Domínio 3 (Relações Sociais), WHOQOL - Bref no momento pré-intervenção .	77
TABELA 4. Distribuição dos usuários de quatro bibliotecas públicas do DF segundo a QV, Domínio 4 (Meio Ambiente), WHOQOL - Bref no momento pré-intervenção	78
TABELA 5. Distribuição dos usuários de quatro bibliotecas públicas do DF segundo a QV, Questões W1/W2, WHOQOL - Bref no momento pré-intervenção.....	79
TABELA 6. Distribuição dos usuários de quatro bibliotecas públicas do DF segundo a QV, Domínio 1 (Físico), WHOQOL - Bref no momento pós-intervenção	80
TABELA 7. Distribuição dos usuários de quatro bibliotecas públicas do DF segundo a QV, Domínio 2 (Psicológico), WHOQOL - Bref no momento pós-intervenção	81
TABELA 8. Distribuição dos usuários de quatro bibliotecas públicas do DF segundo a QV, Domínio 3 (Relações Sociais), WHOQOL - Bref no momento pós-intervenção .	82
TABELA 9. Distribuição dos usuários de quatro bibliotecas públicas do DF segundo a QV, Domínio 4 (Meio Ambiente), WHOQOL - Bref no momento pós-intervenção	83
TABELA 10. Distribuição dos usuários de quatro bibliotecas públicas do DF segundo a QV, Questões W1/W2, WHOQOL - Bref no momento pós-intervenção	84
TABELA 11. Associação entre a prevalência da QV <70 e os momentos pré e pós-intervenção.....	85
TABELA 12. Associação entre a prevalência da QV <70 nos momentos pré e pós-intervenção e gênero feminino	86
TABELA 13. Associação entre a prevalência da QV <70 nos momentos pré e pós-intervenção e gênero masculino	87
TABELA 14. Associação entre a prevalência da QV <70 nos momentos pré e pós-intervenção e idade menor ou igual a 24 anos	88
TABELA 15. Associação entre a prevalência da QV <70 nos momentos pré e pós-intervenção e idade maior que 25 anos	89
TABELA 16. Associação entre os escores de QV mínimos e máximos dos Domínios e os momentos pré e pós-intervenção	90
TABELA 17. Distribuição dos Tutores de quatro bibliotecas públicas do DF segundo a QV, Domínio 1 (Físico), WHOQOL - Bref	91
TABELA 18. Distribuição dos Tutores de quatro bibliotecas públicas do DF segundo a QV, Domínio 2 (Psicológico), WHOQOL - Bref.....	92

TABELA 19. Distribuição dos Tutores de quatro bibliotecas públicas do DF segundo a QV, Domínio 3 (Relações Sociais), WHOQOL - Bref	93
TABELA 20. Distribuição dos Tutores de quatro bibliotecas públicas do DF segundo a QV, Domínio 4 (Meio Ambiente), WHOQOL - Bref	94
TABELA 21. Distribuição dos Tutores de quatro bibliotecas públicas do DF segundo a QV, Questões W1/W2, WHOQOL - Bref	95
TABELA 22. Associação entre variáveis preditores e QV < 70, no Domínio 1 (Físico), no Grupo 1 - Mestrado (2008) e no Grupo 2 - Doutorado (2015)	96
TABELA 23. Associação entre variáveis preditores e QV < 70, no Domínio 2 (Psicológico), no Grupo 1 - Mestrado (2008) e no Grupo 2 - Doutorado (2015)	97
TABELA 24. Associação entre variáveis preditores e QV < 70, no Domínio 3 (Relações Sociais), no Grupo 1 - Mestrado (2008) e no Grupo 2 - Doutorado (2015)	98
TABELA 25. Associação entre variáveis preditores e QV < 70, no Domínio 4 (Meio Ambiente), no Grupo 1 - Mestrado (2008) e no Grupo 2 - Doutorado (2015)	99
TABELA 26. Associação entre variáveis preditores e QV < 70, Questão W1, no Grupo 1 - Mestrado (2008) e no Grupo 2 - Doutorado (2015)	100
TABELA 27. Associação entre variáveis preditores e QV < 70, Questão W2, no Grupo 1 - Mestrado (2008) e no Grupo 2 - Doutorado (2015)	101
TABELA 28. Caracterização do acervo, atendimento e serviços de quatro bibliotecas do DF pelos Tutores	102
TABELA 29. Grau de satisfação dos Tutores quanto aos recursos estruturais e de equipamentos de quatro bibliotecas do DF	103
TABELA 30-A. Graus de satisfação dos Tutores quanto ao atendimento aos usuários de quatro bibliotecas do DF	104
TABELA 30-B. Graus de satisfação dos Tutores quanto ao atendimento aos usuários de quatro bibliotecas do DF	105
TABELA 31-A. Frequência de atividades desenvolvidas junto a comunidade em quatro bibliotecas do DF	106
TABELA 31-B. Frequência de atividades desenvolvidas junto a comunidade em quatro bibliotecas do DF	107

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

OMS - Organização Mundial de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

QVRS - Qualidade de Vida Relacionada à Saúde

QV - Qualidade de Vida

WHOQOL - 100 - World Health Organization Quality Of Life Assessment

WHOQOL - Bref - World Health Organization Quality Of Life Assessment Abbreviated Version of the WHOQOL - 100

DF - Distrito Federal

PROCON/DF - Fundação de Proteção e Defesa do Consumidor do Distrito Federal

RAS - Redes de Atenção em Saúde

APS - Atenção Primária em Saúde

ABRASCO - Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	19
1.1 Referencial Teórico.....	19
1.1.1 Qualidade de vida e saúde.....	20
1.1.2 A saúde em outras esferas.....	23
1.1.3 Educação em saúde, inclusão social e cidadania.....	25
1.1.4 Interlocução entre qualidade de vida, promoção da saúde e epidemiologia	26
1.1.5 Bioética de Intervenção, corpo, meio ambiente e saúde	28
1.1.6 Qualidade de vida: instrumento de medida WHOQOL e WHOQOL-Bref	31
1.1.7 Caracterização da Região Integrada de Desenvolvimento do Entorno RIDE-DF.	32
1.1.8 Resultados do Mestrado.....	34
2. JUSTIFICATIVA.....	36
3. OBJETIVOS	37
3.1 Objetivo Geral.....	37
3.2 Objetivos Específicos	37
3.2.1 Criação do Ambiente de Suporte.....	37
3.2.2 Intervenção.....	37
3.2.3 Avaliação da Intervenção	37
4. MÉTODOS	38
5. RESULTADOS.....	52
6. DISCUSSÃO	108
7. CONCLUSÕES	135
REFERÊNCIAS	
ANEXOS	
ANEXO 1 - QUADRO DOS RESULTADOS DO MESTRADO	142
ANEXO 2 - APROVAÇÃO DO CEP/FS/UnB e outros documentos	153
ANEXO 3 - TCLE.....	159

ANEXO 4 - WHOQOL – BREF	161
ANEXO 5 - QUESTIONÁRIO PERCEPÇÃO ACERCA DO AUTO-CUIDADO COM O CORPO E SAÚDE FÍSICA E MENTAL NA PERSPECTIVA DA PROMOÇÃO DA SAÚDE	166
ANEXO 6 - PRODUÇÃO LITERÁRIA QUE INTEGROU O KIT DE APOIO À INTERVENÇÃO PROPOSTA:	
6.1 Coleção para gente grande: Cuidando dos Dentes	176
6.2 Coleção para gente grande: Cuidando da Higiene	176
6.3 Coleção para gente grande: Como se Organizar.....	176
6.4 Coleção maçã verde: A festa dos dentes	176
6.5 Coleção maçã verde: Isadora e a turma do banho	176
6.6 Coleção maçã verde: Cada coisa no lugar certo.....	176
ANEXO 7: DEMO DO VÍDEO PRODUZIDO PARA INTEGRAR O KIT DE APOIO À INTERVENÇÃO PROPOSTA.....	178
ANEXO 8: ORIENTAÇÕES PARA OS CÁLCULOS DO WHOQOL-Bref	180
ANEXO 9: CARTA E BILHETE DO SENADOR CRISTOVAM BUARQUE.....	198
ANEXO 10: CERTIFICAÇÃO DO CURSO DE DINAMIZAÇÃO E USO DA BIBLIOTECA PÚBLICA FORNECIDO AOS PARTICIPANTES	201
ANEXO 11: LISTAS DE PRESENCAS REUNIÃO COSE	203
ANEXO 12: CERTIFICADO DE AGRADECIMENTO	205
ANEXO 13: DADOS UTILIZADOS NOS CRUZAMENTOS DAS TABELAS	207

1. INTRODUÇÃO

1.1 Referencial Teórico

Quando se fala em saúde, não é possível defini-la apenas como a ausência de doença. A saúde envolve diversos aspectos relacionados entre si como, por exemplo, condições de saneamento, acesso à educação, a hospitais e postos de saúde, emprego, meio ambiente saudável, dentre outros. Portanto, a concepção de saúde aproxima-se da noção de qualidade de vida. Esta última tem estreita relação com o grau de satisfação encontrado na vida familiar, social, ambiental, dentre outros, tendo no quesito promoção da saúde seu foco central.

Segundo Ferreira e Buss (1), na década de 1960 houve um grande debate entre vários países do mundo sobre as condições econômicas e sociais da saúde, cujo desfecho propiciou uma reflexão sobre a orientação da saúde centrada na doença. Com a abertura da China Nacionalista para o mundo, a Organização Mundial de Saúde - OMS realizou uma missão de observação onde foi verificado que havia um elenco de atividades voltadas para a melhoria da saúde, especialmente no ambiente rural, cuja implementação havia se iniciado desde 1965.

Os mesmos autores (1) relatam que foi observado que as atividades na China voltadas para a saúde eram desenvolvidas por Comitês Comuns, propiciando um empoderamento dos indivíduos à época. Dessa forma, houve o aproveitamento dessas ideias para a proposição de uma nova forma de atenção primária em saúde cujo desfecho deu-se na Conferência de Alma-Ata, em 1978.

Historicamente, o modelo assistencial hegemônico das políticas públicas de assistência à saúde, caracterizado pela ênfase no atendimento individual e em atos médicos especializados, foi um dos fatores preponderantes para a realização da Conferência de Alma-Ata, em 1978 (2). Durante a mesma, a Organização Mundial de Saúde apresentou o tema "Saúde para Todos no Ano 2000", com o objetivo de estimular a revisão de práticas assistenciais e estabelecer uma agenda para reformar o setor saúde no mundo, enfatizar a oferta de cuidados primários de saúde e introduzir princípios da medicina integral e preventiva. Foi estabelecida uma concepção de promoção da saúde, onde a valorização da mesma constitui-se como componente central do desenvolvimento humano, com especial enfoque nos fatores necessários para assegurar a qualidade de vida e o direito ao bem estar social.

Após Alma-Ata, foi realizada a primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, em 1986, onde foi elaborada uma Carta de Intenções (3), com a proposta de estabelecer as diretrizes para uma nova saúde pública, e na promoção desta com a adoção de políticas públicas voltadas para o reforço de ações comunitárias, desenvolvimento de capacidades pessoais, criação de ambientes favoráveis e reorientação dos serviços de saúde.

Na Carta de Ottawa, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, está contextualizada na direção do bem estar global. Ademais, a mesma apóia o desenvolvimento pessoal e social através da divulgação da informação, educação para a saúde e intensificação das habilidades vitais, com uma ação coord-

nada entre todas as partes envolvidas: governo, setor saúde e outros setores sociais e econômicos, organizações voluntárias e não governamentais, autoridades locais, indústria e mídia (3).

A Declaração de Sundsvall propôs ambientes favoráveis à saúde e a Declaração de Jacarta foi uma atualização da discussão sobre o reforço da ação comunitária, ou seja, a Conferência reconheceu que os métodos em promoção da saúde baseados no emprego de combinações das estratégias de Ottawa são mais eficazes que os centrados em um único campo. Diversos cenários como cidades, comunidades locais, escolas oferecem oportunidades práticas para a execução de estratégias integrais com a promoção da responsabilidade social para a saúde e aumento da capacitação da comunidade pela educação e parcerias. Ademais, aprender sobre saúde fomenta a participação social (4).

Em nosso país, nos anos setenta, houve uma crise na previdência, que culminou em um processo impulsionado no sentido de buscar soluções que privilegiassem a equidade e o direito de acesso à saúde, o qual levou a um movimento de reforma sanitária, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), que teve sua aprovação na Constituição de 1988 (5).

Desde então, foram implementados vários programas de assistência no Brasil, como estratégia para consolidação do Sistema Único de Saúde. Destaca-se o Programa Saúde da Família (PSF), que foi implantado desde 1994 pelo Ministério da Saúde, e alterou o modelo hegemônico de assistência à saúde na atenção básica. Suas ações constituem a porta de entrada dos sistemas locais de saúde, com o objetivo de promover a atenção integral da população residente nas suas áreas de atuação e reorganizar as ações e os serviços dos demais níveis de atenção (6).

Porém, apesar de todos os aspectos acima descritos, observa-se que, com a globalização, aumentou o abismo existente entre países centrais e periféricos. Enquanto os países centrais buscam legitimar sua ideologia e moral, com a desconsideração das diferenças morais e priorização dos mercados e do lucro, nos países periféricos essa busca está calcada na conquista de acesso à saúde e a outros itens indispensáveis para uma vida humana digna.

Conforme Alma Ata (2), “a atenção primária de saúde é, ao mesmo tempo, um reflexo e uma consequência das condições econômicas e das características socioculturais e políticas do país e de suas comunidades”, onde a promoção e proteção da saúde são indispensáveis ao desenvolvimento socioeconômico, com melhora na qualidade de vida. A condição biossocial, permeada por condições mentais, ambientais e culturais ideais, mediada pela promoção da saúde, deve fazer parte de um programa ideológico, para orientar o sentido real e positivo da qualidade de vida.

1.1.1 Qualidade de vida e saúde

A qualidade de vida é um conceito complexo, que tem merecido cada vez maior atenção da literatura científica e tem recebido vários significados e enfoques. Pode permear várias outras áreas do saber, como na sociologia, educação, medicina, enfer-

magem, psicologia e outras especialidades. Além disso, está presente nos meios de comunicação, campanhas publicitárias e até em discursos políticos, e estabelece-se como um tema em destaque na sociedade atual. Porém, devido ao fato de merecer diversas possibilidades de enfoque, é ponto de inúmeras controvérsias teóricas e metodológicas.

Na história da humanidade é possível encontrar referências às tentativas de definição de qualidade de vida até mesmo antes da Era Cristã. Nos escritos *Ética a Nicômaco*, Aristóteles (384-322 a. C) mencionava que diferentes pessoas concebem boa vida ou bem-estar como sendo o mesmo que felicidade, e que o significado de felicidade torna-se uma questão de contestação, pois alguns afirmam ser uma coisa, outros dizem ser outra e, de fato muito frequentemente o mesmo homem lhe dá atribuições diferentes, de acordo com a situação que vivencia: quando adoecer concebe saúde como sendo felicidade e, quando empobrece, concebe a riqueza e prosperidade como sinônimo de felicidade (7,8).

Sócrates já se referia à qualidade de vida, quando ao encarar a pena de morte na corte ateniense, afirmou temer coisas piores além da morte, porque não era a vida que contava e sim a qualidade de vida. Para o filósofo, o mérito moral determinava essa qualidade (9). Dessa forma, há muito tempo a qualidade de vida é compreendida como um conceito baseado em percepções individuais, que pode variar conforme a experiência da pessoa em um dado contexto ou momento.

Podemos encontrar na literatura que a menção à qualidade de vida foi feita pela primeira vez por Pigou em 1920, onde esse autor relacionou qualidade de vida com o suporte do governo oferecido às classes menos favorecidas (10). Seidl et al referem que, após a Segunda Guerra Mundial, o conceito de “boa vida” foi usado para descrever a posse de bens materiais como casa própria, carros e outros bens de consumo. Com o passar do tempo, o crescimento econômico e industrial ampliou esse conceito, integrando as áreas da saúde, educação, moradia, transporte, lazer, trabalho, crescimento individual, segurança e diminuição da morbi-mortalidade infantil. Os autores ainda colocam que, em meados dos anos 1970, Campbell tentou demonstrar as dificuldades na conceituação de qualidade de vida, onde várias pessoas tentam definir, mas não sabem ao certo do que se trata (11).

Dessa forma, a definição de qualidade de vida, seus conceitos e suas propostas foi baseada em diferentes fundamentações teóricas e práticas até que, após a II Guerra Mundial, a Organização Mundial de Saúde redefiniu saúde, ao incorporar a noção de bem-estar físico, emocional e social e desencadeou uma discussão considerável a respeito da possibilidade de medir o bem-estar. Sendo assim, o termo qualidade de vida ressurgiu e iniciou um ciclo de formação do seu conceito que, apesar de parecer difícil de ser completado, permite uma reciclagem técnico-científica de acordo com a área profissional (12).

Nos dias atuais a qualidade de vida é conceituada conforme a área de aplicação, sendo dividida em dois conceitos: um genérico que não faz referência aos agravos à saúde, e outro, a Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS), que engloba aspectos relativos às enfermidades, às disfunções e às necessárias intervenções terapêuticas em saúde, e identifica o impacto destes na qualidade de vida (11,12).

Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS) é o valor atribuído à duração da vida quando modificada pela percepção de limitações físicas, psicológicas, funções sociais e oportunidades influenciadas pela doença, tratamento e outros agravos, tornando-se o principal indicador para a pesquisa avaliativa sobre o resultado de intervenções (13). Outra definição para QVRS é o valor atribuído à vida, ponderado pelas deteriorações funcionais, as percepções e condições sociais que são induzidas pela doença, agravos, tratamento e a organização política e econômica do sistema (14).

Minayo et al (14), ressaltam que “o patamar mínimo e universal para se falar em qualidade de vida diz respeito à satisfação das necessidades mais elementares da vida humana: alimentação, acesso a água potável, habitação, trabalho, educação, saúde e lazer; elementos essenciais que têm como referência noções relativas de conforto, bem-estar e realização individual e coletiva. No mundo ocidental atual, por exemplo, é possível dizer também que desemprego, exclusão social e violência são, de forma objetiva, reconhecidos como a negação da qualidade de vida. Trata-se, portanto, de componentes passíveis de mensuração e comparação, mesmo levando-se em conta a necessidade permanente de relativizá-los culturalmente, no tempo e no espaço.”

Diniz et al (12) referem que o tema qualidade de vida é muito abrangente, pois interliga diversas abordagens e problemáticas, com ênfase para três âmbitos complementares que são fundamentais para a análise da qualidade de vida. O primeiro trata da distinção entre os aspectos materiais e imateriais. Os materiais dizem respeito às necessidades humanas básicas, como condições de habitação, abastecimento de água e sistema de saúde, ou seja, os aspectos de natureza física e infraestrutural e, as questões imateriais, mais ligadas ao ambiente, ao patrimônio cultural e ao bem-estar. O segundo âmbito faz a distinção entre os aspectos individuais e os coletivos, onde os individuais são relativos à condição econômica, pessoal e familiar e os coletivos estão diretamente ligados aos serviços básicos e públicos. O terceiro âmbito é baseado na diferença entre os aspectos objetivos da qualidade de vida, definidos pelos indicadores de natureza quantitativa, e os aspectos subjetivos, relativos à percepção subjetiva que os indivíduos têm sobre a qualidade de vida, que varia conforme a pessoa e o estrato social.

Devido aos avanços observados nas questões sociais, políticas, econômicas, ambientais e também nos campos da saúde pública e da medicina, é possível dizer que tem havido uma melhora nas condições de vida e de saúde em geral em vários países. Isso também pode ser observado na região da América Latina, segundo relatórios da Organização Mundial de Saúde (15) sobre a saúde mundial e da Organização Pan-americana de Saúde sobre a região das Américas (16). No entanto, as mesmas organizações não deixam de ressaltar que, apesar dessas melhorias, é evidente a permanência de profundas desigualdades nas condições de vida e de saúde entre países subdesenvolvidos, em determinadas regiões e grupos sociais.

Buss (17) refere a relação entre saúde, qualidade de vida, condições inadequadas e doenças. Uma boa saúde influencia favoravelmente a qualidade de vida; já a doença dificulta vários aspectos da vida humana; diminui a produção, aumenta os gastos e o número de pessoas empobrecidas. Dessa maneira, a promoção da saúde, através de ações preventivas é capaz de influenciar positivamente na qualidade de vida e constitui uma ferramenta para enfrentar os problemas que afetam as

populações. Para isso, é importante a soma de saberes populares e científicos, além do auxílio através de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados, para enfrentar e resolver os problemas das comunidades menos assistidas.

Ao se levar em conta o “viver saudável”, mesmo na ocorrência de situações de doença, faz-se necessária a mudança de paradigmas para outros, que possibilitem novas formas de pensar-fazer o mundo, especialmente rever nossos conceitos de qualidade de vida, percebendo a saúde como processo e produto desta. A proposta é repensar nas nossas formas de cuidar da vida individual e coletiva, seja em casa, no trabalho, na comunidade e na sociedade de uma maneira geral (18).

O desenvolvimento do conceito de qualidade de vida poderá resultar em mudanças nas práticas assistenciais e na consolidação de novos paradigmas do processo saúde-doença, o que pode ser essencial para a superação de modelos de atendimento eminentemente biomédicos, que negligenciam aspectos sócioeconômicos, psicológicos e culturais importantes nas ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação em saúde (11).

Assim, a qualidade de vida é um atributo da coletividade, um bem social, de felicidade e satisfação global. Por isso, a saúde de uma população depende de ações preventivas como boa alimentação e condições de higiene, fácil acesso a bens públicos e serviços, saneamento, educação dentre outros benefícios, do que da quantidade de leitos disponíveis em hospitais. No quesito promoção da saúde, as ações educativas são as que propiciam troca de informações e permitem evidenciar as necessidades e as melhores escolhas de uma população, além de estreitar laços entre a comunidade e os profissionais da saúde.

1.1.2 A saúde em outras esferas

A promoção da saúde pode ser feita na comunidade a partir de outras esferas, outras instituições. Citamos assim as escolas, associações comunitárias, organizações religiosas, postos de saúde, bibliotecas, dentre outros. Destes, a biblioteca “é a instituição cultural mais comum, ou seja, que está presente no maior número de municípios, e serve de lugar para a comunidade se encontrar, conversar, trocar informações, discutir problemas, saciar suas necessidades de informação, ampliar conhecimentos, ler livremente, recrear-se e criar. A biblioteca pública é do público e por ele deve ser frequentada livremente” (19). Portanto, a biblioteca pode ser um espaço privilegiado e potencial não apenas para se diagnosticar o perfil dos usuários que a frequentam, mas especialmente quanto ao conhecimento em saúde, além de poder se estabelecer como um núcleo comunitário de aprendizado, intervenção e promoção da saúde.

No Brasil existe um projeto onde a informação em saúde é disseminada em uma biblioteca. Trata-se do projeto Informação em Saúde e Cidadania (20), desenvolvido na Biblioteca Monique Bourget, em São Paulo, dentro do Programa Saúde da Família Santa Marcelina. Nele, as equipes fazem o cadastramento de famílias e visitas, e levantam dados relacionados à saúde e qualidade de vida e, identificam as necessidades para posterior seleção de materiais didáticos junto à biblioteca, com o objetivo de estimular a população para os cuidados com a saúde.

O Ministério da Saúde, através do Projeto Biblioteca Virtual em Saúde – Estação BVS, busca democratizar o acesso às informações em Saúde Pública, onde qualquer usuário pode ter entrada livre às informações geradas pelas instituições federais do Sistema Único de Saúde – SUS e pelo Setor Acadêmico. Nas Estações BVS os usuários têm dicas de prevenção e eventos, conhecem seus direitos e são informados sobre a rede de serviços e atendimento em saúde. Cada Estação BVS é integrante da Rede de Bibliotecas e Unidades de Informação Cooperantes da Saúde (Rede Biblio-SUS), e tem o objetivo de disseminar o conhecimento, incentivar o debate, a pesquisa e a promoção de saúde no Brasil (21).

Nos Estados Unidos, em Ohio, existe um projeto voltado para cidadãos das zonas rurais, onde diversas instituições, dentre elas as bibliotecas públicas, participam na disponibilização de informações sobre saúde para a população (22). Isso reforça o potencial que outros espaços sociais possuem para multiplicação de informações importantes, que resultem em melhores condições de vida.

Outro estudo desenvolvido em Wilmington, também nos Estados Unidos, verificou o impacto das informações sobre saúde promovidas por bibliotecas para pessoas da comunidade. Foi evidenciado que o valor de informações sobre saúde para os usuários tem grande impacto na aquisição de conhecimentos, ações e atitudes relativas à saúde pelas pessoas. O estudo verificou também que, ao adquirir conhecimentos sobre saúde, as pessoas se sentiam assistidas e melhor preparadas para optarem por tratamentos médicos e melhoraram as relações com profissionais da saúde, dentre outras vantagens (23).

É essencial capacitar as pessoas para aprender durante toda a vida, preparando-as para as diversas fases da existência, o que inclui, por exemplo, o possível enfrentamento de doenças crônicas. Esta tarefa deve ser realizada nas escolas, nos lares, nos locais de trabalho e em outros espaços comunitários. Para alcançar a equidade em saúde, um dos focos da promoção da saúde, são necessários diversos recursos, dentre os quais o acesso à informação e a ambientes favoráveis ao aprendizado. Destaca-se o papel das bibliotecas, como espaços comunitários já existentes que podem ser utilizados nas ações promotoras de saúde. A exemplo disso, Hicken (24) refere, em um artigo sobre as bibliotecas públicas e as pessoas socialmente excluídas, que as bibliotecas precisam ser mais pró-ativas, pois não estão voltadas para as necessidades das pessoas, como as relacionadas à inclusão social.

A consciência da necessidade do cuidado com o corpo e com a saúde em geral leva o indivíduo a buscar outras conquistas essenciais para manutenção e evolução de seu bem estar, como o saneamento básico, a educação, a conquista de meios dignos de subsistência, e o trabalho como forma de prazer e desenvolvimento social. O ponto essencial é que, a busca por melhores condições de cuidado com o corpo se estabelece como alavanca e estímulo para o crescimento humano. Existe mais valorização de uma conquista quando o ser humano participa efetivamente dela. E esse impulso é dado através da auto-valorização, do respeito próprio e mútuo, da educação e da cultura, pontos essenciais que podem ser desenvolvidos nos espaços das bibliotecas públicas.

Nesse contexto, a presente pesquisa utilizou a biblioteca como ponto de partida para um trabalho de intervenção de educação em saúde com os usuários de bibliotecas públicas, onde era almejado que, após a sua realização, fosse impulsionada a formação de grupos de cuidados com a saúde nas comunidades onde o trabalho foi executado.

1.1.3 Educação em saúde, inclusão social e cidadania

As ações de promoção de saúde e prevenção de doenças são fundamentais para melhorar a vida das pessoas. A educação em saúde é uma ferramenta importante para se obter estes resultados. É importante interagir com o saber popular, pois dele se pode extrair subsídios para o processo educativo.

Valla (25) relata que os saberes da população são elaborados sobre a experiência concreta a partir de suas vivências, que são distintas daquelas dos profissionais de saúde. Na realidade, o saber da população não seria insuficiente, porém é apenas diferente. Dessa maneira, não deve haver incompatibilidade entre o saber científico e o saber popular, ou seja, a educação e a saúde devem caminhar juntas, sendo que vários são os atores responsáveis pela transmissão desses conhecimentos, especialmente os profissionais de saúde.

Dentre os quesitos fundamentais que permeiam a educação em saúde, inclusão social, cidadania e qualidade de vida, conceitua-se o apoio social. Este é definido, segundo Minkler (26), como qualquer informação ou auxílio material oferecido por grupos ou pessoas, que teriam contatos sistemáticos e que resultariam em efeitos emocionais e/ou comportamentos positivos. Seria um processo recíproco, que gera efeitos positivos para quem oferece e para quem recebe apoio.

Valla (25) coloca ainda que, o debate em torno da questão do apoio social é baseado em investigações que apontam para o seu papel na manutenção da saúde, na prevenção contra doenças e como forma de facilitar a convalescença. Além disso, o apoio social exerceria efeitos diretos sobre o sistema imunológico, agindo como um tampão, no sentido de aumentar a capacidade das pessoas de lidar com o stress e como contribuição para criar uma sensação de coerência na vida e de controle sobre a mesma, o que afeta o estado de saúde das pessoas de forma benéfica.

O apoio social é ferramenta para promoção da inclusão social e cidadania, desta forma, promove o empoderamento dos indivíduos, que passam a ganhar mais controle sobre seus próprios destinos. Segundo Valla (25), um envolvimento comunitário pode ser um fator psicossocial significativo no aumento da autoconfiança, da satisfação com a vida e com a capacidade de resolução e enfrentamento de problemas, o que seria uma maneira de reforçar o sistema imunológico do corpo e diminuir a suscetibilidade à doença.

Com o fenômeno da globalização, o conceito de cidadania transcendeu fronteiras, ou seja, como referem Arnaud e Capeller (27), uma nova cidadania pode ser fundada sobre uma reivindicação de direitos oriundos da escala global. Esses autores colocam ainda que essa nova cidadania esteja vinculada a uma nova forma de exercer a democracia, que traz transformações na administração dos assuntos públicos,

com a contestação e participação dos cidadãos nas tomadas de decisões sobre políticas públicas.

O constante crescimento no que tange à disseminação de informações e produção do conhecimento impõe que se busque a aproximação de áreas que, embora distintas, permitam a identificação de interfaces capazes de somar especificidades, na busca de resultados que contribuam na melhoria de questões emergentes, como a qualidade de vida. No contexto da globalização da informação e do conhecimento, um dos grandes desafios da sociedade é garantir que essas possibilidades sejam acessíveis aos cidadãos, independente de segmentação social, o que garante aos indivíduos, uma verdadeira inclusão, propiciando uma participação na sociedade tanto intelectual, cultural como economicamente.

Através dessa inclusão social e do uso das informações e conhecimentos, é previsível que surjam cidadãos informados, zelosos de sua saúde e detentores de uma qualidade de vida digna. Ademais, o conhecimento do perfil dos indivíduos e a utilização de suportes educacionais com materiais, conteúdos e linguagem adequados para cada contexto constituem ferramentas de grande utilidade para a promoção da saúde nos diversos espaços sociais, como as bibliotecas públicas das comunidades.

Segundo Delduque e Oliveira (28), a conquista do direito à saúde não se encerrou com a Constituição Federal de 1988, que apesar de representar um grande avanço, não foi suficiente para expandir esse direito a toda população, pois ainda permanecem indicadores sociais que demonstram injustiças, desigualdades e quadros epidemiológicos não favoráveis. Dessa forma, o direito à saúde ainda permanece em construção e, paradoxalmente, a saúde é sempre uma obra inacabada, pois está sempre em transformação.

1.1.4 Interlocução entre qualidade de vida, promoção da saúde e epidemiologia

Barreto (29) coloca que as vinculações entre os profissionais da saúde incluem a construção de afinidades em torno de tudo que diga respeito à prevenção. Assim, a epidemiologia reconstitui suas bases teóricas e metodológicas, a partir de princípios éticos e justificativas morais que direcionem seus esforços para entender e contribuir na redução das desigualdades na saúde, melhoria da qualidade de vida dos indivíduos e das populações e seleção das tecnologias de saúde, evitando a exposição indiscriminada dos indivíduos e das populações a intervenções com baixa efetividade. Dessa forma, a qualidade de vida pode ser usada, potencialmente, como indicador que apoie a promoção da saúde.

Segundo Paim e Almeida Filho (30), a epidemiologia como disciplina científica, que estuda a saúde, a doença e os seus determinantes, com a elaboração de teorias, desenho de estudos e análise de dados, produz informações e conhecimentos. Como campo profissional de saúde coletiva, ela desenvolve tecnologias e estratégias de prevenção, produz novos conhecimentos, delineamentos de estratégias e concretização de ações. No primeiro enfoque, podem existir erros de ordem teórica e metodológica. No segundo, os erros significam vidas, doenças, sofrimentos, ou ainda, custos sociais, econômicos ou políticos.

O reencontro da epidemiologia com o ambiente e a qualidade da vida e, a atualização desses vínculos com os conhecimentos acumulados e as necessidades das sociedades contemporâneas é uma tarefa que tem como consequência não somente reforçar a disciplina, quanto às suas preocupações com a população, mas também equacionar desafios teóricos, metodológicos e tecnológicos que a reforçam enquanto disciplina científica (29).

Relativamente à promoção da saúde, verifica-se que tem sido objeto de muitas discussões, especialmente relacionadas ao redirecionamento das práticas de saúde. Czeresnia (31) faz referência aos eixos básicos do discurso da promoção da saúde, através do fortalecimento da autonomia dos sujeitos e dos grupos sociais, porém destaca que em algumas análises realizadas, estaria havendo uma construção científica e cultural voltada para uma autonomia regulada e de acordo com a economia de mercado.

Segundo Leavell & Clarck (32) a promoção da saúde é definida de uma forma mais ampla que a prevenção, pois trata de estratégias que servem para aumentar a saúde e o bem estar gerais e não apenas de uma determinada doença ou desordem. Czeresnia(31) alerta para o fato de a singularidade e autonomia dos sujeitos “não poder ter responsabilidade atribuída a uma área de conhecimento e práticas”.

Czeresnia(31) ressalta que:

“Não há como trabalhar devidamente e de modo prático a construção da ideia de promoção da saúde sem enfrentar duas questões fundamentais e interligadas: a necessidade da reflexão filosófica e a consequente reconfiguração da educação (comunicação) nas práticas de saúde.”

Nesse contexto, Ayres (33) refere ser necessária a contribuição de “novas vozes no campo da saúde...como a filosofia, a arte, o direito, as sabedorias tradicionais, os saberes populares, os saberes práticos”. Ressalta também que “as palavras altamente significativas de nossa linguagem cotidiana...segundo a hermenêutica, faz a razão humana manifestar-se mais plenamente na sua condição emancipadora”. O mesmo autor destaca a importância da recuperação do projeto existencial dos indivíduos, que permite o estabelecimento de vínculo terapêutico efetivo e propicia um melhor manejo das ações de saúde (34). Significa dizer também que “ a busca ativa de projetos de felicidade daqueles de quem se cuida, traz para o espaço do encontro terapêutico, potencializando-o, um processo de (re)construção identitária que implica mutuamente profissionais e usuários (34)”.

Zoboli (35) coloca que “no bojo da responsabilidade para com a comunidade estão ideias humanistas e valores morais, como a justiça social, os direitos humanos, o engajamento comunitário e a equidade”. A autora também ressalta a importância do conhecimento das necessidades de comunidades e da interlocução entre a comunidade e as equipes de saúde. Dessa forma, conhecer as comunidades, interagir e promover oportunidades de expressão dos projetos de vida dos indivíduos configura-se como um dos sustentáculos para oportunidades de promoção da saúde e de emancipação e empoderamento, que poderão significar, por exemplo, a efetividade de ações de educação em saúde.

1.1.5 Bioética de Intervenção, corpo, meio ambiente e saúde

Este projeto procurou também destacar aspectos relativos a iniciativas de cuidados e emancipação individual e coletiva nas comunidades, de maneira a propiciar espaços de reflexão e crescimento, com a valorização dos indivíduos e a (re)descoberta de potenciais sociais que fortaleçam as pessoas. Dessa maneira, não poderia deixar de ser mencionada a Bioética de Intervenção como uma das ferramentas que servem de fomento à intervenção proposta.

A bioética de intervenção é um dos campos da bioética que busca a igualdade, através da equidade para aqueles que estão inseridos no contexto dos países periféricos, ou os excluídos sociais. Os países centrais buscam legitimar sua ideologia e moral como padrão único, com ênfase no materialismo e no desenvolvimento tecnológico como objetivos essenciais para a humanidade, sem considerar as diferenças morais e com priorização nos mercados e no lucro. Em contrapartida, a luta dos países periféricos está calcada na conquista de acesso à saúde e de outros itens indispensáveis para uma vida humana digna.

Relativamente à compreensão em relação ao corpo e sua percepção sensorial, buscou-se conhecer o pensamento de Mário Testa (36) na contextualização do corpo e fazer uma reflexão de suas relações com o ambiente, a saúde e a bioética de intervenção.

A origem do corpo humano está inserida dentro de um processo de evolução de construção permanente, de início impreciso, onde o corpo é percebido como uma máquina que adapta seu funcionamento às condições existenciais do ser humano. Dessa maneira, Testa (36) refere que:

“todas as expressões do signo que é o corpo foram sendo criadas ou modificadas através da história. O corpo como signo histórico em sua expressão feliz é a saúde; o contrário é a doença. Por sua vez a história pode ser entendida como o processo social através do qual são construídos (produzidos e reproduzidos) os corpos dos seres humanos”...“as transformações filogenéticas do corpo da espécie são simultâneas a outras mudanças que não ocorrem no corpo, mas no modo pelo qual este se relaciona com a natureza ... o processo que realiza a intermediação entre essa relação e a modificação do corpo é o trabalho”.

A partir da revolução industrial, o comportamento dos indivíduos da sociedade capitalista foi alicerçado na idéia de que a felicidade e o bem-estar advêm da satisfação irrestrita do consumismo desenfreado e do crescimento ilimitado. **Passou-se a viver em uma sociedade onde o ter é muito mais importante que o ser.** Nesse sentido, “o relacionamento de um indivíduo ou grupo com o mundo passa a ser a posse, em que tudo e todos são sua propriedade” (37). O consumo é a forma de posse mais importante da sociedade industrial capitalista e neoliberal. Dessa maneira, é possível projetar a idéia de consumo e dominação dos países centrais, que se utilizam de diversas formas de dominação e persuasão, na intenção de permanecerem em uma posição privilegiada.

Segundo Testa (36), não existe uma ciência definitiva e o primeiro momento de uma reflexão científica deve ser aquele que corresponde a colocar objetos e métodos de estudo em um contexto histórico. Ademais, o autor coloca que a tarefa científica começa no momento em que se realiza a recontextualização, e exemplifica que, na história da Grécia, pode ser observado que, em cada momento, pode haver mais de uma ciência em relação a um mesmo problema, ou seja, havia uma medicina para os escravos (que eram tratados apenas para continuarem a ser máquinas funcionantes) e outra para os cidadãos, onde seus corpos haviam passado para a condição de signo, devendo ser cuidados para a manutenção da beleza e perfeição físicas.

A importância da percepção do corpo culturalmente construído no processo social torna-se um ponto de destaque. A formação da identidade do corpo em uma determinada comunidade ou cultura é permeada pela percepção dos indivíduos nas relações de corporalidade, onde se evidencia a importância dos conceitos de Mário Testa para a compreensão do papel do corpo como instrumento para conscientização social. Entender como as pessoas dos países periféricos percebem seus corpos, utilizam seus corpos, têm seus corpos dominados pelo prazer, dor e exploração pela ideologia dos países centrais também é essencial na compreensão das necessidades contextualizadas.

Os corpos e os indivíduos estão a serviço dos interesses econômicos e científicos dos países centrais. A ciência e os métodos científicos aplicados nos países em desenvolvimento atendem às necessidades do primeiro mundo. O povo do mundo subdesenvolvido é objeto de exploração e experimentação.

Segundo Junges (38), o filósofo francês Michel Foucault entendeu que o capitalismo socializou o corpo como força de produção, onde o controle social se opera de forma ideológica, porém, inicialmente através dos corpos. **Assim, a medicina seria uma estratégia biopolítica.** Junges (38) ainda coloca que Foucault analisou três considerações sobre a medicina social: a primeira, desenvolvida na Alemanha no início do século XVIII, onde o Estado instituiu a polícia médica para controlar a saúde do povo, para que os indivíduos fossem fortes e saudáveis e, dessa maneira, contribuíssem para a formação de uma nação forte; a segunda, desenvolvida na França no final do século XVIII que, com a urbanização, motivou a burguesia a se preocupar com a higiene urbana, através do fechamento e reestruturação de hospitais e cemitérios e; a terceira, desenvolvida na Inglaterra como consequência da industrialização e da necessidade da reprodução e conservação da força de trabalho, que era composta especialmente por indivíduos pobres que precisavam ser atendidos, para evitar convulsões sociais. Junges (38) completa a colocação dizendo que “essas disciplinas sobre o corpo e regulações sobre a população são duas estratégias de biopolítica, desenvolvidas pelo poder sobre a vida”.

Porto e Martinez-Alier (39), referem que a relação entre saúde e ambiente não é de nossos dias, mas descrita de forma tradicional na saúde pública brasileira a partir de dois paradigmas básicos: o biomédico, com modelo ecológico nas doenças infectocontagiosas, e o do saneamento, cuja abordagem se alicerça a partir da engenharia ambiental com ênfase na preocupação no desenvolvimento de infraestrutura de água potável, esgoto e lixo para prevenção de doenças. Estes mesmos autores colocam ainda que existe um terceiro paradigma, que influenciou no surgimento da saúde cole-

tiva no Brasil, cujas principais características são a ampliação do olhar sobre a relação saúde-ambiente a partir de processos sociais e econômicos de desenvolvimento.

A introdução de abordagens na saúde pública que integrem o cenário social com os ecossistemas para a compreensão dos problemas de saúde da população é de vital importância e, aliadas à percepção corporal das comunidades, pode ser um campo de estudo importante que ajude a desenvolver novas formas de promoção da saúde, contextualizadas para a realidade de cada lugar. Seria uma forma de “descoberta”, ou “redescoberta” de valores, com a participação efetiva das comunidades e, como Mário Testa citou, uma “recontextualização” de maneira a propiciar avanços importantes na qualidade de vida dos indivíduos dos países em desenvolvimento.

Segundo Porto e Martinez-Alier (39), a economia ecológica, através da produção de indicadores e índices de sustentabilidade advindos do desenvolvimento e operacionalização em relação ao “metabolismo social” tem contribuído sobremaneira, de forma a ligar as ciências naturais e as ciências sociais, onde a economia é descrita como uma relação entre os fluxos dos sistemas de produção (energia e materiais) e os fluxos comerciais (produtos e serviços). Dessa forma, em uma economia sustentável esses fluxos estariam contabilizados e seriam incluídos, por exemplo, instrumentos de política ambiental baseados no princípio da precaução.

Na visão de uma ecologia política, Porto e Martinez-Alier (39) colocam que esta tem sido a base teórica para um movimento de justiça ambiental, através da análise dos conflitos advindos das desigualdades nos processos econômicos e sociais, que interferem profundamente com a sobrecarga negativa do desenvolvimento sobre as populações mais pobres, discriminadas e socialmente excluídas. Esse problema tem se refletido no atual modelo de desenvolvimento do Brasil, com a geração de muitos conflitos entre a economia e a preservação ambiental.

Dessa maneira, através de uma economia ecológica, política e do princípio da precaução, contextualizados e discutidos nas comunidades, seria possível o desenvolvimento de sistemas de produção que não afetassem a saúde das pessoas e que preservassem os ecossistemas. A bioética de intervenção seria uma das ferramentas que auxiliariam nesse processo, já que esta propicia um olhar pelos indivíduos vulneráveis e pelas necessidades daqueles social e economicamente excluídos. Os países em desenvolvimento, que são os grandes fornecedores de matérias primas para o primeiro mundo precisam ficar atentos, pois existe uma contradição muito grande, onde o primeiro mundo, vive da exploração das terras, da natureza, dos corpos e indivíduos das nações em desenvolvimento, e estas, que podem viver de seus recursos, parece que não possuem efetivamente sua soberania.

Os países em desenvolvimento são desprovidos de autonomia, ou seja, os corpos e as pessoas desses países estão vulneráveis. A busca de alternativas para reverter este quadro tem conformidade com a bioética de intervenção, no resgate da autonomia, no poder de voz, na busca da equidade para superar as desigualdades. Conhecer e perceber o corpo pode ser um dos caminhos na construção da bioética de intervenção, bem como na retomada da construção da história dos países dominados, com a busca de uma identidade própria, a serviço da proteção dos vulneráveis, do atendimento das necessidades essenciais contextualizadas, na preservação dos recursos naturais, que são finitos, bem como da vida global.

1.1.6 Qualidade de vida: instrumento de medida WHOQOL e WHOQOL-Bref

Existem vários instrumentos que foram desenvolvidos para medir a qualidade de vida. Destes, destaca-se o WHOQOL, que através da Organização Mundial de Saúde (OMS), foi idealizado pelo WHOQOL Group. Com a colaboração internacional de quinze países de todo o mundo, foi elaborado um instrumento de avaliação multi-dimensional, passível de tradução e adaptação para diversas línguas, contendo vinte e quatro facetas ou dimensões da Qualidade de Vida, organizadas hierarquicamente em seis domínios: físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, ambiente e espiritualidade, religião e crenças pessoais. Esse instrumento foi denominado WHOQOL-100 (40, 41).

A demanda por instrumentos curtos, que utilizassem pouco tempo para seu preenchimento, porém com características psicométricas satisfatórias, fez com que esse mesmo grupo de especialistas desenvolvesse uma versão abreviada do WHOQOL-100, chamado de WHOQOL-Bref ou WHOQOL Abreviado. O WHOQOL-Bref possui 26 questões, sendo duas questões gerais e vinte e quatro restantes que representam cada uma das vinte e quatro facetas que compõe o instrumento original. Enquanto no WHOQOL-100 cada uma das vinte e quatro facetas é avaliada a partir de quatro questões, no WHOQOL-Bref é avaliada por apenas uma questão. Ademais, o WHOQOL-Bref abrange quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e ambiente (40, 41).

Continua

DOMÍNIOS E FACETAS DO WHOQOL -Bref^(40,41)	
Domínio I Físico	Dor e desconforto Energia e fadiga Sono e repouso Atividades da vida cotidiana Dependência de medicação ou de tratamentos Mobilidade Capacidade de trabalho
Domínio II Psicológico	Sentimentos positivos Pensamento, aprendizagem, memória e concentração Auto-estima Imagem corporal e aparência Sentimentos negativos Espiritualidade /religião/ crenças pessoais
Domínio III Relações Sociais	Relações pessoais Suporte (Apoio) social Atividade sexual

DOMÍNIOS E FACETAS DO WHOQOL -Bref^(40,41)	
Domínio IV Meio Ambiente	Segurança física e proteção Ambiente no lar Recursos financeiros Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades Participação em e oportunidades de recreação / lazer Ambiente físico: (poluição/ruído/trânsito/clima) Transporte

Na pesquisa desenvolvida durante a Dissertação de Mestrado da aluna, este instrumento foi o eleito para medir a qualidade de vida nos usuários das bibliotecas públicas do Distrito Federal (DF) e Região do Entorno. Não foram encontradas dificuldades na sua aplicação, nem na compreensão do questionário por parte dos entrevistados.

1.1.7 Caracterização da Região Integrada de Desenvolvimento do Entorno RIDE-DF

A aceleração da ocupação da região, promovida por políticas governamentais de incentivo à migração para construção e ocupação da Capital Federal no final da década de 1950, foi um fator que favoreceu o surgimento de novas cidades, além das já existentes, dentro e ao redor do Distrito Federal. Diversos graus de acesso à infraestrutura criada nesses anos, aos serviços e ao emprego, produziram sérios desequilíbrios econômicos e sociais entre o DF e os municípios vizinhos, alguns deles mais antigos do que o próprio Distrito Federal (42).

Dessa forma, a Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno -RIDE-DF - foi criada em 1998, com o objetivo de promover a articulação inter-setorial como meio de aprimoramento e ampliação dos serviços públicos essenciais e a promoção de atividades econômicas na região, buscando a criação de emprego e geração de renda. Alguns dos municípios do Entorno de Brasília absorveram grande parte do contingente populacional que se deslocou para a região (42).

A RIDE-DF abrange um conjunto de 22 municípios e o Distrito Federal, sendo dividida em quatro regiões - Entorno Sul, Entorno Norte, Região de Unai e Região dos Pireneus – com uma área total de 57.169Km². Três dos municípios pertencem ao estado de Minas Gerais e os 19 restantes ao estado de Goiás. O DF tinha uma população aproximada de 2,6 milhões de habitantes em 2008 e, em 2015, já estava com quase três milhões de habitantes. O conjunto de municípios do Entorno somavam, aproximadamente, mais de um milhão de pessoas em 2008 e, em 2015, os dados indicaram que o Entorno do DF estava com cerca de 1.200.000 habitantes, sendo que a população total do DF e Entorno (RIDE/DF) é, atualmente, cerca de 4.202.00 habitantes. (42).

Regiões Administrativas do Distrito Federal



Figura 1. DISTRIBUIÇÃO GEOGRÁFICA DOS LOCAIS DE REALIZAÇÃO DA PESQUISA NO DISTRITO FEDERAL. (Mapa: www.setur.df.gov.br)⁽⁴³⁾

Municípios pertencentes à Região Integrada de Desenvolvimento do DF e Entorno (RIDE – DF)



Figura 2. DISTRIBUIÇÃO GEOGRÁFICA DOS LOCAIS DE REALIZAÇÃO DA PESQUISA NOS ⁽⁴⁴⁾

1.1.8 Resultados do Mestrado

Este projeto de pesquisa em nível de Doutorado tem como linha de base o estudo de avaliação de situação pré-intervenção desenvolvido pela candidata durante o Mestrado, no período de 2006 a 2008. Para melhor elucidação da abrangência da proposta para Doutorado, é importante que sejam expostos os principais resultados obtidos nessa Dissertação (45), conforme segue (vide Anexo 1).

Foi realizado um estudo epidemiológico analítico do tipo transversal com uma amostra de indivíduos usuários das bibliotecas públicas do Distrito Federal (Brasília e cidades satélites) e Região do Entorno (22 municípios). Foram selecionados indivíduos acima de doze anos, caracterizando-se a amostra por conveniência. O número de bibliotecas públicas em que foi realizada a pesquisa correspondeu a 39 de um universo de 43, pois quatro bibliotecas estavam em reforma na ocasião do período de coleta de dados.

O instrumento de coleta de dados incluiu as seguintes variáveis preditoras: sócio-econômicas e demográficas (sexo, faixa etária, renda pessoal, renda familiar, escolaridade, adequação do nível de escolaridade com a faixa etária, local de moradia, participação social). As outras variáveis incluíram questões sobre de auto-cuidado, antropometria para cálculo do Índice de Massa Corporal e de conhecimento sobre recursos de assistência à saúde existentes na comunidade, saneamento básico e infraestrutura urbana.

Foram utilizados dois instrumentos de coleta de dados: Escala de Medida de Qualidade de Vida - WHOQOL-Bref (40) e uma entrevista semi-estruturada com questionamentos relativos à saúde, alimentação, morbidades, saneamento básico e recursos de assistência à saúde, com um total de 592 entrevistas. Os resultados obtidos foram os seguintes (45):

- ✓ A faixa etária no Distrito Federal variou entre 18 e 64 anos e no Entorno entre 12 e 68 anos;
- ✓ A idade acima de 24 anos foi em maior proporção nas duas regiões estudadas;
- ✓ As mulheres foram em maior proporção no Entorno versus os homens no DF;
- ✓ A renda pessoal foi acima de 1,5 salários mínimos nas duas regiões e a familiar acima de 3,5 salários mínimos foi maior no DF;
- ✓ Teve maior frequência de pessoas com emprego no Entorno;
- ✓ Os estudantes eram em maior proporção no DF e a maioria tinha ensino médio completo no DF e fundamental incompleto no Entorno;
- ✓ A igreja foi o local mais frequentado no Entorno e no DF, dois terços dos indivíduos não participavam de organizações ou associações;
- ✓ A maioria dos entrevistados relatou bons hábitos de higiene;
- ✓ Foi alta a frequência de exposição solar entre 10 e 16 horas nas duas regiões, sendo que as pessoas relataram usar pouca proteção;
- ✓ No DF metade dos entrevistados consideraram sua saúde boa e no Entorno quase metade;
- ✓ Sobrepeso e obesidade tiveram frequência alta nas duas regiões.
- ✓ Os hábitos alimentares eram razoáveis nas duas regiões para a frequência de consumo de frutas, verduras e legumes, sendo que pessoas com maior renda familiar relataram consumir mais esses produtos;
- ✓ O consumo de leite era alto entre os que possuíam renda familiar menor;

- ✓ Metade dos indivíduos disseram consumir álcool no DF e um pouco mais da metade no Entorno;
- ✓ Cerca de 11% dos entrevistados eram tabagistas;
- ✓ Os recursos de assistência à saúde estavam presentes nas duas regiões e o Programa Saúde da Família era mais atuante no Entorno;
- ✓ O saneamento básico estava presente em alta proporção nas duas regiões;
- ✓ As bibliotecas eram usadas mais por motivos de estudo no DF versus por motivos sociais no Entorno;
- ✓ Quanto à qualidade de vida avaliada pelo WHOQOL-Bref, foi verificado que as mulheres, com idade acima de 25 anos, com menor renda pessoal e menor escolaridade apresentaram insatisfações com maior frequência.

Como conclusões do estudo, todos os objetivos foram alcançados, sendo permitido se obter amplo conhecimento/diagnóstico acerca da percepção dos usuários das bibliotecas públicas do Distrito Federal e Entorno relativos ao auto-cuidado com o corpo, saúde física e mental e qualidade de vida. Foi sugerido um planejamento e intervenção na área de educação em saúde nas bibliotecas públicas, por estas serem nichos sociais importantíssimos, que devem ser preenchidos e ocupados com ações que auxiliem na promoção da saúde e prevenção de doenças nas comunidades (45).

2. JUSTIFICATIVA

No Distrito Federal e Região do Entorno não existem ações voltadas à promoção da saúde nas bibliotecas públicas. Por isto, ressalta-se a importância de ser realizado um trabalho de intervenção visando à promoção da saúde nas comunidades, porém, com a busca de indivíduos em espaços diferenciados das unidades de saúde, onde, em geral, a demanda é caracterizada pela procura por atendimento às doenças. Ademais, o fato de existirem bibliotecas públicas em todas as localidades do Distrito Federal facilita na disponibilidade de locais para esse trabalho de intervenção, bem como para a realização da pesquisa.

Dessa forma, existe a disponibilidade de espaços sociais, no caso as bibliotecas públicas, que se configuram em locais de reunião de indivíduos, onde pode ser realizada esta pesquisa, através da promoção de ações de educação em saúde com os usuários. Outro aspecto importante a ser referido é que os indivíduos que frequentam as bibliotecas públicas são pessoas diferenciadas, no sentido de estarem em busca de conhecimentos e de melhoria de situação social, cultural e econômica. Isso faz com que sejam formadores de opinião, portanto importantes multiplicadores de informações para as comunidades e potenciais colaboradores de ações educativas.

Assim sendo, a pergunta/problema de pesquisa deste estudo é: “Qual a efetividade de uma intervenção de Educação em Saúde na Qualidade de Vida de indivíduos frequentadores de bibliotecas públicas?”

Quanto às hipóteses, temos que:

Hipótese Nula (H₀): Uma intervenção de educação em saúde não tem efetividade na qualidade de vida de indivíduos frequentadores de bibliotecas públicas.

Hipótese Alternativa (H₁): Uma intervenção de educação em saúde tem efetividade na qualidade de vida de indivíduos frequentadores de bibliotecas públicas.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Realizar uma intervenção de educação em saúde no âmbito de bibliotecas públicas do Distrito Federal, para promover a saúde, melhoria da qualidade de vida e prevenir doenças, bem como verificar os efeitos dessa intervenção.

3.2 Objetivos Específicos

3.2.1 Criação do Ambiente de Suporte

- Criar as Sociedades de Amigos da Biblioteca com ênfase na estruturação de grupos de Amigos da Saúde no contexto das mesmas, com o envolvimento dos funcionários das bibliotecas, dos usuários, agentes comunitários de saúde e comunidades;
- Criar a “Estante da Saúde” nas bibliotecas públicas com um acervo que contemple materiais educativos como livros, DVDs e outras mídias, bem como materiais do Ministério da Saúde;
- Promover o uso de tecnologias da informação para permitir o acesso a redes e sistemas de informação na área da saúde;
- Credenciar as bibliotecas públicas no BiblioSUS/Biblioteca Virtual de Saúde.

3.2.2 Intervenção

- Disseminar conteúdos relacionados à promoção da saúde e qualidade de vida através da proposição e desenvolvimento de ações nas bibliotecas públicas das comunidades, com o apoio e participação das Sociedades de Amigos da Biblioteca/Grupos de Amigos da Saúde;
- Promover no âmbito das famílias dos usuários a leitura de material relacionado aos cuidados de higiene corporal, higiene bucal e estratégias de organização do cotidiano;
- Descrever o processo de intervenção de forma contextualizada nos diversos cenários.

3.2.3 Avaliação da Intervenção

- Verificar o acesso e a utilização de informações disponibilizados na “Estante da Saúde”;
- Conhecer e comparar dados quanto à qualidade de vida e promoção da saúde obtidos na pesquisa de Mestrado com os dados obtidos dos Tutores na pesquisa de Doutorado, para analisar mudanças ocorridas no intervalo de tempo entre ambas as coletas;
- Avaliar o efeito da intervenção nos participantes relativo às possíveis mudanças quanto à qualidade de vida e com relação à percepção de mudanças nos âmbitos psicológico, do corpo físico, do ambiente familiar, do ambiente do trabalho ou estudo e quanto ao lazer.

4. MÉTODOS

O campo de estudo abrangeu quatro (quatro) bibliotecas públicas do Distrito Federal (Brasília e suas cidades satélites). As bibliotecas públicas onde o estudo foi desenvolvido foram as seguintes: Taguatinga, Ceilândia, Águas Claras, e Gama, com a participação de alguns indivíduos da Biblioteca de Vicente Pires, que participaram da formação de Tutores na Biblioteca da Ceilândia.

O tipo de estudo foi analítico, observacional, longitudinal prospectivo, através da estratégia do tipo Estudo de Painel (46) para avaliação de intervenção antes-depois. A população foi constituída de indivíduos usuários de bibliotecas públicas do DF. Quanto aos sujeitos, a amostra foi constituída por indivíduos acima de doze anos, de qualquer escolaridade e rendas pessoal e familiar, de ambos os gêneros, usuários das bibliotecas públicas do Distrito Federal, caracterizando-se a amostra por conveniência.

O tamanho da amostra foi calculado para detectar diferenças de dez pontos percentuais na presença de uma variável, cuja frequência no grupo menos exposto (vulnerável) é quinze por cento (15%) e no grupo mais exposto é vinte e cinco por cento (25%). Foi definida a probabilidade de Erro Tipo I (α) < 0,05, e a probabilidade de Erro Tipo II (β) < 0,20 [poder ($1-\beta$) > 0,80]. Nessas condições, o tamanho estimado foi duzentos (200) indivíduos, em dois grupos de cem (100) indivíduos, porém, sendo o mesmo grupo comparado consigo mesmo, na estratégia antes-depois. No entanto, devido às dificuldades de recrutamento, somente foi possível obter-se um grupo de 85 (oitenta e cinco) indivíduos para aplicar a intervenção, fazendo-se a comparação dos 85 indivíduos no momento pré-intervenção, com os mesmos 85 indivíduos no momento pós-intervenção. No momento pré e pós-intervenção foram aplicados os questionários WHOQOL-Bref, para verificação da qualidade de vida antes e depois da intervenção.

Um segundo grupo de 76 (setenta e seis) indivíduos, os quais tiveram a formação de tutoria para a intervenção e que eram usuários e alguns, também funcionários das bibliotecas públicas, foi emparelhado artificialmente com o grupo trabalhado no Mestrado da aluna (44). Neste grupo foram aplicados os questionários WHOQOL-Bref e a entrevista semi-estruturada acima citadas. Esse grupo não sofreu intervenção e foi comparado com um grupo do Mestrado com a mesma quantidade de indivíduos e características semelhantes, com o objetivo de verificar-se, no espaço temporal, quais mudanças ocorreram, relativamente à aspectos de saúde e, em especial, com relação à qualidade de vida.

Com relação ao desenho do estudo, o mesmo teve a seguinte configuração:

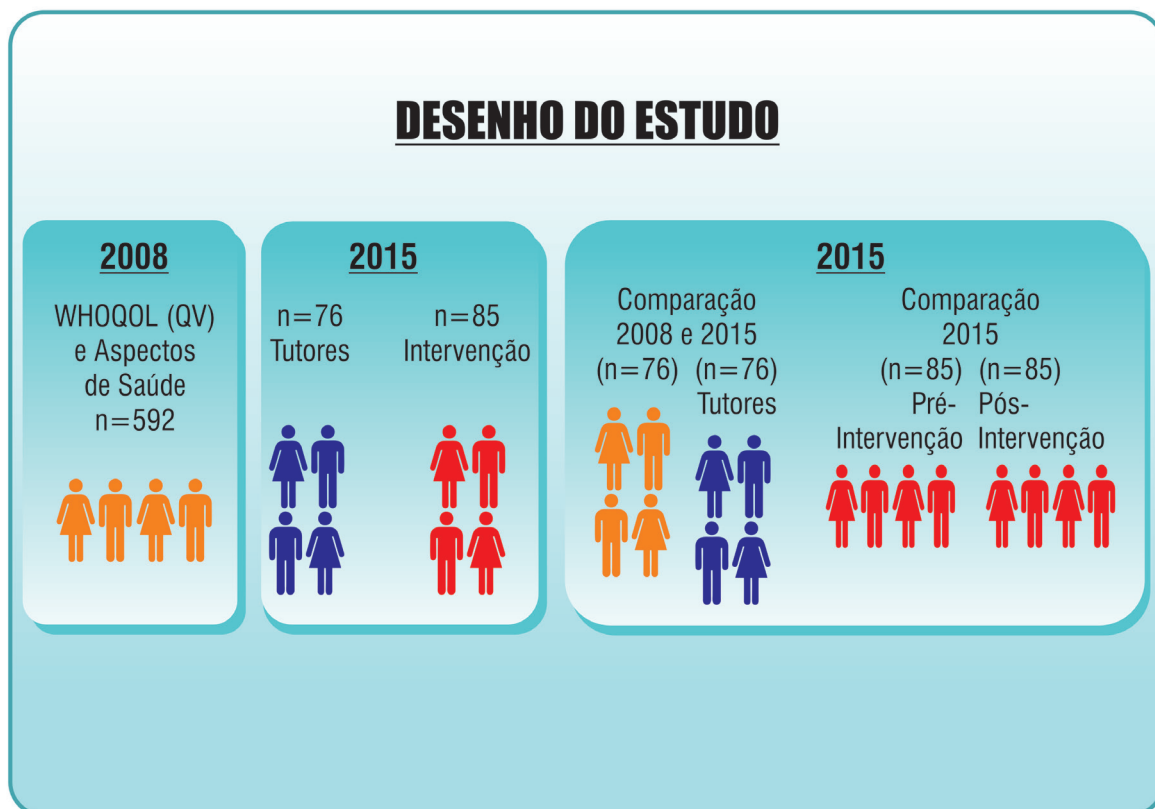


Figura 3. Desenho do Estudo.

Vale salientar que no presente estudo foram seguidas as diretrizes estabelecidas pelo STROBE 2007 (Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology), conforme aponta Malta et al (47) e detalhado abaixo no Quadro 01:

Quadro 01: Itens essenciais que devem ser descritos em estudos observacionais, segundo a declaração Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE). 2007.

Item	Nº	Recomendação
Título e Resumo	1	Indique o desenho do estudo no título ou no resumo, com termo comumente utilizado Disponibilize no resumo um sumário informativo e equilibrado do que foi feito e do que foi encontrado
Introdução		
Contexto/Justificativa	2	Detalhe o referencial teórico e as razões para executar a pesquisa.
Objetivos	3	Descreva os objetivos específicos, incluindo quaisquer hipóteses pré-existentes.
Métodos		
Desenho do estudo	4	Apresente, no início do artigo, os elementos-chave relativos ao desenho do estudo.
Contexto (<i>setting</i>)	5	Descreva o contexto, locais e datas relevantes, incluindo os períodos de recrutamento, exposição, acompanhamento (follow-up) e coleta de dados.
Participantes	6	Estudos de Coorte: Apresente os critérios de elegibilidade, fontes e métodos de seleção dos participantes. Descreva os métodos de acompanhamento. Estudos de Caso-Controlle: Apresente os critérios de elegibilidade, as fontes e o critério-diagnóstico para identificação dos casos e os métodos de seleção dos controles. Descreva a justificativa para a eleição dos casos e controles Estudo Seccional: Apresente os critérios de elegibilidade, as fontes e os métodos de seleção dos participantes. Estudos de Coorte: Para os estudos pareados, apresente os critérios de pareamento e o número de expostos e não expostos. Estudos de Caso-Controlle: Para os estudos pareados, apresente os critérios de pareamento e o número de controles para cada caso.
Variáveis	7	Defina claramente todos os desfechos, exposições, preditores, confundidores em potencial e modificadores de efeito. Quando necessário, apresente os critérios diagnósticos.
Fontes de dados/ Mensuração	8 ^a	Para cada variável de interesse, forneça a fonte dos dados e os detalhes dos métodos utilizados na avaliação (mensuração). Quando existir mais de um grupo, descreva a comparabilidade dos métodos de avaliação.
Viés	9	Especifique todas as medidas adotadas para evitar potenciais fontes de vies.
Tamanho do estudo	10	Explique como se determinou o tamanho amostral.
Variáveis quantitativas	11	Explique como foram tratadas as variáveis quantitativas na análise. Se aplicável, descreva as categorizações que foram adotadas e porque.
Métodos estatísticos	12	Descreva todos os métodos estatísticos, incluindo aqueles usados para controle de confundimento. Descreva todos os métodos utilizados para examinar subgrupos e interações. Explique como foram tratados os dados faltantes ("missing data") Estudos de Coorte: Se aplicável, explique como as perdas de acompanhamento foram tratadas. Estudos de Caso-Controlle: Se aplicável, explique como o pareamento dos casos e controles foi tratado. Estudos Seccionais: Se aplicável, descreva os métodos utilizados para considerar a estratégia de amostragem. Descreva qualquer análise de sensibilidade.
Resultados		
Participantes	13 ^a	Descreva o número de participantes em cada etapa do estudo (ex: número de participantes potencialmente elegíveis, examinados de acordo com critérios de elegibilidade, elegíveis de fato, incluídos no estudo, que terminaram o acompanhamento e efetivamente analisados) Descreva as razões para as perdas em cada etapa. Avalie a pertinência de apresentar um diagrama de fluxo
Dados descritivos	14 ^a	Descreva as características dos participantes (ex: demográficas, clínicas e sociais) e as informações sobre exposições e confundidores em potencial. Indique o número de participantes com dados faltantes para cada variável de interesse. Estudos de Coorte: Apresente o período de acompanhamento (ex: média e tempo total)

Continua

Continuação do Quadro 01:

Item	Nº	Recomendação
Desfecho	15 ^a	Estudos de Coorte: Descreva o número de eventos-desfecho ou as medidas-resumo ao longo do tempo Estudos de Caso-Control: Descreva o número de indivíduos em cada categoria de exposição ou apresente medidas-resumo de exposição. Estudos Seccionais: Descreva o número de eventos-desfecho ou apresente as medidas-resumo.
Resultados principais	16	Descreva as estimativas não ajustadas e, se aplicável, as estimativas ajustadas por variáveis confundidoras, assim como sua precisão (ex: intervalos de confiança). Deixe claro quais foram os confundidores utilizados no ajuste e porque foram incluídos. Quando variáveis contínuas forem categorizadas, informe os pontos de corte utilizados. Se pertinente, considere transformar as estimativas de risco relativo em termos de risco absoluto, para um período de tempo relevante.
Outras análises	17	Descreva outras análises que tenham sido realizadas. Ex: análises de subgrupos, interação, sensibilidade.
Discussão		
Resultados principais	18	Resuma os principais achados relacionando-os aos objetivos do estudo.
Limitações	19	Apresente as limitações do estudo, levando em consideração fontes potenciais de viés ou imprecisão. Discuta a magnitude e direção de vieses em potencial.
Interpretação	20	Apresente uma interpretação cautelosa dos resultados, considerando os objetivos, as limitações, a multiplicidade das análises, os resultados de estudos semelhantes e outras evidências relevantes.
Generalização	21	Discuta a generalização (validade externa) dos resultados.
Outras Informações		
Financiamento	22	Especifique a fonte de financiamento do estudo e o papel dos financiadores. Se aplicável, apresente tais informações para o estudo original no qual o artigo é baseado.

^a Descreva essas informações separadamente para casos e controles em Estudos de Caso-Control e para grupos de expostos e não expostos, em Estudos de Coorte ou Estudos Seccionais. Nota: Documentos mais detalhados discutem de forma mais aprofundada cada item do checklist, além de apresentarem o referencial teórico no qual essa lista se baseia e exemplos de descrições adequadas de cada item (Vandenbroucke et al. 24,25 A checklist do STROBE é mais adequadamente utilizada um conjunto com esses artigos (disponíveis gratuitamente no site das revistas PLoS Medicine [www.plosmedicine.org], Annals of Internal Medicine [] e Epidemiology []). No website da iniciativa STROBE () estão disponíveis versões separadas de checklist para Estudos de Coorte, Caso-Control ou Seccionais. Reproduzida de von Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gøtzsche PC, Vandenbroucke JP. Declaração STROBE: Diretrizes para a comunicação de estudos observacionais [material suplementar na internet]. Malta M, Cardoso LO, tradutores. In: Malta M, Cardoso LO, Bastos FI, Magnanini MMF, Silva CMFP. Iniciativa STROBE: subsídios para a comunicação de estudos observacionais. Rev Saude Publica. 2010;44(3):559-65.

Quanto às variáveis, as mesmas foram relacionadas conforme segue:

Variáveis do grupo de Tutores (n =76):

- Variáveis Preditoras: socioeconômicas e demográficas, ou seja, gênero, faixa etária, renda pessoal, renda familiar, escolaridade e participação social;
- Variáveis de Desfecho: higiene geral, exposição solar, auto-percepção de saúde e morbidade auto-referida, morbidade referida e aconselhamento de profissionais de saúde, consumo de alimentos, consumo de bebidas não alcoólicas, mudanças de hábitos alimentares, consumo de bebidas alcoólicas, tabagismo, peso, altura, índice de massa corporal, recursos de assistência à saúde, profissionais de saúde, saneamento básico, referências ao tema saúde, motivo da presença e frequência às bibliotecas;

Variáveis do grupo submetido à intervenção (n = 85):

- Variáveis de Desfecho Qualitativas: estado psicológico, estado físico, ambiente de casa, ambiente do trabalho e lazer;

Variáveis do grupo de Tutores e do grupo submetido à intervenção:

- Variáveis relacionadas à Qualidade de Vida (WHOQOL-Bref):
Domínio Físico: dor, desconforto, energia, fadiga, sono, repouso, atividades da vida cotidiana, dependência de medicação ou de tratamento médico, mobilidade, capacidade para o trabalho;

Domínio Psicológico: sentimentos positivos, pensar, aprender, memória, concentração, autoestima, imagem corporal, aparência, sentimentos negativos, espiritualidade, religião, crenças pessoais;

Relações Sociais: relações pessoais, suporte/apoio social, atividade sexual;

Ambiente: segurança física, proteção, ambiente no lar, recursos financeiros, disponibilidade e qualidade de cuidados de saúde e sociais, oportunidades de adquirir novas informações e habilidades, participação/oportunidades de recreação e lazer, ambiente físico quanto à poluição, ruído, trânsito e clima; transporte.

Como critérios de inclusão, foram admitidos para participar do estudo indivíduos acima de doze anos, de qualquer escolaridade e rendas pessoal e familiar, de ambos os gêneros, que pertenciam às comunidades selecionadas e que concordaram em participar das atividades pré-intervenção e daquelas de intervenção de educação em saúde, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os critérios de exclusão abrangeram indivíduos que não se enquadraram nos critérios acima especificados e que não satisfizeram critérios mínimos de adesão às ações de educação e promoção da saúde.

Quanto às considerações éticas, o presente projeto foi encaminhado para o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da UnB, para fins de análise. O estudo foi iniciado apenas após a aprovação expressa do referido Comitê (Projeto nº 156/2011, em 09 de novembro de 2011, em respeito à Resolução nº 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde (48) que regulamentava a pesquisa com

seres humanos no Brasil, em vigor na época da submissão do projeto (Anexo 2), bem como após a assinatura pelos sujeitos de pesquisa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido TCLE (Anexo 3).

Quanto aos procedimentos, o estudo foi desenvolvido em continuidade àquele realizado no Mestrado da aluna, sendo que o presente projeto foi aplicado em três etapas de atividades, em consonância com os objetivos propostos, através do desenvolvimento de ações que integraram a criação do ambiente de suporte, bem como a intervenção, conforme segue curriculum das seguintes atividades:

- a) Realização nos locais da pesquisa de Curso de Dinamização e Uso da Biblioteca Pública, o qual incluiu um módulo de Projetos Especiais, com a proposição da criação das Sociedades de Amigos da Biblioteca com ênfase na estruturação de grupos de Amigos da Saúde no contexto das bibliotecas, para estimular a participação dos usuários e funcionários (n=76 – grupo de Tutores) através de palestras e exposição de material que abordava a higiene corporal, cuidado com os dentes e tema relativo à organização pessoal. Foi aplicada a Escala de Medida de Qualidade de Vida – WHOQOL-Bref (40), (Anexo 4), e entrevista semi-estruturada (Anexo 5) no grupo de tutores. Todas essas atividades foram desenvolvidas no período de abril a agosto de 2015, em atendimento ao item 3.2.1 dos Objetivos Específicos;
- b) Foi aplicada a Escala de Medida de Qualidade de Vida – WHOQOL-Bref (40), (Anexo 4) e questionamentos orais sobre o estado psicológico, físico, do ambiente de casa, do ambiente do trabalho e lazer a ser respondido de forma aberta, antes da intervenção, no outro grupo, apenas de usuários (n=85), que foi selecionado para a mesma, no período de outubro de 2015, em atendimento ao item 3.2.3 dos Objetivos Específicos;
- c) Também foram desenvolvidas exposições de material relativo ao cuidado com os dentes e dinâmicas com conteúdos acessíveis, especialmente às pessoas menos letradas, com ênfase na abordagem sobre questões de saúde em geral (Anexos 6 e 7), durante os meses de novembro e dezembro de 2015, em atendimento ao item 3.2.2 dos Objetivos Específicos;
- d) Estabelecimento de diretrizes para estruturar e formar o acervo da “Estante da Saúde” de cada biblioteca pública em conjunto com os participantes e em consonância com as demandas contextualizadas, com a inclusão de material educativo do Ministério da Saúde, cujas atividades foram desenvolvidas durante o período de junho a setembro de 2015, em atendimento ao item 3.2.1 dos Objetivos Específicos;
- e) Fornecimento de orientações aos Tutores e usuários das bibliotecas públicas quanto ao uso da tecnologia da informação para acessar sites do Ministério da Saúde e outros, em atendimento ao item 3.2.1 dos Objetivos Específicos;
- f) Fornecimento de informações aos responsáveis pelas bibliotecas com relação ao cadastramento das mesmas no BiblioSUS, para estimular os usuários no uso da Biblioteca Virtual de Saúde/BiblioSUS como fonte de informação e es-

clarecimento a todas as demandas, durante os meses de setembro e outubro de 2015, em atendimento ao item 3.2.1 dos Objetivos Específicos;

A avaliação da intervenção foi realizada em duas etapas, conforme segue:

Etapa 1: Foi verificada a efetividade das ações de intervenção de educação em saúde junto aos indivíduos (n=85 – grupo de usuários), através da aplicação pós-intervenção da Escala de Medida de Qualidade de Vida – WHOQOL-Bref (40), (Anexo 4), e de análise qualitativa das respostas dos indivíduos, relativas aos aspectos psicológico, do corpo físico, do ambiente de casa, do ambiente do trabalho e quanto ao lazer. A comparação dos resultados obtidos quanto à qualidade de vida foi feita em função dos indivíduos que constituíram o grupo de intervenção (n=85). Também foi realizada análise quanto à saúde e qualidade de vida nos indivíduos do grupo de tutores (n=76).

Para a avaliação da efetividade das ações no grupo que sofreu a intervenção (n=85), o Estudo de Painel (46) foi utilizado por ser um modelo de comparação interna. Pretendeu-se, com isso, examinar os padrões de mudança e as razões para essas mudanças. Esse grupo que foi submetido à intervenção foi comparado à si próprio. Todos esses itens até aqui citados foram cumpridos em atendimento ao item 3.2.3 dos Objetivos Específicos.

O Estudo de Painel (49,59) é um delineamento híbrido entre os estudos seccional (transversal) e de coorte, sendo que apresenta como modelo conceitual a realização de uma série de estudos seccionais em uma mesma população ou amostras desta população, em diferentes intervalos de tempo. Outra característica do Estudo de Painel é de que não apresenta a mesma limitação encontrada em estudos seccionais no que se refere à inclusão de temporalidade na análise. A observação longitudinal em uma mesma população permite a inferência causa-efeito, ou seja, é possível concluir que as mudanças observadas nos indicadores de, no caso, qualidade de vida, possam estar associadas à exposição, ou seja, à intervenção. As principais limitações deste desenho referem-se ao tamanho da amostra necessária, principalmente quando o evento de interesse é raro, às perdas de seguimento na população investigada, às migrações que podem ocorrer na área e à presença de variáveis de confusão.

Relativamente ao grupo de Tutores (n=76), foi realizado um emparelhamento artificial (51) com um grupo semelhante e pertencente à amostra do Mestrado, para garantir que algumas variáveis mais importantes pudessem ser controladas. Foi feita a formação de pares de pessoas com características semelhantes em determinados aspectos. No caso, foram selecionados indivíduos da mesma população, porém não necessariamente foram os mesmos indivíduos, mas, por exemplo, foi a mesma faixa etária, gênero e lugar. Com isso pretendeu-se que houvesse uma comparabilidade dos grupos.

O emparelhamento é uma estratégia que serve para controlar fatores de confusão, onde os mesmos ficam igualmente distribuídos. Além disso, contribui para aumentar a precisão e simplificar a logística. Esse procedimento foi realizado em consonância com o item 3.2.3 dos Objetivos Específicos.

Etapa 2: Consistiu da comparação e análise dos dados obtidos no grupo submetido à intervenção (n=85) nos momentos pré e pós-intervenção, para avaliar a efetividade da intervenção. No grupo de tutores (n=76), foi feita comparação e análise

dos dados obtidos em face do grupo do Mestrado, emparelhado artificialmente a este. Esta etapa foi consoante ao item 3.2.3 dos Objetivos Específicos.

Quanto aos instrumentos, foram utilizados, para fins do presente estudo:

- a) Aplicação da Escala de Medida de Qualidade de Vida WHOQOL-Bref (40) (Anexo 4), da Organização Mundial de Saúde, que incluiu vinte e seis questões, cobrindo quatro domínios: a) físico; b) psicológico; c) relações sociais e d) meio ambiente;
- b) Aplicação de entrevista semi-estruturada (Anexo 5), a qual foi elaborada a partir de estudos prévios e literatura pertinente.
- c) Aplicação de questionamentos orais sobre o estado psicológico, físico, do ambiente de casa, do ambiente do trabalho e lazer, com respostas abertas;
- d) Registros fonográficos das reuniões com o grupo de Tutores e de usuários, com questionamentos sobre as consultas realizadas nos materiais expostos nas Estantes da Saúde;
- e) Registros fonográficos/transcrições e fotográficos das reuniões com os grupos de Tutores e de usuários, bem como dos eventos de inauguração de algumas bibliotecas.

O tempo estimado para o preenchimento dos instrumentos de coleta de dados foi de aproximadamente doze (12) minutos. O período de coleta de dados foi de maio de 2015 a janeiro de 2016.

Em relação à análise crítica dos riscos, pelo fato de a pesquisa utilizar apenas atividades pedagógicas em grupo e a aplicação de questionários, os riscos referentes ao trabalho foram mínimos. O anonimato dos sujeitos de pesquisa será assegurado, pois o estudo teve enfoque nos dados como um todo e não individualmente. Os indivíduos foram identificados com um número e somente a pesquisadora sabe qual número pertence a cada indivíduo. Este estudo mostrou apenas os resultados obtidos como um todo, sem revelar o nome dos sujeitos ou qualquer informação que esteja relacionada com a privacidade destes.

Quanto às responsabilidades da pesquisadora, os dados obtidos serão mantidos no computador pessoal da mesma e terão acesso a eles somente a pesquisadora e o orientador envolvidos neste projeto. Após a finalização dos artigos científicos, os dados serão mantidos em arquivo privado da pesquisadora pelo período de cinco anos e, após, serão incinerados.

Esta pesquisa poderia ser suspensa ou encerrada em qualquer momento, mediante a recusa dos sujeitos em participar da pesquisa. O encerramento do projeto deu-se após a realização de todas as atividades propostas. Para fins acadêmicos, o encerramento acontecerá com a apresentação da Tese de Doutorado, sendo divulgados os resultados obtidos nas Instituições envolvidas. O encerramento definitivo será após a publicação dos dados em forma de artigo científico.

Com relação à análise dos dados, os quantitativos foram avaliados por meio de estatística descritiva, com a comparação da avaliação da Medida da Qualidade de Vida WHOQOL-Bref (40) entre segmentos dos usuários através de teste T de student ou Anova (análise de variância), quando a variável foi de distribuição normal. Quando a variável foi de distribuição não normal, foi utilizado o teste de médias (baseado nas medianas) de Kruskal-Wallis. Além da estratégia anterior, os dados foram analisados de maneira dicotômica, sendo medidas as prevalências de relato da qualidade de vida e das demais variáveis, e estimada a razão de prevalências entre as distintas variáveis.

Ainda com relação aos dados quantitativos, as associações foram testadas mediante o teste de Qui-quadrado. Foi considerado como nível de significância o de $p < 0,05$. Além disso, nos dados do WHOQOL-Bref (40) foram calculados o Escore Bruto (EB) e os Escores Transformados 4-20 e 0-100, onde os valores variaram de 4 a 20 e de 0 a 100, respectivamente (Anexo 8).

Os dados do WHOQOL-Bref (40) foram analisados nos quatro domínios através de uma escala de escores da Organização Mundial de Saúde (41) também por Saupe (52), em seus estudos, representada por um número real, compreendido no intervalo de 0 a 100, onde valores entre 0 e 40 são considerados região de fracasso; de 41 a 69 correspondem a região de indefinição e acima de 70 seria a região de sucesso.

No grupo de Tutores, como pontos de corte, foram considerados, para a escolaridade, como os indivíduos tendo o ensino médio e o ensino superior. Para a renda pessoal o ponto de corte foi 1,5 salários mínimos e para a renda familiar 3,5 salários mínimos. Em ambos os grupos, de tutores e o submetido à intervenção, indivíduos até 24 anos foram considerados adolescentes e adultos jovens, sendo o ponto de corte igual ou menor que 24 anos e, acima de 25 anos.

Em ambos os grupos ($n=76$ e $n=85$, ou seja, Tutores e usuários), com relação à qualidade de vida através da análise com o WHOQOL-Bref (40), foi considerado o Escore Transformado 0-100 e, como ponto de corte, abaixo de 70 e igual ou maior que 70, onde níveis abaixo de 70 foram considerados como insatisfação na qualidade de vida e acima de 70 como satisfação na mesma. Para a análise estatística dos dados foram utilizados os programas Epiinfo 6.0 e SPSS 10.0.

Os dados qualitativos foram avaliados através da análise de conteúdo dos relatos das reuniões realizadas com os sujeitos de pesquisa antes da intervenção, das reuniões com os mesmos, realizadas após a intervenção, e dos questionários orais realizados com os grupos conforme citado acima (item “c” dos instrumentos) sob a ótica da análise da enunciação. A análise dos dados quantitativos e qualitativos foi consoante com o item 3.2.3 dos Objetivos Específicos.

Análise Quantitativa e Análise Qualitativa

Foi na década de 50 que houve um debate expressivo entre procedimentos quantitativos e qualitativos. Algumas pessoas definiam a análise segundo o caráter quantitativo, enquanto outras defendiam a validade de uma análise qualitativa.

Segundo Bardin (53), pesquisa quantitativa se fundamenta na frequência de aparição de determinados elementos da mensagem. No caso da pesquisa qualitativa, esta recorre a indicadores não frequenciais que permitem inferências.

Contudo, as abordagens quantitativa e a qualitativa não se caracterizam pelo mesmo campo de ação. Enquanto a primeira obtém dados descritivos através de um método estatístico, sendo mais objetiva, fiel e exata, através de uma observação controlada e, além disso, sendo muito útil nas fases de verificação das hipóteses, a segunda corresponde a um procedimento mais intuitivo, mais maleável e mais adaptável a índices não previstos, ou à evolução das hipóteses. A análise qualitativa deve ser utilizada nas fases de lançamento das hipóteses, pois permite sugerir possíveis relações entre um índice da mensagem e uma ou várias variáveis do locutor ou da situação de comunicação.

Bardin (53) refere que a análise qualitativa possui certas características particulares, sendo válida, na elaboração de deduções específicas sobre um acontecimento ou uma variável de inferência precisa, e não em inferências gerais. A autora diz que esta pode funcionar sobre corpus reduzidos e estabelecer categorias mais discriminantes, visto não estar atrelada, enquanto análise quantitativa, a categorias que dão lugar a frequências suficientemente elevadas, de forma que os cálculos se tornem possíveis.

Em conclusão, pode dizer-se que o que caracteriza a análise qualitativa é o fato de a inferência, sempre que é realizada, ser fundada na presença do índice - tema, palavra, personagem, etc. -, e não sobre a frequência da sua aparição, em cada comunicação individual (53).

Bardin (53) relata que a discussão sobre a abordagem quantitativa em face da qualitativa marcou a concepção da análise de conteúdo, sendo que na primeira metade do século XX, o que caracterizava a especificidade deste tipo de análise era o rigor e, portanto, a quantificação. Após, compreendeu-se que a essência da análise de conteúdo é a inferência - variáveis inferidas a partir de variáveis de inferência ao nível da mensagem -, quer as modalidades de inferência se baseiem ou não, em indicadores quantitativos.

Relativamente à análise de conteúdo (53), esta foi utilizada, em um contexto behaviorista das ciências humanas e também, devido ao interesse de alguns governos em conhecer e interpretar as orientações políticas e estratégicas de países estrangeiros, através de documentos acessíveis como imprensa e rádio.

A análise de conteúdo de mensagens é uma técnica aplicável a todas as formas de comunicação, sendo uma metodologia empírica, que analisa o discurso e o tipo de leitura, de acordo com um objetivo pré-definido.

Segundo Bardin (53), a descrição analítica funciona seguindo determinados procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, sendo um tratamento da informação. O autor coloca que a análise de conteúdo é uma descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo das comunicações, objetivando a interpretação dessas comunicações. Assim sendo, o autor esclarece que a análise de conteúdo é “um conjunto de técnicas de análise das comunicações, com procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens (53).”

Bardin (53) afirma que a intenção da análise de conteúdo é a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção (ou, eventualmente, de recepção), inferência esta que recorre a indicadores, quantitativos ou não.

Para Bardin (53):

“O analista é como um arqueólogo. Trabalha com vestígios: os documentos que pode descobrir ou suscitar. Mas os vestígios são a manifestação de estados, de dados e de fenômenos. Há qualquer coisa para descobrir por e graças a eles. Tal como a etnografia necessita da etnologia, para interpretar as suas descrições minuciosas, o analista tira partido do tratamento das mensagens que manipula, para inferir - deduzir de maneira lógica - conhecimentos sobre o emissor da mensagem ou sobre o seu meio.”

É importante destacar que a inferência está relacionada a uma operação lógica, onde se admite uma proposição em face de sua ligação com outras proposições tidas como verdadeiras. Assim sendo, inferir seria a extração de uma consequência através da correspondência entre as estruturas semânticas ou linguísticas e as estruturas psicológicas ou sociológicas dos enunciados (53).

Também se faz necessário distinguir a linguística da análise de conteúdo, onde a primeira estuda a língua para descrever o seu funcionamento e a segunda, procura conhecer aquilo que está por trás das palavras sobre as quais se debruça. Desta forma, a análise de conteúdo tem o objetivo de conhecer as variáveis de ordem psicológica, sociológica, histórica, etc., através da dedução baseada em indicadores reconstruídos a partir de uma amostra de mensagens particulares.

Laurence Bardin (53) enumera três fases da análise de conteúdo, a saber:

1) A pré-análise ou fase de organização propriamente dita, que corresponde a um período de intuições. Tem o objetivo de sistematizar e tornar operacionais as ideias iniciais, de maneira a conduzir a um esquema preciso do desenvolvimento das operações sucessivas, num plano de análise. Nessa fase é essencial a escolha dos documentos a serem submetidos à análise, a formulação das hipóteses e dos objetivos e a elaboração de indicadores que fundamentem a interpretação final. A pré-análise deverá incluir:

- a) A leitura flutuante, ou seja, o estabelecimento de contato com os documentos a serem analisados, o conhecimento do texto e das impressões e orientações;
- b) A escolha dos documentos, segundo critérios pré-estabelecidos, selecionando-se variáveis e suas frequências;

- c) A formulação das hipóteses e dos objetivos, sendo que uma é definida como uma afirmação provisória a que nos propomos verificar - confirmar ou infirmar -, recorrendo aos procedimentos de análise. A formulação de uma hipótese é uma suposição cuja origem é a intuição e que permanece intacta enquanto não for submetida à prova de dados seguros;
- d) Referenciação dos índices e elaboração de indicadores onde, ao se considerar os textos tal como uma manifestação contendo índices que a análise vai fazer falar. O trabalho preparatório será o da escolha destes em função das hipóteses, caso elas estejam determinadas e sua organização sistemática codificada em indicadores. Uma vez escolhidos os índices, procede-se à construção de indicadores precisos e seguros. Desde a pré-análise, devem ser determinadas operações: de recorte do texto em unidades comparáveis de categorização para análise temática e de modalidade de codificação para o registo dos dados;
- e) Antes da análise propriamente dita, o material colhido deverá ser preparado. Essa preparação inclui desde o alinhamento dos enunciados intactos, proposição por proposição, até à transformação linguística dos sintagmas, para estandarização e classificação por equivalência.

2) A exploração do material, fase, longa e trabalhosa, que consiste de operações de codificação, desconto ou enumeração, em função de regras previamente formuladas.

3) O tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação, onde os resultados brutos são tratados de maneira a serem significativos e válidos. São utilizadas operações estatísticas simples (percentagens), ou mais complexas (como a análise fatorial), as quais permitem a elaboração de quadros de resultados, diagramas, figuras etc.

Bardin (53) refere que a codificação é o processo pelo qual os dados brutos são transformados sistematicamente e agregados em unidades, as quais permitem uma descrição exata das características pertinentes do conteúdo.

A análise de conteúdo implica na crença de que a categorização - passagem de dados brutos a dados organizados -, não introduz desvios, por excesso ou por recusa, no material, mas fomenta índices invisíveis, ao nível dos dados brutos.

É importante saber as unidades que constituem o processo de comunicação, a saber (53):

- a) O emissor/produtor da mensagem, que pode ser representado por um indivíduo ou um grupo de indivíduos emissores. Nesse sentido, poder-se-ia dizer que a mensagem exprime e representa o emissor;
- b) O receptor, que pode ser um indivíduo ou um grupo de indivíduos. Dessa forma, o estudo da mensagem poderá fornecer informações relativas ao receptor ou receptores;
- c) Qualquer que seja a análise de conteúdo, esta passa pela análise da própria mensagem, que se exerce através de um código e, cujo material, ponto de par-

tida e indicador são o fomento da análise.

Para facilitar o processo de categorização, necessário para proceder-se à análise de conteúdo das questões Pré e Pós-Intervenção, o questionário foi semiestruturado, porém, com respostas abertas.

Análise da Enunciação

O Corpus: se a análise for intensiva, é necessário e suficiente trabalhar um material restrito, sendo que a qualidade da análise substitui a quantidade do material analisado. Em uma amostra pequena deve ser feita uma amostragem rigorosa. Se a análise for comparativa, é necessário que as condições sejam standardizadas. Se, contudo, a análise estiver centrada na singularidade da elaboração individual do discurso, a redação respeita a liberdade e a criatividade individuais (53).

Fases da Análise da Enunciação, segundo Bardin (53):

- a) Preparação do material: deve conduzir à transcrição exaustiva de cada produção. A transcrição de uma análise da enunciação deve conservar o máximo de informação tanto linguística, como o registro da totalidade dos significantes, como paralinguística, ou seja, a anotação dos silêncios, onomatopeias, perturbações de palavra e de aspectos emocionais tais como o riso, o tom irónico, etc..

- b) As diferentes etapas da análise: a análise da enunciação é complementar de uma análise temática previamente efetuada. A análise da enunciação propriamente dita realiza-se em diversos níveis - nível das sequências, das proposições, dos elementos atípicos -, e a interpretação, ou seja, a compreensão do processo resulta da confrontação dos diferentes indicadores. Também na análise da enunciação, a validade é resultante de uma coerência interna entre os diversos traços significativos.

Na análise da enunciação cada entrevista é estudada em si mesma como uma totalidade organizada e singular, sendo um estudo dos casos. A dinâmica própria de cada produção é analisada e os diferentes indicadores adaptam-se à irredutibilidade de cada locutor (53).

Quanto ao alinhamento e a dinâmica do discurso, deve ser encontrada a lógica intrínseca que estrutura cada entrevista, sendo que:

- ✓ Análise lógica: é uma análise das relações entre proposições. Um trabalho de observação do encadeamento das proposições.

- ✓ Proposição é uma afirmação, uma declaração, um juízo, uma frase ou um elemento da frase que instaure, tal como a proposição lógica, uma relação entre dois ou mais termos.

- ✓ A análise sequencial destaca a expansão, o ritmo e a progressão do discurso a um nível mais global que o nível precedente. É também uma análise das rupturas.

A análise lógica e a análise de sequência são duas etapas reveladoras da dinâ-

mica da entrevista. Ao se confrontar os resultados obtidos com os da análise estilística, assim como com os dos elementos atípicos, é permitido compreender a conexão com os temas abordados, as tensões, as pausas, as perdas de domínio, os controles, as contradições, os conflitos, etc., que animam e estruturam o discurso.

Bardin (53) relata que, quanto à análise das relações, a teoria da associação de Freud e também a teoria da aprendizagem, em uma primeira etapa, assim como o aparecimento dos ordenadores em uma segunda etapa, no caso, o estruturalismo dentro da linguística e sociologia, contribuíram para orientar finalmente as técnicas de análise não mais para a simples frequência da aparição dos elementos do texto, mas para as relações que os elementos do texto mantêm entre si.

A duração do presente estudo foi de sessenta meses (cinco anos) e a responsável pela aplicação dos instrumentos foi a autora do trabalho, apoiada por membros constituintes da equipe do projeto.

Os equipamentos utilizados para a realização da pesquisa foram material referencial de consulta na forma impressa e em mídias, computador, impressora, lápis, borracha, caneta, combustível, grampeador, grampo, material impresso (questionários e TCLE), toner para impressora e prancheta.

Este estudo foi parcialmente financiado por Emenda Parlamentar concedida pelo Senador Cristovam Buarque, Processos de números UnBDoc: 124880/2013 e CCO 23106.016929/2013-09, e por recursos próprios da pesquisadora, obtidos através de empréstimo pessoal em banco.

5. RESULTADOS

O presente estudo teve o seu financiamento parcial através de Emenda Parlamentar concedida pelo Senador da República Cristovam Buarque, conforme citado anteriormente.

No entanto, faz-se necessário relatar o imenso grau de dificuldades enfrentadas para a obtenção dessa verba, a qual era fundamental para viabilizar o início dos trabalhos de campo.

Como pode ser observado na Figura nº 4 abaixo, a liberação da verba deu-se somente no mês de setembro de 2015, ou seja, já durante o segundo período de solicitação de prorrogação de prazo por parte da aluna. Inclusive, as solicitações de prorrogação de prazo para a defesa desta Tese de Doutorado são justificadas pela demora na liberação desses recursos, já que a aluna não possuía condições financeiras para assumir a pesquisa.

```
___ SIAFI2015-DOCUMENTO-CONSULTA-CONND (CONSULTA NOTA DE DOTACAO)___
26/10/15 11:55          DETAORC          USUARIO : GLAUCIA
DATA EMISSAO          : 14Set15          ESPECIE: 2          NUMERO : 2015ND005633
UG/GESTAO EMITENTE    : 152435/15257 - DECANATO DE PLANEJAMENTO E ORÇAMENTO - FU
ESFERA                : 1          PTRES : 086622      FONTE: 0250        GRUPO DESP.: 33
INSTRUMENTO LEGAL    : 0          NUMERO:          DATA : 14Set15   IDOC          :
OBSERVACAO          :          TAXA CAMBIAL:
REPROGRAMAÇÃO DE CRÉDITO DE EMENDA PARLAMENTAR Nº 20690006/2014 - SENADOR CRIS
TOVAM BUARQUE - FS.
UNBDOC 124880/2013
R/A  DET.FONTE    ND  SUBITEM    UGR          PI          V A L O R
R    150042      9000          154163      VGM02N0101N  300.000,00
A    150042      9000          154163      VGM02N0106N  300.000,00
```

```
LANCADO POR : 02854204107 - DOUGLAS          UG : 154040  14Set15  17:36
PF1=AJUDA PF3=SAI PF4=ESPELHO PF12=RETORNA
```

Figura 4: Documento UnB de liberação de Emenda Parlamentar

Em nenhum momento a aluna esquivou-se das obrigações formais exigidas pela Reitoria da Universidade de Brasília – UnB, para a liberação da verba. No entanto, houve momento em que o Decanato de Administração decidiu usar todo o recurso que estava destinado para esta pesquisa em bolsas para alunos carentes, sem a anuência da aluna e de seu Orientador, sendo que os mesmos sequer foram consultados para isso.

Isso causou sérios problemas para o desenvolvimento do trabalho, que inicialmente seria aplicado em todo o Distrito Federal, no entanto, após tantas idas e vindas, assim como manifestação do Senador Cristovam Buarque (Anexo 9), bem como cumprimento a outras inúmeras exigências da Universidade, finalmente a verba foi liberada conforme a data acima citada.

Destacamos aqui a imensa boa vontade do Decanato de Planejamento e Orçamento da Universidade de Brasília em resolver toda essa celeuma, apesar das infelizes dificuldades com o Decanato de Administração da UnB.

Como foi necessária a reprodução em gráfica dos livrinhos da Coleção Para Gente Grande, elaborada pela aluna, bem como outras providências como os trâmites burocráticos para compra de acervo, em fins de novembro de 2015 já havia as condições para iniciar o trabalho de Intervenção.

Mas nessa época haveria mais uma limitação: o ano escolar já estava findando, o que significava que diminuiria a frequência de usuários nas bibliotecas públicas.

Mesmo assim, a aluna havia feito um verdadeiro garimpo no mês de outubro de 2015, e conseguiu 85 (oitenta e cinco) sujeitos para a aplicação da Intervenção. Nesse mês de outubro, antes da Intervenção, a aluna aplicou nesses 85 participantes os questionários WHOQOL-Bref (Anexo 4) e questionamentos orais acerca do estado psicológico, físico, do ambiente de casa, do ambiente do trabalho e quanto ao lazer.

Note-se que 76 (setenta e seis) indivíduos já haviam participado do Curso de Dinamização e Uso da Biblioteca Pública, no período de abril a agosto de 2015, cuja realização também incluiu o módulo de Projetos Especiais, que continha material sobre saúde, sendo que para esta etapa, a aluna se utilizou de empréstimo pessoal em banco para financiamento da mesma.

Pois bem, em novembro e dezembro as atividades de Intervenção foram realizadas, apesar de todas as dificuldades, sendo que, no decorrer do ano de 2015, foram obtidos os seguintes resultados conforme segue abaixo:

5.1 - Resultados Qualitativos

Foi realizado, no âmbito de todas as bibliotecas selecionadas, o Curso de Dinamização e Uso da Biblioteca Pública, com Certificação fornecida pela Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília e Sistema Distrital de Bibliotecas Públicas (Anexo 10), cuja programação incluiu 11 Módulos, sendo o último Módulo o de Projetos Especiais, que incluiu discussões sobre saúde, meio ambiente e inclusão social (Anexos 6 e 7).

Através da aplicação desse curso, foram selecionados indivíduos Tutores, para auxiliarem nas atividades a serem desenvolvidas antes, durante e após a Intervenção.

Com a realização do Curso de Dinamização e Uso da Biblioteca Pública, foi possível a inauguração da Biblioteca Pública de Vicente Pires e a reinauguração da

Biblioteca Pública de Águas Claras. Além disso, na Biblioteca Pública de Taguatinga, já existiam projetos externos, cujos participantes também foram alunos do Curso de Dinamização, permitindo, dessa forma, a instalação da Estante da Saúde na Unidade de Atendimento em Meio Aberto - UAMA do Recanto das Emas e na Semiliberdade de Taguatinga. Os adolescentes da UAMA do Recanto das Emas e da Semiliberdade de Taguatinga participaram das atividades do Grupo de Amigos de Saúde.



Foto nº 1: Reinauguração da Biblioteca Pública de Águas Claras



Foto nº 2: Reinauguração da Biblioteca Pública de Águas Claras



Foto nº 3: Biblioteca Pública de Vicente Pires



Foto nº 4: Cantinho Infantil da Biblioteca Pública de Vicente Pires



Fotos nºs 4 e 5: Placa de Inauguração e árvore de Natal confeccionada com livros da Biblioteca Pública de Vicente Pires.



Foto nº 7: Reunião de trabalho na Biblioteca Pública do Gama



Foto nº 8: Reunião de trabalho na Biblioteca Pública do Gama



Foto nº 9: Inauguração da Biblioteca da Cidade Estrutural



Foto nº 10: Planejamento do Curso de Dinamização e Uso da Biblioteca Pública a ser ministrado aos Tutores da Biblioteca Pública do Gama



Foto nº 11: Inauguração da Biblioteca Pública da Cidade Estrutural



Foto nº 12: Reunião de trabalho na Biblioteca Pública de Taguatinga



Foto nº 13: “Célula” da Biblioteca Pública de Taguatinga na Unidade de Atendimento em Meio Aberto - UAMA, no Recanto das Emas



Foto nº 14: Unidade de Atendimento em Meio Aberto - UAMA, no Recanto das Emas



Foto nº 15: Livros na Unidade de Atendimento em Meio Aberto - UAMA, no Recanto das Emas



Fotos nº 16 e 17: Biblioteca Pública da Ceilândia

A reinauguração da Biblioteca de Águas Claras teve a presença de várias autoridades e o apoio do PROCOM-DF.

Na Biblioteca de Vicente Pires, houve a colaboração de um marceneiro que trabalha com pallets na manufatura de alguns mobiliários. Este marceneiro é uma pessoa muito envolvida com a comunidade, inclusive havia sido Presidente da Feira Permanente de Vicente Pires. A aluna fez contato com esse Senhor e perguntou a ele se poderia fabricar as Estantes da Saúde. Imediatamente ele se disponibilizou, sendo que a aluna forneceu os insumos para a fabricação das estantes com recursos próprios, e os pallets foram fornecidos por este Senhor.

Desse contato com o marceneiro dos pallets, somado aos profissionais da UAMA Recanto das Emas e da Semiliberdade de Taguatinga, surgiu um movimento para que buscássemos um local onde pudesse ser instalada uma marcenaria, para que os meninos dessas unidades aprendessem o ofício com o marceneiro. Foi feito contato com o pessoal do Centro de Orientação Socioeducativa - COSE/Recanto das Emas e descobriu-se que nesse lugar havia uma marcenaria completa e desativada, com todos os maquinários em perfeito estado de funcionamento.

Dessa forma foi criado o Projeto Metamorfose, da união de todos das entidades acima citadas, sendo que foi realizada reunião em 11/01/2016 (Anexo 11), que contou também com a participação da Coordenadora do Sistema de Bibliotecas Públicas do Distrito Federal.



Foto nº 18: Reunião do Projeto Metamorfose no COSE/Recanto das Emas



Foto nº 19: Marcenaria do COSE/Recanto das Emas



Fotos nºs 19 e 20: Marcenaria do COSE/Recanto das Emas e vista externa do prédio da marcenaria



Fotos n°s 21, 22 e 23: Confeção da Logomarca do Projeto Metamorfose em janeiro de 2015



Foto n° 24: Senhor Mauro, marceneiro dos pallets, e os meninos da Semiliberdade do Recanto das Emas aprendendo o ofício

A reinauguração da Biblioteca de Águas Claras teve a presença de várias autoridades e o apoio do PROCOM-DF.

Na Biblioteca de Vicente Pires, houve a colaboração de um marceneiro que trabalha com pallets na manufatura de alguns mobiliários. Este marceneiro é uma pessoa muito envolvida com a comunidade, inclusive havia sido Presidente da Feira Permanente de Vicente Pires. A aluna fez contato com esse Senhor e perguntou a ele se poderia fabricar as Estantes da Saúde. Imediatamente ele se disponibilizou, sendo que a aluna forneceu os insumos para a fabricação das estantes com recursos próprios, e os pallets foram fornecidos por este Senhor.

Desse contato com o marceneiro dos pallets, somado aos profissionais da UAMA Recanto das Emas e da Semiliberdade de Taguatinga, surgiu um movimento para que buscássemos um local onde pudesse ser instalada uma marcenaria, para que os meninos dessas unidades aprendessem o ofício com o marceneiro. Foi feito contato com o pessoal do Centro de Orientação Socioeducativa - COSE/Recanto das Emas e descobriu-se que nesse lugar havia uma marcenaria completa e desativada, com todos os maquinários em perfeito estado de funcionamento.

Dessa forma foi criado o Projeto Metamorfose, da união de todos das entidades acima citadas, sendo que foi realizada reunião em 11/01/2016 (Anexo 11), que contou também com a participação da Coordenadora do Sistema de Bibliotecas Públicas do Distrito Federal.

O Projeto Metamorfose inicialmente começou a trabalhar com o ensino do ofício de marceneiro, porém, pretende-se ampliar as atividades para outras oficinas de ensino. As atividades de limpeza e organização do espaço tiveram início em janeiro de 2016, conforme fotos abaixo:

Os meninos dessas unidades de medidas socioeducativas estão participando ativamente da oficina de marcenaria, ocasião em que estão sendo trabalhados valores importantes para esses adolescentes, especialmente através de bons exemplos.

Logo após a inauguração da Biblioteca Pública de Vicente Pires, cuja festividade contou com a presença de muitas autoridades Distritais, como o Vice-Governador do Distrito Federal, Renato Santana, um adolescente de 16 (dezesseis) anos, menino residente e domiciliado em Águas Lindas de Goiás, começou a frequentar a biblioteca. Ele procurou a responsável pela biblioteca e relatou que morava junto com uma irmã de 14 anos, e que ambos moravam com a avó, falecida há pouco, sendo que, para que pudessem continuar se sustentando, resolveram começar a cuidar das crianças da vizinhança.

O adolescente disse que realizava atividades de leitura com as crianças, além de improvisar peças de teatro, inventando fantoches ao calçar meias coloridas em suas mãos. Este pediu à responsável pela biblioteca alguns livros emprestados e, até o momento, têm visitado a biblioteca semanalmente para trocar os livrinhos.

Também foram realizados projetos na Biblioteca de Vicente Pires, como o de intercâmbio de alunos de uma escola pública de Vicente Pires e usuários da biblioteca

com alunos de uma escola pública da Inglaterra. O intercâmbio consistiu na elaboração de cartinhas por parte dos alunos de ambos os países, as quais foram trocadas, através da visita à biblioteca de uma das professoras inglesas durante o evento.

Durante o mês de dezembro, a responsável pela biblioteca de Vicente Pires realizou, caracterizada de “Mãe-Noel”, a leitura de “Fábulas Natalinas” em viagens de um ônibus circular de Vicente Pires. Isso propiciou maior divulgação da existência da biblioteca, bem como o aumento da frequência de usuários.

O desenvolvimento desta pesquisa também propiciou a inauguração da Biblioteca Pública da Estrutural, projeto que há muito tempo estava apenas no papel (Anexo 12). A inauguração da mesma contou com a presença do Governador do Distrito Federal, Rodrigo Rolemberg.

Quanto à montagem da Estante da Saúde, algumas dificuldades foram enfrentadas, especialmente quando a aluna dirigiu-se ao Ministério da Saúde. Foram raros os setores que se dispuseram a fornecer materiais como folderes, cartazes e livros sobre saúde. O argumento utilizado pelos servidores do Órgão é que esses materiais eram prioritariamente enviados para as Secretarias Estaduais e Distrital de Saúde.

Porém, a pesquisadora perguntou aos sujeitos de pesquisa, durante as dinâmicas sobre saúde, se estes recebiam folderes informacionais sobre saúde nos Postos de Saúde ou nos Ambulatórios dos Hospitais da Rede de Saúde do Distrito Federal. De forma unânime, todos os indivíduos disseram que nunca haviam recebido folhetos do Ministério da Saúde.

Relativamente às variáveis qualitativas obtidas nos momentos Pré e Pós-Intervenção, foi realizada uma categorização das mesmas, com o auxílio do questionário semi-estruturado que foi aplicado no grupo, obtendo-se dois quadros, conforme segue abaixo:



Fotos nº 25 e 26: Instalação da Estante da Saúde na Biblioteca Pública de Vicente Pires



Fotos nº 27 e 28: Intervenção e Estante da Saúde na Biblioteca Pública de Vicente Pires



Fotos nº 29, 30, 31 e 32: Montagem da Estante da Saúde na Biblioteca Pública da Ceilândia



Foto nº 33: Produção literária do kit de apoio da Intervenção



Foto nº 34: Intervenção na Biblioteca Pública de Águas Claras



Fotos nºs 35, 36 e 37: Intervenção na Biblioteca Pública de Águas Claras



Foto nº 38: Intervenção na Biblioteca Pública de Taguatinga



Foto nº 39: Intervenção na Unidade de Atendimento em Meio Aberto - UAMA do Recanto das Emas

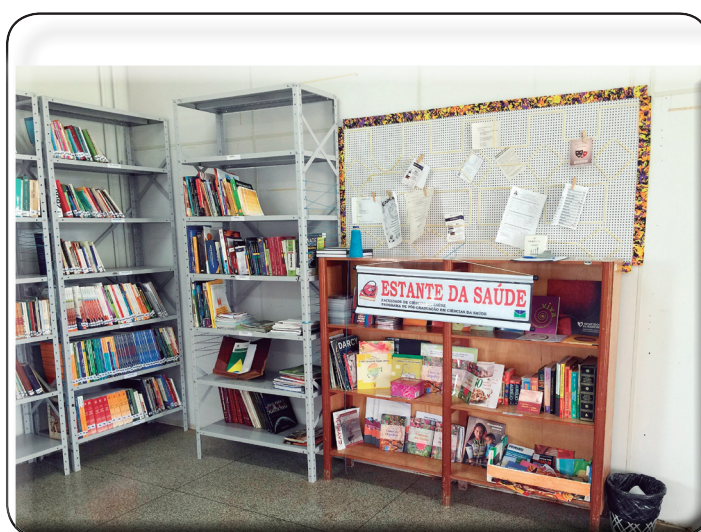


Foto nº 40: “Célula” da Biblioteca Pública de Taguatinga na Unidade de Atendimento em Meio Aberto - UAMA, no Recanto das Emas

Quadro 2

VARIÁVEIS QUALITATIVAS PRÉ-INTERVENÇÃO

Áreas avaliadas	Relatos dos usuários de quatro Bibliotecas Públicas do Distrito Federal, 2015.
Psicológico	<ul style="list-style-type: none"> • Estou no geral bem. Reorganizando-me. Após um ano de separação, percebendo os buracos de carência. Refazendo-me do processo de culpa do fim do relacionamento. Avaliando-me. • Ter mais tolerância com os erros dos outros. • Melhorar os pensamentos. • Organizar melhor o meu tempo. • Diminuir preocupações. • Melhorar o preparo para lidar com diversas situações. • Melhorar a concentração. • Dormir melhor. • Conseguir dormir (moradores de rua atrapalham o sono). • Gostaria que a biblioteca funcionasse todos os dias. • Falta de concentração. • Queria ter dinheiro para investir em cursos. • Aumentar a concentração e diminuir sensação de sono diurno. • Queria ter mais tempo para cuidar da saúde. • Melhorar qualidade da meditação. • Diminuir ansiedade. • Desenvolver a paciência. • Ter mais tempo com a família. • Estou alegre e satisfeito. • Estou em depressão. • Está tudo bem. • Está tudo médio. • Preciso mudar meus pensamentos e meu modo de agir. • Queria mudar meu modo de agir. • Gostaria de mudar meu modo de agir. • Estou bem. • Estou bem no momento, trabalhando eu e meu marido, só meu filho que não. • Gostaria de manter o foco. • Está bom. • Feliz. • Estou me sentindo bem. • Tô legal. • Muito bem. • O sentimento predominante é de apreensão diante dos desafios da vida. • Cansado, mas me organizando. • Feliz. • Sinto-me bem psicologicamente, com momentos mais eufóricos, e outros nem tanto. • Tranquilo. • Mais ou menos. • Normal. • Sou muito ansiosa e me cobro muito. • Estou me sentindo normal. • Gostaria de ser menos ansioso e mais paciente. • Gostaria de pensar mais e de agir menos por impulso. • Gostaria de voltar a estudar para concursos. • Estou sentindo muito cansaço. • Preciso descansar. • Estou tranquilo. • Tenho impulsividade. • Gostaria de ser mais segura. • Gostaria de ser mais seguro e perder o medo. • Gostaria de ter mais paciência e de ser mais organizado. • Sou uma pessoa depressiva, tenho desânimo com a vida. Gostaria de livrar-me desse sentimento. Faço uso de medicamentos. • Estou satisfeito e feliz e não preciso melhorar em nada.

Corpo físico

- Ter mais energia.
- Mudar hábitos alimentares.
- Fazer exercícios.
- Melhorar alimentação.
- Fazer exercícios quando tiver vontade e não por obrigação.
- Melhorar o preparo físico.
- Diminuir barulhos de TV e rádio para poder estudar melhor.
- Melhorar o problema de dor de cabeça e de rinite alérgica.
- Alimentação com alimentos saudáveis.
- Queria emagrecer.
- Queria que tivesse clínicas públicas de fisioterapia.
- Que quando procurássemos por hospitais, tivesse atendimento.
- Venho me cuidando. Nos últimos dois anos consegui emagrecer 18,5 quilos. Retomei a atividade física.
- Prosseguir com atividade física.
- Manter atividade física.
- Gostaria de praticar exercícios físicos.
- Poder ir ao médico mais vezes.
- Gostaria de conseguir consultar com médico do governo.
- Estou sentindo muito cansaço.
- Está tudo bem.
- Está tudo médio.
- Estou muito bem.
- Estou me sentindo bem.
- Gostaria de ter mais saúde.
- Quero ficar mais gordo.
- Preciso perder uns quilos.
- Preciso parar de fumar.
- Queria emagrecer um pouco mas não consigo.
- Gostaria de emagrecer dez quilos.
- Está bom.
- Gostaria de engordar um pouco mais.
- Estou me sentindo magro, tenho que engordar um pouco.
- Estou me sentindo normal.
- Magro.
- Cansada pois trabalho em dois empregos.
- Preciso melhorar meu peso.
- Bem.
- Muito bem fisicamente, porém com algumas dores musculares causadas pelo estresse.
- Tranquilo.
- OK.
- Normal.
- Gostaria de fazer atividade física.
- Tenho feito academia todos os dias.
- Gostaria de me exercitar mais.
- Meu corpo melhorou.
- Estou me sentindo bem de saúde.
- Preciso de uma dieta adequada para a minha idade.
- Quero emagrecer dez quilos.
- Minha saúde física é perfeita.
- Quero emagrecer.
- Queria perder peso.
- Gostaria de emagrecer e de fazer academia.
- Preciso fechar mais a boca e me educar na alimentação.
- Gostaria de emagrecer e me livrar dos sintomas da menopausa.
- Quero colocar prótese dentária e ter um melhor acompanhamento médico.

<p>Ambiente de casa</p>	<ul style="list-style-type: none"> • É urgente a reorganização. Socorro! • Que os vizinhos fossem mais cuidadosos com o ambiente, quanto a vetores e à higiene geral. • Ficar mais tempo em casa. • Ter mais oportunidades de descanso. • Melhorar o diálogo e entendimento sobre assuntos de família. • Atendimento psicológico gratuito para as famílias. • Ter mais diálogo com meu filho para falar sobre a vida em geral. • Por causa do estresse, o convívio familiar está prejudicado. • Que houvesse maior interação familiar. • Gostaria que houvesse orientações sobre alimentação dos filhos nas próprias escolas dos filhos, para eles aprenderem isso na escola. • Tenho muitas dificuldades de orientar meus filhos com relação à alimentação também por falta de tempo. • Melhorar organização do lar. • Melhorar planejamento financeiro. • Ter ambiente silencioso. • Acho ruim que todas as despesas estão nas minhas costas. • Está tudo bem. • Gostaria de parar mais tempo em casa e menos tempo na Semi-Liberdade. • Queria que tivesse menos discussões e mais paz. • Gostaria que meus vizinhos não cuidassem da vida dos outros. • Está muito bom. • Amo minha casa, só tenho a agradecer. • Está bom. • Gostaria de comprar uma estante para o quarto. • Está bem, estou ajudando em casa. • Está bem. • Ausente, quase não fico direito em casa. • Não está muito bem, mas vai melhorar. • Boa relação com minha família. • Está tudo muito bem. • Ambiente familiar está com um clima tenso, pois meus avós estão doentes e um tio está desempregado, por isso a família está muito preocupada. • Preciso me organizar mais. • Excelente. • Fico muito bem em casa. • Normal. • Tranquilo. • Melhorar a limpeza e organização. • Gostaria de ter dinheiro. • O ambiente do trabalho é meio insalubre. • Está tudo bem em casa. • Está tudo bem. • Tenho um problema sério: mania de guardar coisas velhas. • Gostaria de terminar a obra da minha casa e ficar em um lugar em paz. • É perfeito. • Gostaria de criar um ambiente físico de estudos específico para cada filho. • Queria organizar melhor o meu espaço. • Gostaria de mobiliar minha casa conforme eu gosto. • Preciso terminar as reformas da casa e me organizar. • Gosto da minha casa. Tenho um marido bom e um filho lindo, mas mesmo assim continuo deprimida. • Sou muito feliz com minha esposa e com minha filha.
--------------------------------	--

<p>Ambiente do trabalho</p>	<ul style="list-style-type: none"> • É urgente fazer de fato o que é proposto. Mas existe uma grande angústia profissional. • Aumentar a dedicação ao trabalho. • Melhorar ambiente para exercer o trabalho de forma tranquila e sem stress. • Ter alongamentos antes de iniciar o trabalho. • Gostaria de ser aprovado em um concurso público o mais rápido possível. • Diminuir a burocracia para poder fazer cursos gratuitos. • Ter treinamentos na empresa. • Ter estímulo para vestir a camiseta da empresa. • Ter oportunidade de cursos gratuitos para preparar-se para concursos. • Conseguir alcançar as metas de vendas e ganhar muito dinheiro. • Queria estar empregado. • Elaborar planejamentos de atividades de real aplicabilidade. • Melhorar a limpeza e organização. • Estou sem problemas. • Não estou trabalhando. • Não trabalho. • Trabalho em um ambiente bom e não muito pesado. • Queria fazer menos coisas no trabalho, terminar meus estudos e fazer uma faculdade. • Gostaria de arrumar um trabalho e terminar os meus estudos. • Está bem. • Gosto muito do meu trabalho, não tenho do que reclamar. • Queria arranjar um trabalho. • Está tudo bem. • Gostaria de organizar meu tempo de estudo. • Está muito bom ou excelente. • Gostaria de não ficar nervosa quando fosse falar em público no meu trabalho. • Estou me sentindo meio desinteressado. • Na Semiliberdade está ótimo. • Faço muitos amigos na escola. • Não está bom. • O sentimento em relação ao trabalho é de expectativa e superação das dificuldades, pois estamos implantando um novo projeto. • Estou esperançoso. • Harmonioso e com boa expectativa. • Um pouco cansado no ambiente de trabalho. • Tranquilo. • Normal. • Tenho conforto no trabalho. • Em casa gostaria de ter dinheiro. • Estou feliz com as novas instalações. • Gostaria que tivesse mais união no trabalho. • Queria que tivesse mais companheirismo. • Ambiente de madeira, com muito acúmulo de pó e de sujeira. • Gostaria de ter o respeito e a dedicação dos meus superiores em relação ao trabalho que desenvolvo. • É ótimo. • Estou sem trabalhar. • Queria conseguir me concentrar mais. • Está ótimo como está, quero que continue assim. • Preciso ter mais controle da situação. • Gosto das pessoas que trabalham comigo, porém o ambiente físico precisa melhorar. • Sinto-me bem, estou satisfeito, porém o salário poderia melhorar.
------------------------------------	--

<p>Lazer</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Preciso urgente me oportunizar e até descobrir o que me diverte. • Aumentar a dedicação ao lazer. • Praticar e acompanhar esportes. • Passear e viajar mais frequentemente. • Praticar mais esportes. • Ter academia comunitária próximo de minha casa. • Tem sido pouco frequente, mas observa que quando sai com a família, em especial, com os filhos para ambientes com natureza, o relacionamento familiar melhora entre todos. • Ter profissionais capacitados para orientar a população nas praças onde existem equipamentos de ginástica. • Ir ao teatro e participar de eventos culturais. • Os momentos de lazer estão cada vez mais raros. • Criar oportunidades de lazer. • Manter lazer atual. • Ter mais momentos para relaxar. • Gostaria de fazer crochê e pintura. • Meu lazer é regular. • Está bom. • Queria praticar mais esporte a curtir mais a vida. • Queria fazer mais esportes e ir mais à festas. • Gostaria de praticar mais esportes. • Está normal. • Falta lazer na minha rotina. • Gostaria de ir ao cinema. • Tenho pouco lazer, pois não saio. muito de casa, nem eu, nem meus filhos. • Gostaria de ir mais ao cinema. • Está bom. • Está bem. • Bem. • Melhor, pois agora estou passando meus momentos de lazer com minha família. • Ando jogando bola e indo para o lago Paranoá. Muito legal. • Não faço nada! • Estou com pouco tempo para o lazer. • Preciso descobrir um hobby. • Tenho tido momentos de lazer e de alegria frequentes. • Sinto-me muito bem quando me encontro em momentos de lazer. • Tranquilo. • Skate. • Normal. • Gostaria de passear. • Gostaria de ter dinheiro para o lazer. • Gostaria de ter mais opções de teatro, cultura, etc. • Gostaria de ter mais oportunidades de lazer. • Gostaria de fazer ginástica e emagrecer durante o lazer. • Sinto satisfação de ficar em casa, visitar uma amiga ou visitar um parente. • Queria viajar e ter tempo para a família e para namorar. • Está mais ou menos. • Queria programar junto com a família atividades juntos, como ir ao museu, conhecer locais em Brasília, ir ao teatro. • Queria fazer mais atividades externas. • Gostaria de viajar e me divertir mais. • Preciso praticar mais esportes, viajar mais e relaxar mais. • Tenho acesso ao lazer só que não tenho ânimo para curtir mais a vida. • Queria mais oportunidades de atividades onde pudéssemos descansar e aproveitar os espaços públicos com segurança.
---------------------	---

Áreas avaliadas	Relatos dos usuários de quatro bibliotecas Públicas do Distrito Federal, 2015.
<p>Psicológico</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Foi excelente parar para pensar! Até fiquei um pouco preocupada. Acho que seja bastante prudente procurar uma terapia! Parece um reajustes de coisas pequeno. Mas que para mim teve um efeito muito bom!!! Fundamental parar e olhar para si!! Dar-se tempo!!! • O livro Como se Organizar foi de agradável leitura, uma vez que eu já tenho essa “mania” de organização! • No livro Como se Organizar, ao praticar os cinco sentidos, posso dizer que é muito bom não perder tempo procurando algo, amontoar tralhas que não uso habitualmente, chegar aos compromissos tranquila e antes do horário marcado, ter método de ação pode ser estressante para alguns, mas para mim significa que: fiz o meu melhor cada dia! Até o próximo livro! • Os livros fornecidos trouxeram uma visão do que é, de fato, saúde, e como podemos promover a conscientização com nossas ações. • Creio que esses livros que recebi ajudarão muitas pessoas. • Muito importante aprender como melhorar minha qualidade de vida! • Achei fundamental para a nossa família repensar assuntos como escovação dos dentes, higiene pessoal e organização. • A palestra e os livros ajudaram muito a mim e à minha família, pois em muitas coisas eu achava que estava certo, porém vi, juntamente com meus familiares, que a gente precisava rever coisas em nossas vidas e em nossa casa. Nosso diálogo familiar melhorou muito com a leitura dos livros em conjunto. • Organizar a vida é um processo! • Os livros me ajudaram muito, pois após fazer a leitura deles, na minha casa, comecei a colocar as coisas no lugar, como sapatos, bolsas, roupas. • Após a leitura do livro Como se Organizar, comecei a rever minha vida financeira, coloquei tudo no papel, o que eu gasto e as contas de luz, água, aluguel, cartão de crédito, etc. O problema é que a economia não está ajudando, pois os aumentos estragam os planos que temos de não ter mais dívidas. Porém, eu nunca havia anotado tudo o que gasto e tudo o que ganho, e com isso, estou tentando ver alternativas para livrar-me das dívidas. • Estou me cuidando mais. Estou mais concentrado nos tipos de pensamentos que estava tendo e que estavam me prejudicando. • Podemos mudar qualquer ambiente onde estejamos, com atitudes simples e um diálogo sutil. • Falar sobre saúde nos uniu mais! Tanto em família como no trabalho! • Continuo satisfeito com minha vida. • Estou bem. • Estou feliz. • Estou alegre. • Minha vida está com mais sentido. • Estou tentando reaver relacionamentos com familiares. • Minha família é tudo para mim. • Gostaria de ter conseguido envolver minha família no trabalho proposto. Mas não pretendo desistir. • Um dia vai dar certo, meus filhos vão me ouvir. • Meus irmãos não estavam preparados para a proposta do trabalho. Mas mesmo assim eu li e fiz um trabalho muito bom sozinha mesmo. • Estou pensando em voltar aos estudos, minha vida estava muito parada. • Estou procurando uma pós-graduação para cursar. Eu comecei a pensar em planejar o meu futuro. • Queria que na minha quadra a gente pudesse fazer um trabalho com as famílias. Então falei com o padre, ele disse que depois das férias vai me ajudar nisso. Estou esperando a volta das aulas, assim as pessoas estarão presentes em maior quantidade. • Eu já estava feliz e continuei feliz. • Eu tenho o problema de depressão, mas fui consultar outro médico. Fiquei pensando que a gente não pode ficar somente com uma opinião. • Lá em casa a gente começou a ver formas melhores de cuidar de nossos avós. • Eu comecei a planejar com meus filhos como vamos fazer para melhorar os estudos e falamos muito sobre bons hábitos e disciplina. • Estou procurando livros de autoajuda. Queria melhorar minha forma de agir. • Meu sono melhorou um pouco. • Continuo ansiosa, mas marquei consulta para ver isso melhor.

	<ul style="list-style-type: none"> • Estou dormindo melhor. • Estou indo mais para minha chácara. Lá eu consigo meditar com tranquilidade. • Notei que a ansiedade para ir todos os finais ao shopping está diminuindo. • Estou me concentrando mais. Notei que minha atenção melhorou. • Gostei muito de receber a atenção de uma profissional de saúde, falando sobre saúde. Eu queria muito que isso também fosse feito nos postos de saúde. Mas parece que só querem curar as doenças. Poucos falam de como a gente pode se cuidar mais. • Achei muito legal poder falar em saúde na biblioteca. Estou sentindo a biblioteca mais próxima de mim. • Estou prestando mais atenção no porque eu andava com tanta falta de paciência. Comecei a pensar sobre a questão da tolerância com as outras pessoas e também com meus familiares. Isso está me ajudando a cobrar menos das pessoas, principalmente porque eu preciso antes rever como eu ando fazendo minhas coisas. • Fiquei melhor. • Fiquei mais feliz do que estava. • Acho que estou ficando mais paciente. • Precisava me acalmar mais, e com os livros, eu comecei a pensar umas mudanças para minha vida. • Estou tranquilo. • Fiquei pensando em novos planos para minha vida. • Estou mais centrado. • Estou satisfeita. • Estou pensando em fazer mais viagens e comecei a elaborar uma planilha com todos os meus ganhos e gastos.
Corpo físico	<ul style="list-style-type: none"> • Providenciei alguns exames que precisava fazer. Descobri que meus leucócitos estão abaixo do normal, assim como outros minerais e vitaminas. Preciso melhorar a alimentação já. • Após a conversa com a Prof. Jacqueline Gomes e a leitura dos livretos da Coleção para Gente Grante, aprendi a maneira correta de tomar banho. Confesso que fazia algumas coisas de forma errada. Corrigi o que estava fazendo de forma equivocada e também orientei meu marido e filho. • O cuidado dos dentes reforçou um hábito que eu já tinha, passar o fio dental antes da escovação. E ressaltou a necessidade de passar o fio todos os dias, o que confesso que tenho dificuldade. • Quanto ao cuidado com os dentes, o que mais chamou minha atenção foram a forma correta da escovação e a importância do fio dental e as opções que se tem fora do padrão para que possamos cuidar da higiene bucal. Tal leitura trouxe a lembrança de minha dura infância, onde escovava os dentes com carvão, e a escova era compartilhada, já que éramos em seis irmãs. • Quanto ao cuidado da higiene, agora vou sim tomar banho de verdade, fazia tanta coisa errada, as mãos lavo sempre, mas tenho vício de roer as unhas (terrível), adorei cada receita do livro Cuidando da Higiene. Onde moro tem água encanada, chuveiro elétrico, pia com torneira e sabonete líquido. • Após a leitura dos livros eu pude me contextualizar melhor a respeito da higiene que propicia qualidade de vida e todas as informações do material entregue me proporcionaram a possibilidade de repensar meus hábitos, muda-los e corrigi-los, e também de influenciar a outros com exemplos e ações. • Quanto aos cuidados com os dentes, sempre foi preocupação minha que toda a família, especialmente meus filhos, cuidassem com o excesso de açúcar e fizessem uma escovação adequada para prevenir o surgimento e a proliferação de cáries. • Com relação à higiene pessoal, percebemos que os hábitos de higiene não se limitam ao corpo. Tomar banho, lavar as mãos, escovar os dentes, por exemplo, são hábitos muito importantes, porém não adiantam se a família não viver num ambiente organizado. • Nossa higiene corporal e dos dentes melhorou muito com as orientações que lemos nos livrinhos. • Minha higiene bucal estava com a escovação errada, mas o livro sobre cuidado com os dentes fez com que eu e meu filho mudássemos a forma de cuidado com a higiene dos dentes. Meu filho curtiu muito, a gente se divertiu! • Gostei de ouvir a palestra e os ensinamentos de como cuidar da higiene do corpo e dos dentes. Quando cheguei em casa, conversei com minha família e passei para eles tudo o que aprendi. • O meu hálito melhorou muito! Nunca imaginei que escovava meus dentes de forma errada! • Passei a observar mais o meu corpo e os meus cheiros. Estou gostando de cuidar do meu corpo!

	<ul style="list-style-type: none"> • Aprendi a tomar banho e a escovar os dentes. • Aproveitei para rever os hábitos de higiene com meus familiares. Inclusive comentamos uma reportagem que vimos, certa ocasião, sobre uma pesquisa realizada nos Estados Unidos, onde detectaram coliformes fecais nos pescoço e em outras partes do corpo de voluntários, após eles tomarem banho. Vimos que as dicas do livro “Cuidando da Higiene” foram muito importantes. • Prossegui com minhas atividades físicas. • Estamos revendo nossa alimentação e resolvemos levar marmitta para o trabalho. Além de gastarmos menos, estamos comendo melhor. • Queria começar a fazer exercícios, mas como estou acima do peso, resolvi começar pela caminhada. • Tudo continua médio. • Queria ficar mais gordo, mas acho que apesar de magro, pelo menos estou me sentindo saudável. • Ainda não consegui começar uma academia. Preciso vencer minha preguiça! • Está bom. • Estou ainda tentando parar de fumar. • Estou esperando minhas amigas voltarem das férias para convidar todas para formar um grupo de caminhada porque sozinha não consigo! • Continuo bem! • Continuo mantendo minha atividade física. • Continuo com dificuldade de ir ao médico com mais frequência. • Está tudo médio. • Continuo precisando perder uns quilos. • É muito difícil ter disciplina para seguir uma rotina de exercícios físicos. • Estou procurando uma nutricionista para ver uma dieta para minha idade. • Conversei com algumas amigas sobre alternativas homeopáticas para os sintomas da menopausa. • Minha saúde física continua perfeita. • Estou tentando ver se por acaso meu problema de dor de cabeça é relacionado ao leite. Conversei com alguns colegas e fiquei sabendo que muitas pessoas melhoraram quando pararam de tomar leite! • Prossegui com minhas atividades físicas. • Continuo sentindo muito cansaço e estou tentando uma consulta. Fiquei pensando que pode ser problema de coração, pois não sou gordo. • Continuo querendo ter mais energia. • Ainda não consigo mudar hábitos alimentares. • Não consigo melhorar a alimentação. • Ainda faço exercícios por obrigação. Queria muito fazer por prazer. • Continuo me sentindo normal. • Continuo cansada porque continuo trabalhando em dois empregos. Mas estou tentando conciliar as duas férias para ficar tranquila e poder realmente descansar. • Continuo estressada, e sentindo dores musculares por causa disso, porém estou procurando uma massagista para tentar diminuir essas dores, apesar de não ter como diminuir esse estresse no momento. • Preciso emagrecer ainda. • Continuo tranquilo. • Bem. • Estou conseguindo fechar mais a boca. • Comprei uma roupa no número de manequim que quero usar e coloquei ela em um cabide na porta do meu roupeiro para ver todos os dias e tentar lembrar dela toda a vez que sentir vontade de comer doces. • Queria ter uma sirene que apitasse toda vez que eu abrisse a geladeira! • Meu marido disse que se dispõe a fazer dieta comigo porque também está se sentindo acima do peso.
<p>Ambiente de casa</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Consegui reorganizar caixas guardadas há mais de um ano!!! Uma vitória!!! • Um ambiente organizado favorece a saúde física e mental. Não consigo viver nem trabalhar na bagunça e na sujeira, tenho fama de neurótica, mas antes assim! • A organização é fundamental na construção de rotinas saudáveis para a família. Uma família organizada é uma família saudável. • Eu e minha família nos reunimos e reorganizamos toda a nossa casa. Também convidamos alguns parentes para lerem os livros em conjunto. Organizamos um Natal diferente: fizemos uma gincana familiar, ao invés de amigo secreto. Nessa gincana, ganhava presente quem tivesse feito a melhor organização do roupeiro. Foi muito divertido e útil.

- Com a leitura dos livros pude lembrar coisas que havia aprendido na minha infância e complementar conhecimentos. Mas o livro que mais me ajudou foi o Como se Organizar. Com a leitura dele, consegui organizar minha casa. Fiquei muito motivada, pois a desorganização que tinha em minha casa trazia muita baixa estima para mim, refletindo muito no meu lado psicológico. Também me senti capaz de fazer outras mudanças na minha vida.
- Minha casa ficou mais leve, com o ambiente mais fácil de limpar e mais agradável. Pude perceber o quanto os hábitos saudáveis proporcionam um bem estar harmônico para a família!
- Achei fundamental a conversa sobre o ambiente de casa, a importância da limpeza e da organização. Deu vontade de sair mudando tudo, revendo as coisas que não usava e remodelando a casa.
- Comecei a arrumar minha cama todos os dias! Meu quarto está mais agradável!
- Nunca imaginei como minha casa ficaria tão agradável depois que fiz uma organização enorme. Tirei tudo dos lugares, selecionei tudo que não queria mais, doei roupas, troquei objetos com alguns amigos, mudei os móveis de lugar. Estou me sentindo mais feliz e mais à vontade em minha casa!
- Fiquei feliz em fazer a leitura dos livros em família. Descobrimos juntos que ler em família é legal porque a gente discute o que leu.
- A leitura dos livros não trouxe informações novas, no entanto, eu gostei de poder discutir os pontos abordados nos livros com meus filhos, para reforçar coisas positivas nos hábitos deles com relação à saúde física.
- Como não temos muito dinheiro e queríamos organizar nossos roupeiros, pegamos caixas vazias em algumas lojas, forramos elas bem bonitinho e arrumamos nossas roupas e objetos pessoais. Ficou muito legal!
- Infelizmente as discussões continuam.
- Meus vizinhos continuam cuidando da vida dos outros.
- Amo minha casa, continuo agradecendo todos os dias por isso.
- Com as arrumações que fiz, consegui fazer uma troca com um vizinho e consegui uma estante para o meu quarto, conforme eu estava querendo.
- Está bem, continuo ajudando em casa.
- Não estava muito bem, mas melhorou um pouco.
- Continuo com boa relação com minha família.
- Está tudo muito bem.
- Ambiente familiar continua com um clima tenso, pois meus avós estão doentes e um tio está desempregado, por isso a família continua muito preocupada.
- Precisava me organizar mais, mas ainda não me animei. Vou tentar ver se junto com alguém eu consigo.
- Tudo está excelente.
- Melhorei a limpeza e organização.
- Gostaria de ter dinheiro, mas fiquei pensando que minha vida não pode ser uma escravidão por conseguir dinheiro. Não posso mais fazer isso comigo.
- Está tudo bem em casa.
- Está tudo bem.
- Continuo tendo um problema sério: mania de guardar coisas velhas, mas estou pensando que preciso me livrar disso!
- Estamos comendo em família todos os finais de semana, com a regra de todos ajudarem na cozinha e a lavar a louça.
- Como está difícil emprego, estou trabalhando com os vizinhos levando seus cachorros para passear.
- Comecei a assumir mais a lavagem das minhas roupas.
- Ainda queria melhorar minha casa decorando-a conforme meu gosto.
- Bom demais.
- Tranquilo.
- Paz e amor.
- Ainda está tudo muito bagunçado, mas estamos ficando mais tempo juntos, eu e minha esposa.
- Nada mudou.
- Os livros são ótimos. O problema sou eu!
- Achei legal essa coisa de ler em família. Inclusive percebi como meus filhos estão lendo mal. Estou programando com minha esposa para fazermos leituras em voz alta todas as noites para ver se as crianças melhoram nisso.
- Estou melhorando minha timidez com as leituras com os amigos.
- A gente inventou uma peça de teatro com o livro “Como se Organizar”

	<ul style="list-style-type: none"> • Eu não consegui ler os livros, mas a moça que trabalha lá em casa leu e está tentando seguir as orientações na minha casa e na dela! A faxina dela melhorou!
<p>Ambiente do trabalho</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Neste aspecto ainda me sinto “empacada”. Não estou conseguindo estabelecer uma logística que faça as coisas andarem. • Com a palestra eu passei a prestar mais atenção no meu ambiente de trabalho. Apesar de ser muito organizado na minha casa, no trabalho, principalmente porque nunca vi interesse dos meus colegas quanto à organização, acabava “entrando na onda”. Porém, resolvi organizar minha mesa de trabalho e fazer uma bela faxina no meu gaveteiro. Os colegas também gostaram da ideia e fizeram o mesmo. Na festinha de final de ano fizemos uma promessa em grupo para mantermos nosso ambiente bem organizado. No início do ano, ao recebermos uma visita importante, fomos elogiados com relação ao nosso ambiente. Acho que foi muito bom, e senti que passamos a ter mais motivação para o trabalho. • Comecei a conversar mais coisas sobre o trabalho com meus colegas e tivemos umas ideias. Colocamos no papel, pois queremos mostrar para o nosso chefe. Estamos empolgados com a possibilidade de tentar mudar algumas coisas que vai fazer com que nossos resultados sejam melhores. Quem sabe poderemos ter um aumento no salário se nossa ideia frutificar?!? • Aproveitei a leitura dos livros para trocar ideias com meus colegas, especialmente sobre a correção de hábitos errados. A discussão frutificou e fizemos uma reorganização em nossa sala. • Eu e meus colegas começamos a pedir que as moças da limpeza limpassem com maior frequência as fechaduras das portas, os telefones e os teclados dos computadores, pois vimos que estes locais são os mais manipulados pelas pessoas! • Comecei a fazer sozinho mesmo alongamentos antes de começar a trabalhar. • Estou estudando muito mais para ser aprovado em um concurso público. • Gostaria muito que tivesse mais oportunidades de cursos gratuitos. • Estou vendo com meu chefe como poderíamos ter treinamentos na empresa. • Queria ter estímulo para vestir a camiseta da empresa, mas acho que o estímulo maior tem que ser a difícil situação que estamos vivendo no país, por isso deixei para lá esse pensamento que não me ajuda em nada. • Continua muito difícil alcançar as metas de vendas para ganhar dinheiro, quem dirá muito dinheiro! • Continuo querendo um emprego. • Melhoramos a limpeza e organização. • Continuo sem problemas. • Não estou trabalhando. • Meu trabalho continua sendo um ambiente bom e não muito pesado. • Estou batalhando para terminar os estudos e fazer faculdade e, para isso, estou procurando um supletivo. • Continuo gostando muito do meu trabalho, não tenho do que reclamar. • Ainda queria arranjar um trabalho. • Está tudo bem. • Falei com meu esposo para me ajudar a organizar meu tempo de estudo. • Continua muito bom. • Continuo nervosa para falar em público, mas a leitura dos livros em família acho que vai me ajudar nisso. • Continuo me sentindo meio desinteressado. • Na Semiliberdade ficou melhor pois a Profa. Jacqueline foi dar umas aulas pra nós. • Ainda estou com muita expectativa no trabalho por causa de um novo projeto. • Continuo esperançoso. • Continua harmonioso e com boa expectativa. • Estava um pouco cansado no ambiente de trabalho, mas comecei a fazer uns alongamentos e acho que está melhorando. • Acho que minha concentração melhorou. • Continua ótimo como está, e espero que continue assim. • Precisava ter mais controle da situação, então, estou refletindo sobre possibilidades para isso.

<p>Lazer</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Redescobri uma das coisas que mais gosto, que é visitar pessoas. Já comecei a fazê-lo. • Eu e minha família estamos nos redescobrimos e vimos que para o lazer não precisa ter tanto dinheiro. • Comecei a fazer caminhadas em trilhas nos parques, e fizemos alguns piqueniques. A família fez tudo isso junto, reunida. Estamos nos abraçando e nos beijando mais! E sem gastar muito! • Começamos a andar de bicicleta, em família, no parque da cidade. • Queria aumentar a dedicação ao lazer, e comprei uma agenda para começar o ano novo com novos planos. • Continuo praticando e acompanhando os esportes. • Queria ter academia comunitária próximo de minha casa, mas mesmo assim, comecei a fazer caminhadas. • Comecei a fazer mais frequentemente com os filhos passeios em ambientes com natureza. • Tenho ficado mais atento às exposições gratuitas que ocorrem na cidade. • Estou mantendo o lazer atual. • Busquei um professor de meditação para tentar relaxar mais. • Falei antes que gostaria de fazer crochê e pintura, mas continuo tendo que ajudar a família financeiramente e ainda não tenho tempo para mim. • Procurei opções de lazer nos parques porque é de graça. • Continua bom. • Continuo querendo praticar mais esporte a curtir mais a vida. • Está normal. • Estou com o propósito de fazer diferente no próximo ano. • Estou tentando ir ao cinema nos dias que tem desconto. • Está bem. • Bem. • Continuo passando meus momentos de lazer com minha família. • Continuo jogando bola e indo para o lago Paranoá. Muito legal. • Continuo não fazendo nada! • Continuo com pouco tempo para o lazer. • Ainda não achei um hobby para mim. • Continuo tendo momentos de lazer e de alegria frequentes. • Amo skate. • Normal. • Fiquei pensando se a gente tem lazer só se tem dinheiro, mas estou vendo que talvez não seja bem assim. • Tenho procurado me informar de opções de teatro e exposições de graça. • Estou ouvindo músicas enquanto faço caminhadas. Perdi dois quilos! • Continua mais ou menos. • Planejei junto com minha família atividades juntos e conseguimos visitar museus em Brasília.
---------------------	--

Quanto aos Resultados Quantitativos, estes são apresentados conforme as tabelas na sequência abaixo:

Tabela nº 01: Distribuição dos usuários de quatro bibliotecas públicas do Distrito Federal segundo a qualidade de vida, Domínio 1 – Físico do WHOQOL – Bref*, no momento Pré-Intervenção, 2015.

Domínio 1- Físico	Variáveis	♂/n=49	♀/n=36	≤ 24	>25	TOTAL	
						N	%
Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa? (W3)	Nada (1)	19	13	19	13	32	37,6
	Muito pouco (2)	29	17	21	25	46	54,1
	Mais ou menos (3)	1	6	1	6	7,0	8,2
	Bastante (4)	0	0	0	0	0,0	0,0
	Extremamente (5)	0	0	0	0	0,0	0,0
O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária? (W4)	Nada (1)	15	6	17	4	21	24,7
	Muito pouco (2)	34	26	23	37	60	70,6
	Mais ou menos (3)	0	3	1	2	3,0	3,5
	Bastante (4)	0	1	0	1	1,0	1,2
	Extremamente (5)	0	0	0	0	0,0	0,0
Você tem energia suficiente para o seu dia-a-dia? (W10)	Nada (1)	0	0	0	0	0,0	0,0
	Muito pouco (2)	3	1	1	3	4,0	4,7
	Médio (3)	20	27	18	29	47	55,3
	Muito (4)	26	8	22	12	34	40,0
	Completamente (5)	0	0	0	0	0,0	0,0
Quão bem você é capaz de se locomover? (W5)	Muito ruim (1)	0	0	0	0	0,0	0,0
	Ruim (2)	0	0	0	0	0,0	0,0
	Nem ruim, nem bom (3)	8	3	4	10	14	16,5
	Bom (4)	34	27	33	28	61	71,8
	Muito bom (5)	7	3	4	6	10	11,8
Quão satisfeito (a) você está com seu sono? (W16)	Muito insatisfeito (1)	0	0	0	0	0,0	0,0
	Insatisfeito (2)	0	0	0	0	0,0	0,0
	Nem satisfeito, nem insatisfeito (3)	18	17	14	21	35	41,2
	Satisfeito (4)	30	17	27	20	47	55,3
	Muito satisfeito (5)	1	2	0	3	3,0	3,5
Quão satisfeito (a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia? (W17)	Muito insatisfeito (1)	0	0	0	0	0,0	0,0
	Insatisfeito (2)	3	1	3	1	4,0	4,7
	Nem satisfeito, nem insatisfeito (3)	32	30	29	33	62	72,9
	Satisfeito (4)	13	4	9	8	17	20,0
	Muito satisfeito (5)	1	1	0	2	2,0	2,4
Quão satisfeito (a) você está com sua capacidade para o trabalho? (W18)	Muito insatisfeito (1)	0	0	0	0	0,0	0,0
	Insatisfeito (2)	5	3	3	5	8,0	9,4
	Nem satisfeito, nem insatisfeito (3)	31	28	30	29	59	69,4
	Satisfeito (4)	12	4	8	8	16	18,8
	Muito satisfeito (5)	1	1	0	2	2,0	2,4
TOTAL						85	100,0

*WHOQOL-Bref. Percentual de Insatisfação é igual a escore transformado 0-100 abaixo de 70. Percentual de Satisfação é igual a escore transformado 0-100 igual ou maior que 70.

Na Tabela 01, observa-se que cerca de 55% dos indivíduos relataram que dores físicas impedem muito pouco destes realizarem atividades, assim como quase 71% disseram necessitar muito pouco de tratamentos médicos na vida diária. Além disso cerca de 73% dos indivíduos disseram estarem satisfeitos com sua capacidade de desempenhar atividades diárias.

Tabela nº 02: Distribuição dos usuários de quatro bibliotecas públicas do Distrito Federal segundo a qualidade de vida, Domínio 2 – Psicológico do WHOQOL – Bref*, no momento Pré-Intervenção, 2015.

Domínio 2- Psicológico	Variáveis	♂/n=49	♀/n=36	≤ 24	>25	N	%
						TOTAL	TOTAL
O quanto você aproveita a vida? (W5)	Nada (1)	0	0	0	0	0,0	0,0
	Muito pouco (2)	11	4	12	3	15	17,6
	Mais ou menos (3)	25	23	18	30	48	56,5
	Bastante (4)	13	9	11	11	22	25,9
	Extremamente (5)	0	0	0	0	0,0	0,0
Em que medida você acha que sua vida tem sentido? (W6)	Nada (1)	0	0	0	0	0,0	0,0
	Muito pouco (2)	3	0	3	0	3,0	3,5
	Mais ou menos (3)	3	6	6	3	9,0	10,6
	Bastante (4)	15	9	14	10	24	28,2
	Extremamente (5)	28	21	18	31	49	57,6
O quanto você consegue se concentrar? (W7)	Nada (1)	0	0	0	0	0,0	0,0
	Muito pouco (2)	8	5	4	9	2,0	15,3
	Mais ou menos (3)	36	27	34	29	63	74,1
	Bastante (4)	5	4	3	6	9,0	10,6
	Extremamente (5)	0	0	0	0	0,0	0,0
Você é capaz de aceitar sua aparência física? (W11)	Nada (1)	0	0	0	0	0,0	0,0
	Muito pouco (2)	3	0	0	3	3,0	3,5
	Mais ou menos (3)	22	26	18	30	48	56,5
	Bastante (4)	24	10	23	11	34	40,0
	Extremamente (5)	0	0	0	0	0,0	0,0
Quão satisfeito (a) você está consigo mesmo? (W19)	Muito insatisfeito (1)	0	0	0	0	0,0	0,0
	Insatisfeito (2)	14	4	13	5	18	21,2
	Nem satisfeito, nem insatisfeito (3)	25	27	23	29	52	61,2
	Satisfeito (4)	9	4	5	8	13	15,3
	Muito satisfeito (5)	1	1	0	2	2,0	2,4
Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão? (W26)	Nunca (1)	3	0	0	0	3,0	3,5
	Algumas vezes (2)	16	19	18	3	35	41,2
	Frequentemente (3)	30	16	23	17	46	54,1
	Muito frequentemente (4)	0	1	0	23	1,0	1,2
	Sempre (5)	0	0	0	1	0,0	0,0
TOTAL						85	100,0

*WHOQOL-Bref. Percentual de Insatisfação é igual a escore transformado 0-100 abaixo de 70. Percentual de Satisfação é igual a escore transformado 0-100 igual ou maior que 70.

Na Tabela 02, verifica-se que 74% dos indivíduos indicaram a variável “mais ou menos”, quanto à capacidade de concentração. Com relação a aceitação da aparência física, cerca de 57% das pessoas indicaram a variável “médio” e, quanto à satisfação consigo mesmo, 61% dos indivíduos disseram sentir-se “nem satisfeitos, nem insatisfeitos”.

Tabela nº 03: Distribuição dos usuários de quatro bibliotecas públicas do Distrito Federal segundo a qualidade de vida, Domínio 3 – Relações Sociais do WHOQOL – Bref*, no momento Pré-Intervenção, 2015..

Domínio 3- Relações Sociais	Variáveis	♂/n=49		♀/n=36		N	%	TOTAL
		≤ 24	>25	≤ 24	>25			
Quão satisfeito (a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)? (W20)	Muito insatisfeito (1)	0	0	0	0	0,0	0,0	0,0
	Insatisfeito (2)	16	8	13	21	24,7	24,7	24,7
	Nem satisfeito, nem insatisfeito (3)	22	27	22	49	57,6	57,6	57,6
	Satisfeito (4)	10	7	6	13	15,3	15,3	15,3
	Muito satisfeito (5)	1	2	0	2,0	2,4	2,4	2,4
Quão satisfeito (a) você está com sua vida sexual? (W21)	Não respondeu	1	0	5	5,0	5,9	5,9	5,9
	Muito insatisfeito (1)	0	0	0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Insatisfeito (2)	17	5	18	23	27,1	27,1	27,1
	Nem satisfeito, nem insatisfeito (3)	24	32	16	48	56,5	56,5	56,5
	Satisfeito (4)	6	6	2	8,0	9,4	9,4	9,4
Quão satisfeito (a) você está com o apoio que recebe de seus amigos? (W22)	Muito satisfeito (5)	1	1	0	1,0	1,2	1,2	1,2
	Muito insatisfeito (1)	0	0	0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Insatisfeito (2)	17	9	13	22	25,9	25,9	25,9
	Nem satisfeito, nem insatisfeito (3)	21	25	21	46	54,1	54,1	54,1
	Satisfeito (4)	10	8	7	15	17,6	17,6	17,6
Muito satisfeito (5)	1	2	0	2,0	2,4	2,4	2,4	
TOTAL						85	100,0	100,0

*WHOQOL-Bref. Percentual de insatisfação é igual a escore transformado 0-100 abaixo de 70. Percentual de Satisfação é igual a escore transformado 0-100 igual ou maior que 70.

Na Tabela 03, o quesito relações sociais com amigos, parentes, conhecidos e colegas, respectivamente quanto à satisfação, 57% dos indivíduos disseram sentir-se “nem satisfeitos, nem insatisfeitos”; bem como 54% dos indivíduos relataram a mesma variável quanto ao apoio que recebem de seus amigos.

Tabela nº 04: Distribuição dos usuários de quatro bibliotecas públicas do Distrito Federal segundo a qualidade de vida, Domínio 4 – Meio Ambiente do WHOQOL – Bref*, no momento Pré-Intervenção, 2015.

Domínio 4 - Meio Ambiente	Variáveis	♂/n=49	♀/n=36	≤ 24	>25	N	%
						TOTAL	TOTAL
Quão seguro (a) você se sente em sua vida diária? (W8)	Nada (1)	0	0	0	0	0,0	0,0
	Muito pouco (2)	1	2	0	3	3,0	3,5
	Mais ou menos (3)	40	29	34	35	69	81,2
	Bastante (4)	8	4	7	5	12	14,1
	Extremamente (5)	0	1	0	1	1,0	1,2
Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)? (W9)	Nada (1)	0	0	0	0	0,0	0,0
	Muito pouco (2)	6	4	2	8	10	11,8
	Mais ou menos (3)	37	30	36	31	67	78,8
	Bastante (4)	6	1	3	4	7,0	8,2
	Extremamente (5)	0	1	0	1	1,0	1,2
Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades? (W12)	Nada (1)	0	0	0	0	0,0	0,0
	Muito pouco (2)	25	9	0	8	34	40,0
	Médio (3)	22	26	26	33	48	56,5
	Muito (4)	2	1	15	3	3,0	3,5
	Completamente (5)	0	0	0	0	0,0	0,0
Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia? (W13)	Nada (1)	0	0	0	0	0,0	0,0
	Muito pouco (2)	0	0	0	0	0,0	0,0
	Médio (3)	37	32	33	36	69	81,2
	Muito (4)	12	4	8	8	16	18,8
	Completamente (5)	0	0	0	0	0,0	0,0
Em que medida você tem oportunidades de atividades de lazer? (W14)	Nada (1)	0	0	0	0	0,0	0,0
	Muito pouco (2)	25	14	23	16	39	45,9
	Médio (3)	16	18	13	21	34	40,0
	Muito (4)	8	4	5	7	12	14,1
	Completamente (5)	0	0	0	0	0,0	0,0
Quão satisfeito (a) você está com as condições do local onde mora? (W23)	Muito insatisfeito (1)	0	0	0	0	0,0	0,0
	Insatisfeito (2)	16	8	13	11	24	28,2
	Nem satisfeito, nem insatisfeito (3)	28	26	27	27	54	63,5
	Satisfeito (4)	4	1	1	4	5,0	5,9
	Muito satisfeito (5)	1	1	0	2	2,0	2,4
Quão satisfeito (a) você está com seu acesso aos serviços de saúde? (W24)	Muito insatisfeito (1)	9	17	9	17	26	30,6
	Insatisfeito (2)	31	7	23	15	38	44,7
	Nem satisfeito, nem insatisfeito (3)	7	12	9	10	19	22,4
	Satisfeito (4)	1	0	0	1	1,0	1,2
	Muito satisfeito (5)	1	0	0	1	1,0	1,2
Quão satisfeito (a) você está com o seu meio de transporte? (W25)	Muito insatisfeito (1)	9	17	9	17	26	30,6
	Insatisfeito (2)	31	8	24	15	39	45,9
	Nem satisfeito, nem insatisfeito (3)	7	11	8	10	18	21,2
	Satisfeito (4)	1	0	0	1	1,0	1,2
	Muito satisfeito (5)	1	0	0	1	1,0	1,2
TOTAL						85	100,0

*WHOQOL-Bref. Percentual de Insatisfação é igual a escore transformado 0-100 abaixo de 70. Percentual de Satisfação é igual a escore transformado 0-100 igual ou maior que 70.

Na Tabela 04, quanto ao Domínio relativo ao Meio Ambiente, 81% dos indivíduos disseram sentir-se mais ou menos seguros em suas vidas diárias. Com relação a aspectos ambientais como clima, barulho, poluição e atrativos, cerca de 79% das pessoas escolheram a variável “mais ou menos”. Quanto às informações disponíveis no dia-a-dia, 81% dos indivíduos indicaram suas respostas na variável “médio”.

Tabela nº 05: Distribuição dos usuários de quatro bibliotecas públicas do Distrito Federal segundo a qualidade de vida, Questões W1- percepção individual de qualidade de vida, e questão W2 – percepção individual de saúde, do WHOQOL – Bref*, no momento Pré-Intervenção, 2015.

Questões W1 e W2	Variável	♂/n=49		♀/n=36		>25	N	%	TOTAL
Como você avaliaria sua qualidade de vida? (W1)	Muito ruim (1)	0	0	0	0	0	0,0	0,0	0,0
	Ruim (2)	9	7	7	9	16	18,8	18,8	18,8
	Nem ruim, nem boa (3)	27	18	21	24	45	52,9	52,9	52,9
	Boa (4)	12	11	12	11	23	27,1	27,1	27,1
	Muito boa (5)	1	0	1	0	1	1,2	1,2	1,2
Quão satisfeito (a) você está com a sua saúde? (W2)	Muito insatisfeito (1)	0	0	0	0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Insatisfeito (2)	2	5	1	6	7	8,2	8,2	8,2
	Nem satisfeito, nem insatisfeito (3)	20	18	14	24	38	44,7	44,7	44,7
	Satisfeito (4)	27	13	26	14	40	47,1	47,1	47,1
	Muito satisfeito (5)	0	0	0	0	0,0	0,0	0,0	0,0
TOTAL								85	100,0

*WHOQOL-Bref. Percentual de Insatisfação é igual a escore transformado 0-100 abaixo de 70. Percentual de Satisfação é igual a escore transformado 0-100 igual ou maior que 70.

Na Tabela 05, relativamente a percepção individual de qualidade de vida, quase 53% das pessoas a classificaram como “nem ruim, nem boa” e, quanto à satisfação individual de sua própria saúde quase metade dos indivíduos entrevistados disseram estar “nem satisfeitos, nem insatisfeitos”.

Tabela nº 06: Distribuição dos usuários de quatro bibliotecas públicas do Distrito Federal segundo a qualidade de vida, Domínio 1 – Físico do WHOQOL – Bref*, no momento Pós-Intervenção, 2015.

Domínio 1- Físico	Variáveis	♂/n=49	♀/n=36	≤ 24	>25	N	%
						TOTAL	TOTAL
Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa? (W3)	Nada (1)	19	13	19	13	32	37,6
	Muito pouco (2)	29	22	22	29	51	60,0
	Mais ou menos (3)	1	1	0	2	2,0	2,4
	Bastante (4)	0	0	0	0	0,0	0,0
	Extremamente (5)	0	0	0	0	0,0	0,0
O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária? (W4)	Nada (1)	15	6	17	4	21	24,7
	Muito pouco (2)	34	29	24	39	63	74,1
	Mais ou menos (3)	0	0	0	0	0,0	0,0
	Bastante (4)	0	1	0	1	1,0	1,2
	Extremamente (5)	0	0	0	0	0,0	0,0
Você tem energia suficiente para o seu dia-a-dia? (W10)	Nada (1)	0	0	0	0	0,0	0,0
	Muito pouco (2)	0	0	0	0	0,0	0,0
	Médio (3)	8	3	6	5	11	12,9
	Muito (4)	41	33	35	39	74	87,1
	Completamente (5)	0	0	0	0	0,0	0,0
Quão bem você é capaz de se locomover? (W5)	Muito ruim (1)	0	0	0	0	0,0	0,0
	Ruim (2)	0	0	0	0	0,0	0,0
	Nem ruim, nem bom (3)	7	3	3	7	10	11,8
	Bom (4)	35	29	34	30	64	75,3
	Muito bom (5)	7	4	4	7	11	12,9
Quão satisfeito (a) você está com seu sono? (W16)	Muito insatisfeito (1)	0	0	0	0	0,0	0,0
	Insatisfeito (2)	0	0	0	0	0,0	0,0
	Nem satisfeito, nem insatisfeito (3)	11	5	12	4	16	18,8
	Satisfeito (4)	37	29	29	37	66	77,6
	Muito satisfeito (5)	1	2	0	3	3,0	3,5
Quão satisfeito (a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia? (W17)	Muito insatisfeito (1)	0	0	0	0	0,0	0,0
	Insatisfeito (2)	0	0	0	0	0,0	0,0
	Nem satisfeito, nem insatisfeito (3)	8	1	8	1	9,0	10,6
	Satisfeito (4)	38	33	32	39	71	83,5
	Muito satisfeito (5)	3	2	1	4	5,0	5,9
Quão satisfeito (a) você está com sua capacidade para o trabalho? (W18)	Muito insatisfeito (1)	0	0	0	0	0,0	0,0
	Insatisfeito (2)	0	0	0	0	0,0	0,0
	Nem satisfeito, nem insatisfeito (3)	9	2	9	2	11	13,0
	Satisfeito (4)	35	31	31	35	66	77,6
	Muito satisfeito (5)	5	3	1	7	8,0	9,4
TOTAL						85	100,0

*WHOQOL-Bref. Percentual de Insatisfação é igual a escore transformado 0-100 abaixo de 70. Percentual de Satisfação é igual a escore transformado 0-100 igual ou maior que 70.

Na Tabela 06, verifica-se quanto a energia para o dia-a-dia, que 87% das pessoas indicaram a variável “muito”; 77,6% das pessoas relataram estarem satisfeitas com o seu sono; 83,5% das pessoas disseram estarem satisfeitas com sua capacidade de desempenhar atividades diárias, e, cerca de 78% das pessoas indicaram estarem satisfeitas com sua capacidade para o trabalho.

Tabela nº 07: Distribuição dos usuários de quatro bibliotecas públicas do Distrito Federal segundo a qualidade de vida, Domínio 2 – Psicológico do WHOQOL – Bref*, no momento Pós-Intervenção, 2015.

Domínio 2- Psicológico	Variáveis	♂/n=49	♀/n=36	≤ 24	>25	N	%
						TOTAL	TOTAL
O quanto você aproveita a vida? (W5)	Nada (1)	0	0	0	0	0,0	0,0
	Muito pouco (2)	9	0	9	13	9,0	10,6
	Mais ou menos (3)	18	9	14	28	27	31,8
	Bastante (4)	19	27	18	3	46	54,1
	Extremamente (5)	3	0	0	0	3,0	3,5
Em que medida você acha que sua vida tem sentido? (W6)	Nada (1)	0	0	0	0	0,0	0,0
	Muito pouco (2)	0	0	0	0	0,0	0,0
	Mais ou menos (3)	4	2	5	1	6,0	7,1
	Bastante (4)	15	7	16	6	22	25,9
	Extremamente (5)	30	27	20	37	57	67,1
O quanto você consegue se concentrar? (W7)	Nada (1)	0	0	0	0	0,0	0,0
	Muito pouco (2)	0	0	0	0	0,0	0,0
	Mais ou menos (3)	5	1	4	2	6,0	7,1
	Bastante (4)	42	35	37	40	77	90,5
	Extremamente (5)	2	0	0	2	2,0	2,4
Você é capaz de aceitar sua aparência física? (W11)	Nada (1)	0	0	0	0	0,0	0,0
	Muito pouco (2)	0	0	0	0	0,0	0,0
	Mais ou menos (3)	15	5	9	11	20	23,5
	Bastante (4)	34	31	32	33	65	76,5
	Extremamente (5)	0	0	0	0	0,0	0,0
Quão satisfeito (a) você está consigo mesmo? (W19)	Muito insatisfeito (1)	0	0	0	0	0,0	0,0
	Insatisfeito (2)	2	0	2	0	2,0	2,4
	Nem satisfeito, nem insatisfeito (3)	15	3	16	2	18	21,2
	Satisfeito (4)	28	30	22	36	58	68,2
	Muito satisfeito (5)	4	3	1	6	7,0	8,2
Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão? (W26)	Nunca (1)	3	0	9	3	3,0	3,5
	Algumas vezes (2)	35	33	20	39	68	80,0
	Frequentemente (3)	11	3	12	2	14	16,5
	Muito frequentemente (4)	0	0	0	0	0,0	0,0
	Sempre (5)	0	0	0	0	0,0	0,0
TOTAL						85	100,0

*WHOQOL-Bref. Percentual de Insatisfação é igual a escore transformado 0-100 abaixo de 70. Percentual de Satisfação é igual a escore transformado 0-100 igual ou maior que 70.

Na Tabela 07, observa-se, que cerca de 90% das pessoas disseram que conseguem se concentrar bastante, e, 68% dos indivíduos informaram que estão satisfeitos consigo mesmos.

Tabela nº 08: Distribuição dos usuários de quatro bibliotecas públicas do Distrito Federal segundo a qualidade de vida, Domínio 3 – Relações Sociais do WHOQOL – Bref*, no momento Pós-Intervenção, 2015.

Domínio 3- Relações Sociais	Variáveis	♂/n=49	♀/n=36	≤ 24	>25	N	%	TOTAL		
								N	%	
Quão satisfeito (a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)? (W20)	Muito insatisfeito (1)	0	0	0	0	0,0	0,0	0,0	0,0	
	Insatisfeito (2)	1	1	2	0	2,0	2,4	2,0	2,4	
	Nem satisfeito, nem insatisfeito (3)	13	0	13	0	13	15,3	13	15,3	
	Satisfeito (4)	27	31	25	33	58	68,2	58	68,2	
	Muito satisfeito (5)	8	4	1	11	12	14,1	12	14,1	
Quão satisfeito (a) você está com sua vida sexual? (W21)	Não respondeu	1	4	5	0	5,0	5,9	5,0	5,9	
	Muito insatisfeito (1)	0	0	0	0	0,0	0,0	0,0	0,0	
	Insatisfeito (2)	12	3	13	2	15	17,6	15	17,6	
	Nem satisfeito, nem insatisfeito (3)	23	21	19	25	44	51,8	44	51,8	
	Satisfeito (4)	12	8	4	16	20	23,5	20	23,5	
Quão satisfeito (a) você está com o apoio que recebe de seus amigos? (W22)	Muito satisfeito (5)	1	0	0	1	1,0	1,2	1,0	1,2	
	Muito insatisfeito (1)	0	0	0	0	0,0	0,0	0,0	0,0	
	Insatisfeito (2)	1	0	1	0	1,0	1,2	1,0	1,2	
	Nem satisfeito, nem insatisfeito (3)	14	2	14	2	16	18,8	16	18,8	
	Satisfeito (4)	27	29	25	31	56	65,9	56	65,9	
Muito satisfeito (5)	7	5	1	11	12	14,1	12	14,1		
TOTAL							85	100,0	85	100,0

*WHOQOL-Bref. Percentual de Insatisfação é igual a escore transformado 0-100 abaixo de 70. Percentual de Satisfação é igual a escore transformado 0-100 igual ou maior que 70.

Na Tabela 08, 68,2% dos indivíduos informaram estarem satisfeitos com suas relações pessoais com amigos, parentes, conhecidos e colegas. Quanto ao apoio recebido por amigos, cerca de 66% dos indivíduos referiram estarem satisfeitos.

Tabela nº 09: Distribuição dos usuários de quatro bibliotecas públicas do Distrito Federal segundo a qualidade de vida, Domínio 4 – Meio Ambiente do WHOQOL – Bref*, no momento Pós-Intervenção, 2015.

Domínio 4 - Meio Ambiente	Variáveis	♂/n=49	♀/n=36	≤ 24	>25	N	%
						TOTAL	TOTAL
Quão seguro (a) você se sente em sua vida diária? (W8)	Nada (1)	0	0	0	0	0,0	0,0
	Muito pouco (2)	1	0	0	1	1,0	1,2
	Mais ou menos (3)	26	19	21	24	45	52,9
	Bastante (4)	22	16	20	18	38	44,7
	Extremamente (5)	0	1	0	1	1,0	1,2
Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)? (W9)	Nada (1)	0	0	0	0	0,0	0,0
	Muito pouco (2)	0	0	0	0	0,0	0,0
	Mais ou menos (3)	5	2	5	2	7,0	8,2
	Bastante (4)	43	32	35	40	75	88,3
	Extremamente (5)	1	2	1	2	3,0	3,5
Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades? (W12)	Nada (1)	0	0	0	0	0,0	0,0
	Muito pouco (2)	25	9	26	8	34	40,0
	Médio (3)	20	24	13	31	44	51,8
	Muito (4)	4	3	2	5	7,0	8,2
	Completamente (5)	0	0	0	0	0,0	0,0
Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia? (W13)	Nada (1)	0	0	0	0	0,0	0,0
	Muito pouco (2)	0	0	0	0	0,0	0,0
	Médio (3)	13	4	9	8	17	20,0
	Muito (4)	36	32	32	36	68	80,0
	Completamente (5)	0	0	0	0	0,0	0,0
Em que medida você tem oportunidades de atividades de lazer? (W14)	Nada (1)	0	0	0	0	0,0	0,0
	Muito pouco (2)	13	1	14	11	14	16,5
	Médio (3)	16	9	14	32	25	29,4
	Muito (4)	19	25	12	1	44	51,8
	Completamente (5)	1	1	1	0	2,0	2,4
Quão satisfeito (a) você está com as condições do local onde mora? (W23)	Muito insatisfeito (1)	0	0	0	0	0,0	0,0
	Insatisfeito (2)	0	0	0	0	0,0	0,0
	Nem satisfeito, nem insatisfeito (3)	15	2	15	2	17	20,0
	Satisfeito (4)	28	29	25	32	57	67,1
	Muito satisfeito (5)	6	5	1	10	11	12,9
Quão satisfeito (a) você está com seu acesso aos serviços de saúde? (W24)	Muito insatisfeito (1)	9	17	9	17	26	30,6
	Insatisfeito (2)	27	7	19	15	34	40,0
	Nem satisfeito, nem insatisfeito (3)	11	11	13	9	22	25,8
	Satisfeito (4)	1	1	0	2	2,0	2,4
	Muito satisfeito (5)	1	0	0	1	1,0	1,2
Quão satisfeito (a) você está com o seu meio de transporte? (W25)	Muito insatisfeito (1)	9	17	9	17	26	30,6
	Insatisfeito (2)	27	7	20	14	34	40,0
	Nem satisfeito, nem insatisfeito (3)	11	11	12	10	22	25,8
	Satisfeito (4)	1	1	0	2	2,0	2,4
	Muito satisfeito (5)	1	0	0	1	1,0	1,2
TOTAL						85	100,0

*WHOQOL-Bref. Percentual de Insatisfação é igual a escore transformado 0-100 abaixo de 70. Percentual de Satisfação é igual a escore transformado 0-100 igual ou maior que 70.

Na Tabela 09, quanto à saúde do ambiente físico em que vivem, 88,3% dos indivíduos indicaram a variável “bastante”, 80% dos indivíduos disseram terem muitas informações de que precisam disponíveis no dia-a-dia e, 67% das pessoas relataram estarem satisfeitas com as condições do local de moradia.

Tabela nº 10: Distribuição dos usuários de quatro bibliotecas públicas do Distrito Federal segundo a qualidade de vida, Questões W1- percepção individual de qualidade de vida, e questão W2 – percepção individual de saúde, do WHOQOL – Bref*, no momento Pós-Intervenção, 2015.

Questões W1 e W2	Variável	♂/n=49		♀/n=36		N	%	TOTAL
		≤ 24	>25	≤ 24	>25			
Como você avaliaria sua qualidade de vida? (W1)	Muito ruim (1)	0	0	0	0	0,0	0,0	0,0
	Ruim (2)	0	0	0	0	0,0	0,0	0,0
	Nem ruim, nem boa (3)	23	8	21	10	31	36,5	36,5
	Boa (4)	25	28	19	34	53	62,4	62,4
	Muito boa (5)	1	0	1	0	1	1,2	1,2
Quão satisfeito (a) você está com a sua saúde? (W2)	Muito insatisfeito (1)	0	0	0	0	0,0	0,0	0,0
	Insatisfeito (2)	0	0	0	0	0,0	0,0	0,0
	Nem satisfeito, nem insatisfeito (3)	6	6	5	7	12	14,1	14,1
	Satisfeito (4)	43	30	36	37	73	85,9	85,9
	Muito satisfeito (5)	0	0	0	0	0,0	0,0	0,0
TOTAL					85			100,0

*WHOQOL-Bref. Percentual de Insatisfação é igual a escore transformado 0-100 abaixo de 70. Percentual de Satisfação é igual a escore transformado 0-100 igual ou maior que 70.

Na Tabela 10, relativamente a percepção individual de qualidade de vida, 62% das pessoas a classificaram como “boa” e, quanto à satisfação individual de sua própria saúde, quase 86% dos indivíduos entrevistados disseram estar satisfeitos.

Tabela nº 11: Associação entre a Prevalência da Qualidade de Vida < 70 e os momentos Pré e Pós-Intervenção.

MOMENTOS	n	%		RP	IC 95%	Qui-Quadrado	Valor "p" - MH*
		Prevalência QV<70	RP				
Pré-Domínio 1	65	76,5	2,71	1,89 - 3,88	39,41	1x10 ⁻⁸	
Pós-Domínio 1	24	28,2					
Pré-Domínio 2	74	87,1	2,31	1,74 - 3,08	43,94	1x10 ⁻⁸	
Pós-Domínio 2	32	37,6					
Pré-Domínio 3	76	89,4	1,25	1,07 - 1,45	8,41	0,0037	
Pós-Domínio 3	61	71,8					
Pré-Domínio 4	83	97,6	1,01	0,96 - 1,07	0,20	0,65	
Pós-Domínio 4	82	96,5					

* M-H = Mantel-Haenszel.

Na tabela 11 verifica-se que houve melhora na Qualidade de Vida após a intervenção, em especial nos Domínios 1 (Físico) e 2 (Psicológico), os quais apresentaram as maiores significâncias. O Domínio 3 (Relações Sociais) indica, através do seu valor "p", que a probabilidade desse resultado ser devido ao acaso é de 3,7 em 1000.

Tabela nº 12: Associação entre a Prevalência da Qualidade de Vida < 70 nos momentos Pré e Pós-Intervenção e Gênero Feminino.

MOMENTOS	n = 36	Prevalência QV<70	RP	IC 95%	Qui-Quadrado	Valor "p" - MH*
Pré-Domínio 1	30	83,3	3,75	2,0 - 7,03	26,6	0,00000025
Pós-Domínio 1	08	22,2				
Pré-Domínio 2	32	88,9	4,57	2,33 - 8,98	34,48	1x10 ⁻⁸
Pós-Domínio 2	07	19,4				
Pré-Domínio 3	34	94,4	1,31	1,05 - 1,63	6,31	0,011
Pós-Domínio 3	26	72,2				
Pré-Domínio 4	36	100,0	1,03	0,97 - 1,09	1,00	0,31
Pós-Domínio 4	35	97,2				

* M-H = Mantel-Haenszel.

Na tabela 12 demonstra que o gênero feminino teve as maiores significâncias nos Domínios 1 (Físico) e 2 (Psicológico), após a intervenção, variação esta que mostrou-se superior em comparação ao gênero masculino.

Tabela nº 13: Associação entre a Prevalência da Qualidade de Vida < 70 nos momentos Pré e Pós-Intervenção e Gênero Masculino.

MOMENTOS	n = 49	♂ %	Prevalência QV<70	RP	IC 95%	Qui-Quadrado	Valor "p" - MH*
Pré-Domínio 1	35	71,4		2,19	1,41 - 3,39	14,61	0,00013
Pós-Domínio 1	16	32,7					
Pré-Domínio 2	42	85,7		1,68	1,25 - 2,26	13,50	0,00023
Pós-Domínio 2	25	51,0					
Pré-Domínio 3	42	85,7		1,20	0,97 - 1,48	2,94	0,086
Pós-Domínio 3	35	71,4					
Pré-Domínio 4	47	95,9		1,0	0,92 - 1,09	0,00	1,0
Pós-Domínio 4	47	95,9					

* M-H = Mantel-Haenszel.

Na tabela 13 indica que o gênero masculino teve melhores valores na prevalência da Qualidade de Vida nos Domínios 1 (Físico) e 2 (Psicológico), após a intervenção, porém, os gênero feminino foi o que apresentou a maior variação na significância.

Tabela nº 14: Associação entre a Prevalência da Qualidade de Vida < 70 nos momentos Pré e Pós-Intervenção e Idade menor ou igual a 24 anos.

MOMENTOS	Idade ≤ 24 n = 41	Idade ≤ 24 % Prevalência QV<70	RP	IC 95%	Qui-Quadrado	Valor “p” - MH*
Pré-Domínio 1	29	70,7	2,07	1,3 - 3,31	10,87	0,00097
Pós-Domínio 1	14	34,1				
Pré-Domínio 2	37	90,2	1,61	1,21 - 2,15	12,03	0,00052
Pós-Domínio 2	23	56,1				
Pré-Domínio 3	39	95,1	1,05	0,93 - 1,19	0,71	0,39
Pós-Domínio 3	37	90,2				
Pré-Domínio 4	41	100,0	—	—	—	—
Pós-Domínio 4	41	100,0				

* M-H = Mantel-Haenszel.

Na tabela 14 verifica-se que os indivíduos com idade menor ou igual 24 anos tiveram valores com significância nos Domínios 1 (Físico) e 2 (Psicológico), sendo que no Domínio 4 (Meio Ambiente) não foram detectadas mudanças após a intervenção.

Tabela nº 15: Associação entre a Prevalência da Qualidade de Vida < 70 nos momentos Pré e Pós-Intervenção e Idade > 25 anos

MOMENTOS	Idade >25 n = 44	Idade >25 % Prevalência QV<70	RP	IC 95%	Qui-Quadrado	Valor “p” - MH*
Pré-Domínio 1	36	81,8	3,6	2,05 - 6,32	30,44	0,00000003
Pós-Domínio 1	10	22,7				
Pré-Domínio 2	37	84,1	4,11	2,26 - 7,47	25,30	1x10 ⁻⁸
Pós-Domínio 2	09	20,5				
Pré-Domínio 3	37	84,1	1,54	1,14 - 2,08	8,93	0,0028
Pós-Domínio 3	24	54,5				
Pré-Domínio 4	42	95,5	1,02	0,92 - 1,14	0,21	0,64
Pós-Domínio 4	41	93,2				

* M-H = Mantel-Haenszel.

Na tabela 15 verifica-se que os indivíduos com idade maior que 24 anos tiveram valores com significância nos Domínios 1 (Físico), 2 (Psicológico) e 3 (Relações Sociais), no momento pós-intervenção.

Tabela nº 16: Associação entre os Escores de Qualidade de Vida Mínimos e Máximos dos Domínios e os Momentos Pré e Pós-Intervenção.

MOMENTOS	Valores		Média	Mediana	Kruskal Wallis H	Valor "p" - MH*
	Mínimos/Máximos					
Pré-Domínio 1	44 - 94		67,2	69,0	41,96	1x10 ⁻⁶
Pós-Domínio 1	56 - 94		75,9	75,0		
Pré-Domínio 2	31 - 81		59,6	56,0	54,6	1x10 ⁻⁶
Pós-Domínio 2	44 - 94		73,5	75,0		
Pré-Domínio 3	25 - 100		47,7	50,0	44,1	1x10 ⁻⁶
Pós-Domínio 3	31 - 100		67,4	69,0		
Pré-Domínio 4	25 - 88		43,6	38,0	51,8	1x10 ⁻⁶
Pós-Domínio 4	31 - 88		55,7	56,0		

* M-H = Mantel-Haenszel.

Na tabela 16 relativamente às variações dos Escores Mínimos e Máximos, nos Domínios entre os momentos Pré e Pós-Intervenção, verifica-se que os resultados mais significativos, relativos à média, no momento Pós-Intervenção foram nos Domínios 2 (Psicológico) e 3 (Relações Sociais).

Tabela nº 17: Distribuição dos Tutores de quatro bibliotecas públicas do Distrito Federal segundo a qualidade de vida, Domínio 1 – Físico do WHOQOL – Bref*, 2015.

Domínio 1- Físico	Variáveis	♂/n=24	♀/n=52	≤ 24	>25	N	%
						TOTAL	TOTAL
Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa? (W3)	Nada (1)	6	12	4	14	18	23,6
	Muito pouco (2)	9	20	5	24	29	38,2
	Mais ou menos (3)	8	11	3	16	19	25,0
	Bastante (4)	1	9	1	9	10	13,2
	Extremamente (5)	0	0	0	0	0	0,0
O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária? (W4)	Nada (1)	5	8	1	12	13	17,1
	Muito pouco (2)	12	19	7	24	31	40,8
	Mais ou menos (3)	4	15	5	14	19	25,0
	Bastante (4)	3	10	0	13	13	17,1
	Extremamente (5)	0	0	0	0	0	0,0
Você tem energia suficiente para o seu dia-a-dia? (W10)	Nada (1)	0	0	0	0	0	0,0
	Muito pouco (2)	2	5	1	6	7	9,2
	Médio (3)	8	23	4	27	31	40,8
	Muito (4)	11	19	5	25	30	39,5
	Completamente (5)	3	5	3	5	8	10,5
Quão bem você é capaz de se locomover? (W5)	Muito ruim (1)	0	0	0	0	0	0,0
	Ruim (2)	1	4	0	5	5	6,6
	Nem ruim, nem bom (3)	2	8	1	9	10	13,2
	Bom (4)	9	19	5	23	28	36,8
	Muito bom (5)	12	21	7	26	33	43,4
Quão satisfeito (a) você está com seu sono? (W16)	Muito insatisfeito (1)	1	2	1	2	3	3,9
	Insatisfeito (2)	7	10	2	15	17	22,4
	Nem satisfeito, nem insatisfeito (3)	4	17	4	17	21	27,6
	Satisfeito (4)	8	17	3	22	25	32,9
	Muito satisfeito (5)	4	6	3	7	10	13,2
Quão satisfeito (a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia? (W17)	Muito insatisfeito (1)	2	2	0	4	4	5,3
	Insatisfeito (2)	3	4	1	6	7	9,2
	Nem satisfeito, nem insatisfeito (3)	3	15	2	16	18	23,7
	Satisfeito (4)	14	25	7	32	39	51,3
	Muito satisfeito (5)	2	6	3	5	8	10,5
Quão satisfeito (a) você está com sua capacidade para o trabalho? (W18)	Muito insatisfeito (1)	1	1	1	1	2	2,6
	Insatisfeito (2)	2	6	1	7	8,0	10,5
	Nem satisfeito, nem insatisfeito (3)	6	12	3	15	18	23,7
	Satisfeito (4)	11	26	6	31	37	48,7
	Muito satisfeito (5)	4	7	2	9	11	14,5
TOTAL						76	100,0

*WHOQOL-Bref. Percentual de Insatisfação é igual a escore transformado 0-100 abaixo de 70. Percentual de Satisfação é igual a escore transformado 0-100 igual ou maior que 70.

Na tabela 17, quanto à necessidade de algum tratamento médico para a vida diária cerca de 41% dos entrevistados disseram necessitar muito pouco. Com relação à energia para o dia-a-dia, 41% dos indivíduos indicaram a variável “médio”, 51,3% das pessoas disseram estarem satisfeitas com sua capacidade de desempenhar as atividades diárias e, quase 49% dos indivíduos relataram estarem satisfeitos com sua capacidade para o trabalho.

Tabela nº 18: Distribuição dos Tutores de quatro bibliotecas públicas do Distrito Federal segundo a qualidade de vida, Domínio 2 – Psicológico do WHOQOL – Bref*, 2015.

Domínio 2- Psicológico	Variáveis	♂/n=24	♀/n=52	≤ 24	>25	N	%
						TOTAL	TOTAL
O quanto você aproveita a vida? (W5)	Nada (1)	0	0	0	0	0	0,0
	Muito pouco (2)	4	8	2	10	12	15,8
	Mais ou menos (3)	10	15	4	21	25	32,9
	Bastante (4)	8	25	6	27	33	43,4
	Extremamente (5)	2	4	1	5	6	7,9
Em que medida você acha que sua vida tem sentido? (W6)	Nada (1)	0	0	0	0	0	0,0
	Muito pouco (2)	0	2	1	1	2	2,6
	Mais ou menos (3)	3	7	1	9	10	13,2
	Bastante (4)	15	19	6	28	34	44,7
	Extremamente (5)	6	24	5	25	30	39,5
O quanto você consegue se concentrar? (W7)	Nada (1)	0	0	0	0	0	0,0
	Muito pouco (2)	1	7	2	6	8	10,5
	Mais ou menos (3)	12	16	3	25	28	36,8
	Bastante (4)	11	25	6	30	36	47,4
	Extremamente (5)	0	4	2	2	4	5,3
Você é capaz de aceitar sua aparência física? (W11)	Nada (1)	0	1	0	1	1	1,3
	Muito pouco (2)	3	3	2	4	6	7,9
	Mais ou menos (3)	7	17	3	21	24	31,6
	Bastante (4)	8	17	5	20	25	32,9
	Extremamente (5)	6	14	3	17	20	26,3
Quão satisfeito (a) você está consigo mesmo? (W19)	Muito insatisfeito (1)	1	3	1	3	4	5,3
	Insatisfeito (2)	2	5	2	5	7	9,2
	Nem satisfeito, nem insatisfeito (3)	3	7	2	8	10	13,2
	Satisfeito (4)	13	29	4	38	42	55,2
	Muito satisfeito (5)	5	8	4	9	13	17,1
Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão? (W26)	Nunca (1)	5	8	4	9	13	17,1
	Algumas vezes (2)	13	33	6	40	46	60,5
	Frequentemente (3)	3	7	1	9	10	13,2
	Muito frequentemente (4)	2	2	0	4	4	5,3
	Sempre (5)	1	2	2	1	3	3,9
TOTAL						76	100,0

*WHOQOL-Bref. Percentual de Insatisfação é igual a escore transformado 0-100 abaixo de 70. Percentual de Satisfação é igual a escore transformado 0-100 igual ou maior que 70.

Na tabela 18, cerca de 45% dos indivíduos indicaram a variável “bastante”, quanto à opinião do sentido de suas vidas, 47,4% das pessoas disseram conseguir se concentrar bastante e, cerca de 55% das pessoas referiram estarem satisfeitas consigo mesmas.

Tabela nº19 : Distribuição dos Tutores de quatro bibliotecas públicas do Distrito Federal segundo a qualidade de vida, Domínio 3 – Relações Sociais do WHOQOL – Bref[®], 2015.

Domínio 3- Relações Sociais	Variáveis	♂/n=24		♀/n=52		>25		≤24		N	%	TOTAL
Quão satisfeito (a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)? (W20)	Muito insatisfeito (1)	0	2	0	2	0	2	0	0	2	2,6	2
	Insatisfeito (2)	0	2	0	2	1	1	1	1	2	2,6	2
	Nem satisfeito, nem insatisfeito (3)	6	11	6	11	2	15	2	17	17	22,4	17
	Satisfeito (4)	15	25	15	25	7	33	7	40	40	52,7	40
	Muito satisfeito (5)	3	12	3	12	3	12	3	15	15	19,7	15
Quão satisfeito (a) você está com sua vida sexual? (W21)	Não respondeu	0	2	0	2	0	2	0	0	2	2,6	2
	Muito insatisfeito (1)	2	3	2	3	1	4	1	4	5	6,6	5
	Insatisfeito (2)	3	4	3	4	2	5	2	7	7	9,2	7
	Nem satisfeito, nem insatisfeito (3)	4	18	4	18	4	18	4	22	22	28,9	22
	Satisfeito (4)	13	16	13	16	5	24	5	29	29	38,2	29
	Muito satisfeito (5)	2	9	2	9	1	10	1	11	11	14,5	11
Quão satisfeito (a) você está com o apoio que recebe de seus amigos? (W22)	Muito insatisfeito (1)	0	2	0	2	0	2	0	0	2	2,6	2
	Insatisfeito (2)	2	1	2	1	0	3	0	3	3	3,9	3
	Nem satisfeito, nem insatisfeito (3)	4	12	4	12	2	14	2	16	16	21,1	16
	Satisfeito (4)	16	32	16	32	9	39	9	48	48	63,2	48
	Muito satisfeito (5)	2	5	2	5	2	5	2	7	7	9,2	7
TOTAL											76	100,0

*WHOQOL-Bref. Percentual de Insatisfação é igual a escore transformado 0-100 abaixo de 70. Percentual de Satisfação é igual a escore transformado 0-100 igual ou maior que 70.

Na tabela 19, observa-se que cerca de 53% das pessoas estão satisfeitas com suas relações pessoais com amigos, parentes, conhecidos e colegas; e 63,2% dos indivíduos referiram estarem satisfeitos com relação ao apoio que recebem de seus amigos.

Tabela nº 20: Distribuição dos Tutores de quatro bibliotecas públicas do Distrito Federal segundo a qualidade de vida, Domínio 4 – Meio Ambiente do WHOQOL – Bref*, 2015.

Domínio 4 - Meio Ambiente		Variáveis	♂/n=24	♀/n=52	≤ 24	>25	N	%
							TOTAL	TOTAL
Quão seguro (a) você se sente em sua vida diária? (W8)	Nada (1)	0	0	0	0	0	0	0,0
	Muito pouco (2)	3	10	2	11	13	17,1	
	Mais ou menos (3)	12	15	5	22	27	35,5	
	Bastante (4)	9	22	5	26	31	40,8	
	Extremamente (5)	0	5	1	4	5	6,6	
Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)? (W9)	Nada (1)	0	0	0	0	0	0,0	
	Muito pouco (2)	5	8	3	10	13	17,1	
	Mais ou menos (3)	11	25	5	31	36	47,4	
	Bastante (4)	7	18	5	20	25	32,9	
	Extremamente (5)	1	1	0	2	2	2,6	
Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades? (W12)	Nada (1)	0	3	0	3	3	3,9	
	Muito pouco (2)	11	15	6	20	26	34,2	
	Médio (3)	7	24	6	25	31	40,8	
	Muito (4)	2	10	1	11	12	15,8	
	Completamente (5)	4	0	0	4	4	5,3	
Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia? (W13)	Nada (1)	0	0	0	0	0	0,0	
	Muito pouco (2)	2	5	2	5	7	9,2	
	Médio (3)	10	22	4	28	32	42,1	
	Muito (4)	12	22	6	28	34	44,8	
	Completamente (5)	0	3	1	2	3	3,9	
Em que medida você tem oportunidades de atividades de lazer? (W14)	Nada (1)	0	1	0	1	1	1,3	
	Muito pouco (2)	7	17	3	21	24	31,6	
	Médio (3)	11	20	6	25	31	40,8	
	Muito (4)	5	13	3	15	18	23,7	
	Completamente (5)	1	1	1	1	1	2,6	
Quão satisfeito (a) você está com as condições do local onde mora? (W23)	Muito insatisfeito (1)	0	1	0	1	1	1,3	
	Insatisfeito (2)	3	5	0	8	8	10,5	
	Nem satisfeito, nem insatisfeito (3)	5	9	4	10	14	18,4	
	Satisfeito (4)	11	28	6	33	39	51,4	
	Muito satisfeito (5)	5	9	3	11	14	18,4	
Quão satisfeito (a) você está com seu acesso aos serviços de saúde? (W24)	Muito insatisfeito (1)	6	8	5	9	14	18,4	
	Insatisfeito (2)	8	22	5	25	30	39,6	
	Nem satisfeito, nem insatisfeito (3)	8	7	1	14	15	19,7	
	Satisfeito (4)	2	13	2	13	15	19,7	
	Muito satisfeito (5)	0	2	0	2	2	2,6	
Quão satisfeito (a) você está com o seu meio de transporte? (W25)	Muito insatisfeito (1)	2	8	2	8	10	13,2	
	Insatisfeito (2)	9	20	6	23	29	38,1	
	Nem satisfeito, nem insatisfeito (3)	4	4	1	7	8	10,5	
	Satisfeito (4)	6	13	2	17	19	25,0	
	Muito satisfeito (5)	3	7	2	8	10	13,2	
TOTAL							76	100,0

*WHOQOL-Bref. Percentual de Insatisfação é igual a escore transformado 0-100 abaixo de 70. Percentual de Satisfação é igual a escore transformado 0-100 igual ou maior que 70.

Na tabela 20, observa-se que cerca de 41% das pessoas indicaram a variável “médio” com relação a ter dinheiro suficiente para satisfação de suas necessidades; 41% dos indivíduos referiram a variável “médio” quanto às oportunidades de lazer. Quanto à satisfação das condições do local de moradia, 51,4% das pessoas disseram estarem satisfeitas e, cerca de 40% dos indivíduos referiram insatisfação quanto ao acesso aos serviços de saúde.

Tabela nº 21: Distribuição dos Tutores de quatro bibliotecas públicas do Distrito Federal segundo a qualidade de vida, Questões W1- percepção individual de qualidade de vida, e questão W2 – percepção individual de saúde, do WHOQOL – Bref*, 2015.

Questões W1 e W2	Variável	♂/n=24		♀/n=52		>25	N	%	TOTAL
		≤ 24	>24	≤ 24	>24				
Como você avaliaria sua qualidade de vida? (W1)	Muito ruim (1)	0	0	0	0	0	0,0	0,0	0,0
	Ruim (2)	0	1	2	1	1	2	2,6	2,6
	Nem ruim, nem boa (3)	6	3	13	3	16	19	25	25
	Boa (4)	15	8	29	8	36	44	57,9	57,9
	Muito boa (5)	3	1	8	1	10	11	14,5	14,5
Quão satisfeito (a) você está com a sua saúde? (W2)	Muito insatisfeito (1)	2	0	0	0	2	2	2,6	2,6
	Insatisfeito (2)	3	2	9	2	10	12	15,8	15,8
	Nem satisfeito, nem insatisfeito (3)	5	3	11	3	13	16	21,1	21,1
	Satisfeito (4)	13	7	27	7	33	40	52,6	52,6
	Muito satisfeito (5)	1	1	5	1	5	6	7,9	7,9
TOTAL						76			100,0

*WHOQOL-Bref. Percentual de insatisfação é igual a escore transformado 0-100 abaixo de 70. Percentual de Satisfação é igual a escore transformado 0-100 igual ou maior que 70.

Na Tabela 21, relativamente a percepção individual de qualidade de vida, quase 58% das pessoas a classificaram como “boa” e, quanto à satisfação individual de sua própria saúde quase 53% dos indivíduos entrevistados disseram estarem satisfeitos.

Tabela nº 22: Associação entre variáveis predictoras e qualidade de vida < 70, no Domínio 1*** (Físico) no Grupo 1 - Mestrado (2008) e no Grupo 2 - Doutorado (2015), 2015.

VARIÁVEIS	CATEGORIAS	GRUPO 1 - MESTRADO					GRUPO 2 - DOUTORADO						
		n	QV < 70	RP	IC 95%	Qui-Quadrado	VALOR p*	n	QV < 70	RP	IC 95%	Qui-Quadrado	VALOR p*
Gênero	Homem	13	38,2	0,62	0,38 - 1,01	4,16	0,0414	13	26,5	0,65	0,34 - 1,25	1,61	0,2051
	Mulher	21	61,8					36	73,5				
Idade	≤ 24	6	17,6	1,06	0,39 - 2,86	0,01	0,9107	8	16,3	0,88	0,32 - 2,43	0,06	0,8093
	> 25	28	82,4					41	83,7				
Renda Pessoal	≤ 1,5 SM**	11	32,4	1,05	0,54 - 2,03	0,02	0,8967	9	28,1	1,50	0,47 - 4,79	0,49	0,4841
	> 1,5 SM	23	67,6					23	71,9				
Renda Familiar	≤ 3,5 SM	11	32,4	0,97	0,51 - 1,85	0,01	0,9284	10	33,3	1,78	0,57 - 5,55	1,07	0,3007
	> 3,5 SM	23	67,6					20	66,7				
Escolaridade	≤ 1º grau incompleto	23	67,6	1,01	0,74 - 1,39	0,01	0,9284	11	22,4	1,01	0,42 - 2,43	0,00	0,9820
	≥ 1º grau completo	11	32,4					38	77,6				
Participação Social	Não	19	55,9	0,94	0,64 - 1,39	0,10	0,7507	14	28,6	0,55	0,31 - 0,98	4,00	0,0454
	Sim	15	44,1					35	71,4				

* Mantel-Haenszel/Teste Exato de Fisher quando recomendado.

** SM = Salário Mínimo.

*Valores Salário Mínimo (SM) no Brasil na época coleta dados (Mestrado, 2008): 1 SM R\$ 415,00; 1,5 SM R\$ 622,50 e 3,5 SM R\$ 1.452,50.

*Valores Salário Mínimo (SM) em dólares na época coleta dados (Mestrado, 2008): 1SM US\$ 355; 1,5 SM US\$ 532 e 3,5 SM US\$ 1.242,5.

*Em 2008: US\$ 1,00 = R\$ 1,168

*Valores Salário Mínimo (SM) no Brasil na época coleta dados (Doutorado, 2015): 1 SM R\$ 788,00; 1,5 SM R\$ 1.182,00 e 3,5 SM R\$ 2.758,00.

*Valores Salário Mínimo (SM) em dólares na época coleta dados (Doutorado, 2015): 1SM US\$ 199,5; 1,5 SM US\$ 299,24 e 3,5 SM US\$ 698,23.

*Em 2015: US\$ 1,00 = R\$ 3,95.

***Domínio 1 – Físico – WHOQOL-Bref. Percentual de Insatisfação é igual a escore transformado 0-100 abaixo de 70. Percentual de Satisfação é igual a escore transformado 0-100 igual ou maior que 70.

Na Tabela 22, quanto à associação entre variáveis predictoras e qualidade de vida <70, no Domínio 1 (Físico), houve associação estatisticamente significativa apenas com o gênero no Grupo do Mestrado, e com a participação social no Grupo do Doutorado. Comparando-se os dados do Mestrado com os dados do Doutorado, observa-se que houve uma piora da qualidade de vida em indivíduos do gênero mulher, com idade acima dos 25 anos, com renda pessoal acima de 1,5 salários mínimos e renda familiar menor ou igual a 3,5 salários mínimos, com o ensino superior e que tem participação social.

Tabela nº 23: Associação entre variáveis preditoras e qualidade de vida < 70, no Domínio 2*** (Psicológico) no Grupo 1 - Mestrado (2008) e no Grupo 2 - Doutorado (2015), 2015.

VARIÁVEIS	CATEGORIAS	GRUPO 1 - MESTRADO					GRUPO 2 - DOUTORADO						
		n	QV <70	RP	IC 95%	Qui-Quadrado	VALOR p*	n	QV <70	RP	IC 95%	Qui-Quadrado	VALOR p*
Gênero	Homem	13	37,1	0,59	0,36 - 0,96	5,15	0,0232	15	32,6	1,09	0,55 - 2,16	0,06	0,8122
	Mulher	22	62,9					31	67,4				
Idade	≤ 24	7	20,0	1,37	0,51 - 3,69	0,38	0,5384	7	15,2	0,76	0,28 - 2,04	0,29	0,5908
	> 25	28	80,0					39	84,8				
Renda Pessoal	≤ 1,5 SM**	10	28,6	0,84	0,43 - 1,64	0,27	0,6046	9	30,0	1,80	0,56 - 5,79	1,04	0,3067
	> 1,5 SM	25	71,4					21	70,0				
Renda Familiar	≤ 3,5 SM	11	31,4	0,92	0,48 - 1,76	0,06	0,8028	11	39,3	3,54	0,88 - 14,13	4,20	0,0405
	> 3,5 SM	24	68,6					17	60,7				
Escolaridade	≤ 1º grau incompleto	24	68,6	1,04	0,76 - 1,43	0,06	0,8028	11	23,9	1,2	0,49 - 2,89	0,16	0,6910
	≥ 1º grau completo	11	31,4					35	76,1				
Participação Social	Não	23	65,7	1,28	0,87 - 1,88	1,61	0,2050	15	32,6	0,75	0,42 - 1,35	0,89	0,3466
	Sim	12	34,3					31	67,4				

* Mantel-Haenszel/Teste Exato de Fisher quando recomendado.

** SM = Salário Mínimo.

*Valores Salário Mínimo (SM) no Brasil na época coleta dados (Mestrado, 2008): 1 SM R\$ 415,00; 1,5 SM R\$ 622,50 e 3,5 SM R\$ 1.452,50.

*Valores Salário Mínimo (SM) em dólares na época coleta dados (Mestrado, 2008): 1SM US\$ 355; 1,5 SM US\$ 532 e 3,5 SM US\$ 1.242,5.

*Em 2008: US\$ 1,00 = R\$ 1,168.

*Valores Salário Mínimo (SM) no Brasil na época coleta dados (Doutorado, 2015): 1 SM R\$ 788,00; 1,5 SM R\$ 1.182,00 e 3,5 SM R\$ 2.758,00.

*Valores Salário Mínimo (SM) em dólares na época coleta dados (Doutorado, 2015): 1SM US\$ 199,5; 1,5 SM US\$ 299,24 e 3,5 SM US\$ 698,23.

*Em 2015: US\$ 1,00 = R\$ 3,95.

***Domínio 2 – Psicológico – WHOQOL-Bref. Percentual de Insatisfação é igual a escore transformado 0-100 abaixo de 70.

Percentual de Satisfação é igual a escore transformado 0-100 igual ou maior que 70.

Na Tabela 23, quanto à associação entre variáveis preditoras e qualidade de vida <70, no Domínio 2 (Psicológico), houve associação estatisticamente significativa apenas com o gênero no Grupo do Mestrado, e com a renda familiar no Grupo do Doutorado. Comparando-se os dados do Mestrado com os dados do Doutorado, observa-se que houve uma piora da qualidade de vida em indivíduos do gênero mulher, com idade acima dos 25 anos, com renda pessoal menor ou igual a 1,5 salários mínimos e renda familiar menor ou igual a 3,5 salários mínimos, com o ensino superior e que tem participação social.

Tabela nº 24: Associação entre variáveis predictoras e qualidade de vida < 70, no Domínio 3*** (Relações Sociais) no Grupo 1 - Mestrado (2008) e no Grupo 2 - Doutorado (2015), 2015.

VARIÁVEIS	CATEGORIAS	GRUPO 1 - MESTRADO					GRUPO 2 - DOUTORADO						
		n	QV < 70	RP	IC 95%	Qui-Quadrado	VALOR p*	n	QV < 70	RP	IC 95%	Qui-Quadrado	VALOR p*
Gênero	Homem	12	34,3	0,52	0,31 - 0,87	7,43	0,0064	11	28,2	0,80	0,41 - 1,56	0,42	0,5187
	Mulher	23	65,7					28	71,8				
Idade	≤ 24	4	11,4	0,52	0,18 - 1,55	1,46	0,2277	6	15,4	0,81	0,30 - 2,20	0,17	0,6845
	> 25	31	88,6					33	84,6				
Renda Pessoal	≤ 1,5 SM**	11	31,4	0,99	0,51 - 1,93	0,00	0,9793	4	17,4	0,54	0,19 - 1,57	1,34	0,2479
	> 1,5 SM	24	68,6					19	82,6				
Renda Familiar	≤ 3,5 SM	12	34,3	1,08	0,57 - 2,05	0,06	0,8127	3	15,0	0,39	0,12 - 1,23	3,00	0,0831
	> 3,5 SM	23	65,7					17	85,0				
Escolaridade	≤ 1º grau incompleto	26	74,3	1,22	0,89 - 1,67	1,50	0,2213	11	28,2	1,74	0,72 - 4,22	1,55	0,2130
	≥ 1º grau completo	9	25,7					28	71,8				
Participação Social	Não	20	57,1	0,98	0,66 - 1,44	0,01	0,9030	14	35,9	0,95	0,53 - 1,71	0,03	0,8617
	Sim	15	42,9					25	64,1				

* Mantel-Haenszel/Teste Exato de Fisher quando recomendado.

** SM = Salário Mínimo.

*Valores Salário Mínimo (SM) no Brasil na época coleta dados (Mestrado, 2008): 1 SM R\$ 415,00; 1,5 SM R\$ 622,50 e 3,5 SM R\$ 1.452,50.

*Valores Salário Mínimo (SM) em dólares na época coleta dados (Mestrado, 2008): 1SM US\$ 355; 1,5 SM US\$ 532 e 3,5 SM US\$ 1.242,5.

*Em 2008: US\$ 1,00 = R\$ 1,168.

*Valores Salário Mínimo (SM) no Brasil na época coleta dados (Doutorado, 2015): 1 SM R\$ 788,00; 1,5 SM R\$ 1.182,00 e 3,5 SM R\$ 2.758,00.

*Valores Salário Mínimo (SM) em dólares na época coleta dados (Doutorado, 2015): 1SM US\$ 199,5; 1,5 SM US\$ 299,24 e 3,5 SM US\$ 698,23.

*Em 2015: US\$ 1,00 = R\$ 3,95.

***Domínio 3 – Relações Sociais – WHOQOL-Bref. Percentual de Insatisfação é igual a escore transformado 0-100 abaixo de 70.

Percentual de Satisfação é igual a escore transformado 0-100 igual ou maior que 70.

Na Tabela 24, quanto à associação entre variáveis predictoras e qualidade de vida <70, no Domínio 3 (Relações Sociais), houve associação estatisticamente significativa apenas com o gênero no Grupo do Mestrado, sendo que, no Grupo do Doutorado, não foram observadas significâncias. Comparando-se os dados do Mestrado com os dados do Doutorado, observa-se que houve uma piora da qualidade de vida em indivíduos do gênero mulher, com idade menor ou igual a 24 anos, com renda pessoal acima de 1,5 salários mínimos e renda familiar acima de 3,5 salários mínimos, com o ensino superior e que tem participação social.

Tabela nº 25: Associação entre variáveis predictoras e qualidade de vida < 70, no Domínio 4*** (Meio Ambiente) no Grupo 1 – Mestrado (2008) e no Grupo 2 – Doutorado (2015), 2015.

VARIÁVEIS	CATEGORIAS	GRUPO 1 - MESTRADO					GRUPO 2 - DOUTORADO						
		n	QV < 70	RP	IC 95%	Qui-Quadrado	VALOR p*	n	QV < 70	RP	IC 95%	Qui-Quadrado	VALOR p*
Gênero	Homem	32	48,5	0,69	0,43 - 1,11	1,59	0,2076	22	32,8	1,48	0,42 - 5,26	0,41	0,5228
	Mulher	34	51,5					45	67,2				
Idade	≤ 24	11	16,7	0,83	0,22 - 3,22	0,07	0,7955	12	17,9	1,61	0,24 - 10,97	0,26	0,6133
	> 25	55	83,3					55	82,1				
Renda Pessoal	≤ 1,5 SM**	20	30,3	0,76	0,33 - 1,76	0,37	0,5413	12	27,3	-	-	-	-
	> 1,5 SM	46	69,7					32	72,7				
Renda Familiar	≤ 3,5 SM	20	30,3	0,61	0,30 - 1,24	1,51	0,2197	13	31,7	-	-	-	-
	> 3,5 SM	46	69,7					28	68,3				
Escolaridade	≤ 1º grau incompleto	47	71,2	1,78	0,82 - 3,86	3,78	0,0518	17	25,4	-	-	-	-
	≥ 1º grau completo	19	28,8					50	74,6				
Participação Social	Não	40	60,6	1,52	0,69 - 3,32	1,49	0,2217	25	37,3	1,12	0,42 - 2,97	0,05	0,8174
	Sim	26	39,4					42	62,7				

* Mantel-Haenszel/Teste Exato de Fisher quando recomendado.

** SM = Salário Mínimo.

*Valores Salário Mínimo (SM) no Brasil na época coleta dados (Mestrado, 2008): 1 SM R\$ 415,00; 1,5 SM R\$ 622,50 e 3,5 SM R\$ 1.452,50.

*Valores Salário Mínimo (SM) em dólares na época coleta dados (Mestrado, 2008): 1SM US\$ 355; 1,5 SM US\$ 532 e 3,5 SM US\$ 1.242,5.

*Em 2008: US\$ 1,00 = R\$ 1,168.

*Valores Salário Mínimo (SM) no Brasil na época coleta dados (Doutorado, 2015): 1 SM R\$ 788,00; 1,5 SM R\$ 1.182,00 e 3,5 SM R\$ 2.758,00.

*Valores Salário Mínimo (SM) em dólares na época coleta dados (Doutorado, 2015): 1SM US\$ 199,5; 1,5 SM US\$ 299,24 e 3,5 SM US\$ 698,23.

*Em 2015: US\$ 1,00 = R\$ 3,95.

***Domínio 4 – Meio Ambiente – WHOQOL-Bref. Percentual de Insatisfação é igual a escore transformado 0-100 abaixo de 70.

Percentual de Satisfação é igual a escore transformado 0-100 igual ou maior que 70.

Na Tabela 25, quanto à associação entre variáveis predictoras e qualidade de vida <70, no Domínio 4 (Meio Ambiente), não houve associação estatisticamente significativa nos Grupos do Mestrado e do Doutorado. Comparando-se os dados do Mestrado com os dados do Doutorado, observa-se que houve uma piora da qualidade de vida em indivíduos do gênero mulher, com idade menor ou igual a 24 anos, com renda pessoal acima de 1,5 salários mínimos e renda familiar menor ou igual a 3,5 salários mínimos, com o ensino superior e que tem participação social.

Tabela nº 26: Associação entre variáveis preditoras e insatisfação na própria qualidade de vida - Questão W1*** no Grupo 1 - Mestrado (2008) e no Grupo 2 - Doutorado (2015), 2015.

VARIÁVEIS	CATEGORIAS	GRUPO 1 - MESTRADO						GRUPO 2 - DOUTORADO					
		n	QV < 70	RP	IC 95%	Qui-Quadrado	VALOR p*	n	QV < 70	RP	IC 95%	Qui-Quadrado	VALOR p*
Gênero	Homem	5	35,7	0,65	0,31 - 1,36	1,65	0,1989	6	28,6	0,87	0,40 - 1,90	0,12	0,7291
	Mulher	9	64,3					15	71,4				
Idade	≤ 24	3	21,4	1,33	0,42 - 4,21	0,22	0,6365	4	19,0	1,16	0,40 - 3,38	0,08	0,7825
	> 25	11	78,6					17	81,0				
Renda Pessoal	≤ 1,5 SM**	11	78,6	1,48	1,03 - 2,11	2,97	0,0848	4	28,6	1,21	0,44 - 3,39	0,13	0,7167
	> 1,5 SM	3	21,4					10	71,4				
Renda Familiar	≤ 3,5 SM	10	71,4	1,23	0,83 - 1,82	0,84	0,3586	4	33,3	1,26	0,47 - 3,34	0,20	0,6534
	> 3,5 SM	4	28,6					8	66,7				
Escolaridade	≤ 1º grau incompleto	9	64,3	3,07	1,65 - 5,71	10,28	0,0013	5	23,8	1,09	0,44 - 2,72	0,03	0,8531
	≥ 1º grau completo	5	35,7					16	76,2				
Participação Social	Não	10	71,4	1,3	0,87 - 1,95	1,27	0,2592	6	28,6	0,71	0,34 - 1,51	0,84	0,3588
	Sim	4	28,6					15	71,4				

* Mantel-Haenszel/Teste Exato de Fisher quando recomendado.

** SM = Salário Mínimo.

*Valores Salário Mínimo (SM) no Brasil na época coleta dados (Mestrado, 2008): 1 SM R\$ 415,00; 1,5 SM R\$ 622,50 e 3,5 SM R\$ 1.452,50.

*Valores Salário Mínimo (SM) em dólares na época coleta dados (Mestrado, 2008): 1SM US\$ 355; 1,5 SM US\$ 532 e 3,5 SM US\$ 1.242,5.

*Em 2008: US\$ 1,00 = R\$ 1,168.

*Valores Salário Mínimo (SM) no Brasil na época coleta dados (Doutorado, 2015): 1 SM R\$ 788,00; 1,5 SM R\$ 1.182,00 e 3,5 SM R\$ 2.758,00.

*Valores Salário Mínimo (SM) em dólares na época coleta dados (Doutorado, 2015): 1SM US\$ 199,5; 1,5 SM US\$ 299,24 e 3,5 SM US\$ 698,23.

*Em 2015: US\$ 1,00 = R\$ 3,95.

***Insatisfação na própria qualidade de vida - Questão W1 – WHOQOL-Bref . Percentual de insatisfação é igual a escore transformado 0-100 abaixo de 70. Percentual de Satisfação é igual a escore transformado 0-100 igual ou maior que 70.

Na Tabela 26, quanto à associação entre variáveis preditoras e insatisfação na própria qualidade de vida - Questão W1, verifica-se que houve associação estatisticamente significativa no quesito escolaridade do Grupo do Mestrado. Comparando-se os dados do Mestrado com os dados do Doutorado, observa-se que houve uma piora da qualidade de vida em indivíduos do gênero mulher, com idade acima dos 25 anos, com renda pessoal acima de 1,5 salários mínimos e renda familiar acima de 3,5 salários mínimos, com o ensino superior e que tem participação social.

Tabela nº 27: Associação entre variáveis preditoras e insatisfação com sua própria saúde - Questão W2*** no Grupo 1 - Mestrado (2008) e no Grupo 2 - Doutorado (2015), 2015.

VARIÁVEIS	CATEGORIAS	GRUPO 1 - MESTRADO					GRUPO 2 - DOUTORADO						
		n	QV < 70	RP	IC 95%	Qui-Quadrado	VALOR p*	n	QV < 70	RP	IC 95%	Qui-Quadrado	VALOR p*
Gênero	Homem	9	42,9	0,79	0,45 - 1,36	0,82	0,3651	10	33,3	1,10	0,56 - 2,14	0,07	0,7918
	Mulher	12	57,1					20	66,7				
Idade	≤ 24	4	19,0	1,16	0,40 - 3,38	0,08	0,7825	5	16,7	0,96	0,35 - 2,65	0,01	0,9350
	> 25	17	81,0					25	83,3				
Renda Pessoal	≤ 1,5 SM**	11	52,4	0,87	0,55 - 1,38	0,36	0,5500	5	26,3	1,09	0,40 - 2,94	0,03	0,8660
	> 1,5 SM	10	47,6					14	73,7				
Renda Familiar	≤ 3,5 SM	13	61,9	1,03	0,69 - 1,54	0,02	0,8800	6	31,6	1,22	0,49 - 3,05	0,17	0,6783
	> 3,5 SM	8	38,1					13	68,4				
Escolaridade	≤ 1º grau incompleto	10	47,6	2,18	1,11 - 4,27	4,85	0,0275	8	26,7	1,36	0,59 - 3,14	0,52	0,4706
	≥ 1º grau completo	11	52,4					22	73,3				
Participação Social	Não	13	61,9	1,10	0,73 - 1,65	0,19	0,6638	14	46,7	1,53	0,86 - 2,74	2,03	0,1543
	Sim	8	38,1					16	53,3				

* Mantel-Haenszel/Teste Exato de Fisher quando recomendado.

** SM = Salário Mínimo.

*Valores Salário Mínimo (SM) no Brasil na época coleta dados (Mestrado, 2008): 1 SM R\$ 415,00; 1,5 SM R\$ 622,50 e 3,5 SM R\$ 1.452,50.

*Valores Salário Mínimo (SM) em dólares na época coleta dados (Mestrado, 2008): 1SM US\$ 355; 1,5 SM US\$ 532 e 3,5 SM US\$ 1.242,5.

*Em 2008: US\$ 1,00 = R\$ 1,168.

*Valores Salário Mínimo (SM) no Brasil na época coleta dados (Doutorado, 2015): 1 SM R\$ 788,00; 1,5 SM R\$ 1.182,00 e 3,5 SM R\$ 2.758,00.

*Valores Salário Mínimo (SM) em dólares na época coleta dados (Doutorado, 2015): 1SM US\$ 199,5; 1,5 SM US\$ 299,24 e 3,5 SM US\$ 698,23.

*Em 2015: US\$ 1,00 = R\$ 3,95.

***Insatisfação na própria qualidade de vida - Questão W2 - WHOQOL-Bref. Percentual de Insatisfação é igual a escore transformado 0-100 abaixo de 70. Percentual de Satisfação é igual a escore transformado 0-100 igual ou maior que 70.

Na Tabela 27, quanto à associação entre variáveis preditoras e insatisfação com sua própria saúde - Questão W2, verifica-se que houve associação estatisticamente significativa no quesito escolaridade do Grupo do Mestrado. Comparando-se os dados do Mestrado com os dados do Doutorado, observa-se que houve uma piora da insatisfação com a própria saúde em indivíduos do gênero mulher, com idade acima dos 25 anos, com renda pessoal acima de 1,5 salários mínimos e renda familiar acima de 3,5 salários mínimos, com o ensino superior e que tem participação social.

Tabela nº 28: Caracterização do acervo, atendimento e serviços de quatro Bibliotecas do Distrito Federal pelos Tutores, 2015.

QUESTÕES	Sim n	%	Não n	%
1. Obtenção de informações, livros e outros materiais:	48	63,2	28	36,8
2. Quando falta algum título, a biblioteca busca auxílio em outras bibliotecas?	30	39,5	46	60,5
3. Empréstimo de livros:	69	90,8	7	9,2
4. Reserva de livros/materiais a pedido dos usuários:	61	80,3	15	19,7
5. A biblioteca realiza pesquisa em livros e periódicos?	45	59,2	31	40,8
6. Existe serviço de orientações aos usuários para elaboração de referências?	46	60,5	30	39,5
7. A biblioteca oferece serviços de pesquisas sobre Leis Trabalhistas?	48	63,2	28	36,8
8. A biblioteca oferece serviços de pesquisas sobre Leis em geral?	52	68,4	24	31,6
9. Existem pessoas para auxiliar os usuários em suas pesquisas na biblioteca?	65	85,5	11	14,5
10. A biblioteca comunica aos usuários a chegada de novos livros/materiais?	44	57,9	32	42,1
11. A biblioteca possui um site na internet?	19	25,0	57	75,0
12. A pesquisa ao acervo está disponível através da internet?	11	14,5	65	85,5
13. A biblioteca possui Sociedade de Amigos da Biblioteca - SAB?	26	34,2	50	65,8
14. O usuário questionado participa da Sociedade de Amigos da Biblioteca ?	12	15,8	64	84,2

Obs.: O número total de Tutores foi de 76 indivíduos.

Na tabela 28, a maioria dos indivíduos do Grupo de Tutores fez observações muito positivas com relação aos acervos e aos serviços oferecidos pelas bibliotecas públicas envolvidas no estudo, porém, um grande número de pessoas referiu muitas carências relativas ao acesso à internet, bem como serviços das bibliotecas que poderiam ser oferecidos online.

Tabela nº 29: Graus de satisfação dos Tutores quanto aos recursos estruturais e de equipamentos de quatro Bibliotecas do Distrito Federal, 2015.

QUESTÕES	VARIÁVEIS (n / %)						
	insatisfeito	pouco satisfeito	nem satisfeito, nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito	não aplicável/não respondeu	
1. Satisfação quanto a informações, títulos e outros materiais da biblioteca:	0 / 0,0	2 / 2,6	9 / 11,8	21 / 27,6	14 / 18,4	30 / 39,6	
2. Estado físico / conservação dos livros.	0 / 0,0	10 / 13,2	13 / 17,1	43 / 56,5	10 / 13,2	0 / 0,0	
3. Sinalização de livros, prateleiras e estantes para rapidez e eficiência na localização de materiais.	5 / 6,6	4 / 5,3	13 / 17,1	35 / 46,0	19 / 25,0	0 / 0,0	
4. Mesas de leitura.	3 / 3,9	8 / 10,5	18 / 23,7	30 / 39,5	16 / 21,1	1 / 1,3	
5. Locais reservados para trabalhos em grupo.	23 / 30,3	9 / 11,8	9 / 11,8	22 / 28,9	8 / 10,5	5 / 6,7	
6. Ventilação do ambiente.	4 / 5,3	9 / 11,8	16 / 21,1	32 / 42,1	11 / 14,4	4 / 5,3	
7. Ar condicionado/ventilador.	17 / 22,4	7 / 9,2	10 / 13,2	26 / 34,2	10 / 13,2	6 / 7,8	
8. Iluminação interna.	3 / 3,9	12 / 15,9	14 / 18,5	32 / 42,1	9 / 11,8	6 / 7,8	
9. Sossego ambiental.	2 / 2,6	5 / 6,6	15 / 19,7	29 / 38,2	16 / 21,1	9 / 11,8	
10. Conforto ambiental.	4 / 5,3	8 / 10,5	17 / 22,4	30 / 39,5	9 / 11,8	8 / 10,5	
11. Computadores disponíveis para os usuários.	25 / 32,9	9 / 11,8	4 / 5,3	14 / 18,4	4 / 5,3	20 / 26,3	
12. Computadores com internet.	24 / 31,6	7 / 9,2	5 / 6,6	8 / 10,5	8 / 10,5	24 / 31,6	
13. Ambiente adaptado para portadores necessidades especiais - PNE.	15 / 19,8	7 / 9,2	12 / 15,8	12 / 15,8	8 / 10,5	22 / 28,9	

Obs.: O número total de Tutores foi de 76 indivíduos. Na tabela 29, quanto aos recursos estruturais e de equipamentos das bibliotecas públicas, verifica-se que a maioria dos Tutores relatou satisfação.

Tabela nº 30 - A: Graus de satisfação dos Tutores quanto ao atendimento aos usuários de quatro Bibliotecas do Distrito Federal, 2015.

QUESTÕES	VARIÁVEIS (n / %)					
	insatisfeito	pouco satisfeito	nem satisfeito, nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito	não aplicável/não respondeu
1. Quando falta algum título, a biblioteca busca auxílio em outras bibliotecas?	0 / 0,0	4 / 5,3	9 / 11,8	9 / 11,8	8 / 10,6	46 / 60,5
2. Empréstimo de livros:	0 / 0,0	3 / 3,9	7 / 9,2	29 / 38,3	28 / 36,8	9 / 11,8
3. Reserva de livros/materiais a pedido dos usuários:	1 / 1,3	3 / 3,9	10 / 13,2	25 / 32,9	19 / 25,0	18 / 23,7
4. A biblioteca realiza pesquisa em livros e periódicos?	0 / 0,0	1 / 1,3	10 / 13,2	18 / 23,7	15 / 19,7	32 / 42,1
5. Existe serviço de orientações aos usuários para elaboração de referências?	1 / 1,3	3 / 3,9	6 / 7,9	23 / 30,3	13 / 17,1	30 / 39,5
6. Informações ao usuário por telefone.	1 / 1,3	6 / 7,9	6 / 7,9	22 / 28,9	15 / 19,7	26 / 34,3
7. Informações ao usuário por Correio.	1 / 1,3	2 / 2,6	1 / 1,3	3 / 3,9	1 / 1,3	68 / 89,6
8. Informações ao usuário por E-mail	2 / 2,6	3 / 3,9	2 / 2,6	10 / 13,2	8 / 10,5	51 / 67,2

Obs.: O número total de Tutores foi de 76 indivíduos.

Na tabela 30-A, quanto ao atendimento aos usuários das bibliotecas públicas a maioria dos Tutores relataram estarem satisfeitos.

Tabela nº 30 - B: Graus de satisfação dos Tutores quanto ao atendimento aos usuários de quatro Bibliotecas do Distrito Federal, 2015.

QUESTÕES	VARIÁVEIS (n / %)					
	insatisfeito	pouco satisfeito	nem satisfeito	satisfeito	muito satisfeito	não aplicável/não respondeu
9. A biblioteca oferece serviços de pesquisas sobre Leis Trabalhistas?	1 / 1,3	8 / 10,5	11 / 14,5	14 / 18,4	11 / 14,5	31 / 40,8
10. A biblioteca oferece serviços de pesquisas sobre Leis em geral?	1 / 1,3	8 / 10,5	12 / 15,8	15 / 19,7	13 / 17,2	27 / 35,5
11. Existem pessoas para auxiliar os usuários em suas pesquisas na biblioteca?	1 / 1,3	9 / 11,8	10 / 13,2	23 / 30,3	20 / 26,3	13 / 17,1
12. A biblioteca comunica aos usuários a chegada de novos livros/materiais?	0 / 0,0	4 / 15,3	10 / 13,2	17 / 22,4	12 / 15,7	33 / 43,4
13. A biblioteca possui um site na internet?	1 / 1,3	4 / 5,3	3 / 3,9	7 / 9,2	4 / 5,3	57 / 75,0
14. A pesquisa ao acervo está disponível através da internet?	0 / 0,0	1 / 1,3	1 / 1,3	5 / 6,6	2 / 2,6	67 / 88,2
15. Horário de atendimento da biblioteca.	1 / 1,3	6 / 7,9	6 / 7,9	29 / 38,2	33 / 43,4	1 / 1,3
16. Atendimento de um modo geral.	2 / 2,6	2 / 2,6	9 / 11,8	26 / 34,2	36 / 47,5	1 / 1,3

Obs.: O número total de Tutores foi de 76 indivíduos.

Na tabela 30-B, com relação ao atendimento aos usuários das bibliotecas públicas, os Tutores referiram, em sua maioria, estarem muito satisfeitos.

Tabela nº 31 - A: Frequência de atividades desenvolvidas junto a comunidade em quatro Bibliotecas do Distrito Federal, 2015.

QUESTÕES	VARIÁVEIS (n / %)		
	sim	não	não respondeu
1. Serviço de Biblioteca Móvel.	8 / 10,5	67 / 88,2	1 / 1,3
2. Clube de Leitura.	6 / 7,9	66 / 86,8	4 / 5,3
3. Rodas de Leitura.	15 / 19,7	56 / 73,7	5 / 6,6
4. Hora do Conto.	37 / 48,7	37 / 48,7	2 / 2,6
5. Concursos entre usuários.	12 / 15,8	60 / 78,9	4 / 5,3
6. Exposições de livros.	42 / 55,3	31 / 40,8	3 / 3,9
7. Feira de livros.	18 / 23,7	55 / 72,4	3 / 3,9
8. Lançamento de livros.	22 / 28,9	51 / 67,2	3 / 3,9
9. Animações culturais.	26 / 34,2	45 / 59,2	5 / 6,6

Obs.: O número total de Tutores foi de 76 indivíduos.

Tabela nº 31 - B: Frequência de atividades desenvolvidas junto a comunidade em quatro Bibliotecas do Distrito Federal, 2015.

QUESTÕES	VARIÁVEIS (n / %)	
	sim	não
10. Exposições em geral.	24 / 31,6	49 / 64,5
11. Encontros com autores.	18 / 23,7	55 / 72,4
12. Palestras.	18 / 23,7	54 / 71,1
13. Seminários.	10 / 13,2	63 / 82,9
14. Vistas guiadas na biblioteca.	34 / 44,7	39 / 51,4
15. Gincanas culturais.	12 / 15,8	61 / 80,3
16. Plantões de «tira-dúvidas»	10 / 13,2	63 / 82,9
18. Leituras na comunidade.	10 / 13,2	62 / 81,5

Obs.: O número total de Tutores foi de 76 indivíduos.

Nas tabelas 31-A e 31-B, relativamente à frequência de atividades desenvolvidas nas comunidades, a maioria dos Tutores relatou que muitas bibliotecas públicas não desenvolvem atividades comunitárias.

6. DISCUSSÃO

A saúde, a qualidade de vida e grau de satisfação dos indivíduos em vários âmbitos, são elementos essenciais em uma sociedade, tendo como foco central a promoção da saúde. A prevenção das doenças não contempla a dimensão histórica e social, de políticas públicas saudáveis e intersetoriais, nem propicia o empoderamento das comunidades e a valorização de seus potenciais, bem como a melhoria de suas condições de vida e de trabalho. A promoção da saúde está mais vinculada a uma visão holística e socioambiental, atingindo limites extramuros das instituições de saúde tradicionais.

Verifica-se que o conceito de saúde é, em verdade, dinâmico, pois necessita ser visto de forma contextualizada, onde as pessoas sejam vistas na integralidade de suas histórias de vida, de sua autonomia, de sua cultura e de seus conhecimentos empíricos.

Segundo Muñoz e Salinas (54), não existe apenas uma teoria que subsidie as necessidades das pessoas e a qualidade de vida. Os autores fazem referência aos nove tipos universais de necessidades elencados por Manfred Max-Neef, quais sejam: subsistência, proteção, afeto, entendimento, participação, ócio, criação, identidade e liberdade. Essas necessidades são consideradas universais, independentemente do tipo de cultura ou de contexto populacional. Os autores colocam ainda que essas necessidades não modificam com o tempo, mas sim, os meios utilizados para satisfazê-las.

A educação em saúde é uma ferramenta importante para se promover a saúde, no entanto, é importante interagir com o saber popular, que fomenta o processo educativo de uma comunidade. Constatou-se, com a realização deste trabalho, que a educação em saúde pode ser feita na comunidade em vários locais, dentre os quais, as bibliotecas públicas, que são espaços privilegiados, caracterizando-se estas como núcleos comunitários de aprendizado, intervenção e promoção da saúde. Aliado a isso, a epidemiologia através de suas bases teóricas e metodológicas, somada a princípios éticos e morais, direciona esforços para entender e contribuir na redução das desigualdades na saúde e melhoria da qualidade de vida dos indivíduos. A epidemiologia também é fundamental para subsidiar as políticas públicas efetivamente saudáveis, demonstrando os melhores caminhos e alternativas para a efetividade da promoção da saúde. A aferição da qualidade de vida é uma ferramenta de extrema importância, pois sinaliza pontos que necessitam ser trabalhados para se alcançar efetividade nas políticas de saúde e, conseqüentemente, subsidiar estratégias para se alcançar patamares mais elevados de saúde nas populações.

Com relação à aplicação do Curso de Dinamização e Uso da Bibliotecas pública, a participação dos alunos auxiliou sobremaneira na capacitação dos indivíduos que trabalham nas bibliotecas estudadas. Na biblioteca de Taguatinga, que já realizava projetos extramuros, houveram desdobramentos inesperados da presente pesquisa, no caso, o Projeto Metamorfose.

Apesar de ter havido um certo receio por parte da aluna, antes do primeiro contato com os jovens pequenos infratores, com o decorrer das atividades de saúde que foram desenvolvidas com eles, tais como oficina de cuidados com os dentes e higiene geral, as quais foram realizadas de uma forma muito tranquila, houve uma mudança na

forma de a aluna enxergá-los. Os meninos são extremamente carentes de atenção. A grande maioria verbalizou interesse em aprender uma profissão, como mecânico, marceneiro, técnico em informática, etc. Eles também pediram para serem feitas atividades de gastronomia. As tardes com os adolescentes foram muito agradáveis.

A maior lição dessa atividade é que se nós, privilegiados sociais, não fizermos nada por esses menores, certamente uma bala de um revólver que porventura um deles esteja usando, poderá atingir à nós ou a algum ente muito querido de nossa família. Portanto, não podemos assistir ao aumento da violência de braços cruzados. Precisamos dedicar um pouco de nossas vidas a esses seres humanos, na grande maioria com histórias de vida terríveis. Assim, estaremos também protegendo o bem estar e a saúde e segurança de todos e contribuindo para diminuir a violência na sociedade.

Outros desdobramentos do curso ministrado nas bibliotecas e desta pesquisa, como a inauguração da biblioteca da Estrutural e a reinauguração da biblioteca de Águas Claras foram propulsores para muitas melhorias das comunidades adjacentes às mesmas. No caso da biblioteca de Vicente Pires, com o adolescente que trabalhava com leitura e teatro para crianças, este foi considerado uma “célula” dessa biblioteca. Também em Vicente Pires, o projeto de intercâmbio dos alunos, sendo que a biblioteca tinha tão pouco tempo de funcionamento, significou muito para a comunidade, ampliando horizontes e indo além de fronteiras. A “Mamãe Noel e suas Fábulas Natalinas” no ônibus circular de Vicente Pires significou a biblioteca indo até a população. Em todas as visitas realizadas nessas bibliotecas inauguradas há pouco tempo, verificou-se que o empenho de seus administradores foi fundamental para “fazê-las nascer com maturidade”, ou seja, além dos usuários que as frequentam diariamente, seja para ler, ou para estudar, os seus projetos extramuros demonstraram que seus dirigentes têm a perfeita noção do papel da biblioteca pública nas comunidades e para a sociedade.

A instalação das Estantes da Saúde foi de extrema importância em todas as bibliotecas, porque possibilitou uma aproximação mais estreita das informações em saúde para os usuários. O fato de o Ministério da Saúde não enviar folhetos educativos para as bibliotecas públicas é uma grande lacuna para a Atenção Primária em Saúde, pois são desperdiçadas oportunidades ímpares de se atingir uma proporção extremamente significativa da população, sem considerar-se o fato de que pessoas que frequentam bibliotecas públicas são multiplicadores de informações na comunidade.

Segundo Mendes (55), a ampliação do Programa de Saúde da Família (PSF) não teve efetividade devido ao fato de permanecerem problemas estruturais, apesar de alguns bons resultados que foram obtidos. Dessa forma, o PSF foi exitoso dentro de limites pré-estabelecidos que foram elencados para que se desenvolvesse.

O autor coloca que, a principal razão para não ter havido grande êxito no PSF, pelo motivo de o Sistema Único de Saúde – SUS, estar estruturado em um modelo de gestão de oferta, ao invés de estar focado nas necessidades da população usuária, onde existe uma ampla demanda, porém uma estrutura de oferta restrita, não capaz de atender às reais necessidades, contextualizadas, dos usuários dos serviços de saúde (56).

O modelo de oferta do SUS é construído com base em séries históricas que refletem a organização política de sua capacidade instalada, contrapondo-se às reais necessidades dos usuários (56).

Mendes (55) refere que existe uma incoerência entre a situação de saúde da população e o sistema de atenção à saúde vigente e propõe a implantação das Redes de Atenção à Saúde para a resolução desse contexto.

As Redes de Atenção à Saúde – RAS

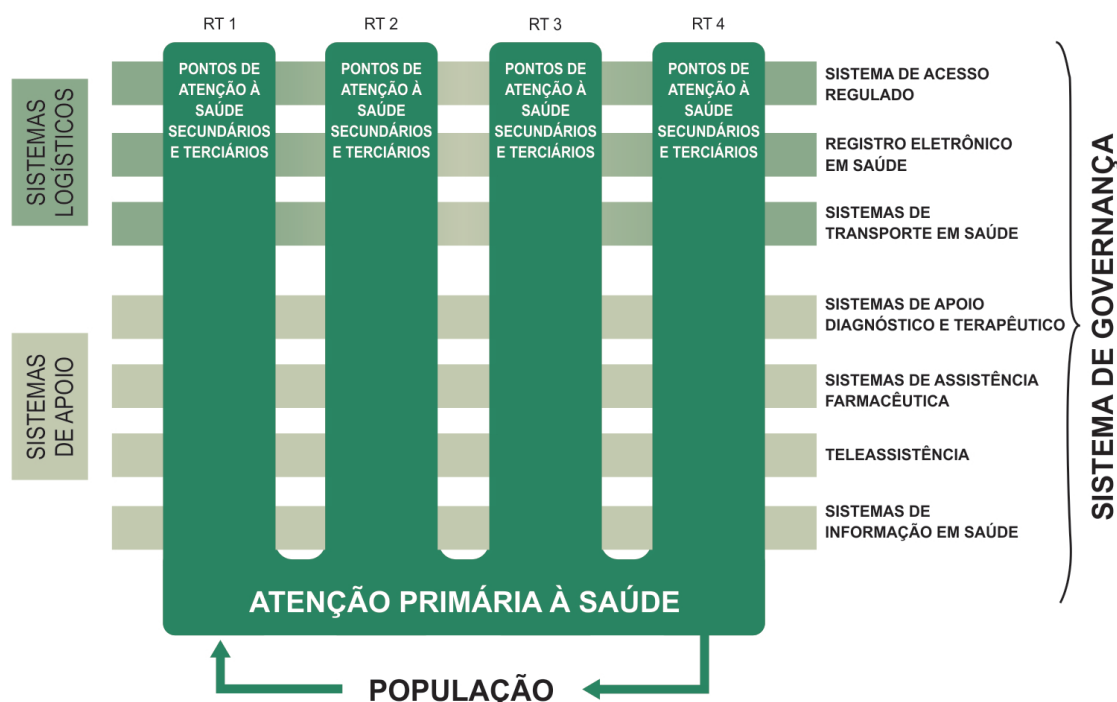
“As RAS são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela Atenção Primária em Saúde – APS -, prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa, de forma humanizada e segura e com equidade -, com responsabilidades sanitária e econômica pela população adstrita e gerando valor para essa população (55)”

No modelo de RAS observa-se que não existe hierarquia entre os serviços de saúde, sendo suas diferenças apenas na oferta de tecnologias, ou seja, ocorre uma perfeita interlocução entre os níveis primário, secundário e terciário, onde o principal ponto é a resolutividade de uma condição de saúde através da integralidade do cuidado, pelo percurso do ciclo completo de atenção à saúde. Mendes (55) também refere que “o centro de comunicação da RAS situa-se na Atenção Primária em Saúde – APS”.

Dentro da proposta de RAS, verifica-se que, para que estas existam, ser necessário considerar-se três elementos: a população, cujas características devem ser obtidas através da articulação da Atenção Primária em Saúde; a estrutura operacional da RAS, onde (55):

“A estrutura operacional da RAS compõe-se de cinco componentes: o centro de comunicação, a APS; os pontos de atenção à saúde secundários e terciários; os sistemas de apoio (sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico, sistemas de assistência farmacêutica, sistemas de teleassistência e sistemas de informação em saúde); os sistemas logísticos (registro eletrônico em saúde, sistemas de acesso regulado à atenção e sistemas de transporte em saúde); e o sistema de governança da RAS. Os três primeiros correspondem aos nós das redes e, o quarto, às ligações que comunicam os diferentes nós, como pode ser observado na Figura 5, adiante.”

Figura 5. Estrutura Operacional da RAS



Fonte: Mendes (2011)

No caso específico desta Tese, as bibliotecas públicas inserem-se nos “Sistemas de Informações em Saúde”, caracterizando-se como um novo espaço de disseminação de informações para a promoção da saúde.

Ainda considerando-se a estrutura das RAS, verifica-se que o terceiro elemento são os modelos de atenção à saúde, que organizam o funcionamento das RAS de acordo com a interlocução dos componentes da rede e as ações sanitárias, em face da prevalência, demografia, epidemiologia e características sociais da saúde, em certo tempo e estrutura social (55). Esses modelos de atenção à saúde poderão ser relativos aos eventos agudos, condições agudas e às condições crônicas.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (56), um grande problema atual dos Sistemas de Atenção à Saúde é o fato de estes responderem às condições crônicas não agudizadas através de modelos de atendimento a eventos agudos, gerando resultados sanitários e econômicos ruins. Como consequência, esse modelo não é capaz de manter a estabilidade nas condições crônicas, nem mesmo de conter a evolução dessas condições, ocorrendo recorrentes agudizações.

Ademais, verifica-se, em larga escala, em vários serviços de saúde no país, em especial nas emergências e pronto-socorros, que existe uma demanda muito significativa de usuários que procuram esses serviços, mas que no entanto, recebem uma Classificação de Risco azul ou verde, condição que teria resolução na própria Atenção Primária, ou na Atenção Primária Especializada.

O sistema de Classificação de Risco possui muitas vertentes, porém, usualmente

é utilizado o Protocolo de Manchester (57), caracterizado conforme segue:

Quadro 4. Classificação de Risco pelo Sistema de Manchester

Número	Nome	Cor	Tempo Alvo
1	Emergente	Vermelho	0
2	Muito urgente	Laranja	10
3	Urgente	Amarelo	60
4	Pouco urgente	Verde	120
5	Não urgente	Azul	240

Sendo assim, o fortalecimento das Redes de Atenção à Saúde, a partir da Atenção Primária em Saúde, seria uma das ferramentas para aumentar a resolutividade ou eficiência, eficácia e efetividade dos serviços de saúde para as necessidades das populações, sempre de maneira contextualizada.

Mendes (55) analisou vários estudos e verificou que dentre os problemas mais frequentes na APS, existe a necessidade de priorizar, nos cuidados primários, atividades de promoção da saúde e prevenção de doenças, bem como à enfermidades como hipertensão arterial sistêmica, diabetes melito, alterações metabólicas lipídicas, atenção às gestantes e às crianças, processos depressivos, infecções de vias aéreas superiores, hipotireoidismo, obesidade e afecções na região lombar, caracterizando-se a maior demanda por problemas crônicos.

O autor (55) pesquisou em outras fontes e também constatou que, tanto no Brasil como em outros países, dentre os motivos de consultas a médicos de família, destacam-se a avaliação médica e também motivos de prevenção de doenças. O mesmo autor destaca que “a solução está em delegar as ações preventivas a outros profissionais não médicos”.

Verifica-se, desta forma, a grande importância de estimular a formação e permanência de Grupos de Amigos da Saúde no contexto das bibliotecas públicas, ocasião em que temas relativos à prevenção de doenças e à promoção da saúde podem ser amplamente contemplados, fazendo com que as bibliotecas se estabeleçam também como ferramentas no contexto das Redes de Atenção à Saúde, dentro de sistemas de informação em saúde.

Dentro do processo de construção social da APS, as bases operacionais estão pautadas nos modelos de Donabedian e da Gestão por Processos (55). O modelo de Donabedian propicia a mensuração de níveis de saúde e a satisfação de cuidados recebidos pelos usuários, além de resultados de avaliações econômicas. Dentro do modelo de Gestão de Processos, não existem barreiras, ou seja, é possível a visualização da organização como um todo, assim como uma interlocução entre os diferentes agentes.

A estratégia educacional do processo e construção social da APS

O processo de mudanças na PS implica adensá-la tecnologicamente para capacitá-la a responder socialmente, de forma efetiva, aos diferentes perfis de demandas por cuidados primários. nesse sentido, envolve um conjunto de ações que se dão em dois componentes do Modelo de Donabedian: a estrutura e os processos.

As mudanças na estrutura envolvem uma nova concepção de estrutura física, a ampliação da equipe de saúde e a adequação dos recursos materiais e financeiros.

As mudanças nos processos envolvem a organização oferta por meio de: os macro e microprocessos básicos; os macroprocessos de atenção aos eventos agudos; os macroprocessos de atenção às condições crônicas não agudizadas; às pessoas hiperutilizadoras e às enfermidades; os macroprocessos da atenção preventiva; os macroprocessos das demandas administrativas; os macroprocessos da atenção domiciliar; e os macroprocessos do autocuidado apoiado.

A implantação dessas mudanças requer a utilização de estratégia educacional através de oficinas tutoriais, cursos e auditoria de produtos. As oficinas tutoriais alternam momentos presenciais e de dispersão, estes com tarefas bem definidas a serem executadas (55).

Os resultados desta Tese trouxeram importantes constatações quanto à aplicabilidade e efetividade de estratégias de educação em saúde entre usuários das bibliotecas públicas escolhidas para a aplicação da pesquisa.

Para uma melhor compreensão e visão sistematizada do trabalho executado, foi elaborado um quadro de Sistematização da Realização da Pesquisa, cujo objetivo principal foi propiciar um check-list dos objetivos propostos, as estratégias utilizadas para o cumprimento dos mesmos e, os seus respectivos resultados, conforme segue:

Quadro 5

SISTEMATIZAÇÃO DA REALIZAÇÃO DA PESQUISA		
Objetivos Específicos para a Criação do Ambiente de Suporte	Métodos utilizados para alcançar cada um dos objetivos específicos	Resultados alcançados para cada um dos objetivos específicos
<p>Criar as Sociedades de Amigos da Biblioteca com ênfase na estruturação de grupos de Amigos da Saúde no contexto das mesmas, com o envolvimento dos funcionários das bibliotecas, dos usuários, agentes comunitários de saúde e comunidades;</p>	<p>Realização nos locais da pesquisa de Curso de Dinamização e Uso da Biblioteca Pública, com a proposição da criação das Sociedades de Amigos da Biblioteca com ênfase na estruturação de grupos de Amigos da Saúde no contexto das bibliotecas, para estimular a participação dos usuários e funcionários (n=76 – grupo de tutores) através de palestras e exposição de material que abordava a higiene corporal, cuidado com os dentes e tema relativo à organização pessoal. Foi aplicada a Escala de Medida de Qualidade de Vida – WHOQOL-Bref⁽⁴⁰⁾, (Anexo 4), e entrevista semi-estruturada (Anexo 5) no grupo de tutores. Todas essas atividades foram desenvolvidas no período de abril a agosto de 2015;</p>	<p>Realização do Curso de Dinamização e Uso da Biblioteca Pública nas quatro bibliotecas selecionadas. Através do curso, foram selecionados indivíduos para atuarem como Tutores das atividades a serem desenvolvidas no período Pré, Trans e Pós-Intervenção. Resultados das Tabelas: 17, 18, 19, 20 e 21 Resultados das Tabelas: 28, 29, 30-A, 30-B, 31-A e 31-B Resultados das Tabelas do Anexo nº 13 A demora na liberação da verba de financiamento, advinda de Emenda Parlamentar atrasou a continuidade dos trabalhos.</p>

<p>Criar a “Estante da Saúde” nas bibliotecas públicas com um acervo que contemple materiais educativos como livros, DVDs e outras mídias, bem como materiais do Ministério da Saúde;</p>	<p>Estabelecimento de diretrizes para estruturar e formar o acervo da “Estante da Saúde” de cada biblioteca pública em conjunto com os participantes e em consonância com as demandas contextualizadas, com a inclusão de material educativo do Ministério da Saúde, cujas atividades foram desenvolvidas durante o período de junho a setembro de 2015;</p>	<p>Criação e implantação da Estante da Saúde nas bibliotecas estudadas. Fotos de nºs 1 a 40.</p>
<p>Promover o uso de tecnologias da informação para permitir o acesso a redes e sistemas de informação na área da saúde;</p>	<p>Fornecimento de orientações aos Tutores e usuários das bibliotecas públicas quanto ao uso da tecnologia da informação para acessar sites do Ministério da Saúde e outros;</p>	<p>Orientações aos responsáveis pelas bibliotecas públicas e aos Tutores para acessar os sites do Ministério da Saúde, ANVISA, dentre outros.</p>
<p>Credenciar as bibliotecas públicas no BiblioSUS/Biblioteca Virtual de Saúde.</p>	<p>Fornecimento de informações aos responsáveis pelas bibliotecas com relação ao cadastramento das mesmas no BiblioSUS, para estimular os usuários no uso da Biblioteca Virtual de Saúde/BiblioSUS como fonte de informação e esclarecimento a todas as demandas, durante os meses de setembro e outubro de 2015.</p>	<p>Orientações aos responsáveis pelas bibliotecas públicas para a realização do credenciamento das bibliotecas junto ao Ministério da Saúde – BiblioSUS/Biblioteca Virtual de Saúde.</p>
<p>Objetivos Específicos para a Intervenção</p>		<p>Resultados</p>
<p>Disseminar conteúdos relacionados à promoção da saúde e qualidade de vida através da proposição e desenvolvimento de ações nas bibliotecas públicas</p>		<p>Foram desenvolvidas exposições de material relativo ao cuidado com os dentes e dinâmicas com conteúdos acessíveis, especialmente às</p>
<p>No momento Pré-Intervenção foram aplicados os instrumentos (Anexos 6 e 7). Realização de palestras e orientações sobre</p>		

<p>das comunidades, com o apoio e participação das Sociedades de Amigos da Biblioteca/Grupos de Amigos da Saúde;</p>	<p>peçoas menos letradas, com ênfase na abordagem sobre questões de saúde em geral (Anexos 6 e 7), durante os meses de novembro e dezembro de 2015;</p>	<p>saúde. Proposição de atividades com os livrinhos da Coleção para Gente Grande (Anexo 6). Tabelas: 01, 02, 03, 04 e 05.</p>
<p>Promover no âmbito das famílias dos usuários a leitura de material relacionado aos cuidados de higiene corporal, higiene bucal e estratégias de organização do cotidiano;</p>	<p>Foram desenvolvidas exposições de material relativo ao cuidado com os dentes e dinâmicas com conteúdos acessíveis, especialmente às peçoas menos letradas, com ênfase na abordagem sobre questões de saúde em geral (Anexos 6 e 7), durante os meses de novembro e dezembro de 2015;</p>	<p>Quadro de variáveis qualitativas Pré-Intervenção. Tabelas: 01, 02, 03, 04 e 05.</p>
<p>Descrever o processo de intervenção de forma contextualizada nos diversos cenários.</p>	<p>Registros fonográficos/transcrições e fotográficos das reuniões com os grupos de Tutores e de usuários, bem como dos eventos de inauguração de algumas bibliotecas.</p>	<p>Inauguração da Biblioteca Pública de Vicente Pires. Inauguração da Biblioteca Pública da Cidade Estrutural. Reinauguração da Biblioteca Pública de Águas Claras. Adolescente frequentador da Biblioteca de Vicente Pires trabalhando com leitura para crianças e teatro de fantoches. Intercâmbio de alunos de uma escola pública de Vicente Pires com alunos de uma escola da Inglaterra. Os alunos de Vicente Pires reuniram-se com seus professores e com a</p>

		<p>professora inglesa na Biblioteca Pública de Vicente Pires.</p> <p>Projeto da Biblioteca Pública de Vicente Pires: "Mãe Noel" e a leitura das Fábulas Natalinas em ônibus circular de Vicente Pires durante o mês de dezembro de 2015.</p> <p>Colaboração de um marceneiro na fabricação de mobiliários de pallets para a Biblioteca Pública de Vicente Pires e fabricação das Estantes da Saúde feitas com pallets.</p> <p>Criação do Projeto Metamorfose.</p> <p>Palestras para meninos pequenos infratores da UAMA/Recanto das Emas e Semiliberdade de Taguatinga.</p>
Objetivos Específicos para a Avaliação da Intervenção	Método Utilizado	Resultados
<p>Verificar o acesso e a utilização de informações disponibilizados na "Estante da Saúde";</p>	<p>Registros fonográficos das reuniões com o grupo de Tutores e de usuários, com questionamentos sobre as consultas realizadas nos materiais expostos nas Estantes da Saúde;</p>	<p>Relatos dos Tutores e usuários nas reuniões. Os sujeitos disseram que nunca viram os materiais do Ministério da Saúde serem distribuídos em Postos de Saúde ou em Ambulatórios de Hospitais Públicos.</p>
<p>Conhecer e comparar dados quanto à qualidade de vida e promoção da saúde obtidos na pesquisa de</p>	<p>Relativamente ao grupo de tutores (n=76), foi realizado um <u>emparelhamento artificial</u> ⁽⁵¹⁾ com</p>	<p>Tabelas: 22, 23, 24, 25, 26 e 27. Tabelas do Anexo 13.</p>

<p>Mestrado (n=76) com os dados obtidos dos Tutores na pesquisa de Doutorado (n=76), para analisar mudanças ocorridas no intervalo de tempo entre ambas as coletas;</p>	<p>um grupo semelhante e pertencente à amostra do Mestrado, para garantir que algumas variáveis mais importantes pudessem ser controladas. Foi feita a formação de pares de pessoas com características semelhantes em determinados aspectos. No caso, foram selecionados indivíduos da mesma população, porém não necessariamente foram os mesmos indivíduos, mas, por exemplo, foi a mesma faixa etária, gênero e lugar. Com isso pretendeu-se que houvesse uma comparabilidade dos grupos. O emparelhamento é uma estratégia que serve para controlar fatores de confusão, onde os mesmos ficam igualmente distribuídos. Além disso, contribui para aumentar a precisão e simplificar a logística. Aplicação da Escala de Medida de Qualidade de Vida WHOQOL-Bref ⁽⁴⁰⁾ (Anexo 4), da Organização Mundial de Saúde, que incluiu vinte e seis questões, cobrindo quatro domínios: a) físico; b) psicológico; c) relações sociais e d) meio ambiente; Questionamentos orais sobre estado psicológico, físico, do ambiente de casa, do ambiente do trabalho e quanto ao lazer.</p>
---	--

	<p>Foi realizada análise quanto à saúde e qualidade de vida nos indivíduos do grupo de Tutores (n=76).</p> <p>No grupo de Tutores (n=76), foi feita comparação e análise dos dados obtidos em face do grupo do Mestrado, emparelhado artificialmente a este.</p> <p>A análise dos dados <u>quantitativos</u> foi realizada por meio de estatística descritiva, com a comparação da avaliação da Medida da Qualidade de Vida WHOQOL-Bref⁽⁴⁰⁾ entre segmentos dos usuários através de teste T de student ou Anova (análise de variância), quando a variável foi de distribuição normal. Quando a variável foi de distribuição não normal, foi utilizado o teste de médias (baseado nas medianas) de Kruskal-Wallis. Além da estratégia anterior, os dados foram analisados de maneira dicotômica, sendo medidas as prevalências de relato da qualidade de vida e das demais variáveis, e estimada a razão de prevalências entre as distintas variáveis. As associações foram testadas mediante o teste de Qui-quadrado. Foi considerado como nível de</p>	
--	--	--

significância o de $p < 0,05$.

Nos dados do WHOQOL-Bref⁽⁴⁰⁾ foram calculados o Escore Bruto (EB) e os Escores Transformados 4-20 e 0-100, onde os valores variaram de 4 a 20 e de 0 a 100, respectivamente. Os dados do WHOQOL-Bref⁽⁴⁰⁾ foram analisados nos quatro domínios através de uma escala de escores da Organização Mundial de Saúde⁽⁴¹⁾ e também por Saupé⁽⁵²⁾ em seus estudos, representada por um número real, compreendido no intervalo de 0 a 100, onde valores entre 0 e 40 são considerados região de fracasso; de 41 a 69 correspondem a região de indefinição e acima de 70 seria a região de sucesso.

No grupo de tutores, como pontos de corte, foram considerados, para adequação do nível de escolaridade como os indivíduos tendo o ensino médio e o ensino superior. Para a renda pessoal o ponto de corte foi 1,5 salários mínimos e para a renda familiar 3,5 salários mínimos.

Indivíduos até 24 anos foram considerados adolescentes e adultos jovens, sendo o ponto de corte igual ou menor que 24 anos e, acima de 25

<p>Avaliar o efeito da Intervenção nos participantes relativo às possíveis mudanças quanto à qualidade de vida e com relação à percepção de mudanças nos âmbitos psicológico, do corpo físico, do ambiente familiar, do ambiente do trabalho ou estudo e quanto ao lazer.</p>	<p>anos. Com relação à qualidade de vida através da análise com o WHOQOL-Bref⁽⁴⁰⁾, foi considerado o Escore Transformado 0-100 e, como ponto de corte, abaixo de 70 e igual ou maior que 70, onde níveis abaixo de 70 foram considerados como insatisfação na qualidade de vida e acima de 70 como satisfação na mesma. Para a análise estatística dos dados foram utilizados os programas Epiinfo 6.0 e SPSS 10.0.</p>	
<p>Avaliar o efeito da Intervenção nos participantes relativo às possíveis mudanças quanto à qualidade de vida e com relação à percepção de mudanças nos âmbitos psicológico, do corpo físico, do ambiente familiar, do ambiente do trabalho ou estudo e quanto ao lazer.</p>	<p>Foi aplicada a Escala de Medida de Qualidade de Vida – WHOQOL-Bref⁽⁴⁰⁾, (Anexo 4) <u>antes da intervenção</u>, no outro grupo, apenas de usuários (n=85), que foi selecionado para a mesma, no período de outubro de 2015; Foi verificada a efetividade das ações de intervenção de educação em saúde junto aos indivíduos (n=85 – grupo de usuários), através da aplicação <u>pós-intervenção</u> da Escala de Medida de Qualidade de Vida – WHOQOL-Bref⁽⁴⁰⁾, (Anexo 4), e de análise qualitativa das respostas dos indivíduos, relativas aos aspectos psicológico, do corpo físico, do ambiente de casa, do ambiente do trabalho e quanto ao lazer.</p>	<p>Tabelas: 06, 07, 08, 09, 10, 11, 12, 13, 14, 15 e 16. Quadros das variáveis qualitativas Pré e Pós-Intervenção.</p>

A comparação dos resultados obtidos quanto à qualidade de vida foi feita em função dos indivíduos que constituíram o grupo de intervenção (n=85).

Para a avaliação da efetividade das ações no grupo que sofreu a intervenção (n=85), o **Estudo de Painel** ⁽⁴⁶⁾ foi utilizado por ser um modelo de comparação interna. Pretendeu-se, com isso, examinar os padrões de mudança e as razões para essas mudanças. Esse grupo que foi submetido à intervenção foi comparado à si próprio.

Comparação e análise dos dados obtidos no grupo submetido à intervenção (n=85) nos momentos pré e pós-intervenção, para avaliar a efetividade da intervenção.

Os dados qualitativos foram avaliados através da **análise de conteúdo** dos relatos das reuniões realizadas com os sujeitos de pesquisa antes da intervenção e das reuniões com os mesmos, realizadas após a intervenção, sob a ótica da análise da enunciação.

A análise dos dados quantitativos foi realizada por meio de estatística descritiva, com a comparação

da avaliação da Medida da Qualidade de Vida WHOQOL-Bref⁽⁴⁰⁾ entre segmentos dos usuários através de teste T de student ou Anova (análise de variância), quando a variável foi de distribuição normal. Quando a variável foi de distribuição não normal, foi utilizado o teste de médias (baseado nas medianas) de Kruskal-Wallis. Além da estratégia anterior, os dados foram analisados de maneira dicotômica, sendo medidas as prevalências de relato da qualidade de vida e das demais variáveis, e estimada a razão de prevalências entre as distintas variáveis. As associações foram testadas mediante o teste de Qui-quadrado. Foi considerado como nível de significância o de $p < 0,05$.

Nos dados do WHOQOL-Bref⁽⁴⁰⁾ foram calculados o Escore Bruto (EB) e os Escores Transformados 4-20 e 0-100, onde os valores variaram de 4 a 20 e de 0 a 100, respectivamente. Os dados do WHOQOL-Bref⁽⁴⁰⁾ foram analisados nos quatro domínios através de uma escala de escores da Organização Mundial de Saúde⁽⁴¹⁾ e também por Saupes⁽⁵²⁾ em seus estudos, representada por um número real,

compreendido no intervalo de 0 a 100, onde valores entre 0 e 40 são considerados região de fracasso; de 41 a 69 correspondem a região de indefinição e acima de 70 seria a região de sucesso.

Indivíduos até 24 anos foram considerados adolescentes e adultos jovens, sendo o ponto de corte igual ou menor que 24 anos e, acima de 25 anos.

Com relação à qualidade de vida através da análise com o WHOQOL-Bref⁽⁴⁰⁾, foi considerado o Escore Transformado 0-100 e, como ponto de corte, abaixo de 70 e igual ou maior que 70, onde níveis abaixo de 70 foram considerados como insatisfação na qualidade de vida e acima de 70 como satisfação na mesma.

Para a análise estatística dos dados foram utilizados os programas Epiinfo 6.0 e SPSS 10.0.

Em consonância ao proposto no quadro acima, seguiremos com as considerações em face da sequência dos resultados apresentados.

Relativamente aos resultados qualitativos do grupo submetido à intervenção, através da análise de conteúdo, foi montada uma categorização dos questionamentos orais em cinco áreas: psicológico, físico, ambiente de casa, ambiente do trabalho e lazer. Através da Análise de Conteúdo, sob a ótica da Análise da Enunciação, observou-se que os comentários queixosos do momento Pré-Intervenção tiveram uma mudança positiva no momento Pós-Intervenção.

Não se pretendeu fazer uma análise qualitativa profunda através da Análise da Enunciação, por esta ser um recurso da Análise de Conteúdo extremamente complexo, no entanto, procurou-se seguir as orientações quanto às categorizações com vistas à possibilidade de visualizar-se possíveis mudanças nos relatos dos indivíduos, em face da intervenção realizada.

Não se pretendia fazer uma análise psicológica profunda, dado o fato de a aluna ser enfermeira, no entanto, os seus trinta anos de experiência profissional lidando com seres humanos desenvolveram uma sensibilidade bastante elevada por parte da aluna, de forma que esta percebesse nos sujeitos da pesquisa, após a Intervenção, olhares mais entusiasmados, esperançosos. O fato de ter sido dada atenção a pessoas que, em geral, são marginalizadas e excluídas do convívio social, como no caso dos adolescentes da UAMA Recanto das Emas e da Semiliberdade de Taguatinga, ambos grupos frequentadores da Biblioteca Pública de Taguatinga, propiciou algum benefício, sem dúvida, a esses meninos.

A possibilidade de eles poderem se expressar sobre outros assuntos que não os relativos aos delitos que cometeram pode ter feito com que se sentissem também integrados a pessoas que efetivamente se preocupam com seus interesses. Não é necessário ser psicólogo ou psiquiatra para entender que isso pode ser o divisor de águas entre a “volta para os delitos” e “uma nova chance, outras possibilidades”.

A oficina de marcenaria do Projeto Metamorfose, já com seus trabalhos iniciados, significa um “estender as mãos”, dizer a esses adolescentes que existe outro tipo de vida, com esperança e com futuro. E em falar-se que tudo começou com um pedido para fabricação da Estante da Saúde em pallets.....

Além disso, pelo motivo de as pessoas terem sido ouvidas e terem tido oportunidade de se expressar, colocando seus problemas, tendo alguém para escutá-las, já foi algo realmente muito positivo dentre os demais participantes do estudo.

Em continuidade à análise iniciada e seguindo-se a sequência de resultados do Quadro de Sistematização da Realização da Pesquisa, temos que, com relação ao grupo de Tutores, conforme demonstrado na Tabela 17, quanto ao Domínio 1 – Físico, do WHOQOL-Bref, em comparação com o grupo de usuários – Tabela 01, pode ser observado que o primeiro teve queixas em menor proporção.

Na Tabela 18, Domínio 2 – Psicológico, do WHOQOL-Bref, em comparação com a Tabela 02, pode ser também constatado que o grupo de Tutores teve queixas

em menor proporção. Quanto ao Domínio 3 – Relações Sociais, do WHOQOL-Bref, Tabela 19, em face da Tabela 03, verificou-se que o grupo de usuários teve percentuais de queixas mais elevados. Na Tabela 20, Domínio 4 – Meio Ambiente, do WHOQOL-Bref, em comparação à Tabela 04, novamente observa-se que o grupo mais queixoso é o de usuários.

Essas diferenças acima citadas podem ser relacionadas às melhores condições de vida, emprego, escolaridade e outros determinantes sociais do Grupo de Tutores, já que estes, em sua maioria, eram funcionários das bibliotecas, o que significa dizer que pelo menos quanto à sua subsistência, estariam razoavelmente atendidos.

Com relação às Tabelas 28, 29, 30-A, 30-B, 31-A e 31-B, observa-se que as condições estruturais, de serviços e de acervos das bibliotecas públicas estudadas estão bastante razoáveis, tendo em vista a atual condição econômica ruim em todas as esferas governamentais.

A criação e implantação da Estante da Saúde foi de extrema importância, inclusive no quesito de envolvimento do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, no sentido de devolver à comunidade os investimentos que esta faz para a sociedade através do pagamento de tributos. A participação da Universidade em todas as esferas sociais é fundamental, pois as pesquisas realizadas precisam retornar para a sociedade em benefícios. Ressalte-se o fato de ter sido constatada a lacuna quanto ao fornecimento de materiais educativos do Ministério da Saúde, e conseqüente benefícios que poderiam frutificar na saúde e qualidade de vida da população com esse expediente.

Outro ponto importante foi a possibilidade de fornecimento de orientações às pessoas envolvidas na pesquisa quanto às informações em meio digital que estão disponíveis no site do Ministério da Saúde e de outros órgãos como a Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, dentre outros. Quanto às informações para o cadastramento das bibliotecas públicas no BiblioSUS/Biblioteca Virtual de Saúde, do Ministério da Saúde, estas foram fornecidas, no entanto, muitas vezes a internet das bibliotecas não funciona muito bem, ou existem problemas com os computadores. No entanto, fazia-se necessário fornecer orientações sobre essa importante ferramenta do Ministério da Saúde.

Quanto à disseminação dos conteúdos relativos à promoção da saúde, foi fundamental a aplicação, no grupo de usuários, tanto do questionário WHOQOL-Bref, como do questionário semiestruturado qualitativo, no momento Pré-Intervenção, porque forneceram informações importantes para o conhecimento do diagnóstico inicial. Os livrinhos elaborados especialmente para esta pesquisa foram utilizados como proposta inicial para se falar em saúde e, juntamente com eles, a realização das palestras sobre higiene, cuidados com os dentes e estratégias de organização de forma complementar. De acordo com os relatos das variáveis qualitativas Pós-Intervenção, verifica-se que muitos participantes fizeram as dinâmicas com seus familiares, sendo isso um ponto muito positivo, pois a leitura em voz alta propicia muitos benefícios, não somente em relação ao acesso a novas informações, como melhora da dicção, da compreensão e oportunidade de reflexão coletiva sobre os temas estudados.

A questão da reinauguração da biblioteca de Águas Claras e inauguração das

bibliotecas de Vicente Pires e da Cidade Estrutural (Anexo 12) é um ponto importante a ser comentado. O Curso de Dinamização e Uso da Biblioteca Pública, formação inicial, ou seja, primeira atividade deste trabalho, foi fundamental, pois ajudou na articulação dos dirigentes e representantes das comunidades, que envidaram esforços para concretizar essas ações. O resultado foi a criação de espaços públicos diferenciados, ou seja, as bibliotecas públicas e, juntamente com estas, novas oportunidades de informações para a população.

O fato de ter acontecido a realização de projetos extramuros na Biblioteca Pública de Vicente Pires, tão pouco tempo após sua inauguração, demonstra o comprometimento social da equipe e dos gestores, sendo que os maiores beneficiados são as pessoas que puderam viver essas experiências.

Relativamente à comparação realizada entre o Grupo do Mestrado e o Grupo do Doutorado (Tutores), conforme as Tabelas 22, 23, 24, 25, 26 e 27, observou-se que, na Tabela 22 – Domínio 1 (Físico) do WHOQOL-Bref, as mulheres continuam referindo níveis piores de qualidade de vida, sendo que, nesse espaço de quase oito anos entre a coleta de dados entre o Mestrado e o Doutorado, a qualidade de vida no aspecto físico piorou.

Chama à atenção as diferenças econômicas brutais, ou seja, o poder aquisitivo, nesse espaço temporal, piorou muito e, obviamente, isso influencia sobremaneira na aferição da qualidade de vida. Quanto à Tabela 23 – Domínio 2 (Psicológico) do WHOQOL-Bref, verifica-se novamente que houve piora da qualidade de vida no Grupo do Doutorado, em mulheres, acima de 25 anos e com rendas pessoal e familiar abaixo de 1,5 e 3,5 salários mínimos respectivamente.

Apesar de os governos insistirem em afirmar as melhorias na vida das pessoas, os números indicam que, em verdade isso não procede. Obviamente que nesse intervalo de tempo entre o Mestrado e o Doutorado, assistiu-se um aumento na proporção de indivíduos que possuem nível superior, inclusive demonstrada nas Tabelas 22 à 27. Isso poderá estar relacionado às inúmeras facilidades para pessoas menos favorecidas economicamente ingressarem em instituições de ensino superior, ou até mesmo por conta das cotas nas universidades públicas. No entanto, ao se verificar as diferenças do dólar em 2008, em face dos valores em 2015, é incontestável o quanto piorou a capacidade de consumo de forma geral, e como isso acaba afetando indireta e diretamente a oferta de empregos, serviços, etc.

Nas demais Tabelas, ou seja, 24 e 25, relativas aos Domínios 3 (Relações Sociais) e 4 (Meio Ambiente), observa-se também piora da qualidade de vida nesses aspectos, de 2008 para 2015, sendo que as mulheres continuam em pior situação. Nas Tabelas 26 e 27, ou seja, W1 (Insatisfação com a própria qualidade de vida) e W2 (Insatisfação com a própria saúde) do WHOQOL-Bref, os valores demonstram novamente piores, sendo mais uma vez das mulheres a maior proporção das queixas.

A análise das Tabelas 06 a 16 demonstra que a intervenção de educação em saúde foi estatisticamente significativa, onde os valores com maior significância foram no gênero mulher e faixa etária acima de 25 anos. Isso indica que as atividades de educação em saúde desenvolvidas com os indivíduos tiveram desfechos favoráveis.

Mas tem que ser considerado que o tipo de estudo desenvolvido possui limitações, bem como, na época da intervenção, no caso, meses de novembro e dezembro de 2015, a grande maioria dos frequentadores das bibliotecas era de pessoas muito comprometidas com seus propósitos de estudos, já que nesse período existe uma grande diminuição de frequência de usuários devido aos períodos de recesso e de férias. Isso poderá ter afetado a amostra, no entanto, a dificuldade de recrutamento foi muito grande, por esses mesmos motivos, mas as pessoas demonstraram muito boa vontade e interesse em participar das atividades de Intervenção.

O Domínio que teve as menores variações foi o de número 4, relativo ao Meio Ambiente. Porém, é este o Domínio mais difícil de ser transformado, dependendo do contexto. Os demais Domínios – Físico, Psicológico e das Relações Sociais, podem ser “empoderados” de uma forma mais direta, pois são sensíveis à ações motivacionais. O Domínio do Meio Ambiente é mais dependente de outras facetas, como as políticas públicas. Não que estas não influenciem nos Domínios de 1 à 3, mas esses três primeiros podem ser muito bem trabalhados porque dependem muito mais de cada indivíduo, de como cada um percebe o seu meio e reage à este.

Ao se consultar a cartilha do Relatório de Situação do Distrito Federal, editado pelo Ministério da Saúde em 2011 (57), verifica-se que, quanto à Promoção da Saúde e Vigilância de Fatores de Risco para Doenças Crônicas Não-Transmissíveis, no quesito lazer, a frequência de adultos ativos foi de 22,4%, contra 14,4% no Brasil. Quanto à prevalência de tabagismo em adultos, o percentual do DF foi inferior ao do restante do país, e no quesito excesso de peso em adultos, a prevalência foi de 44,7% no DF para 48,1% no restante do país. Com relação aos dados de violência, as agressões no DF tiveram índices superiores à da Região Centro-Oeste. A vigilância em saúde ambiental com relação à qualidade da água para consumo humano indica que, apesar de existirem sistemas de abastecimento de água com tratamento no DF, as análises realizadas nas águas fornecidas indicou percentuais elevados de *Escherichia coli*.

A pergunta que se faz diante de todos esses comentários é: o que tem sido feito efetivamente para a saúde e qualidade de vida das populações? Os diversos escândalos noticiados pelas mídias em todo o Brasil demonstram que, em verdade, os recursos que deveriam ser destinados para o bem estar de todos, são captados para outros interesses.

Mas essa situação social, econômica, de saúde, do meio ambiente vem sendo a mesma há muito tempo. Porém, faz-se necessário aprofundar-se mais sobre as questões de saúde e o quanto estas influenciam na importância da promoção da saúde e conseqüente melhoria da qualidade de vida dos indivíduos, apesar de já ter sido feito comentário a respeito disso na Introdução desta Tese.

Segundo Muñoz e Salinas (54), as políticas públicas criam as possibilidades para que as pessoas possam desfrutar de uma boa qualidade de vida, sendo destaque a política de saúde, dentre as políticas sociais de um país. No campo da Promoção da Saúde, a partir das Conferências Mundiais de Promoção da Saúde, surgiu o conceito de Políticas Públicas Saudáveis, as quais têm forte influência sobre os determinantes de saúde.

Essa ferramenta denominada de políticas saudáveis se constitui de mecanismos que garantem a saúde como um bem supremo de cuidado e melhorias para a sociedade como um todo. Dentre os quesitos necessários para a efetividade de políticas saudáveis, temos o trabalho, a paz, a educação, a justiça social e a equidade (54).

Assim sendo, as políticas públicas são aquelas que criam as condições necessárias para o desenvolvimento de estilos e de modos de vida saudáveis, onde indivíduos, famílias e comunidades tenham a possibilidade de mudar suas condutas, em especial quando estas as colocam em situações de risco evitáveis, sendo que isso implicaria o desafio de conquistar-se melhor distribuição de recursos, de forma equitativa. Significa dizer-se que as políticas públicas saudáveis são um instrumento privilegiado para se conquistar maior equidade na distribuição de recursos na sociedade (54).

É importante citar, sob a ótica da Promoção da Saúde, as principais contribuições das Conferências Internacionais de Saúde (58). A Carta de Otawa, Canadá, em 1986, representou o marco conceitual da Promoção da Saúde, com a proposição de capacitação das coletividades, melhoria das condições de vida e políticas públicas saudáveis, para a obtenção de alimentos, abrigo, saúde e, conseqüentemente, desenvolvimento social, através do auto-respeito e integração/participação social. Porém, nada disso seria viável sem a capacitação dos atores, a mobilização social e a ampliação de poder reconhecidas e fomentadas pelos governos.

Nas demais conferências que se seguiram a de Otawa, observa-se a definição de outras áreas a serem envolvidas para a efetiva implementação da Promoção da Saúde, através da parceria com os setores políticos, sociais, econômicos, culturais, ambientais, comportamentais e biológicos (58).

Foi na Conferência de Adelaide, na Austrália, em 1988, que ficou demonstrado o quanto as políticas públicas de todos os setores do governo influenciam os determinantes da saúde, como renda, habitação, educação, saneamento, serviço social, alimentação, lazer, agricultura, transporte, planejamento urbano, cuidados primários em saúde, sistema tributário, dentre outros, e se configuram como importantes ferramentas para a redução das iniquidades sociais e econômicas, com acesso equânime a bens, serviços e a recursos de saúde (58).

Na Conferência de Sundsval, na Suécia, em 1991, o meio ambiente foi o destaque, sendo o tema principal da conferência, a criação de ambientes saudáveis. Esta teve seus princípios reforçados com a realização da Conferência ECO 92 no Rio de Janeiro.

Na Conferência de Jacarta, na Indonésia, em 1998, já havia se iniciado o processo de globalização, com o fortalecimento do neoliberalismo e o boom do capitalismo, onde os princípios de igualdade, liberdade, solidariedade e paz estavam em segundo plano, especialmente nos países de primeiro mundo. Houve o acirramento das intolerâncias e das desigualdades econômicas e sociais. Com o intuito de buscar parcerias e alianças, a Carta de Jacarta caracterizou-se por prioridades para a Promoção da Saúde até o século XXI, através de novos conhecimentos e estratégias (58), a saber:

- “1. Promover a responsabilidade social pela saúde;
2. Aumentar a capacidade da comunidade e o poder dos indivíduos para controlar as ações que pudessem interferir nos determinantes da saúde;
3. Expandir e consolidar alianças para a saúde;
4. Aumentar as investigações para o desenvolvimento da saúde;
5. Assegurar a infraestrutura para a Promoção da Saúde.”

Na V Conferência de Promoção da Saúde, no México, em 2000, o contexto mundial havia piorado e os compromissos não haviam sido cumpridos. Sendo assim, utilizaram a estratégia de comprometimento dos ministros, com a assinatura de uma “Declaração Presidencial”, com o objetivo de incorporar Planos Nacionais de Ação.

Segundo Westphal (58), na VI Conferência Global de Promoção da Saúde, em Bancoc, na Tailândia, no ano de 2005, como não houve o cumprimento dos compromissos assumidos na conferência anterior. A globalização foi analisada em face das questões de saúde, tanto quanto a aspectos negativos como positivos “da difusão de conhecimentos pelos meios tecnológicos de informação”.

No entanto, a mesma autora(58) enfoca a miopia da repercussão dos resultados da Conferência de Bancoc, em face da capacidade reduzida de reação aos desfechos dos determinantes econômicos e tecnológicos da sociedade global na saúde e qualidade de vida da população. A mesma enfatiza sobre a necessidade de reinterpretação dos resultados da conferência e das necessárias adequações aos contextos locais.

Relativamente ao contexto latino-americano, com a inclusão dos países em desenvolvimento, os demais encontros e conferências estiveram pautados mais especificamente ao tema equidade, cujos princípios estavam pautados em temas relativos às iniquidades, enfatizando a participação da sociedade nas decisões sobre saúde e qualidade de vida.

Westphal (58) coloca claramente sobre a necessidade de difusão de estratégias participativas para fomentar o empoderamento individual e coletivo dos sujeitos, transpondo os muros do setor saúde no enfrentamento das iniquidades.

A autora (58) refere que as conferências e a literatura elencaram os princípios definidores sobre a Promoção da Saúde, conforme segue:

- “1. Ações de Promoção da Saúde devem pautar-se por uma concepção holística de saúde voltada para a multicausalidade do processo saúde-doença;
2. A equidade como princípio e como conceito;
3. A intersectorialidade como princípio da Promoção da Saúde;
4. A participação social;
5. A sustentabilidade.”

Quadro 6. Concepções de saúde e diferentes visões da Promoção da Saúde, Westphal (58)

ABORDAGENS	BIOMÉDICA	COMPORAMENTAL	SOCIOAMBIENTAL
Conceito de saúde	Ausência de doenças e incapacidades	Capacidades físico-funcionais; bem-estar físico e mental dos indivíduos	Estado positivo; Bem-estar bio-psico-social e espiritual; Realização de aspirações e atendimento de necessidades
Determinantes de saúde	Condições biológicas e fisiológicas para categorias específicas de doenças	Biológicas comportamentais; Estilos de vida inadequados à saúde	Condições de risco biológicas, psicológicas, socioeconômicas, educacionais, culturais, políticas e ambientais
Principais estratégias	Vacinas, análises clínicas individuais e populacionais, terapias com drogas, cirurgias	Mudanças de comportamento para adoção de estilos de vida saudáveis	<ul style="list-style-type: none">• Coalizões para advocacia e ação política;• Promoção de espaços saudáveis;• Empoderamento da população;• Desenvolvimento de habilidades, conhecimentos, atitudes;• Reorientação dos serviços de Saúde
Desenvolvimento de programas	Gerenciamento profissional	Gerenciamento pelos indivíduos, comunidades de profissionais	Gerenciados pela comunidade em diálogo crítico com profissionais e agências.

Westphal (58) também relata que a qualidade de vida dos indivíduos relaciona-se com a participação dos atores sociais, em todos os níveis, na definição de políticas e também no controle social e na avaliação dos serviços oferecidos à população.

Como campos de ação da Promoção da Saúde, dentre as várias estratégias citadas na Carta de Otawa, ressalta-se a criação de espaços saudáveis que apoiem a Promoção da Saúde. Nesse sentido, as bibliotecas públicas estão incluídas também como espaços saudáveis, pois são disseminadoras de informações e existem em praticamente todas as cidades brasileiras.

Westphal (58) contribui muito significativamente para a discussão do tema sobre Promoção da Saúde na medida em que refere sobre o fato de o SUS concentrar-se na atenção à doença. Essa sistemática promove a maior valorização de tecnologias médicas cada vez mais sofisticadas, favorecendo os mercados da área. Aliado a isso, a globalização erigiu o individualismo, na contramão do sentido mais importante da epidemiologia, que é a Saúde Coletiva.

“Na maioria dos casos, os serviços de saúde tornaram-se meros consumidores do mercado sustentado pela perspectiva de desenvolvimento da modernidade. A prática sanitária atual, portanto, é configurada, direcionada pelo paradigma hegemônico, que valoriza a doença e o consumo dos meios diagnósticos e de tratamento [...] marcado pelo processo de globalização. (59)”

Segundo o Grupo de Trabalho de Promoção da Saúde da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – ABRASCO (60), o marco teórico da Promoção da Saúde é:

“A compreensão da Promoção da Saúde e da qualidade de vida na América Latina pressupõe o reconhecimento do imperativo ético de responder às necessidades sociais no marco dos direitos universais fundamentais, poste que entendemos o direito à saúde como expressão direta do direito fundamental à vida. A resposta às necessidades sociais derivadas dos direitos se totaliza no enfrentamento dos determinantes sociais de saúde e qualidade de vida. A identificação destas necessidades sociais reivindica uma ação coletiva participativa dentro de contextos específicos que evidenciam a complexidade de sua determinação e ilumina as potencialidades daquele contexto social em tela.”

Segundo Rouquayrol (61), a implantação do Sistema Único de Saúde – SUS no Brasil teve como ferramenta principal de apoio a epidemiologia, através da Lei Orgânica de Saúde. Dessa forma, essa ciência vem contribuindo para o estabelecimento de prioridades como alocação de recursos, orientação de programas, bem como propiciando “as bases para avaliação de medidas que promovam a qualidade de vida. Hoje é consenso que a epidemiologia fomenta práticas garantidoras do aprimoramento das políticas públicas, tendo como fator primordial a intersectorialidade de ações no modo de construir saúde.”

Rouquayrol (61) conceitua epidemiologia, de uma maneira simplificada, como:

“ciência que estuda o processo saúde-doença em coletividades humanas, analisando a distribuição e os fatores determinantes das enfermidades, danos à saúde e eventos associados à saúde coletiva, propondo medidas específicas de prevenção, controle ou erradicação de doenças, e construindo indicadores que sirvam de suporte ao planejamento, administração e avaliação das ações de rotina, em consonância com as políticas de promoção da saúde.”

Quanto à promoção da saúde, um dos focos desta Tese, o Ministério da Saúde (62), a conceitua como “produção da saúde como direito social, equidade e garantia dos demais direitos humanos e de cidadania”. Através do SUS, a promoção da saúde foi retomada com ações que respondessem às demandas sociais em saúde “para além dos muros das unidades de saúde, incidindo sobre as condições de vida e favorecendo a ampliação de escolhas saudáveis por parte dos sujeitos e coletividades no território onde vivem e trabalham.”

Westphal (58), elaborou um quadro, sintetizando três conceitos de Promoção da Saúde e os tipos de práticas dominantes nas vertentes biomédica, comportamental e socioambiental. Dessa forma, a autora verificou que a prevenção das doenças estaria mais relacionada a um caráter biologicista e comportamentalista do processo saúde doença, como a identificação e atuação sobre riscos.

Ligia de Salazar (63), ao se referir à efetividade em Promoção da Saúde, coloca que dentre as muitas experiências latino-americanas de intervenção em saúde, ressalta-se uma abordagem mais voltada para problemas de saúde, estilos de vida, atividades de informação e educação das comunidades no controle de fatores de risco, tais como dietas saudáveis, sedentarismo, problemas com tabagismo e ingestão de bebidas alcoólicas.

A mesma autora (63) coloca que os males de saúde e as grandes desigualdades sanitárias são provocadas pela distribuição desigual de poder, sendo que as injustiças que afetam as condições de vida das populações, como falta de atenção primária em saúde, problemas de escolaridade e educação, péssimas condições de trabalho foram aspectos desconsiderados na formulação de intervenções em saúde entre os governos de diversos países da América Latina.

De acordo com Ligia de Salazar (63):

“A maioria dos estudos publicados nas revisões de literatura sobre promoção da saúde se concentram nos componentes das habilidades pessoais e reorientação dos serviços. As estratégias para a criação de espaços e entornos saudáveis e de políticas públicas e iniquidades em saúde são abordadas de forma tímida com um enfoque reducionista tanto do problema como da situação. São evidenciadas inconsistências entre a teoria e as prioridades em saúde dos países.”

Dentre muitas experiências de promoção da saúde na América Latina, estudadas pela autora (63), destaca-se o fato de que a grande maioria dessas experiências são orientadas para o componente de reorganização dos serviços, com a prevalência do enfoque biológico para abordar a problemática de saúde, “apesar de que teoricamente insistam na necessidade de considerar as estratégias para intervir nos determinantes da saúde.”

Ligia de Salazar (63) refere que, ao ser realizada uma revisão de literatura indexada sobre o tema Promoção da Saúde em face de outras fontes, somente cerca de 8% dos trabalhos citaram a criação de espaços e entornos saudáveis e 7% falaram sobre políticas públicas saudáveis.

Verifica-se que a questão da falta de equidade nos países latino-americanos continua existindo de forma extremamente significativa, em face de uma promoção da saúde enfocada em mudanças comportamentais individuais, deixando-se em plano inferior as questões sociopolíticas que fomentam as iniquidades em saúde.

A abordagem socioambiental seria a que melhor forneceria benefícios a todos, por ser mais holística e completa. Apesar de se falar tanto em equidade, e de haver total justiça nessa reivindicação, em face de tantas iniquidades nas populações, não podemos ficar cegos a uma infeliz constatação: a sociedade é movida pela exaltação do “ter” e não do “ser”. O tema equidade, tão abrangente, tão necessário, talvez fique esvaziado diante da miséria humana em exaltar o “ter”. Não seria então o momento de se pensar em outras estratégias para minimizar tantas desigualdades? Talvez antes de lutar por melhores remunerações, concentrem-se em resolver efetivamente os problemas de saneamento básico e empoderar as Redes de Atenção Primária. Por-

que dificilmente veremos tão cedo uma distribuição de renda equitativa.

Antes de começar pela “divisão equânime de lucros”, talvez tenhamos que pensar de forma mais concentrada na divisão de itens mínimos para se viver com dignidade, envidando esforços em favor de ambientes dignos para as pessoas viverem no mínimo com saúde ambiental.

7. CONCLUSÕES

A intervenção de educação em saúde propicia a promoção da saúde nas comunidades e o empoderamento dos sujeitos no sentido de buscarem melhor qualidade de vida a partir dessas ações, bem como auxilia no desenvolvimento social e cultural dessas comunidades. As bibliotecas públicas necessitam fazer parte, efetivamente, dos aparelhos do Estado para a promoção da saúde, pois são frequentadas por pessoas formadoras de opinião e multiplicadoras de informações para a sociedade.

A Hipótese Alterativa (H1) deste estudo, ou seja, “Uma intervenção de educação em saúde tem efetividade na qualidade de vida de indivíduos frequentadores de bibliotecas públicas” confirmou-se, em face dos resultados apresentados.

Porém, a educação em saúde no âmbito das bibliotecas públicas é apenas uma das ferramentas, uma das engrenagens de um processo muito mais amplo na esfera da Promoção da Saúde, mas que quando muito bem articulado, poderá contribuir com mudanças extremamente significativas, dando dignidade, felicidade, saúde e qualidade de vida para todos os indivíduos.

REFERÊNCIAS

1. Ferreira JR, Buss PM. Atenção primária e promoção da saúde. In: Brasil. Ministério da Saúde. Projeto Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
2. Organização Mundial de Saúde. Declaração de Alma-Ata. <http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>. 18 out. 2006.
3. Organização Mundial de Saúde. Carta de Ottawa. <http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Ottawa.pdf>. Acesso em: 19 out. 2006.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Projeto Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
5. Brasil. Constituição Federal do Brasil. <http://www.senado.gov.br/sf/legislação/const/10k>. Acesso em: 22 out 2006.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Atenção básica e a saúde da família. <http://www.drt2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php>. Acesso em: 28 jun 2008.
7. Baylet TJ. Quality assurance. *Postgrad Med J* 1988; 64(752): 473-4.
8. Painter P. The importance of exercise training in rehabilitation of patients with end-stage renal disease. *Am J Kidney Dis* 1994; 24:2-9.
9. Cohen C. On the quality of life: some philosophical reflections. *Circulation* 1982; 66:29-33.
10. Wood-Dauphinee S. Assessing quality of life in clinical research: from where are we going. *J Clin Epidemiol* 1999; 4(52): 355-63.
11. Seidl EMF, Zannon CML da C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Caderno de Saúde Pública* 2004; 20(2): 580-88.
11. Diniz DP, Schor N. Qualidade de vida: guia de medicina ambulatorial e hospitalar – UNIFESP. São Paulo: Manole; 2006.
13. Gianchello AL. Health outcomes research in hispanics/latinos. *Journal of Med Systems* 1996; 21(5): 235-54.
14. Minayo MCS, Hartz ZMA, Buss PM. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciência e Saúde Coletiva* 2000; 5(1):7-18.
15. The WHOQOL group. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med* 1995; 41: 1403-10.
16. OPAS – Organización Panamericana de La Salud. La salud en las Américas. Washington, D.C., vol. 1, 1998, 368p. (Publicación Científica, n. 569).

17. Buss PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência e Saúde Coletiva* 2000; 5(1):163- 77.
18. Patrício ZM. Qualidade de vida do ser humano na perspectivas de novos paradigmas. In: Patrício ZM, Casagrande JL, Araújo MF (org). *Qualidade de vida do trabalhador: uma abordagem qualitativa do ser humano através de novos paradigmas*. Florianópolis: Edição do Autor; 1999.
19. Antunes W, Cavalcante GA, Antunes MC. Curso de capacitação para dinamização e uso da biblioteca pública. São Paulo: Global; 2000. p. 19.
20. Viva Leitura. Informação em saúde e cidadania. Biblioteca Monique Bourget. Programa Saúde da Família Santa Marcelina. <http://www.vivaleitura.com.br>. Acesso em: 26 out 2006.
21. Brasil. Ministério da Saúde. Plano de Implantação Projeto Estação BVS. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
22. Guard R et al. Health care, information needs, and outreach: reaching Ohio s rural citizens. *Bull Med Libr Assoc* 2000; 88(4):374-381.
23. Pifalo V et al. The impact of consumer health information provided by libraries: the Delaware experience. *Bull Med Libr Assoc* 1997; 85(1):16-22.
24. Hicken M. Public libraries and socially excluded people. *Health Inf and Lib Journal* 2004; 21(Suppl. 2):45-53.
25. Valla VV. Apoio social e saúde: buscando compreender a fala das classes populares. In: Costa MV, org. *Educação popular hoje*. São Paulo: Loyola;1998. p. 151-179.
26. Minkler M. Building supportive ties and sense of community among the inner-city elderly: the tenderloin outreach project. *Health Educ Quartely* 1985; 12(4): 303-314.
27. Arnaud AJ, Capeller W. Cidadania e direito à saúde. In: *O direito achado na rua: introdução crítica ao direito à saúde*. Brasília: CEAD/UnB; 2008. p. 31-47.
28. Delduque MC, Oliveira MSC. Tijolo por tijolo: a construção permanente do direito à saúde. In: *O direito achado na rua: introdução crítica ao direito à saúde*. Brasília: CEAD/UnB; 2008. p. 103-111.
29. Barreto ML. Por uma epidemiologia da saúde coletiva. *Rev Bras Epidemiol* 1998; 1(2): 104-130.
30. Paim JS, Almeida Filho N. Saúde coletiva: uma nova “saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas. *Rev Saúde Pública* 1998; 32: 299-316.
31. Czeresnia D, Freitas CM (org.). *Promoção da saúde: conceitos, reflexões e tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

32. Leavell S & Clarck EG. Medicina Preventiva. São Paulo: McGraw-Hill, 1976.
33. Ayres JRCM. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. Ciênc & Saúd Col 2005; 10(3): 549-60.
34. Ayres JRCM. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. Saúd Soc 2004; 13(3): 16-29.
35. Zoboli ELCP. Responsabilidade para com a comunidade. XI Seminário de ética. Ordem dos enfermeiros. Número 37 – junho 2011.
36. Testa M. Pensar em saúde. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.
37. Taylor CR, Mendes D. Entre o ter e o ser competitivo. Rev FAE 2000 Set Dez; 3(3): 47-59.
38. Junges JR. O nascimento da bioética e a construção do biopoder. (No prelo).
39. Porto MF, Martinez-Alier J. Ecologia política, economia ecológica e saúde coletiva: interfaces para a sustentabilidade do desenvolvimento e para a promoção da saúde. Cad Saúd Púb 2007 23 Sup 4:S503-S512.
40. WHOQOL Group. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. Soc Sci Med 1995; 41: 1403-9.
41. World Health Organization. WHOQOL-Bref: introduction, administration, scoring and generic version of the assessment. Geneve: 1996.
42. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Dados sobre cidades. <http://www.ibge.gov.br/cidades>. Acesso em: 07 jul 2009.
43. Secretaria de Turismo do Governo do Distrito Federal. Mapas. <http://www.setur.df.gov.br>. Acesso em: 26 mar 2008.
44. Secretaria de Planejamento do Governo do Distrito Federal. <http://www.seplan.df.gov.br>. Acesso em: 26 mar 2008.
45. Gomes JRAA. Percepção de auto-cuidado, saúde e qualidade de vida em usuários das bibliotecas públicas do Distrito Federal e região do Entorno em 2008: estudo transversal. [dissertação] Brasília (DF): Faculdade de Ciências da Saúde da UnB; 2008.
46. Polit DF, Beck CT, Hungler BP. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização. Porto Alegre: Artmed; 2004.
47. Malta M et al. Iniciativa STROBE: subsídios para a comunicação de estudos observacionais. Rev Saúde Pública 2010; 44(3): 559-65.

48. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.. Disponível em: < <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf> >. Acesso em: 06 de junho de 2015.
49. Kleinbaum D, Kupper LL, Morgenstern H. Epidemiological research: principles and quantitative methods. New York: VNB; 1982.
50. Kelsey JL, Whittemore AS, Evans AS, Thompsons WD. Methods in observational epidemiology, 2nd ed. New York: Oxford University Press; 1996.
51. Hulley SB, Cummings SR. Designing clinical research. Baltimore: Willians & Wilkins; 1988.
52. Saupe R et al. Qualidade de vida dos acadêmicos de enfermagem. Rev Lat Am Enf 2004; 12(4):636-642.
53. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1995.
54. Muñoz F, Salinas J. Promoción de salud como política de estado. "In": Albala C, Olivares S, Salinas J, Vio F. Bases, prioridades y desafíos de la promoción de la salud. Santiago: Universidad de Chile; 2004. 1-7.
55. Mendes EV. A construção social da atenção primária em saúde. Brasília: Conselho Nacional dos Secretários de Saúde – CONASS; 2015.
56. Organização Mundial da Saúde. Cuidados inovadores para as condições crônicas: componentes estruturais de ação. Brasília: Organização Mundial de Saúde; 2013.
57. Brazil. Ministério da Saúde. Sistema Nacional de Vigilância em Saúde: Relatório de Situação. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
58. Westphal MF. Promoção da saúde e prevenção de doenças. "In": Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Jr M, Carvalho YM (Orgs.). Tratado de saúde coletiva. São Paulo: Hucitec; 2012. 635 - 667.
59. Laurenti R, Mello-Jorge MH, Gotlieb SLD. Perfil epidemiológico da morbimortalidade masculina. Ciên Saúd Colet 2005; 10(1): 35 - 46.
60. Abrasco. Pró-GT de Promoção da Saúde. Delineando um marco conceitual para a promoção da saúde e qualidade de vida. Fórum Social Mundial. Porto Alegre, 23 de janeiro de 2003.
61. Rouquayrol MZ. Contribuição da epidemiologia. "In": Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Jr M, Carvalho YM (Orgs.). Tratado de saúde coletiva. São Paulo: Hucitec; 2012. 319 - 373.
62. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS: revisão da

Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.

63. Salazar L. Lecciones desde la práctica: Estamos haciendo lo que debemos o lo que podemos? "In": Salazar L. Efectividad en promoción de la salud y salud pública. Santiago de Cali: Programa Editorial Universidad del Valle; 2009.

ANEXOS

Anexo 1

Quadro dos Resultados do Mestrado

SUMÁRIO DOS RESULTADOS DO ESTUDO

Nº		RESULTADOS MAIS FREQUENTES
1	Características-sócio econômicas e demográficas	<ul style="list-style-type: none"> - <i>faixa etária</i>: no DF variou entre 18 e 64 anos e no Entorno entre 12 e 68 anos. - <i>faixa etária acima de 24 anos</i>: em maior proporção nas duas regiões. - <i>mulheres</i>: no Entorno em maior proporção e <i>homens</i>: no DF em maior proporção. - <i>indivíduos empregados</i>: em maior proporção no Entorno. - <i>estudantes</i>: cerca de 30% no DF e 21% no Entorno. - <i>renda pessoal</i>: acima de 1,5 salários mínimos, sendo aproximadamente a mesma no DF e Entorno. - <i>renda familiar</i>: acima de 3,5 salários mínimos foi maior no DF. - <i>graus de instrução</i>: no DF a maioria tem o 2º grau completo e no Entorno a maioria tem o 1º grau incompleto e a maioria das pessoas frequentam escolas públicas. - <i>participação social</i>: a igreja foi a instituição mais citada, tendo ficado em 1º lugar no Entorno e no DF 2/3 dos indivíduos não participam de organizações comunitárias ou associações.
	VARIÁVEIS DE DESFECHO	RESULTADOS MAIS FREQUENTES
2	Higiene geral	- a maioria dos entrevistados, tanto no DF como no Entorno, referiu ter bons hábitos de higiene, com frequência alta nos banhos diários, escovação dos dentes e uso de fio dental.
3	Exposição solar entre 10 e 16 h	- foi alta a frequência de exposição solar tanto no DF como no Entorno, com média de tempo de exposição de 60 minutos nas duas regiões e a maioria dos entrevistados referiu não utilizar equipamentos ou produtos para proteção da exposição solar.
4	Morbidade auto-referida e auto-percepção da saúde	<ul style="list-style-type: none"> - no DF 53% dos entrevistados classificam sua saúde como boa e no Entorno 43%. - dentre os indivíduos que referiram pressão alta e diabetes, a maioria referiu utilizar como tratamento complementar a essas morbidades a dieta e os exercícios físicos. - excesso de peso foi mais referido, seguido de pressão alta.
6	Conselhos dados por profissionais de saúde	- profissionais enfatizaram que as pessoas comam menos gorduras, aumentem a atividade física e o consumo de frutas e verduras.
7	Consumo de frutas e/ou suco de frutas	- apenas 50% da população consome frutas no mínimo uma vez ao dia no DF e no Entorno 43%.
8	Consumo de folhas cruas, verduras ou legumes cozidos	- 60% das pessoas no DF consomem esses alimentos uma vez ao dia e no Entorno aproximadamente 62%.

9	Consumo de leite bovino e derivados	<ul style="list-style-type: none"> - o consumo diário de 2 a 4 copos de leite é cerca de 27,5% no DF e 26,4% no Entorno. - o leite integral é o mais consumido – 69% no DF e 73,3% no Entorno. - em segundo lugar vem o queijo – cerca de 40% no DF e 60% no Entorno. - no DF 40% dos entrevistados consomem 2 a 3 unidades por dia. - no Entorno cerca de 40% não consome pães diariamente. - a margarina é o produto mais utilizado, tanto no DF como no Entorno. - o queijo é o segundo produto mais consumido. - a grande maioria declarou não utilizar e, dentre os que utilizam – 27,1% no DF e 14,8% no Entorno – fazem uso deste na salada. - metade dos indivíduos, tanto no DF como no Entorno, declararam ter mudado os hábitos alimentares nos últimos doze meses. - o motivo saúde foi o mais citado nas duas regiões como sendo a causa dessa mudança. - dentre as mudanças declaradas, a redução da ingestão de gorduras e aumento do consumo de hortaliças foram as mais citadas – cerca de 70% dos indivíduos em cada uma das regiões respectivamente. - o consumo de aves foi o maior percentual nas duas regiões. - dentre os itens menos consumidos, destacam-se a carne de porco, lingüiça e peixe (este último mais raramente consumido).
10	Consumo de pães	<ul style="list-style-type: none"> - arroz e feijão são os mais consumidos. - após vem o macarrão, com consumo maior no DF do que no Entorno. - bolo é em geral consumido uma vez por semana no Entorno e raramente consumido no DF.
11	Produtos para passar nos pães ou biscoitos	<ul style="list-style-type: none"> - alta frequência de consumo de sucos de frutas naturais no DF e Entorno – 2 a 6 vezes por semana, sendo aproximadamente 40% em cada uma das duas regiões. - refrigerantes e sucos industrializados são pouco consumidos nas duas regiões.
12	Consumo de sal	<ul style="list-style-type: none"> - aproximadamente 50% no DF e 68% no Entorno dos entrevistados declararam não consumir bebidas alcoólicas. - dentre os que disseram consumir: 20,8 % do DF referiram consumir uma vez ao mês ou menos e 16,9% do Entorno referiram consumir uma vez por semana ou duas a quatro vezes ao mês. - o número de doses consumidas nas ocasiões em que bebem é de 1 a 4 – no DF 33,3% e no Entorno 24,2%. - o consumo de 5 ou mais doses em uma ocasião é raro nas duas regiões. - as preferências de consumo de bebidas alcoólicas são em primeiro lugar a cerveja – no DF 70% e no Entorno 80% e, em segundo lugar, o vinho – no DF 36% e no Entorno 42%.
13	Mudanças nos hábitos alimentares nos últimos doze meses	<ul style="list-style-type: none"> - dos 592 entrevistados, 66 indivíduos ou 11,1% declararam serem fumantes. - os cigarros comercializados foram os mais citados como consumidos dentre os fumantes – 88,7%. - a faixa etária de início do tabagismo foi acima de 15 anos de idade – 40% para cada uma das duas regiões. - <i>Ex-tabagistas</i>: destaca-se que, dentre os recursos utilizados para parar de fumar, a força de vontade foi o mais citado – 68,4% de todos os entrevistados. - <i>Indivíduos não-tabagistas expostos ao fumo</i>: no DF 13,3% das pessoas declararam frequentar ambientes fechados 4 ou mais vezes por semana e no Entorno 15,4%.
14	Consumo de carnes e embutidos	
15	Consumo de gramíneas, leguminosas e carboídratos	
16	Consumo de bebidas não alcoólicas	
17	Consumo de bebidas alcoólicas	
18	Tabagismo	

19	Existência e funcionamento dos recursos de assistência à saúde	<ul style="list-style-type: none"> - centro de saúde: presente nas duas regiões e referido por 88,2% dos entrevistados. - programa saúde da família: presença mais predominante no Entorno (79,8% versus 33,3%) do que no DF. Quanto às visitas do PSF, apenas 18% das pessoas declararam existir no DF e 72,1% no Entorno. - sistema de referência e contra-referência: relatado por 70% dos entrevistados e, quanto ao seu funcionamento, 59,8% declararam que o mesmo funciona.
20	Disponibilidade de profissionais da área da saúde nas duas regiões	<ul style="list-style-type: none"> - no DF a média das porcentagens de presença dos profissionais da área da saúde foi 19% e no Entorno 70% - médicos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde foram os mais citados.
21	Saneamento básico	<ul style="list-style-type: none"> - presente nas duas regiões em todos os aspectos – água encanada, água tratada, água de poço, rede de esgotos, rede elétrica e ruas pavimentadas. Porém, no Entorno apenas 40,9% dos entrevistados referiu possuir rede de esgotos – há predominância de fossa séptica nessa região.
22	Frequência à biblioteca	<ul style="list-style-type: none"> - a maioria dos usuários do DF (65,9%) utilizam a biblioteca para estudos (convencionais, concursos e vestibulares) versus 43,7% no Entorno. Ademais, 43,1% das pessoas no DF frequentam a biblioteca diariamente, versus 28,5% das pessoas no Entorno.
23	Índice de Massa Corporal – IMC	<ul style="list-style-type: none"> - verificou-se que o sobrepeso (IMC=25) e a obesidade (IMC=30) foram as medidas de IMC mais predominantes nas duas regiões.
24	Questões subjetivas relativas ao Tema Saúde	<ul style="list-style-type: none"> - as instituições públicas são as mais procuradas para resolução de problemas de saúde. - holismo foi a definição de saúde mais frequentemente referida. - o sentimento foi a resposta mais frequente quando questionada a simbologia da palavra saúde.
25	WHOQOL – Frequências dos Domínios	<p>Domínio 1 – Físico:</p> <ul style="list-style-type: none"> - a maioria das pessoas declarou não ter impedimentos de fazerem o que precisam por causa de dores físicas. Também a maioria referiu não necessitar de tratamentos médicos para levar a vida diária. - aproximadamente 73% dos indivíduos declararam ter muita ou completa energia para o dia-a-dia. - quanto à locomoção, cerca de 86% das pessoas declararam poder se locomover muito bem. - quanto ao sono, cerca de 65% disseram estarem satisfeitos ou muito satisfeitos com seu sono. - quanto à capacidade para desempenho de atividades diárias e para o trabalho, cerca de 80% das pessoas declararam, nos dois aspectos respectivamente, satisfação ou muita satisfação. <p>Domínio 2 – Psicológico:</p> <ul style="list-style-type: none"> - em torno de 60% dos indivíduos declararam aproveitar a vida bastante ou extremamente. - aproximadamente 88% das pessoas disseram que suas vidas têm bastante ou extremo sentido. - cerca de 60% falaram que conseguem se concentrar bastante ou extremamente. - cerca de 17,9% declararam aceitar sua aparência física de forma mediana e 36,7% responderam muito. - aproximadamente 76% disseram estarem satisfeitos consigo mesmos de forma satisfatória ou muito satisfatória. - cerca de 60% declararam ter sentimentos negativos como mau humor, desespero, ansiedade ou depressão algumas vezes e 12,3% disseram nunca ter esses sentimentos negativos. <p>Domínio 3 – Relações Sociais:</p> <ul style="list-style-type: none"> - cerca de 76% dos indivíduos declararam satisfação ou muita satisfação com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas). - cerca de 74% das pessoas declararam satisfação ou muita satisfação com sua vida sexual.

	<p>- cerca de 69% disseram estarem satisfeitos ou muito satisfeitos com o apoio que recebem dos amigos.</p> <p>Domínio 4 – Meio Ambiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> - quanto à segurança na vida diária, cerca de 32% disseram sentir segurança mais ou menos e 45% disseram sentir bastante segurança. - 43% declararam que seus ambientes físicos eram mais ou menos saudáveis e 31,8% disseram que estes eram bastante saudáveis. - 46% falaram ter dinheiro para satisfação de suas necessidades de forma mediana. - 36% disseram ter disponibilidade de informações para o dia-a-dia de forma mediana e 34,3% disseram ter muita disponibilidade. - quanto às oportunidades de lazer, quase 40% das pessoas declararam tê-las de forma mediana e cerca de 20% disseram ter muitas oportunidades de lazer. - quanto à satisfação das condições do local de moradia, 42% se declararam satisfeitos e 24% se declararam nem satisfeitos, nem insatisfeitos. - quanto ao acesso aos serviços de saúde, 34% declararam satisfação, 24% nem satisfação, nem insatisfação e 20% insatisfação e , cerca de 10% declararam muita insatisfação e muita satisfação cada um respectivamente. - quanto ao meio de transporte, 37,7% disseram estarem satisfeitos. <p>Questões W1 e W 2 do WHOQOL-Bref:</p> <ul style="list-style-type: none"> - quanto à auto-avaliação da qualidade de vida, aproximadamente 62% das pessoas declararam ter uma boa qualidade de vida. - quanto à satisfação com a própria saúde, 56,9% declararam estarem satisfeitos.
26	<p>CRUZAMENTOS GERAIS</p> <p>Higiene Geral:</p> <ul style="list-style-type: none"> - quanto aos banhos diários, escovação dos dentes e uso de fio dental, observou-se que, com maior frequência, os homens tem maior inadequação nos hábitos de higiene, além dos indivíduos acima de 25 anos, com baixa escolaridade e inadequação do nível escolar. A inadequação dos banhos diários é maior em pessoas que participam de organização ou associações comunitárias. <p>Exposição Solar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - quanto à exposição no horário de 10 às 16 horas, verificou-se que indivíduos mais jovens, ou abaixo de 25 anos se expõem mais inadequadamente ao sol, com uma frequência igual ou maior que duas vezes por semana, além de indivíduos com menor rendas pessoal e familiar, menor escolaridade e residentes no Entorno. - quanto ao uso inadequado de equipamentos e ou produtos para proteção contra os raios solares entre 10 e 16 horas, verificou-se que indivíduos em geral do sexo masculino, com idade abaixo de 25 anos e residentes no DF são os que utilizam mais inadequadamente esses produtos/equipamentos. - quanto ao uso de protetor solar, o uso inadequado é mais freqüente em pessoas com menor renda familiar e residentes no DF. - quanto ao uso de chapéu/boné, mulheres fazem uso mais inadequado que os homens, além de indivíduos com maior adequação do nível de escolaridade. - quanto ao uso de sombrinha/guarda-sol ou guarda-chuva, os homens fazem uso mais inadequado e indivíduos com rendas pessoal e familiar maiores. Além disso, pessoas residentes no DF e que não participam de associações ou organizações comunitárias são as que fazem uso mais inadequadamente desses equipamentos.

Morbidade auto-referida:

- a auto-percepção da inadequação da saúde foi mais significativa nas mulheres, indivíduos acima de 25 anos, com rendas pessoal e familiar menores, em pessoas com escolaridade menor e sem adequação do nível de escolaridade e em pessoas residentes no Entorno.
- quanto ao relato de pressão alta, indivíduos acima de 25 anos são os que mais se destacaram, além daqueles com menor escolaridade e sem adequação do nível escolar, além dos que participam de associações/organizações.
- quanto à diabetes não houve significâncias.

Morbidade referida por profissionais de saúde:

- *pressão alta* – indivíduos acima de 25 anos, com menor escolaridade e sem adequação do nível de escolaridade.
- *colesterol alto* – pessoas acima de 25 anos com maior escolaridade.
- *alto nível de açúcar no sangue* – sem significâncias.
- *excesso de peso* – maior frequência em indivíduos do sexo feminino e acima de 25 anos.

Conselhos dados por profissionais de saúde:

- *abandono do tabagismo* – maior frequência em pessoas acima de 25 anos.
- *emagrecer* – maior frequência para o sexo feminino, pessoas acima de 25 anos e que participam de organizações/associações.
- *comer menos gordura* – maior frequência para o sexo feminino, indivíduos acima de 25 anos e que participam de organizações/associações.
- *usar menos sal* – indivíduos acima de 25 anos e que participam de organizações/associações.
- *aumentar a atividade física* – maior frequência para o sexo feminino, pessoas acima de 25 anos, que residem no Entorno e que participam de organizações/associações.
- *beber menos bebida alcoólica* – os homens foram os mais aconselhados, além de indivíduos com maior renda familiar, com escolaridade igual ou acima do 1º grau completo e residentes no DF.
- *aumentar o consumo de frutas e verduras* – maior frequência para o sexo feminino, pessoas acima de 25 anos e com renda pessoal menor.

Consumo de frutas:

- o consumo inadequado é mais frequente em indivíduos com menor renda familiar, com menor escolaridade e sem adequação do nível de escolaridade.

Consumo de verduras:

- o consumo inadequado é mais frequente em indivíduos do sexo masculino, abaixo de 24 anos e com menor escolaridade.

Consumo de derivados do leite bovino (leite, queijo, requeijão e manteiga):

- o consumo em geral desses produtos é mais frequente em pessoas com menores escolaridade e renda familiar.
- o consumo de leite integral é mais frequente em pessoas do sexo masculino, com rendas pessoal e familiar menores, com menor escolaridade e residentes no Entorno.
- o consumo de queijo e requeijão é mais frequente em pessoas residentes no DF e que não participam de organizações/associações.

Consumo de pão:

- o consumo inadequado de pão é com maior frequência em indivíduos do sexo masculino, com idade igual ou menor que 24 anos, residentes no DF, que não participam de organizações ou associações, em pessoas com menores rendas pessoal e familiar e com maior escolaridade.

Produtos para passar no pão ou biscoitos:

- *margarina* – a maior frequência de consumo é em indivíduos com menores rendas pessoal e familiar.
- *manteiga* – não houve significâncias.
- *queijo* – maior frequência em indivíduos residentes no Entorno e que participam de organizações/associações.
- *requeijão* – maior frequência em indivíduos com menores renda familiar, escolaridade e adequação do nível de escolaridade.

Consumo de sal:

- o uso inadequado de sal na salada e na comida foi sem significâncias.

Mudanças dos hábitos alimentares nos últimos doze meses:

- por motivo de saúde – maiores frequências em pessoas do sexo feminino, com idade igual ou menor que 24 anos, residentes no Entorno e que não pertencem à organizações/associações.
- por motivo de orientação de um profissional da área da saúde – maior frequência em indivíduos abaixo de 24 anos.

Consumo de álcool:

- a maior inadequação no consumo é em indivíduos do sexo masculino, com rendas pessoal e familiar maiores, residentes no DF, que não participam de organizações/associações e que têm adequação do nível de escolaridade.
- os homens ingerem maiores quantidades de álcool que as mulheres, ou seja, o uso inadequado de álcool é cerca de duas vezes mais frequente em homens do que em mulheres.

Tabagismo:

- o tabagismo é mais frequente em pessoas com maior idade, menor escolaridade, sem adequação do nível escolar e que não participam de organizações/associações (corte fumante sim versus não).
- o tabagismo é mais frequente em indivíduos com menor escolaridade, sem adequação do nível escolar e sem participação em organizações comunitárias (corte fumante versus não fumante e ex-fumante).
- o tabagismo é mais frequente em indivíduos com menor escolaridade, com adequação do nível escolar, que não participam de organizações/associações, com faixa etária igual ou menor que 24 anos (corte fumante versus ex-fumante).
- não houve significância para o uso de mais que 20 cigarros por dia versus até 20 cigarros por dia.
- o hábito de fumo há mais de 10 anos é mais frequente em indivíduos acima de 25 anos e residentes no Entorno.
- o tabagismo passivo ou involuntário é mais frequente em indivíduos com idade igual ou menor a 24 anos e residentes no Entorno.

Índice de Massa Corporal – IMC:

- IMC = 25 – mais inadequadamente freqüente em indivíduos acima de 25 anos.
- IMC = 30 – maiores freqüências de inadequação em indivíduos do sexo feminino, acima de 25 anos, com menor renda familiar, sem adequação do nível escolar, residentes no Entorno e que participam de organizações/associações.

Recursos de assistência à saúde:

- *centro de saúde* – indivíduos com maiores rendas pessoal e familiar, com maior escolaridade, residentes no DF e que não participam de organizações/associações foram os que referiram maior inadequação na existência de centro de saúde. Quanto à inadequação de existência de sede própria do centro de saúde, esta foi mais relatada por indivíduos residentes no DF.
- *programa saúde da família (PSF)* – inadequações na existência desse programa mais freqüentemente citada por homens, pessoas com idade igual ou menor a 24 anos, residentes no DF e que não participam de organizações/associações. As inadequações das visitas do PSF foram mais freqüentemente relatadas por pessoas do sexo masculino, com maior renda pessoal, com maior escolaridade, residentes no DF e que não participam de organizações/associações.
- *sistema de referência e contra-referência* – as freqüências das inadequações foram mais relatadas por indivíduos do sexo masculino, com rendas pessoal e familiar maiores e residentes no DF. A inadequação no funcionamento do sistema de referência e contra-referência foi mais relatada por pessoas do sexo masculino, com renda familiar maior e residentes no DF.

Recursos de assistência à saúde – Profissionais:

- *médicos*: a inadequação na existência desses profissionais foi mais freqüente em indivíduos do sexo masculino, com rendas pessoal e familiar maiores, com maior escolaridade, com adequação do nível de escolaridade, residentes no DF e que não participam de organizações/associações.
- *enfermeiros*: a inadequação na existência desses profissionais foi mais freqüente em indivíduos do sexo masculino, com maior renda familiar, com maior escolaridade, residentes no DF e que não participam de organizações/associações.
- *cirurgiões dentistas*: a inadequação na existência desses profissionais foi mais freqüente em indivíduos do sexo masculino, com maiores rendas pessoal e familiar, com maior escolaridade, residentes no DF e que não participam de organizações/associações.
- *técnicos de enfermagem*: a inadequação na existência desses profissionais foi mais freqüente em indivíduos do sexo masculino, na faixa etária abaixo de 24 anos, com maior renda familiar, residentes no DF e que não participam de organizações/associações.
- *auxiliares de enfermagem*: a inadequação na existência desses profissionais foi mais freqüente em indivíduos do sexo masculino, com idade igual ou menor a 24 anos, com maior renda familiar, sem adequação do nível de escolaridade, residentes no DF e que não participam de organizações/associações.
- *técnicos de higiene dental*: a inadequação na existência desses profissionais foi mais freqüente em indivíduos do sexo masculino, com maior renda familiar, com maior escolaridade, residentes no DF e que não participam de organizações/associações.
- *auxiliares de consultório dental*: a inadequação na existência desses profissionais foi mais freqüente em indivíduos do sexo masculino, com maiores rendas pessoal e familiar, com maior escolaridade, com adequação do nível de escolaridade,

<p>residentes no DF e que não participam de organizações/associações.</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>agentes comunitários de saúde</i>: a inadequação na existência desses profissionais foi mais freqüente em indivíduos do sexo masculino, com maiores rendas pessoal e familiar, com maior escolaridade, residentes no DF e que não participam de organizações/associações. <p>Saneamento básico:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>água encanada</i>: as freqüências de relato de existência foram maiores em indivíduos do sexo masculino, com maior renda familiar, com adequação do nível escolar e residentes no DF. - <i>água tratada</i>: as freqüências de relato de existência foram maiores em indivíduos do sexo masculino, com maior renda familiar, com maior escolaridade, residentes no DF e que não participam de organizações/associações. - <i>água de poço</i>: as freqüências de relato de existência foram maiores em indivíduos do sexo feminino, com idade igual ou inferior a 24 anos, sem adequação do nível escolar e residentes no Entorno. - <i>rede de esgotos</i>: as freqüências de relato de existência foram maiores em indivíduos do sexo masculino, com maiores rendas pessoal e familiar, com maior escolaridade, com adequação do nível escolar, residentes no DF e que não participam de organizações/associações. No DF o esgoto é duas vezes mais freqüente que no Entorno. - <i>fossa séptica</i>: as freqüências de relato de existência foram maiores em indivíduos do sexo feminino, com menores rendas pessoal e familiar, com menor escolaridade, sem adequação do nível escolar, residentes no Entorno e que participam de organizações/associações. - <i>rede elétrica</i>: não houve significâncias porque está presente em todos os locais (rede elétrica = sim para todos os questionários). - <i>ruas pavimentadas</i>: as freqüências de relato de existência foram maiores em indivíduos acima de 25 anos, com maior renda familiar, com maior escolaridade, com adequação do nível de escolaridade e residentes no DF. <p>Questões relacionadas com o Tema Saúde:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Freqüência à biblioteca: <ul style="list-style-type: none"> - a inadequação da freqüência é maior em indivíduos do sexo feminino, com menor renda familiar, com menor escolaridade, sem adequação do nível escolar e residentes no Entorno. - o motivo de presença à biblioteca foi caracterizado da seguinte forma: mulheres freqüentam a biblioteca mais por motivos sociais, homens freqüentam a biblioteca mais por motivos de estudos e, indivíduos acima de 25 anos, residentes no Entorno e que participam de organizações/associações freqüentam a biblioteca mais por motivos sociais. 	<p>Domínio 1 – Aspecto Físico:</p> <ul style="list-style-type: none"> - a insatisfação da qualidade de vida no aspecto físico foi mais freqüente em pessoas do sexo feminino, com idade acima de 25 anos, com menor renda pessoal, e que participam de organizações/associações. <p>Domínio 2 – Aspecto Psicológico:</p> <ul style="list-style-type: none"> - a insatisfação na qualidade de vida no aspecto psicológico foi mais freqüente em pessoas do sexo feminino, com menor renda pessoal, com menor escolaridade e sem adequação no nível escolar. <p>Domínio 3 – Aspecto das Relações Sociais:</p> <ul style="list-style-type: none"> - a insatisfação na qualidade de vida no aspecto das relações sociais foi mais freqüente em pessoas do sexo feminino,
<p>27</p> <p>CRUZAMENTOS WHOQOL (Qualidade de Vida)</p>	

		<p>sem adequação do nível escolar e residentes no DF.</p> <p>Domínio 4 – Aspecto do Meio Ambiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> - a insatisfação na qualidade de vida no aspecto do meio ambiente foi mais freqüente em pessoas do sexo feminino e sem adequação do nível escolar. <p>Questão W1 – Aspecto da Auto-avaliação da Qualidade de Vida:</p> <ul style="list-style-type: none"> - a insatisfação no aspecto da auto-avaliação da qualidade de vida foi mais freqüente em pessoas com rendas pessoal e familiar menores, com menor escolaridade e sem adequação do nível escolar. <p>Questão W2 – Aspecto da Auto-avaliação da Satisfação com a Própria Saúde:</p> <ul style="list-style-type: none"> - a insatisfação no aspecto da auto-avaliação da satisfação com a própria saúde foi mais freqüente em pessoas do sexo feminino.
28	<p>CRUZAMENTOS Variáveis Preditoras + WHOQOL <i>Versus</i> Variáveis Dependentes</p>	<p>Auto-percepção da inadequação da saúde:</p> <ul style="list-style-type: none"> - quanto à associação entre variáveis predictoras somadas à qualidade de vida versus a auto-percepção da inadequação da saúde, verificou-se que pessoas do sexo feminino, na faixa etária acima de 25 anos, com menores rendas pessoal e familiar, com menor escolaridade, sem adequação do nível de escolaridade, residentes no Entorno e com insatisfação nos Domínios 1, 2, 3, 4 (Físico, Psicológico, Relações Sociais e Meio Ambiente) e questões W1 e W2 (auto-avaliação da qualidade de vida e da satisfação com a própria saúde) relataram com maior freqüência a auto-percepção inadequada da saúde. <p>Índice de Massa Corporal – IMC:</p> <ul style="list-style-type: none"> - quanto à associação entre variáveis predictoras somadas à qualidade de vida versus o índice de massa corporal maior ou igual a 25, verificou-se que pessoas com idade acima de 25 anos e com inadequação do Domínio 4 e da questão W1 (Meio Ambiente e auto-avaliação da qualidade de vida) relataram maior freqüência na inadequação do IMC. - quanto à associação entre variáveis predictoras somadas à qualidade de vida versus o índice de massa corporal maior ou igual a 30, verificou-se que pessoas do sexo feminino, com idade acima de 25 anos, com menor renda familiar, sem adequação do nível escolar, residentes no Entorno, que participam de organizações/associações e com insatisfação na questão W2 (auto-avaliação da satisfação com a própria saúde) relataram maior freqüência na inadequação do IMC. <p>Existência de centro de saúde:</p> <ul style="list-style-type: none"> - quanto à associação entre variáveis predictoras somadas à qualidade de vida versus a existência de centro de saúde, verificou-se que pessoas com maiores rendas pessoal e familiar, com maior escolaridade, residentes no DF, com menor participação em organizações/associações e com insatisfação na questão W2 (auto-avaliação da satisfação com a própria saúde) relataram maior freqüência a inadequação da existência de centro de saúde. <p>Existência de programa saúde da família (PSF):</p> <ul style="list-style-type: none"> - quanto à associação entre variáveis predictoras somadas à qualidade de vida versus a existência de programa saúde da família, verificou-se que pessoas do sexo masculino, com idade igual ou menor a 24 anos, residentes no DF, que não participam de organizações/associações e sem insatisfação nos Domínios e questões do WHOQOL relataram maior freqüência na inadequação da existência de programa saúde da família. Destaca-se o DF, onde esta inadequação é três vezes maior que no Entorno. <p>Existência de profissional médico:</p> <ul style="list-style-type: none"> - quanto à associação entre variáveis predictoras somadas à qualidade de vida versus a existência de profissional médico,

verificou-se que pessoas do sexo masculino, com rendas pessoal e familiar maiores, com maior escolaridade, residentes no DF, que não participam de organizações/associações e com insatisfação no Domínio 4 (Meio Ambiente) relataram maior frequência na inadequação da existência de profissional médico. Destaca-se o DF, onde essa inadequação é seis vezes maior que no Entorno.

Existência de profissional enfermeiro:

- quanto à associação entre variáveis preditoras somadas à qualidade de vida versus quanto à associação entre variáveis preditoras somadas à qualidade de vida versus a existência de profissional enfermeiro, verificou-se que pessoas do sexo masculino, com renda familiar maior, com maior escolaridade, residentes no DF, que não participam de organizações/associações e com insatisfação nas questões W1 e W2 (auto-avaliação da qualidade de vida e da satisfação com a própria saúde) relataram maior frequência na inadequação da existência de profissional enfermeiro. Destaca-se o DF, onde essa inadequação é quatro vezes maior que no Entorno.

Existência de profissional agente comunitário de saúde:

- quanto à associação entre variáveis preditoras somadas à qualidade de vida versus a existência de profissional agente comunitário de saúde, verificou-se que pessoas do sexo masculino, com rendas pessoal e familiar maiores, com maior escolaridade, residentes no DF, que não participam de organizações/associações e com insatisfação nas questões W1 e W2 (auto-avaliação da qualidade de vida e da satisfação com a própria saúde) relataram maior frequência na inadequação da existência de profissional agente comunitário de saúde. Destaca-se o DF, onde essa inadequação é seis vezes maior que no Entorno.

Existência de água encanada:

- quanto à associação entre variáveis preditoras somadas à qualidade de vida versus a existência de água encanada, verificou-se que pessoas do sexo masculino, com maior renda familiar, com adequação do nível escolar, residentes no DF e com satisfação no Domínio 1 – Físico do WHOQOL relataram com maior frequência a existência de água encanada.

Existência de rede de esgotos:

- quanto à associação entre variáveis preditoras somadas à qualidade de vida versus a existência de rede de esgotos, verificou-se que pessoas do sexo masculino, com maiores rendas pessoal e familiar, com maior escolaridade e com adequação do nível escolar, residentes no DF, que não participam de organizações/associações e que apresentam satisfação nos Domínios 1 e 2 (Físico e Psicológico), relataram com maior frequência a existência de rede de esgotos. Destaca-se o DF, onde a existência de rede de esgotos associada à qualidade de vida é 2,29 vezes mais frequente.

Existência de rede elétrica:

- quanto à associação entre variáveis preditoras somadas à qualidade de vida versus a existência de rede elétrica, não foram verificadas significâncias, pois todos os entrevistados possuíam rede elétrica em suas residências.

Existência de ruas pavimentadas:

- quanto à associação entre variáveis preditoras somadas à qualidade de vida versus a existência de ruas pavimentadas, verificou-se que pessoas com idade superior a 25 anos, com maior renda familiar, com maior escolaridade, com adequação do nível escolar, residentes no DF e que não apresentam insatisfações nos Domínios 1, 2, 3, 4 (Físico, Psicológico, Relações Pessoais e Meio Ambiente) e nas questões W1 e W2 (auto-avaliação da qualidade de vida e da satisfação com a própria saúde, relataram com maior frequência a existência de ruas pavimentadas.

Anexo 2

CEP/FS e outros documentos



Universidade de Brasília
Faculdade de Ciências da Saúde
Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/FS

PROCESSO DE ANÁLISE DE PROJETO DE PESQUISA

Registro do Projeto no CEP: **156/11**

Título do Projeto: “Educação em saúde nas bibliotecas públicas do Distrito Federal e Região do Entorno: uma nova interlocução para qualidade de vida, promoção da saúde e epidemiologia.”

Pesquisadora Responsável: Jacqueline Ramos de Andrade Antunes Gomes

Data de Entrada: 21/10/11

Com base na Resolução 196/96, do CNS/MS, que regulamenta a ética em pesquisa com seres humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, após análise dos aspectos éticos e do contexto técnico-científico, resolveu **APROVAR** o projeto **156/11** com o título: Educação em saúde nas bibliotecas públicas do Distrito Federal e Região do Entorno: uma nova interlocução para qualidade de vida, promoção da saúde e epidemiologia” analisado na 9ª reunião ordinária realizada no dia 9 de novembro de 2011.

A pesquisadora responsável fica, desde já, notificada da obrigatoriedade da apresentação de um relatório semestral e relatório final sucinto e objetivo sobre o desenvolvimento do Projeto, no prazo de 1 (um) ano a contar da presente data (item VII.13 da Resolução 196/96).

Brasília, 09 de janeiro de 2012.


Prof. Natar Monsores de Sá
Coordenador do CEP-FS/UnB



Universidade de Brasília
Faculdade de Ciências da Saúde

Brasília/DF, 08 de junho de 2015

Ilma. Sra.
Dra. Graça Pimentel
M.D. Coordenadora do Sistema de Bibliotecas Públicas
Secretaria da Cultura
Brasília DF

Senhora Coordenadora,

Ao cumprimentá-la, aprez-nos apresentar a Vossa Senhoria JACQUELINE RAMOS DE ANDRADE ANTUNES GOMES, aluna do Doutorado da Faculdade de Ciências da Saúde /UnB. Ressaltamos que a referida aluna cumpriu o Programa de Mestrado também nesta Faculdade, tendo como campo de pesquisa as bibliotecas públicas de Brasília e Entorno. Na oportunidade, foram solicitados e concedidos os Termos de Consentimento correspondentes às unidades pesquisadas, tendo o projeto sido aprovado pelo Comitê de Ética desta Faculdade. O Projeto teve, da mesma forma, aprovação do Sistema de Bibliotecas Públicas/DF. Os perfis levantados ofereceram um panorama da situação das bibliotecas públicas quando foram contempladas também, questões da saúde e qualidade de vida de seus usuários.

As informações constituíram em acervo básico e específico para a continuidade dos estudos, agora em nível de doutoramento, propondo-se um processo de intervenção nas bibliotecas. Além de disseminação de informações voltadas para as demandas identificadas será criada, em cada biblioteca, a "Estante da Saúde" com documentos de apoio a leitura, a reuniões de estudos, atividades especiais como palestras, encontros, contando-se, como suporte local, com a Sociedade de Amigos da Biblioteca.

Para este trabalho junto às bibliotecas públicas, foi solicitada e concedida pelo Senador Cristovam Buarque, Emenda Parlamentar, cujo processo tramita na UnB sob os números: UnBDoc: 124880/2013 e Processo: CCO 23106.016929/2013-09.

Essa meritória ação, no contexto das bibliotecas públicas, terá por escopo a formação de uma massa crítica que embase o crescimento e desenvolvimento de pessoas capazes de utilizar a informação para o surgimento e/ou consolidação de sua cidadania, promoção da saúde e qualidade de vida. Sabemos que, dentre os equipamentos culturais hoje disponíveis, destaca-se a BIBLIOTECA PÚBLICA, presente na grande maioria

2/2/15




Universidade de Brasília
Faculdade de Ciências da Saúde

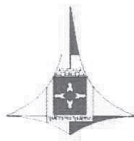
dos municípios por este Brasil afora, verdadeira "célula-máter", da qual poderão emergir as sementes, ordens expressivas de uma nova realidade, dentre elas, miríades de leitores, exorcizando de vez os fantasmas do analfabetismo, inclusive funcional.

Nesta oportunidade, encaminhamos cópia da documentação citada ao tempo em que solicitamos seja ratificada por Vossa Senhoria o aval e apoio ao Projeto de Doutorado citado que se desenvolve nesta Faculdade de Ciências da Saúde como trabalho acadêmico, sob a nossa orientação devendo, ao finalizar, ser-lhe encaminhados os resultados auferidos pela efetividade do mesmo.

Ao parabenizá-la por apoiar, decisivamente, este empreendimento, em prol, primordialmente, de camadas desfavorecidas da população, apresentamos a V. Excia. protestos de alta estima e distinta consideração.

Atenciosas saudações


Prof. Edgar Merchan Hamann
Faculdade de Ciências da Saúde/UnB



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
Secretaria de Estado de Cultura
Coordenação de Políticas do Livro e da Literatura
Diretoria do Sistema de Bibliotecas Públicas

DECLARAÇÃO

Declaro, a quem possa interessar, que a aluna do Doutorado em Ciências da Saúde, do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, **JACQUELINE RAMOS DE ANDRADE ANTUNES GOMES**, está desenvolvendo sua Pesquisa “Leitura e uso da informação como estratégias para despertar nos usuários das Bibliotecas Públicas do Distrito Federal, especialmente no alunado do Ensino Fundamental que a frequenta, a percepção de auto-cuidado, saúde e qualidade de vida: formação e qualificação de dirigentes e usuários” nas Bibliotecas do Distrito Federal.

Informo que a aluna em epígrafe iniciou seus trabalhos no mês de maio do corrente ano em cinco Bibliotecas, a saber: Biblioteca Pública da Ceilândia, Biblioteca Pública de Taguatinga, Biblioteca Pública do Gama Biblioteca Pública de Águas Claras e Biblioteca Pública de Vicente Pires.

Declaro ainda que, o produto do trabalho inicial, que constou de curso de formação para dirigentes e responsáveis por Bibliotecas Públicas e formação de Sociedades de Amigos das Bibliotecas Públicas, contribuiu para a dinamização das Bibliotecas acima citadas, assim como para a reinauguração da Biblioteca Pública de Águas Claras e inauguração da Biblioteca Pública de Vicente Pires e da Biblioteca Pública da Estrutural.

Outrossim, informo que o Sistema de Bibliotecas Públicas do Distrito Federal, Representação Distrital do Sistema Nacional de Bibliotecas Públicas – BN, apoia integralmente a realização da Pesquisa da aluna, a qual vêm contribuindo sobremaneira para o desenvolvimento social no Distrito Federal e que, mesmo ainda não tendo sido possível a realização da intervenção de Educação em Saúde no universo das Bibliotecas Públicas do DF, verifica-se mudanças significativas entre os usuários e servidores das Bibliotecas, no sentido destes buscarem mais frequentemente por informações e por formação, para o seu próprio crescimento pessoal e profissional.

Este Sistema de Bibliotecas Públicas do Distrito Federal espera que a Pesquisa possa efetivamente contemplar as demais Bibliotecas Públicas do Distrito Federal, de forma a contribuir para o desenvolvimento humano de nossa região.

Brasília/DF, 23 de novembro de 2015.

MARIA DAS GRAÇAS PIMENTEL DE MENEZES

Diretora do Sistema de Bibliotecas Públicas do Distrito Federal

Maria das Graças Pimentel de Menezes
Subsecretaria de Políticas e Difusão Cultural
Coordenação de Políticas do Livro e da Literatura
Diretoria do Sistema de Bibliotecas Públicas
Diretora

“Brasília-Patrimônio Cultural da Humanidade”

SECRETARIA DE ESTADO DE CULTURA DO DISTRITO FEDERAL

Diretoria do Sistema de Bibliotecas Públicas

Setor Cultural Sul - Lote 2, Ed. da Biblioteca Nacional, Brasília/DF CEP 70.070-150

Fone: (61) 3325-6238 email:gerenciabibliotecas@gmail.com

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

DEFESA DE DOUTORADO

Título: “Educação em saúde nas bibliotecas públicas do Distrito Federal: uma nova interlocução para qualidade de vida, promoção da saúde e epidemiologia.”

Aluna: Jacqueline Ramos de Andrade Antunes Gomes

Banca Examinadora:

Presidente: Edgar Merchan Hamann
Maria Margarita Urdaneta Gutierrez
Pedro Sadi Monteiro
Rafael Mota Pinheiro
Nídia Maria Lienert Lubisco

Suplente: Natan Monsores de Sá

Data: 03/03/2016

Horário: 14h30

Local: Sala de Reuniões nº 1 da FS/UnB.

Secretaria de Pós-Graduação da Faculdade de Ciências da Saúde
SPG/FS/UnB



Anexo 3

TCLE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O Senhor (a) está sendo convidado (a) participar da pesquisa: “Educação em saúde nas bibliotecas públicas do Distrito Federal e Região do Entorno: uma nova interlocução para qualidade de vida, promoção da saúde e epidemiologia”. A realização deste trabalho é motivada pelo fato de terem sido levantados alguns problemas de saúde e qualidade de vida entre os usuários das bibliotecas públicas do Distrito Federal e Região do Entorno, no trabalho de Mestrado na UnB, desenvolvido pela pesquisadora responsável. Este estudo tem o objetivo de realizar uma intervenção de educação em saúde com a utilização do espaço das bibliotecas públicas, através de atividades pedagógicas interativas para adquirir e trocar conhecimentos entre os sujeitos de pesquisa. Os benefícios esperados com a realização deste trabalho estão relacionados à melhoria da qualidade de vida e dos hábitos relativos à saúde das pessoas e comunidades que utilizam as bibliotecas públicas.

O (a) senhor (a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e garantimos que seu nome não aparecerá, sendo mantido o mais rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo (a). A duração do estudo será até dezembro de 2015. A sua participação será por meio de dois (02) questionários, o WHOQOL – Bref, da OMS sobre Qualidade de Vida, e de outro elaborado pelos pesquisadores sobre dados socioeconômicos, demográficos e de saúde, que você poderá responder em aproximadamente dez (10) minutos. Não existe obrigatoriedade de um tempo pré-determinado para responder aos questionários. Será respeitado o seu tempo para respondê-lo. Informamos que a Senhor (a) pode se recusar a responder qualquer questão que o faça sentir qualquer constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o (a) Senhor (a).

Os resultados da pesquisa serão divulgados na Universidade de Brasília através da apresentação final do trabalho, em sessão de defesa de Doutorado, e por meio eletrônico, podendo ser publicados em revistas científicas posteriormente. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sob a guarda da pesquisadora. Se o Senhor (a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor, telefone para a pesquisadora Jacqueline nos telefones (61) 9984-9184 ou (61) 9658-9123. Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da UnB. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do sujeito da pesquisa podem ser obtidos através do telefone: (61) 3107-1947. Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com a pesquisadora responsável e a outra com o (a) Senhor (a). Muito obrigada pela sua valiosa colaboração!

Nome / assinatura/RG

Nome / assinatura do responsável legal/RG

Jacqueline Ramos de Andrade Antunes Gomes
Pesquisadora Responsável

Prof. Dr. Edgar Merchan Hamann
Orientador

Local e data: _____, _____ de _____ de 201____.

Anexo 4

WHOQOL – Bref

WHOQOL - ABREVIADO

Versão em Português

**PROGRAMA DE SAÚDE MENTAL ORGANIZAÇÃO MUNDIAL
DA SAÚDE GENEVRA**

**Coordenação do GRUPO WHOQOL no Brasil
Dr. Marcelo Pio de Almeida Fleck Professor Adjunto
Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal
Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Porto Alegre - RS - Brasil**

Instruções

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. **Por favor, responda a todas as questões.** Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha .

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas**. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

	NADA	MUITO POUCO	MÉDIO	MUITO	COMPLETAMENTE
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu “muito” apoio como abaixo.

	NADA	MUITO POUCO	MÉDIO	MUITO	COMPLETAMENTE
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu “nada” de apoio.

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

		MUITO RUIM	RUIM	NEM RUIM NEM BOA	BOA	MUITO BOA
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		MUITO INSATISFEITO	INSATISFEITO	NEM SATISFEITO NEM INSATISFEITO	SATISFEITO	MUITO SATISFEITO
2	Quão satisfeito (a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre o quanto você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		NADA	MUITO POUCO	MAIS OU MENOS	BASTANTE	EXTREMAMENTE
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro (a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		NADA	MUITO POUCO	MÉDIO	MUITO	COMPLETAMENTE
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		MUITO RUIM	RUIM	NEM RUIM NEM BOM	BOM	MUITO BOM
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

		MUITO INSATISFEITO	INSATISFEITO	NEM SATISFEITO NEM INSATISFEITO	SATISFEITO	MUITO SATISFEITO
16	Quão satisfeito (a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito (a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito (a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito (a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito (a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito (a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito (a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito (a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito (a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a com que frequência você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		NUNCA	ALGUMAS VEZES	FREQÜENTEMENTE	MUITO FREQÜENTEMENTE	SEMPRE
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?.....

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?.....

Você tem algum comentário sobre o questionário?

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

Anexo 5

Questionário Percepção
Acerca do Auto-cuidado com o Corpo e
Saúde Física e Mental na Perspectiva da
Promoção da Saúde

Local de entrevista: Biblioteca Pública	Código	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Local de moradia do entrevistado:	Código	<input type="text"/>	<input type="text"/>

1. Identificação	Código:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
-------------------------	---------	----------------------	----------------------	----------------------

Variável	Legenda	Codificação
Idade		<input type="text"/>
Profissão		
Sexo	1- Masculino ; 2- Feminino	
Emprego		
Empregado		1
Desempregado		2
Emprego autônomo		3
Emprego informal		4
Bolsa família/seguro desemprego/outros		5
Dona de casa		6
Estudante		7
Aposentado (a)		8
Renda		
Renda pessoal/mês (R\$)	999999- Não sei	<input type="text"/>
Renda familiar/mês (R\$)	999999- Não sei	<input type="text"/>
Estudante/Tipo de escola		
Você está estudando?	1- Sim; 2- Não	
Estudante escola pública		1
Estudante escola privada		2
Estudante universidade pública		3
Estudante universidade privada		4
Escolaridade		
Analfabeto		1
I Grau Incompleto		2
I Grau Completo		3
II Grau Incompleto		4
II Grau Completo		5
III Grau Incompleto		6
III Grau Completo		7
Supletivo I Grau		8
Supletivo II Grau		9
Ensino Especial		10
Adequação nível escolar / idade	1- Sim; 2- Não;	

2. Participação Social		
Variável	Legenda	Codificação
Pertence a alguma organização comunitária ou movimento social?	1- Sim; 2 - Não	
Qual(is)? Opções:		
Associação de moradores		1
Sindicato		2
Grupo de militância		3
Conselho		4
Igreja		5
Associação		6
Agremiação		7
Outros. Qual?		8
Não respondeu		99

3. Percepção Geral da Saúde		
3.1 Avaliação da Saúde		
Variável	Legenda	Codificação
Percepção geral da saúde	4-Excelente; 3-Boa; 2-Regular; 1-Ruim	
Higiene		
Higienização bucal (escovação dos dentes)	1- Sim; 2- Não Número de vezes ao dia:	
Fio dental	1- Sim; 2-Não Número de vezes ao dia:	
Banho diário	1- Sim; 2-Não	
Frequência banho diário	Número de vezes ao dia:	
Exposição Solar		
Exposição solar entre 10 e 16 horas	1- Sim; 2-Não	
Frequência exposição solar: Opções:		
Nunca me exponho ao sol		1
1 a 2 por semana		2
2 a 4 por semana		3
4 a 6 por semana		4
Todos os dias		5
Tempo exposição solar	R.= horas ao dia	
Usa protetor solar	1-Sim; 2-Não; 3- Às vezes	
Usa chapéu/boné	1-Sim; 2-Não; 3- Às vezes	
Usa sombrinha/guarda chuva/sol	1-Sim; 2-Não; 3- Às vezes	
Pressão Alta		
Você tem pressão alta?	1-Sim; 2-Não; 3- Não sabe	
Você faz ou já fez tratamento para pressão alta?		
Opções:		
Fiz	1-Sim; 2-Não	
Há quanto tempo parou?	R.=	
Nunca fiz tratamento	1-Sim; 2-Não	
Faço tratamento com uso regular de medicações	1-Sim; 2-Não	
Faço tratamento sem uso regular de medicações	1-Sim; 2-Não	
Qual tratamento? Opções:		
Dieta	1-Sim; 2-Não	
Exercício físico	1-Sim; 2-Não	
Outros	1-Sim; 2-Não	
Faço tratamento com uso irregular de medicações	1-Sim; 2-Não	
Por quê?	R.=.....	
Diabetes		
Você é diabético/tem diabetes?	1-Sim; 2-Não; 3- Não sabe	
Você faz ou já fez tratamento para diabetes?		
Opções:		
Fiz	1-Sim; 2-Não	
Há quanto tempo parou?	R.=	
Nunca fiz tratamento	1-Sim; 2-Não	
Faço tratamento com uso regular de medicações	1-Sim; 2-Não	
Faço tratamento sem uso regular de medicações	1-Sim; 2-Não	
Qual tratamento? Opções:		
Dieta	1-Sim; 2-Não	
Exercício físico	1-Sim; 2-Não	
Outros	1-Sim; 2-Não	
Faço tratamento com uso irregular de medicações	1-Sim; 2-Não	
Por quê?	R.=	

3.2 Processos de Trabalho em Saúde		
Variável	Legenda	Codificação
Algum profissional da saúde disse que você têm:		
Opções:		
Pressão alta		1-Sim; 2-Não
Colesterol alto		1-Sim; 2-Não
Alto nível de açúcar no sangue		1-Sim; 2-Não
Excesso de peso		1-Sim; 2-Não
Durante os últimos 12 meses, algum profissional de saúde lhe aconselhou que:		
Opções:		
Deixe de fumar		1-Sim; 2-Não
Emagreça		1-Sim; 2-Não
Coma menos gordura		1-Sim; 2-Não
Use menos sal		1-Sim; 2-Não
Aumente atividade física		1-Sim; 2-Não
Beba menos álcool		1-Sim; 2-Não
Aumente o consumo de frutas e verduras		1-Sim; 2-Não

4. Alimentação		
Variável	Legenda	Codificação
Você consome frutas/sucos de frutas todo dia?		1-Sim; 2-Não
Se afirmativo quantas frutas/sucos de frutas você come todo dia?		
Opções:		
1 por dia		1
2 a 4 por dia		2
4 a 6 por dia		3
Se negativo , como seria seu consumo?		
Opções:		
1 a 2 por semana		1
2 a 4 por semana		2
4 a 6 por semana		3
Você consome folhas cruas, verduras ou legumes cozidos diariamente? (exceto batata, mandioca, inhame e cará)		1-Sim; 2-Não
Se afirmativo quantas porções de verduras você consome por dia?		
Opções:		
1 porção por dia		1
2 a 4 porções por dia		2
4 a 6 porções por dia		3
Se negativo , como seria seu consumo?		
Opções:		
1 a 2 porções por semana		1
2 a 4 porções por semana		2
4 a 6 porções por semana		3

4.1 Alimentação		
Variável	Legenda	Codificação
Você costuma consumir leite diariamente?	1-Sim; 2-Não	
Se afirmativo quantos copos/xícaras de leite você consome por dia?		
Opções:		
1 copo/xícara por dia		1
2 a 4 copos/xícaras por dia		2
4 a 6 copos/xícaras por dia		3
Se negativo , como seria o seu consumo?		
Opções:		
1 a 2 copos/xícaras por semana		1
2 a 4 copos/xícaras por semana		2
4 a 6 copos/xícaras por semana		3
Caso faça uso , qual é o tipo de leite que normalmente utiliza?		
Opções:		
Desnatado	1-Sim; 2-Não	
Semi-desnatado	1-Sim; 2-Não	
Integral	1-Sim; 2-Não	
Você costuma consumir pães diariamente?	1-Sim; 2-Não	
Quantos pães você normalmente consome por dia?		
Opções:		
Não consumo pão diariamente		1
Menos de 1 unidade por dia		2
1 unidade por dia		3
2 a 3 unidades por dia		4
Mais de 4 unidades por dia		5
Que tipo de produto ou produtos você mais utiliza para passar no pão ou biscoitos ?		
Opções:		
Margarina → Marca:	1-Sim; 2-Não	
Manteiga	1-Sim; 2-Não	
Queijo	1-Sim; 2-Não	
Requeijão	1-Sim; 2-Não	
Nenhuma das anteriores		99
Você costuma adicionar sal no prato nas refeições?	1-Sim; 2-Não; 3- Às vezes	
Em que preparação?	1- Salada; 2- Comida	
Nos últimos 12 meses você mudou seus hábitos alimentares ?	1-Sim; 2-Não	
Caso afirmativo , por quê?		
Opções:		
Saúde	1-Sim; 2-Não	
Estética	1-Sim; 2-Não	
Orientação de um profissional de saúde	1-Sim; 2-Não	
Outro. Especificar:		3

4.2 Alimentação – Mudanças nos hábitos alimentares		
Variável	Legenda	Codificação
Qual mudança você fez nos hábitos alimentares ?		
Opções:		
Reduzi a quantidade de comida.	1-Sim; 2-Não	
Reduzi a quantidade de gordura.	1-Sim; 2-Não	
Mudei o tipo de gorduras.	1-Sim; 2-Não	
Aumentei o consumo de hortaliças (exceto batata, mandioca).	1-Sim; 2-Não	
Aumentei o consumo de frutas.	1-Sim; 2-Não	
Reduzi a quantidade de açúcar.	1-Sim; 2-Não	
Reduzi a quantidade de sal.	1-Sim; 2-Não	
Reduzi o consumo de carnes vermelhas.	1-Sim; 2-Não	
Outros. Especifique:		3

4.3 Alimentação-Frequência de consumo de alimentos específicos		
Variável	Legenda (mostrar tabela opções)	Codificação
Qual a frequência que você consome os seguintes alimentos: Opções:	1- Raras vezes ou nunca 2- Uma ou poucas vezes ao mês 3- 1 vez na semana 4- 2 a 6 vezes na semana 5-Uma vez ao dia ou mais freqüente	
Carne de porco	→	
Lingüiça	→	
Aves	→	
Peixe	→	
Arroz	→	
Feijão	→	
Macarrão	→	
Bolo	→	
Refrigerante "normal"	→	
Refrigerante dietético	→	
Suco de fruta natural	→	
Suco industrial "normal"	→	
Suco industrial dietético	→	

5. Consumo de Álcool		
Variável	Legenda	Codificação
Você toma bebida alcoólica?	1-Sim; 2-Não; 3-Não respondeu	
Com que frequência você toma bebidas de álcool?		
Opções:		
Nunca		1
Uma vez por mês ou menos		2
Duas a quatro vezes por mês (ou uma vez por semana)		3
Duas a três vezes por semana		4
Quatro ou mais vezes por semana		5
Nenhuma das respostas		99
Listar três bebidas predominantemente consumidas conforme a ordem abaixo:	Opções: 1-Vinho; 2-Uísque; 3-Cachaça; 4-Vodka; 5-Cerveja; 6-Chopp 7- Conhaque; 8-Champanhe; 9- Licor; 10 - Outras	
1ª mais consumida:	R.=	
2ª mais consumida:	R.=	
3ª mais consumida:	R.=	
Nas ocasiões em que bebe , quantas doses, copos ou garrafas o Sr. ou Sra. costuma tomar?		
Opções:		
1 ou 2 doses		1
3 ou 4 doses		2
5 ou 6 doses		3
7 a 9 doses		4
10 ou mais doses		5
Nenhuma das respostas		99
Com que frequência você toma cinco ou mais doses em uma ocasião?		
Opções:		
Nunca		1
Menos de 1 vez por mês		2
Uma vez ao mês		3
Uma vez por semana		4
Todos os dias ou quase todos os dias		5
Nenhuma das respostas		99

6. Tabagismo			
Variável	Legenda	Codificação	
Você é:			
Opções:			
Fumante	1-Sim; 2-Não; 3-Não respondeu		
Ex-fumante (parou há mais de seis meses)	1-Sim; 2-Não; 3-Não respondeu		
Caso você seja fumante , o que você fuma?			
Opções:			
Cigarros comercializados		1-Sim; 2-Não	
Charutos		1-Sim; 2-Não	
Cachimbo		1-Sim; 2-Não	
Cigarros de palha		1-Sim; 2-Não	
Outros. Especifique:	R.=		3
Quantos cigarros você fuma por dia?	R.=	cigarros	
Com que idade você começou a fumar?	R.=	anos	
Há quantos anos você fuma?	R.=	anos	
Ex-fumante:			
Caso você seja ex-fumante , responda às seguintes perguntas:			
Por quanto tempo fumou?	R.=	anos	
Há quanto tempo parou de fumar?	R.=	anos	
Como você conseguiu parar de fumar?			
Opções:			
Força de vontade		1-Sim; 2-Não	
Acupuntura		1-Sim; 2-Não	
Chicletes especiais		1-Sim; 2-Não	
Adesivos de nicotina		1-Sim; 2-Não	
Grupo de apoio		1-Sim; 2-Não	
Psicoterapia		1-Sim; 2-Não	
Medicamento		1-Sim; 2-Não	
Outros. Especifique:	R.=		3
Você freqüenta ambientes fechados onde as pessoas fumam ? Exemplos de ambientes fechados = no lazer, em casa ou no trabalho.		1-Sim; 2-Não	
Se afirmativo, qual das opções?			
Uma vez ao mês ou menos			1
Duas a quatro vezes por mês			2
Duas a três vezes por semana			3
Quatro ou mais vezes por semana			4
Nenhuma das respostas			99

7. Índice de Massa Corporal - IMC	
Variável	Registro
Peso	
Altura	
Cálculo IMC	

$$\text{IMC} = \text{peso} / (\text{altura})^2$$

8. Recursos de Assistência à Saúde/Saneamento Básico		
Variável	Legenda	Codificação
Local possui centro de saúde comunitária?	1- Sim; 2-Não; 3-Não sei	
Existe sede do Centro de Saúde?	1- Sim; 2-Não; 3-Não sei	
Local possui Programa Saúde da Família/Família Saudável?	1- Sim; 2-Não; 3-Não sei	
O Programa Saúde da Família/Família Saudável está visitando as casas?	1- Sim; 2-Não; 3-Não sei	
Existe Sistema de Referência e Contrarreferência?	1- Sim; 2-Não; 3-Não sei	
Este Sistema de Referência e Contra referência funciona?	1- Sim; 2-Não; 3-Não sei	
Quais desses profissionais que vou citar atuam no Programa Saúde da Família/Família Saudável? (Referir quantidade de cada profissional)		
Opções:		
Médicos	1- Sim; 2- Não; 3-Não sei →Quantidade:	
Enfermeiros	1- Sim; 2- Não; 3-Não sei →Quantidade:	
Cirurgiões dentistas	1- Sim; 2- Não; 3-Não sei →Quantidade:	
Técnicos de enfermagem	1- Sim; 2- Não; 3-Não sei →Quantidade:	
Auxiliares de enfermagem	1- Sim; 2- Não; 3-Não sei →Quantidade:	
Técnicos de higiene dental	1- Sim; 2- Não; 3-Não sei →Quantidade:	
Auxiliares de consultório dental	1- Sim; 2- Não; 3-Não sei →Quantidade:	
Agentes comunitários de saúde	1- Sim; 2- Não; 3-Não sei →Quantidade:	
Outros recursos:		
Local possui água encanada?	1- Sim; 2-Não; 3-Não sei	
Local possui água tratada?	1- Sim; 2-Não; 3-Não sei	
Local possui água de poço?	1- Sim; 2-Não; 3-Não sei	
Local possui rede de esgotos?	1- Sim; 2-Não; 3-Não sei	
Local possui fossa séptica?	1- Sim; 2-Não; 3-Não sei	
Local possui rede elétrica?	1- Sim; 2-Não; 3-Não sei	
Local possui ruas pavimentadas?	1- Sim; 2-Não; 3-Não sei	
Quando você adoece, o que você faz? A que você recorre?	R.=	
Para você, o que é saúde?	R.=	
Quais as palavras que vêm à sua mente quando se fala em saúde?	R.=	

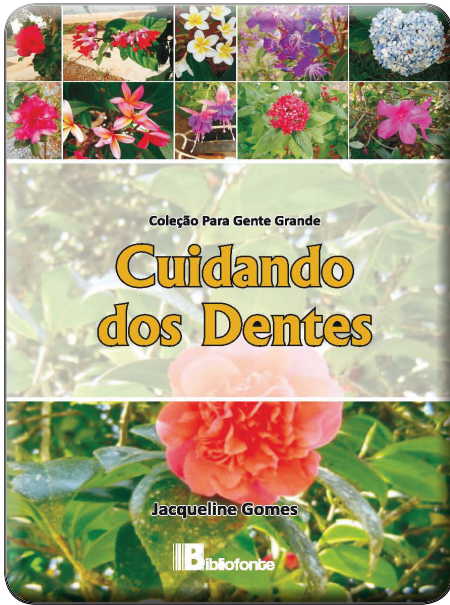
9. Frequência da Biblioteca		
Variável	Legenda	Codificação
Por que você está aqui na biblioteca?	1 - Acesso digital 2 - Estudar para concursos 3 - Estudar para vestibulares 4 - Estudos convencionais 5 - Leitura 6 - Reunião de grupos 7 - Outros: Quais?	
Com que frequência você utiliza a biblioteca?	1 - Raras vezes ou nunca 2 - Uma ou poucas vezes ao mês 3 - 1 vez na semana 4 - 2 a 4 vezes na semana 5 - Diariamente	

OBRIGADO PELA SUA VALIOSA COLABORAÇÃO!

Anexo 6

**Produção Literária que
Integrou o Kit de Apoio à
Intervenção Proposta**

- 6.1 - Coleção para gente grande: Cuidando dos Dentes
- 6.2 - Coleção para gente grande: Cuidando da Higiene
- 6.3 - Coleção para gente grande: Como se Organizar
- 6.4 - Coleção maçã verde: A festa dos dentes
- 6.5 - Coleção maçã verde: Isadora e a turma do banho
- 6.6 - Coleção maçã verde: Cada coisa no lugar certo



Anexo 7

**Demo do Vídeo Produzido para
Integrar o Kit de Apoio à
Intervenção**



Anexo 8

Orientações para
Cálculos do WHOQOL - Bref

WHOQOL-BREF

INTRODUCTION, ADMINISTRATION, SCORING

AND GENERIC VERSION OF THE ASSESSMENT

Field Trial Version

December 1996



PROGRAMME ON MENTAL HEALTH

**WORLD HEALTH ORGANIZATION
GENEVA**

This manual was drafted by Alison Harper on behalf of the WHOQOL group. The WHOQOL group comprises a coordinating group, collaborating investigators in each of the field centres and a panel of consultants. Dr J. Orley directs the project. He has been assisted in this by Professor M. Power, Dr W. Kuyken, Professor N. Sartorius, Dr M. Bullinger and Dr A. Harper. The field centres involved in initial piloting of the WHOQOL were: Professor H. Herrman, Dr H. Schofield and Ms B. Murphy, University of Melbourne, Australia; Professor Z. Metelko, Professor S. Szabo and Mrs M. Pibemik-Okanovic, Institute of Diabetes, Endocrinology and Metabolic Diseases and Department of Psychology, Faculty of Philosophy, University of Zagreb, Croatia; Dr N. Quemada and Dr A. Caria, INSERM, Paris, France; Dr S. Rajkumar and Mrs Shuba Kumar, Madras Medical College, India; Dr S. Saxena and Dr K. Chandiramani, All India Institute of Medical Sciences, New Delhi, India; Dr M. Amir and Dr D. Bar-On, Ben-Gurion University of the Negev, Beer-Sheeva, Israel; Dr Miyako Tazaki, Department of Science, Science University of Tokyo, Japan and Dr Ariko Noji, Department of Community Health Nursing, St Luke's College of Nursing, Japan; Dr G. van Heck and Mrs J. De Vries, Tilburg University, The Netherlands; Professor J. Arroyo Sucre and Professor L. Picard-Ami, University of Panama, Panama; Professor M. Kabanov, Dr A. Lomachenkov and Dr G. Burkovsky, Bekhterev Psychoneurological Research Institute, St. Petersburg, Russia; Dr R. Lucas Carrasco, University of Barcelona, Spain; Dr Yooth Bodharamik and Mr Kitikorn Meesapya, Institute of Mental Health, Bangkok, Thailand; Dr S. Skevington, University of Bath, United Kingdom; Professor D. Patrick, Ms M. Martinand, Ms D. Wild, University of Washington, Seattle, USA and; Professor W. Acuda and Dr J. Mutambirwa, University of Zimbabwe, Harare, Zimbabwe.

New centres using the field version of the WHOQOL-100 are: Dr S. Bonicato, FUNDONAR, Fundacion Oncologica Argentina, Argentina; Dr A.E. Molzahn, University of Victoria, Canada; Dr G. Yongping, St Vincent's Hospital, Victoria, Australia; Dr G. Page, University of Quebec at Rimouski, Canada; Professor J. Fang, Sun Yat-Sen University of Medical Sciences, People's Republic of China; Dr M. Fleck, University of the State of Rio Grande do Sul, Brazil; Professor M.C. Angermeyer, Dr R. Kilian, Universitätsklinikum Klinik und Poliklinik für Psychiatrie, Leipzig, Germany; Mr Kwok Fai Leung, Hospital Authority, Hong Kong; Dr B.R. Hanestad, University of Bergen, Norway; Dr M.H. Mubbashar, Rawalpindi General Hospital, Pakistan; Dr J. Harangozo, Semelweis University of Medicine, Budapest & Dr L. Kullman, National Institute of Mental Rehabilitation, Budapest, Hungary; Professor I. Wiklund, Health Economics & Quality of Life, Astra Hässle AB, Sweden; Dr C. Fidaner, Dr Behçet Uz Paediatric Hospital, Balçova/Izmir, Turkey; Dr G. de Girolamo, Servizio Salute Mentale USL 27, Italy; Professor P. Bech, Frederiksborg General Hospital, Denmark; Dr R.S. Pippalla, Howard University, College of Pharmacy and Pharmaceutical Sciences, Washington, DC, USA and Dr H. Che Ismail, School of Medical Sciences, Kelantan, Malaysia.

Further information can be obtained from:

Dr John Orley
Programme on Mental Health
World Health Organization
CH-1211 Geneva 27, Switzerland

This document is not issued to the general public, and all rights are reserved by the World Health Organization (WHO). This document may not be reviewed, abstracted, reproduced, translated, referred to in bibliographical matter or cited, in part or in whole, without the prior written permission of WHO. No part of this document may be stored in a retrieval system or transmitted in any form by any means - electronic, mechanical, photocopying, recording, or by any information storage and retrieval system, without the prior written permission of WHO. The WHOQOL Group, Programme on Mental Health, WHO, CH-1211 Geneva 27, Switzerland.

WHOQOL-BREF

Introduction, Administration, Scoring and Generic Version of the Assessment

Introduction

The WHOQOL-100 quality of life assessment was developed by the WHOQOL Group with fifteen international field centres, simultaneously, in an attempt to develop a quality of life assessment that would be applicable cross-culturally. The development of the WHOQOL-100, has been detailed elsewhere (i.e. Orley & Kuyken, 1994; Szabo, 1996; WHOQOL Group 1994a, 1994b, 1995). This document gives a conceptual background to the WHOQOL definition of quality of life and describes the development of the WHOQOL-BREF, an abbreviated version of the WHOQOL-100. It also includes a generic English language version of the WHOQOL-BREF, instructions for administering and scoring, and proposed uses for this short form of the WHOQOL.

Rationale for the development of the WHOQOL-100

WHO's initiative to develop a quality of life assessment arose for a number of reasons. In recent years there has been a broadening in focus in the measurement of health, beyond traditional health indicators such as mortality and morbidity (e.g. World Bank, 1993; WHO, 1991), to include measures of the impact of disease and impairment on daily activities and behaviour (e.g. Sickness Impact Profile; Bergner, Bobbitt, Carter et al, 1981), perceived health measures (e.g. Nottingham Health Profile; Hunt, McKenna and McEwan, 1989) and disability / functional status measures (e.g. the MOS SF-36, Ware et al, 1993). These measures, whilst beginning to provide a measure of the impact of disease, do not assess quality of life *per se*, which has been aptly described as "the missing measurement in health" (Fallowfield, 1990). Second, most measures of health status have been developed in North America and the UK, and the translation of these measures for use in other settings is time-consuming, and unsatisfactory for a number of reasons (Sartorius and Kuyken, 1994; Kuyken, Orley, Hudelson and Sartorius, 1994). Third, the increasingly mechanistic model of medicine, concerned only with the eradication of disease and symptoms, reinforces the need for the introduction of a humanistic element into health care. By calling for quality of life assessments in health care, attention is focused on this aspect of health, and resulting interventions will pay increased attention to this aspect of patients' well-being. WHO's initiative to develop a quality of life assessment arises from a need for a genuinely international measure of quality of life and a commitment to the continued promotion of an holistic approach to health and health care.

Steps in the development of the WHOQOL-100

The WHOQOL-100 development process consisted of several stages. These are explained in brief within this document. For a detailed description, the reader is referred to the WHOQOL Group (1994a, 1994b, in preparation). In the first stage, concept clarification involved establishing an agreed upon definition of quality of life and an approach to international quality of life assessment.

Quality of life is defined as individuals' perceptions of their position in life in the context of the culture and value systems in which they live and in relation to their goals, expectations, standards and concerns.

This definition reflects the view that quality of life refers to a subjective evaluation which is embedded in a cultural, social and environmental context. Because this definition of quality of life focuses upon respondents' "perceived" quality of life, it is not expected to provide a means of measuring in any

detailed fashion symptoms, diseases or conditions, but rather the effects of disease and health interventions on quality of life. As such, quality of life cannot be equated simply with the terms "health status", "life style", "life satisfaction", "mental state" or "well-being". The recognition of the multi-dimensional nature of quality of life is reflected in the WHOQOL-100 structure.

In the second stage of development, exploration of the quality of life construct within 15 culturally diverse field centres was carried out to establish a list of areas/facets that participating centres considered relevant to the assessment of quality of life. This involved a series in meetings of focus groups which included health professionals, patients and well subjects. A maximum of six specific items for exploring each proposed facet were generated by each centre's focus group. To enable the collaboration to be genuinely international the 15 field centres were selected world-wide to provide differences in level of industrialisation, available health services, and other markers relevant to the measurement of quality of life (e.g. role of the family, perception of time, perception of self, dominant religion).

In the third stage of development, questions from each centre were assembled into a global pool. After clustering semantically equivalent questions, 236 items covering 29 facets were included in a final assessment. Pilot work involved administration of this standardised assessment to at least 300 respondents within each centre.

Following field testing in these 15 centres, 100 items were selected for inclusion in the WHOQOL-100 Field Trial Version. These included four items for each of 24 facets of quality of life, and four items relating to the 'overall quality of life and general health' facet (see Table 1). The method by which these 100 items were selected is fully documented elsewhere (The WHOQOL Group, in preparation). The WHOQOL-100 Field Trial Version is currently being tested in new centres world-wide (these centres are outlined on page 6 of this document). The initial conceptual framework for the WHOQOL-100 proposed that the 24 facets relating to quality of life should be grouped into 6 domains. Recent analysis of available data, using structural equation modelling, has shown a four domain solution to be more appropriate. For a more detailed explanation of this, the reader is referred to The WHOQOL Group (in preparation). The WHOQOL-BREF is therefore based on a four domain structure (see Table 1).

Table 1 - WHOQOL-BREF domains

Domain	Facets incorporated within domains
1. Physical health	Activities of daily living Dependence on medicinal substances and medical aids Energy and fatigue Mobility Pain and discomfort Sleep and rest Work Capacity
2. Psychological	Bodily image and appearance Negative feelings Positive feelings Self-esteem Spirituality / Religion / Personal beliefs Thinking, learning, memory and concentration
3. Social relationships	Personal relationships Social support Sexual activity
4. Environment	Financial resources Freedom, physical safety and security Health and social care: accessibility and quality Home environment Opportunities for acquiring new information and skills Participation in and opportunities for recreation / leisure activities Physical environment (pollution / noise / traffic / climate) Transport

Development of the WHOQOL-BREF

The WHOQOL-100 allows detailed assessment of each individual facet relating to quality of life. In certain instances however, the WHOQOL-100 may be too lengthy for practical use. The WHOQOL-BREF Field Trial Version has therefore been developed to provide a short form quality of life assessment that looks at Domain level profiles, using data from the pilot WHOQOL assessment and all available data from the Field Trial Version of the WHOQOL-100. Twenty field centres situated within eighteen countries have included data for these purposes (see Table 2). The WHOQOL-BREF contains a total of 26 questions. To provide a broad and comprehensive assessment, one item from each of the 24 facets contained in the WHOQOL-100 has been included. In addition, two items from the Overall quality of Life and General Health facet have been included.

Table 2 - Centres included in development of the WHOQOL-BREF

Centres in the pilot version of the WHOQOL	Centres in the field trial of the WHOQOL-100
Bangkok, Thailand	Bangkok, Thailand
Beer Sheva, Israel	Beer Sheva, Israel
Madras, India	Madras, India
Melbourne, Australia	Melbourne, Australia
New Delhi, India	New Delhi, India
Panama City, Panama	Panama City, Panama
Seattle, USA	Seattle, USA
Tilburg, The Netherlands	Tilburg, The Netherlands
Zagreb, Croatia	Zagreb, Croatia
Tokyo, Japan	Tokyo, Japan
Harare, Zimbabwe	Harare, Zimbabwe
Barcelona, Spain	Barcelona, Spain
Bath, UK	Bath, UK
St Petersburg, Russia	Hong Kong
Paris, France	Leipzig, Germany
	Mannheim, Germany
	La Plata, Argentina
	Port Alegre, Brazil

The WHOQOL-BREF is available in 19 different languages. The appropriate language version, and permission for using it, can be obtained from The WHOQOL Group, Programme on Mental Health, World Health Organisation, CH-1211 Geneva 27, Switzerland. Under no circumstances should the WHOQOL-BREF be used without consultation with The WHOQOL Group. A methodology has been developed for new centres wishing to develop a further language version of the WHOQOL-100 or the WHOQOL-BREF. This can be obtained from The WHOQOL Group, Programme on Mental Health, World Health Organisation, CH-1211, Geneva 27, Switzerland.

Questions should appear in the order in which they appear in the example WHOQOL-BREF provided within this document, with instructions and headers unchanged. Questions are grouped by response format. The equivalent numbering of questions between the WHOQOL-BREF and the WHOQOL-100 is given in the example version of the WHOQOL-BREF to enable easy comparison between responses to items on the two versions. The WHOQOL-100 field test permitted centres to include national items or facets that were thought to be important in assessing quality of life. Where centres wish to include additional national items or modules to the WHOQOL-BREF, these should be included on a separate sheet of paper and not scattered amongst the existing 26 items. There are three reasons for this:

- 1) To control for item order effects which could occur and change item meaning.
- 2) The WHOQOL-BREF represents an agreed upon core set of international items.
- 3) The WHOQOL-BREF is likely to be used where quality of life is amongst one of several parameters being assessed. Therefore additional national information can be obtained by including additional modules and measures

Administration of the WHOQOL-BREF

For any new centre not previously involved in either the development or field testing of the WHOQOL-100, the procedure being followed to field test the WHOQOL-BREF should be identical to that used to field test the WHOQOL-100. The instrument should be piloted on at least 300 people. This figure is based on the required numbers of respondents needed for analysis of pilot data. The sample of respondents to whom the assessment should be administered ought to be adults, with 'adult' being culturally defined. While stratified samples are not essential, a sampling quota should apply with regard to:

- Age (50% = <45 years, 50% = 45+ years)
- Sex (50% = male, 50% = female)
- Health status (250 persons with disease or impairment; 50 well persons)

With respect to persons with disease or impairment, this group should contain a cross-section of people with varied levels of quality of life. One way of attempting this would be to include some people with quite severe and disabling chronic diseases, some people in contact with health facilities for more transient conditions, possibly some attending a family practitioner, and others who are in contact with the health service for reasons that are not likely to impinge upon their quality of life to any great extent. By sampling patients from a cross-section of primary care settings, hospitals and community care settings this could most likely be achieved.

The WHOQOL-BREF should be self-administered if respondents have sufficient ability; otherwise, interviewer-assisted or interview-administered forms should be used. Standardised instructions, given on the second page of the WHOQOL-BREF example assessment, should be read out to respondents in instances where the assessment is interviewer-administered.

For centres who have already participated in the development and field testing of the WHOQOL-100, the above option of testing the WHOQOL-BREF is preferred, but not imperative where specific studies of patient groups are planned.

Frame of reference and time frame

A time frame of two weeks is indicated in the assessment. It is recognised that different time frames may be necessary for particular uses of the instrument in subsequent stages of work. For example, in the assessment of quality of life in chronic conditions, such as arthritis, a longer time frame such as four weeks may be preferable. Furthermore, the perception of time is different within different cultural settings and therefore changing the time scale may be appropriate.

Proposed uses of the WHOQOL-100 and the WHOQOL-BREF

It is anticipated that the WHOQOL assessments will be used in broad-ranging ways. They will be of considerable use in clinical trials, in establishing baseline scores in a range of areas, and looking at changes in quality of life over the course of interventions. It is expected that the WHOQOL assessments will also be of value where disease prognosis is likely to involve only partial recovery or remission, and in which treatment may be more palliative than curative.

For epidemiological research, the WHOQOL assessments will allow detailed quality of life data to be gathered on a particular population, facilitating the understanding of diseases, and the development

of treatment methods. The international epidemiological studies that would be enabled by instruments such as the WHOQOL-100 and the WHOQOL-BREF will make it possible to carry out multi-centre quality of life research, and to compare results obtained in different centres. Such research has important benefits, permitting questions to be addressed which would not be possible in single site studies (Sartorius and Helmchen, 1981). For example, a comparative study in two or more countries on the relationship between health care delivery and quality of life requires an assessment yielding cross-culturally comparable scores. Sometimes accumulation of cases in quality of life studies, particularly when studying rare disorders, is helped by gathering data in several settings. Multi-centre collaborative studies can also provide simultaneous multiple replications of a finding, adding considerably to the confidence with which findings can be accepted.

In clinical practice the WHOQOL assessments will assist clinicians in making judgements about the areas in which a patient is most affected by disease, and in making treatment decisions. In some developing countries, where resources for health care may be limited, treatments aimed at improving quality of life through palliation, for example, can be both effective and inexpensive (Olweny, 1992). Together with other measures, the WHOQOL-BREF will enable health professionals to assess changes in quality of life over the course of treatment.

It is anticipated that in the future the WHOQOL-100 and the WHOQOL-BREF will prove useful in health policy research and will make up an important aspect of the routine auditing of health and social services. Because the instrument was developed cross-culturally, health care providers, administrators and legislators in countries where no validated quality of life measures currently exist can be confident that data yielded by work involving the WHOQOL assessments will be genuinely sensitive to their setting.

Scoring the WHOQOL-BREF

The WHOQOL-BREF (Field Trial Version) produces a quality of life profile. It is possible to derive four domain scores. There are also two items that are examined separately: question 1 asks about an individual's overall perception of quality of life and question 2 asks about an individual's overall perception of their health. The four domain scores denote an individual's perception of quality of life in each particular domain. Domain scores are scaled in a positive direction (i.e. higher scores denote higher quality of life). The mean score of items within each domain is used to calculate the domain score. Mean scores are then multiplied by 4 in order to make domain scores comparable with the scores used in the WHOQOL-100. Explicit instructions for checking and cleaning data, and for computing domain scores, are given in Table 3. A method for the manual calculation of individual scores is given on page 1 of the WHOQOL-BREF assessment form. The method for converting raw scores to transformed scores when using this method is given in Table 4, on page 11 of these instructions. The first transformation method converts scores to range between 4-20, comparable with the WHOQOL-100. The second transformation method converts domain scores to a 0-100 scale.

Where more than 20% of data is missing from an assessment, the assessment should be discarded (see Step 4 in Table 3). Where an item is missing, the mean of other items in the domain is substituted. Where more than two items are missing from the domain, the domain score should not be calculated (with the exception of domain 3, where the domain should only be calculated if ≤ 1 item is missing).

Any national items should be scored separately from the core 26 item of the BREF. During the analysis the performance of any national items will be examined for possible use in other national studies. At this stage of field testing national and core items must not be mixed in administration or scoring of the BREF.

An SPSS syntax file that automatically checks, recodes data and computes domain scores may be obtained from Professor Mick Power, Department of Psychiatry, Royal Edinburgh Hospital, Morningside Park, Edinburgh, EH10 5HF (email: mj@srv2.med.ed.ac.uk; fax: + 131 447 6860)

Table 3 - Steps for checking and cleaning data and computing domain scores

Steps	SPSS syntax for carrying out data checking, cleaning and computing total scores
1. Check all 26 items from assessment have a range of 1-5	<p>RECODE Q1 Q2 Q3 Q4 Q5 Q6 Q7 Q8 Q9 Q10 Q11 Q12 Q13 Q14 Q15 Q16 Q17 Q18 Q19 Q20 Q21 Q22 Q23 Q24 Q25 Q26 (1=1) (2=2) (3=3) (4=4) (5=5) (ELSE=SYSMIS). (This recodes all data outwith the range 1-5 to system missing).</p>
2. Reverse 3 negatively phrased items	<p>RECODE Q3 Q4 Q26 (1=5) (2=4) (3=3) (4=2) (5=1). (This transforms negatively framed questions to positively framed questions)</p>
3. Compute domain scores	<p>COMPUTE DOM1=MEAN.6(Q3,Q4,Q10,Q15,Q16,Q17,Q18)*4. COMPUTE DOM2=MEAN.5(Q5,Q6,Q7,Q11,Q19,Q26)*4. COMPUTE DOM3=MEAN.2(Q20,Q21,Q22)*4. COMPUTE DOM4=MEAN.6(Q8,Q9,Q12,Q13,Q14,Q23,Q24,Q25)*4. (These equations calculate the domain scores. All scores are multiplied by 4 so as to be directly comparable with scores derived from the WHOQOL-100. The '.6' in 'mean.6' specifies that 6 items must be endorsed for the domain score to be calculated).</p>
4. Delete cases with >20% missing data	<p>COUNT TOTAL=Q1 TO Q26 (1 THRU 5). (This command creates a new column 'total'. 'Total' contains a count of the WHOQOL-100 items with the values 1-5 that have been endorsed by each subject. The 'Q1 TO Q26' means that consecutive columns from 'Q1', the first item, to 'Q26', the last item, are included in the count. It therefore assumes that data is entered in the order given in the assessment). FILTER OFF. USE ALL. SELECT IF (TOTAL>=21). EXECUTE. (This second command selects only those cases where 'total', the total number of items completed, is greater or equal to 80%. It deletes the remaining cases from the data set).</p>
5. Check domain scores	<p>DESCRIPTIVES VARIABLES=DOM1 DOM2 DOM3 DOM4 /STATISTICS=MEAN STDDEV MIN MAX. (Running descriptives should display values of all domain scores within the range 4-20).</p>
6. Save data set	<p>Save data set with a new file name so that the original remains intact.</p>

Table 4 - Method for converting raw scores to transformed scores

DOMAIN 1			DOMAIN 2			DOMAIN 3			DOMAIN 4		
Raw Score	Transformed scores		Raw score	Transformed scores		Raw score	Transformed scores		Raw score	Transformed scores	
	4-20	0-100		4-20	0-100		4-20	0-100		4-20	0-100
7	4	0	6	4	0	3	4	0	8	4	0
8	5	6	7	5	6	4	5	6	9	5	6
9	5	6	8	5	6	5	7	19	10	5	6
10	6	13	9	6	13	6	8	25	11	6	13
11	6	13	10	7	19	7	9	31	12	6	13
12	7	19	11	7	19	8	11	44	13	7	19
13	7	19	12	8	25	9	12	50	14	7	19
14	8	25	13	9	31	10	13	56	15	8	25
15	9	31	14	9	31	11	15	69	16	8	25
16	9	31	15	10	38	12	16	75	17	9	31
17	10	38	16	11	44	13	17	81	18	9	31
18	10	38	17	11	44	14	19	94	19	10	38
19	11	44	18	12	50	15	20	100	20	10	38
20	11	44	19	13	56				21	11	44
21	12	50	20	13	56				22	11	44
22	13	56	21	14	63				23	12	50
23	13	56	22	15	69				24	12	50
24	14	63	23	15	69				25	13	56
25	14	63	24	16	75				26	13	56
26	15	69	25	17	81				27	14	63
27	15	69	26	17	81				28	14	63
28	16	75	27	18	88				29	15	69
29	17	81	28	19	94				30	15	69
30	17	81	29	19	94				31	16	75
31	18	88	30	20	100				32	16	75
32	18	88							33	17	81
33	19	94							34	17	81
34	19	94							35	18	88
35	20	100							36	18	88
									37	19	94
									38	19	94
									39	20	100
									40	20	100

References

Bergner, M., Bobbitt, R.A., Carter, W.B. *et al.* (1981). The Sickness Impact Profile: Development and final revision of a health status measure. *Medical Care*, **19**, 787-805.

- Fallowfield, L. (1990). *The Quality of Life: The Missing Measurement in Health Care*. Souvenir Press.
- Hunt, S.M., McKenna, S.P. and McEwan, J. (1989). *The Nottingham Health Profile. Users Manual*. Revised edition.
- Kuyken, W., Orley, J., Hudelson, P. and Sartorius, N. (1994). Quality of life assessment across cultures. *International Journal of Mental Health*, **23** (2), 5-27.
- Olweny, C. L. M. (1992). Quality of life in developing countries. *Journal of Palliative Care*, **8**, 25-30.
- Sartorius, N. and Helmchen, H. (1981). Aims and implementation of multi-centre studies. *Modern Problems of Pharmacopsychiatry*, **16**, 1-8.
- Sartorius, N. and Kuyken, W. (1994). Translation of health status instruments. In J. Orley and W. Kuyken (Eds). *Quality of Life Assessment. International Perspectives*. Heidelberg: Springer Verlag.
- Szabo, S. (1996). The World Health Organisation Quality of Life (WHOQOL) Assessment Instrument. In *Quality of Life and Pharmacoeconomics in Clinical Trials* (2nd edition, Edited by Spilker B.). Lippincott-Raven Publishers, Philadelphia, New York.
- The WHOQOL Group. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc. Sci. Med.*, **41**, 1403, 1995.
- Ware, J. E., Snow, K., Kosinski, M. and Gandek, B. (1993). *SF-36 Health Survey: Manual and Interpretation Guide*. New England Medical Center, MA, USA.
- World Bank. (1993). *World Development Report: Investing in Health*. New York: Oxford University Press.
- World Health Organization. (1991). *World Health Statistics Annual*. Geneva: WHO.
- The WHOQOL Group. (1994a). Development of the WHOQOL: Rationale and current status. *International Journal of Mental Health*, **23** (3), 24-56.
- The WHOQOL Group. (1994b). The development of the World Health Organization quality of life assessment instrument (the WHOQOL). In J. Orley and W. Kuyken (Eds) *Quality of Life Assessment: International Perspectives*. Heidelberg: Springer Verlag.
- The WHOQOL Group. (In preparation). The World Health Organisation Quality of Life Assessment (WHOQOL): Development and General Psychometric Properties.

m:\...misc\lwhoqolbrefinst

WHOQOL-BREF



PROGRAMME ON MENTAL HEALTH
 WORLD HEALTH ORGANIZATION
 GENEVA

For office use only

	Equations for computing domain scores	Raw score	Transformed scores*	
Domain 1	$(6-Q3) + (6-Q4) + Q10 + Q15 + Q16 + Q17 + Q18$ $\square + \square + \square + \square + \square + \square + \square$	=	4-20	0-100
Domain 2	$Q5 + Q6 + Q7 + Q11 + Q19 + (6-Q26)$ $\square + \square + \square + \square + \square + \square$	=		
Domain 3	$Q20 + Q21 + Q22$ $\square + \square + \square$	=		
Domain 4	$Q8 + Q9 + Q12 + Q13 + Q14 + Q23 + Q24 + Q25$ $\square + \square + \square + \square + \square + \square + \square + \square$	=		

* Please see Table 4 on page 10 of the manual, for converting raw scores to transformed scores.

This document is not issued to the general public, and all rights are reserved by the World Health Organization (WHO). The document may not be reviewed, abstracted, quoted, reproduced or translated, in part or in whole, without the prior written permission of WHO. No part of this document may be stored in a retrieval system or transmitted in any form or by any means - electronic, mechanical or other - without the prior written permission of WHO.

ABOUT YOU

Before you begin we would like to ask you to answer a few general questions about yourself: by circling the correct answer or by filling in the space provided.

What is your **gender**? Male Female
 What is your **date of birth**? _____ / _____ / _____
 Day / Month / Year

What is the highest **education** you received? None at all
 Primary school
 Secondary school
 Tertiary

What is your **marital status**? Single Separated
 Married Divorced
 Living as married Widowed

Are you currently **ill**? Yes No
 If something is wrong with your health what do you think it is? _____ illness/ problem

Instructions

This assessment asks how you feel about your quality of life, health, or other areas of your life. **Please answer all the questions.** If you are unsure about which response to give to a question, **please choose the one** that appears most appropriate. This can often be your first response.

Please keep in mind your standards, hopes, pleasures and concerns. We ask that you think about your life **in the last two weeks.** For example, thinking about the last two weeks, a question might ask:

	Do you get the kind of support from others that you need?	Not at all 1	Not much 2	Moderately 3	A great deal 4	Completely 5
--	---	-----------------	---------------	-----------------	-------------------	-----------------

You should circle the number that best fits how much support you got from others over the last two weeks. So you would circle the number 4 if you got a great deal of support from others as follows.

	Do you get the kind of support from others that you need?	Not at all 1	Not much 2	Moderately 3	A great deal 4	Completely 5
--	---	-----------------	---------------	-----------------	-------------------	-----------------

You would circle number 1 if you did not get any of the support that you needed from others in the last two weeks.

Please read each question, assess your feelings, and circle the number on the scale for each question that gives the best answer for you.

		Very poor	Poor	Neither poor nor good	Good	Very good
1(G1)	How would you rate your quality of life?	1	2	3	4	5

		Very dissatisfied	Dissatisfied	Neither satisfied nor dissatisfied	Satisfied	Very satisfied
2 (G4)	How satisfied are you with your health?	1	2	3	4	5

The following questions ask about **how much** you have experienced certain things in the last two weeks.

		Not at all	A little	A moderate amount	Very much	An extreme amount
3 (F1.4)	To what extent do you feel that physical pain prevents you from doing what you need to do?	1	2	3	4	5
4(F11.3)	How much do you need any medical treatment to function in your daily life?	1	2	3	4	5
5(F4.1)	How much do you enjoy life?	1	2	3	4	5
6(F24.2)	To what extent do you feel your life to be meaningful?	1	2	3	4	5

		Not at all	A little	A moderate amount	Very much	Extremely
7(F5.3)	How well are you able to concentrate?	1	2	3	4	5
8 (F16.1)	How safe do you feel in your daily life?	1	2	3	4	5
9 (F22.1)	How healthy is your physical environment?	1	2	3	4	5

The following questions ask about **how completely** you experience or were able to do certain things in the last two weeks.

		Not at all	A little	Moderately	Mostly	Completely
10 (F2.1)	Do you have enough energy for everyday life?	1	2	3	4	5
11 (F7.1)	Are you able to accept your bodily appearance?	1	2	3	4	5
12 (F18.1)	Have you enough money to meet your needs?	1	2	3	4	5
13 (F20.1)	How available to you is the information that you need in your day-to-day life?	1	2	3	4	5
14 (F21.1)	To what extent do you have the opportunity for leisure activities?	1	2	3	4	5

		Very poor	Poor	Neither	Good	Very good
--	--	-----------	------	---------	------	-----------

				poor nor good		
15 (F9.1)	How well are you able to get around?	1	2	3	4	5

The following questions ask you to say how **good or satisfied** you have felt about various aspects of your life over the last two weeks.

		Very dissatisfied	Dissatisfied	Neither satisfied nor dissatisfied	Satisfied	Very satisfied
16 (F3.3)	How satisfied are you with your sleep?	1	2	3	4	5
17 (F10.3)	How satisfied are you with your ability to perform your daily living activities?	1	2	3	4	5
18(F12.4)	How satisfied are you with your capacity for work?	1	2	3	4	5
19 (F6.3)	How satisfied are you with yourself?	1	2	3	4	5
20(F13.3)	How satisfied are you with your personal relationships?	1	2	3	4	5
21(F15.3)	How satisfied are you with your sex life?	1	2	3	4	5
22(F14.4)	How satisfied are you with the support you get from your friends?	1	2	3	4	5
23(F17.3)	How satisfied are you with the conditions of your living place?	1	2	3	4	5
24(F19.3)	How satisfied are you with your access to health services?	1	2	3	4	5
25(F23.3)	How satisfied are you with your transport?	1	2	3	4	5

The following question refers to **how often** you have felt or experienced certain things in the last two weeks.

		Never	Seldom	Quite often	Very often	Always
26 (F8.1)	How often do you have negative feelings such as blue mood, despair, anxiety, depression?	1	2	3	4	5

Did someone help you to fill out this form?.....

How long did it take to fill this form out?.....

Do you have any comments about the assessment?

.....
.....

THANK YOU FOR YOUR HELP

Anexo 9

Carta e Bilhete do Senador da
República Cristovam
Buarque



SENADO FEDERAL
Gabinete do Senador Cristovam Buarque

Ofício GSCB nº 11-053/2014

Brasília, 28 de novembro de 2014.

Ao Magnífico Senhor
IVAN MARQUES DE TOLEDO CAMARGO
REITOR DA UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
Campus Universitário Darcy Ribeiro
70910-900 Brasília – DF

Magnífico Reitor,

Com os meus cordiais cumprimentos e com muita satisfação, dirijo-me a Vossa Magnificência com o objetivo precípuo de solicitar providências para implementação da emenda parlamentar nº 20690006, de minha autoria junto a LOA 2014, no valor de R\$ 300.000,00 (trezentos mil reais), destinada a realização do projeto de leitura e uso da informação como estratégias para despertar nos usuários das bibliotecas públicas do Distrito Federal, especialmente os alunos do ensino fundamental, a percepção de auto-cuidado, saúde e qualidade de vida: formação e qualificação de dirigentes e usuários.

O referido projeto é de relevante importância em face dos inúmeros benefícios que trará para as comunidades contempladas, assim como, será fértil campo de pesquisa acadêmica de múltiplas ciências. Ademais, contribuirá, sobremaneira, como instrumento para a promoção da saúde em espaços diversos do cenário formal, ampliando o potencial transformador da informação disponibilizada nas bibliotecas públicas e, conseqüentemente, na qualidade de vida dos indivíduos.

Ressalto que o referido projeto pertence ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Faculdade de Ciências da Saúde, da UnB.

Atenciosamente,

CRISTOVAM BUARQUE
Senador da República

Jacqueline:

Que bom ver as casti-
lhas limpar que você fez. Para
bém e pela produção, tanto
a qualidade, quanto a
qualidade.

Obrigado

Wilton.

19/2/16.



SENADO FEDERAL

CRISTOVAM BUARQUE
SENADOR

Anexo 10

**Certificado do Curso de
Dinamização e Uso da
Biblioteca Pública fornecido aos
Participantes**



GOVERNO DE
BRASÍLIA



Universidade de Brasília

Certificado

Certificamos que _____ participou do **CURSO DE FORMAÇÃO DE RESPONSÁVEIS POR BIBLIOTECAS PÚBLICAS**, em nível de Auxiliar de Biblioteca, no período de 13 de maio a 28 de agosto de 2015, promovido pela Universidade de Brasília/Faculdade de Ciências da Saúde e Secretaria de Estado da Cultura/Coordenação de Políticas do Livro e Leitura/Diretoria do Sistema de Bibliotecas Públicas do Distrito Federal, na metodologia semipresencial, com carga horária de 100 (cem) horas.

Brasília/DF, 28 de agosto de 2015.

Maria Fátima de Sousa
Diretora da FS/UnB

Edgar Merchan Hamann
Professor Adjunto - Dep. Saúde Coletiva. FS/UnB

Antonio Miranda
Diretor da Biblioteca Nacional de Brasília/DF

Maria das Graças Pimentel de Menezes
Dir. SBP/DF

Anexo 11

Lista de Presenças na
Reunião no Centro de
Orientação Sócioeducativa -
COSE do Recanto das Emas

Anexo 12

Certificado de Agradecimento



Governo do Distrito Federal
Secretaria de Estado de Cultura
Secretaria de Políticas para Crianças, Adolescentes e Juventude
Administração Regional do Setor Complementar de Indústria e Abastecimento


Certificado de Agradecimento

A Secretaria de Cultura do Distrito Federal, a Secretaria de Políticas para Crianças, Adolescentes e Juventude juntamente com a Administração Regional do Setor Complementar de Indústria e Abastecimento, agradece à Sr.^a **JAQUELINE RAMOS DE ANDRADE ANTUNES GOMES** por sua valerosa contribuição em prol da implantação da **Biblioteca Pública e do Programa Estude Aqui** na cidade Estrutural.


Guilherme Reis
Secretaria de Cultura

Brasília, 3 de setembro de 2015.


Jane Klebia S. Reis
Secretaria de Políticas para Crianças, Adolescentes e Juventude


Ivanildo da S. M. Santos
Administrador Regional

Anexo 13

Cálculos para os Cruzamentos das Tabelas

Tabelas com os cruzamentos feitos no Epi info para o DOMÍNIO 1

MOMENTO	DOM1		Total
	1	2	
1	65	20	85
>	76.5%	23.5%	> 50.0%
	73.0%	24.7%	
2	24	61	85
>	28.2%	71.8%	> 50.0%
	27.0%	75.3%	
Total	89	81	170
	52.4%	47.6%	

Single Table Analysis

Odds ratio
 8.26
 Cornfield 95% confidence limits for OR 3.91 < OR <
 17.65
 Maximum likelihood estimate of OR (MLE)
 8.14
 Exact 95% confidence limits for MLE 3.94 < OR <
 17.47
 Exact 95% Mid-P limits for MLE 4.13 < OR <
 16.53
 Probability of MLE >= 8.14 if population OR = 1.0
 0.00000000

RISK RATIO(RR) (Outcome:DOM1=1; Exposure:MOMENTO=1)
 2.71
 95% confidence limits for RR 1.89 < RR <
 3.88

Ignore risk ratio if case control study

	Chi-Squares	P-values
Uncorrected:	39.64	0.00000000 <---
Mantel-Haenszel:	39.41	0.00000000 <---
Yates corrected:	37.73	0.00000000 <---

** Beginning Stratified Analysis **

.....

SEXO =1 (Masculino)

MOMENTO	DOM1		Total
	1	2	

1		35		14		49
>		71.4%		28.6%	>	50.0%
		68.6%		29.8%		
2		16		33		49
>		32.7%		67.3%	>	50.0%
		31.4%		70.2%		

Total		51		47		98
		52.0%		48.0%		

Single Table Analysis

Stratum 1

Odds ratio
5.16
Cornfield 95% confidence limits for OR
13.58
Maximum likelihood estimate of OR (MLE)
5.06
Exact 95% confidence limits for MLE
13.37
Exact 95% Mid-P limits for MLE
12.32
Probability of MLE \geq 5.06 if population OR = 1.0
0.00011683

RISK RATIO(RR) (Outcome:DOM1=1; Exposure:MOMENTO=1)
2.19
95% confidence limits for RR
1.41 < RR <
3.39

Ignore risk ratio if case control study

	Chi-Squares	P-values
	-----	-----
Uncorrected:	14.76	0.00012214 <---
Mantel-Haenszel:	14.61	0.00013230 <---
Yates corrected:	13.25	0.00027308 <---

		SEXO =2 (Feminino)		
		DOM1		
MOMENTO		1	2	Total

1		30	6	36
>		83.3%	16.7%	> 50.0%
		78.9%	17.6%	
2		8	28	36
>		22.2%	77.8%	> 50.0%
		21.1%	82.4%	

Total		38	34	72
		52.8%	47.2%	

Single Table Analysis

Stratum 2

Odds ratio
 17.50
 Cornfield 95% confidence limits for OR 4.69 < OR <
 70.23
 Maximum likelihood estimate of OR (MLE)
 16.57
 Exact 95% confidence limits for MLE 4.77 < OR <
 68.01
 Exact 95% Mid-P limits for MLE 5.31 < OR <
 58.42
 Probability of MLE >= 16.57 if population OR = 1.0
 0.00000016

RISK RATIO(RR) (Outcome:DOM1=1; Exposure:MOMENTO=1)
 3.75
 95% confidence limits for RR 2.00 < RR <
 7.03

Ignore risk ratio if case control study

	Chi-Squares	P-values
	-----	-----
Uncorrected:	26.97	0.00000021 <---
Mantel-Haenszel:	26.60	0.00000025 <---
Yates corrected:	24.58	0.00000071 <---

** Summary of 2 Tables With Non-Zero margins **
 N = 170

Mantel-Haenszel Summary Chi Square
 37.29
 P value
 0.00000000
 Mantel-Haenszel Summary Chi Square (uncorrected)
 39.18
 P value
 0.00000000

SUMMARY ODDS RATIO

Crude OR
 8.26
 Mantel-Haenszel weighted Odds ratio
 7.94
 95% conf limits for M-H OR (Robins, Greenland, Breslow) 4.01 < OR <
 15.72
 Maximum likelihood estimate of OR (MLE)
 8.02
 Exact 95% confidence limits for MLE 3.90 < OR <
 17.15
 Exact 95% Mid-P limits for MLE 4.08 < OR <
 16.23
 Probability of MLE >= 8.02 if population OR = 1.0
 0.00000000

Chi Square for evaluation of interaction

2.70

P value

0.10048867

Test does not suggest that ORs differ by stratum (interaction)

If Crude and Summary values are similar, confounding is small.
In the absence of interaction and confounding, crude, unstratified analysis (MOMENTO x DOM1) may be used.

SUMMARY RISK RATIO (RR)
(Ignore if Case-Control Study)

Crude RR without stratification

2.71

Summary RR of (DOM1=1) for (MOMENTO=1)

2.71

95% confidence limits for RR

1.89 < RR <

3.88

Chi Square for evaluation of interaction

1.90

P value

0.16825781

Test does not suggest that RRs differ by stratum (interaction)

If Crude and Summary values are similar, confounding is small.
In the absence of interaction and confounding, crude, unstratified analysis (MOMENTO x DOM1) may be used.

** End of Stratified Analysis **

.....
....

FETARIA =1 (Idade menor ou igual a 24 anos)			
MOMENTO	DOM1		Total
	1	2	
1	29	12	41
>	70.7%	29.3%	> 50.0%
	67.4%	30.8%	
2	14	27	41
>	34.1%	65.9%	> 50.0%
	32.6%	69.2%	
Total	43	39	82
	52.4%	47.6%	

Single Table Analysis

Stratum 1

Odds ratio

4.66

Cornfield 95% confidence limits for OR

1.65 < OR <

13.42

Maximum likelihood estimate of OR (MLE)

4.57

Exact 95% confidence limits for MLE 1.67 < OR <
 13.19
 Exact 95% Mid-P limits for MLE 1.81 < OR <
 12.00
 Probability of MLE >= 4.57 if population OR = 1.0
 0.00089204

RISK RATIO(RR) (Outcome:DOM1=1; Exposure:MOMENTO=1)
 2.07
 95% confidence limits for RR 1.30 < RR <
 3.31

Ignore risk ratio if case control study

	Chi-Squares	P-values
	-----	-----
Uncorrected:	11.00	0.00091024 <---
Mantel-Haenszel:	10.87	0.00097860 <---
Yates corrected:	9.58	0.00196304 <---

FETARIA =2 (Idade maior que 25 anos)

MOMENTO	DOM1		Total
	1	2	
1	36	8	44
>	81.8%	18.2%	> 50.0%
	78.3%	19.0%	
2	10	34	44
>	22.7%	77.3%	> 50.0%
	21.7%	81.0%	
Total	46	42	88
	52.3%	47.7%	

Single Table Analysis

Stratum 2

Odds ratio 15.30
 Cornfield 95% confidence limits for OR 4.81 < OR <
 51.10
 Maximum likelihood estimate of OR (MLE) 14.68
 Exact 95% confidence limits for MLE 4.87 < OR <
 49.82
 Exact 95% Mid-P limits for MLE 5.33 < OR <
 44.14
 Probability of MLE >= 14.68 if population OR = 1.0
 0.00000002

RISK RATIO(RR) (Outcome:DOM1=1; Exposure:MOMENTO=1)
 3.60
 95% confidence limits for RR 2.05 < RR <
 6.32

Ignore risk ratio if case control study

	Chi-Squares	P-values
	-----	-----
Uncorrected:	30.79	0.00000003 <---
Mantel-Haenszel:	30.44	0.00000003 <---
Yates corrected:	28.47	0.00000010 <---

** Summary of 2 Tables With Non-Zero margins **
 N = 170

Mantel-Haenszel Summary Chi Square
 37.29
 P value
 0.00000000
 Mantel-Haenszel Summary Chi Square (uncorrected)
 39.17
 P value
 0.00000000

SUMMARY ODDS RATIO

Crude OR
 8.26
 Mantel-Haenszel weighted Odds ratio
 7.93
 95% conf limits for M-H OR (Robins, Greenland, Breslow) 4.01 < OR <
 15.70
 Maximum likelihood estimate of OR (MLE)
 8.02
 Exact 95% confidence limits for MLE 3.90 < OR <
 17.14
 Exact 95% Mid-P limits for MLE 4.08 < OR <
 16.23
 Probability of MLE >= 8.02 if population OR = 1.0
 0.00000000

Chi Square for evaluation of interaction
 2.78
 P value
 0.09551619

Test does not suggest that ORs differ by stratum (interaction)

If Crude and Summary values are similar, confounding is small.
 In the absence of interaction and confounding, crude, unstratified
 analysis (MOMENTO x DOM1) may be used.

SUMMARY RISK RATIO (RR)
 (Ignore if Case-Control Study)

Crude RR without stratification
 2.71
 Summary RR of (DOM1=1) for (MOMENTO=1)
 2.71
 95% confidence limits for RR 1.89 < RR <
 3.88

Chi Square for evaluation of interaction

2.19

P value

0.13886553

Test does not suggest that RRs differ by stratum (interaction)

If Crude and Summary values are similar, confounding is small.

In the absence of interaction and confounding, crude, unstratified analysis (MOMENTO x DOM1) may be used.

** End of Stratified Analysis **

** Beginning Stratified Analysis **

Tabelas com os cruzamentos feitos no Epi info para o DOMÍNIO 2

MOMENTO	DOM2		Total
	1	2	
1	74	11	85
>	87.1%	12.9%	> 50.0%
	69.8%	17.2%	
2	32	53	85
>	37.6%	62.4%	> 50.0%
	30.2%	82.8%	
Total	106	64	170
	62.4%	37.6%	

Single Table Analysis

Odds ratio
 11.14
 Cornfield 95% confidence limits for OR 4.83 < OR <
 26.26
 Maximum likelihood estimate of OR (MLE)
 10.96
 Exact 95% confidence limits for MLE 4.89 < OR <
 26.45
 Exact 95% Mid-P limits for MLE 5.17 < OR <
 24.60
 Probability of MLE \geq 10.96 if population OR = 1.0
 0.00000000

RISK RATIO(RR) (Outcome:DOM2=1; Exposure:MOMENTO=1)
 2.31
 95% confidence limits for RR 1.74 < RR <
 3.08

Ignore risk ratio if case control study

	Chi-Squares	P-values
Uncorrected:	44.20	0.00000000 <---
Mantel-Haenszel:	43.94	0.00000000 <---
Yates corrected:	42.12	0.00000000 <---

** Beginning Stratified Analysis **

.....

MOMENTO	SEXO =1 (Masculino)		Total
	1	2	

1		42		7		49
	>	85.7%	14.3%	>	50.0%	
		62.7%	22.6%			
2		25		24		49
	>	51.0%	49.0%	>	50.0%	
		37.3%	77.4%			

Total		67		31		98
		68.4%	31.6%			

Single Table Analysis

Stratum 1

Odds ratio
5.76
Cornfield 95% confidence limits for OR 17.48 1.97 < OR <
Maximum likelihood estimate of OR (MLE)
5.65
Exact 95% confidence limits for MLE 17.90 2.00 < OR <
Exact 95% Mid-P limits for MLE 16.00 2.17 < OR <
Probability of MLE >= 5.65 if population OR = 1.0
0.00020474

RISK RATIO(RR) (Outcome:DOM2=1; Exposure:MOMENTO=1)
1.68
95% confidence limits for RR 2.26 1.25 < RR <

Ignore risk ratio if case control study

	Chi-Squares	P-values
	-----	-----
Uncorrected:	13.64	0.00022189 <---
Mantel-Haenszel:	13.50	0.00023896 <---
Yates corrected:	12.08	0.00050994 <---

		SEXO =2 (Feminino)		
		DOM2		
MOMENTO		1	2	Total

1		32	4	36
	>	88.9%	11.1%	> 50.0%
		82.1%	12.1%	
2		7	29	36
	>	19.4%	80.6%	> 50.0%
		17.9%	87.9%	

Total		39	33	72
		54.2%	45.8%	

Single Table Analysis

Stratum 2

Odds ratio
 33.14
 Cornfield 95% confidence limits for OR 7.53 < OR <
 164.22*

*May be inaccurate

Maximum likelihood estimate of OR (MLE)
 30.74
 Exact 95% confidence limits for MLE 7.69 < OR <
 161.49
 Exact 95% Mid-P limits for MLE 8.69 < OR <
 132.50
 Probability of MLE \geq 30.74 if population OR = 1.0
 0.00000000

RISK RATIO(RR) (Outcome:DOM2=1; Exposure:MOMENTO=1)
 4.57
 95% confidence limits for RR 2.33 < RR <
 8.98

Ignore risk ratio if case control study

	Chi-Squares	P-values	
	-----	-----	
Uncorrected:	34.97	0.00000000	<---
Mantel-Haenszel:	34.48	0.00000000	<---
Yates corrected:	32.22	0.00000001	<---

** Summary of 2 Tables With Non-Zero margins **
 N = 170

Mantel-Haenszel Summary Chi Square
 42.51
 P value
 0.00000000
 Mantel-Haenszel Summary Chi Square (uncorrected)
 44.61
 P value
 0.00000000

SUMMARY ODDS RATIO

Crude OR
 11.14
 Mantel-Haenszel weighted Odds ratio
 10.66
 95% conf limits for M-H OR (Robins, Greenland, Breslow) 4.96 < OR <
 22.92
 Maximum likelihood estimate of OR (MLE)
 11.71
 Exact 95% confidence limits for MLE 5.12 < OR <
 29.10
 Exact 95% Mid-P limits for MLE 5.42 < OR <
 26.96
 Probability of MLE \geq 11.71 if population OR = 1.0
 0.00000000

Chi Square for evaluation of interaction

4.33

P value

0.03741089

Test suggests that ORs differ by stratum (interaction)

If Crude and Summary values are similar, confounding is small.

In the absence of interaction and confounding, crude, unstratified analysis (MOMENTO x DOM2) may be used.

SUMMARY RISK RATIO (RR)

(Ignore if Case-Control Study)

Crude RR without stratification

2.31

Summary RR of (DOM2=1) for (MOMENTO=1)

2.31

95% confidence limits for RR

1.74 < RR <

3.08

Chi Square for evaluation of interaction

7.08

P value

0.00779712

Test suggests that RRs differ by stratum (interaction)

If Crude and Summary values are similar, confounding is small.

In the absence of interaction and confounding, crude, unstratified analysis (MOMENTO x DOM2) may be used.

** End of Stratified Analysis **

.....
....

FETARIA =1 (Idade menor ou igual a 24 anos)				
DOM2				
MOMENTO		1	2	Total
1		37	4	41
	>	90.2%	9.8%	> 50.0%
		61.7%	18.2%	
2		23	18	41
	>	56.1%	43.9%	> 50.0%
		38.3%	81.8%	

Total		60	22	82
		73.2%	26.8%	

Single Table Analysis

Stratum 1

Odds ratio

7.24

Cornfield 95% confidence limits for OR

1.93 < OR <

29.51*

*May be inaccurate

Maximum likelihood estimate of OR (MLE)
 7.06
 Exact 95% confidence limits for MLE 1.99 < OR <
 32.32
 Exact 95% Mid-P limits for MLE 2.22 < OR <
 27.04
 Probability of MLE >= 7.06 if population OR = 1.0
 0.00045859

RISK RATIO(RR) (Outcome:DOM2=1; Exposure:MOMENTO=1)
 1.61
 95% confidence limits for RR 1.21 < RR <
 2.15

Ignore risk ratio if case control study

	Chi-Squares	P-values
	-----	-----
Uncorrected:	12.18	0.00048415 <---
Mantel-Haenszel:	12.03	0.00052428 <---
Yates corrected:	10.50	0.00119472 <---

FETARIA =2 (Idade maior que 25 anos)

MOMENTO	DOM2		Total
	1	2	
1	37	7	44
>	84.1%	15.9%	> 50.0%
	80.4%	16.7%	
2	9	35	44
>	20.5%	79.5%	> 50.0%
	19.6%	83.3%	
Total	46	42	88
	52.3%	47.7%	

Single Table Analysis

Stratum 2

Odds ratio
 20.56
 Cornfield 95% confidence limits for OR 6.11 < OR <
 73.45
 Maximum likelihood estimate of OR (MLE)
 19.58
 Exact 95% confidence limits for MLE 6.20 < OR <
 71.39
 Exact 95% Mid-P limits for MLE 6.82 < OR <
 62.49
 Probability of MLE >= 19.58 if population OR = 1.0
 0.00000000

RISK RATIO(RR) (Outcome:DOM2=1; Exposure:MOMENTO=1)
 4.11
 95% confidence limits for RR 2.26 < RR <
 7.47

Ignore risk ratio if case control study

	Chi-Squares	P-values
	-----	-----
Uncorrected:	35.71	0.00000000 <---
Mantel-Haenszel:	35.30	0.00000000 <---
Yates corrected:	33.20	0.00000001 <---

** Summary of 2 Tables With Non-Zero margins **
N = 170

Mantel-Haenszel Summary Chi Square
43.66
P value
0.00000000
Mantel-Haenszel Summary Chi Square (uncorrected)
45.81
P value
0.00000000

SUMMARY ODDS RATIO

Crude OR
11.14
Mantel-Haenszel weighted Odds ratio
12.43
95% conf limits for M-H OR (Robins, Greenland, Breslow) 5.53 < OR <
27.91
Maximum likelihood estimate of OR (MLE)
13.06
Exact 95% confidence limits for MLE 5.53 < OR <
33.81
Exact 95% Mid-P limits for MLE 5.87 < OR <
31.13
Probability of MLE \geq 13.06 if population OR = 1.0
0.00000000

Chi Square for evaluation of interaction
1.59
P value
0.20753128

Test does not suggest that ORs differ by stratum (interaction)

If Crude and Summary values are similar, confounding is small.
In the absence of interaction and confounding, crude, unstratified
analysis (MOMENTO x DOM2) may be used.

SUMMARY RISK RATIO (RR)
(Ignore if Case-Control Study)

Crude RR without stratification
2.31
Summary RR of (DOM2=1) for (MOMENTO=1)
2.31
95% confidence limits for RR 1.74 < RR <
3.07

Chi Square for evaluation of interaction

7.69

P value

0.00553801

Test suggests that RRs differ by stratum (interaction)

If Crude and Summary values are similar, confounding is small.

In the absence of interaction and confounding, crude, unstratified analysis (MOMENTO x DOM2) may be used.

** End of Stratified Analysis **

** Beginning Stratified Analysis **

Tabelas com os cruzamentos feitos no Epi info para o DOMÍNIO 3

MOMENTO	DOM3		Total
	1	2	
1	76	9	85
>	89.4%	10.6%	> 50.0%
	55.5%	27.3%	
2	61	24	85
>	71.8%	28.2%	> 50.0%
	44.5%	72.7%	
Total	137	33	170
	80.6%	19.4%	

Single Table Analysis

Odds ratio
 3.32
 Cornfield 95% confidence limits for OR 1.34 < OR <
 8.44
 Maximum likelihood estimate of OR (MLE)
 3.30
 Exact 95% confidence limits for MLE 1.36 < OR <
 8.69
 Exact 95% Mid-P limits for MLE 1.45 < OR <
 7.98
 Probability of MLE \geq 3.30 if population OR = 1.0
 0.00302208

RISK RATIO(RR) (Outcome:DOM3=1; Exposure:MOMENTO=1)
 1.25
 95% confidence limits for RR 1.07 < RR <
 1.45

Ignore risk ratio if case control study

	Chi-Squares	P-values
Uncorrected:	8.46	0.00362939 <---
Mantel-Haenszel:	8.41	0.00373009 <---
Yates corrected:	7.37	0.00663191 <---

** Beginning Stratified Analysis **

.....

FETARIA =1

MOMENTO	DOM3		Total
	1	2	
1	39	2	41
>	95.1%	4.9%	> 50.0%

		51.3%	33.3%		
2		37	4		41
	>	90.2%	9.8%	>	50.0%
		48.7%	66.7%		

Total		76	6		82
		92.7%	7.3%		

Single Table Analysis

Stratum 1

Odds ratio
 2.11
 Cornfield 95% confidence limits for OR
 18.04* 0.30 < OR <

*May be inaccurate

Maximum likelihood estimate of OR (MLE)
 2.09
 Exact 95% confidence limits for MLE
 24.40 0.28 < OR <

Exact 95% Mid-P limits for MLE
 17.14 0.35 < OR <

Probability of MLE >= 2.09 if population OR = 1.0
 0.33773845

RISK RATIO(RR) (Outcome:DOM3=1; Exposure:MOMENTO=1)
 1.05
 95% confidence limits for RR
 1.19 0.93 < RR <

Ignore risk ratio if case control study

	Chi-Squares	P-values
	-----	-----
Uncorrected:	0.72	0.39637419
Mantel-Haenszel:	0.71	0.39926914
Yates corrected:	0.18	0.67152405

Fisher exact: 1-tailed P-value: 0.3377384
 2-tailed P-value: 0.6754769

An expected value is less than 5; recommend Fisher exact results.

FETARIA =2		DOM3		
MOMENTO		1	2	Total

1		37	7	44
	>	84.1%	15.9%	> 50.0%
		60.7%	25.9%	
2		24	20	44
	>	54.5%	45.5%	> 50.0%
		39.3%	74.1%	

Total		61	27	88
		69.3%	30.7%	

Single Table Analysis

Stratum 2

Odds ratio
 4.40
 Cornfield 95% confidence limits for OR 1.45 < OR <
 13.78
 Maximum likelihood estimate of OR (MLE)
 4.33
 Exact 95% confidence limits for MLE 1.48 < OR <
 14.08
 Exact 95% Mid-P limits for MLE 1.61 < OR <
 12.54
 Probability of MLE >= 4.33 if population OR = 1.0
 0.00251119

RISK RATIO(RR) (Outcome:DOM3=1; Exposure:MOMENTO=1)
 1.54
 95% confidence limits for RR 1.14 < RR <
 2.08

Ignore risk ratio if case control study

	Chi-Squares	P-values
	-----	-----
Uncorrected:	9.03	0.00265621 <---
Mantel-Haenszel:	8.93	0.00280964 <---
Yates corrected:	7.69	0.00554050 <---

** Summary of 2 Tables With Non-Zero margins **
 N = 170

Mantel-Haenszel Summary Chi Square
 7.98
 P value
 0.00472907
 Mantel-Haenszel Summary Chi Square (uncorrected)
 9.16
 P value
 0.00247229

SUMMARY ODDS RATIO

Crude OR
 3.32
 Mantel-Haenszel weighted Odds ratio
 3.67
 95% conf limits for M-H OR (Robins, Greenland, Breslow) 1.54 < OR <
 8.74
 Maximum likelihood estimate of OR (MLE)
 3.68
 Exact 95% confidence limits for MLE 1.45 < OR <
 10.14
 Exact 95% Mid-P limits for MLE 1.55 < OR <
 9.26

Probability of MLE \geq 3.68 if population OR = 1.0
 0.00205719

Chi Square for evaluation of interaction
 0.51
 P value
 0.47503188

Test does not suggest that ORs differ by stratum (interaction)

If Crude and Summary values are similar, confounding is small.
 In the absence of interaction and confounding, crude, unstratified
 analysis (MOMENTO x DOM3) may be used.

SUMMARY RISK RATIO (RR)
 (Ignore if Case-Control Study)

Crude RR without stratification
 1.25
 Summary RR of (DOM3=1) for (MOMENTO=1)
 1.25
 95% confidence limits for RR 1.08 < RR <
 1.44

Chi Square for evaluation of interaction
 5.33
 P value
 0.02096931

Test suggests that RRs differ by stratum (interaction)

If Crude and Summary values are similar, confounding is small.
 In the absence of interaction and confounding, crude, unstratified
 analysis (MOMENTO x DOM3) may be used.

** End of Stratified Analysis **

** Beginning Stratified Analysis **

		SEXO =		1.00000
		DOM3		
MOMENTO		1	2	Total
1		42	7	49
	>	85.7%	14.3%	> 50.0%
		54.5%	33.3%	
2		35	14	49
	>	71.4%	28.6%	> 50.0%
		45.5%	66.7%	
Total		77	21	98
		78.6%	21.4%	

Single Table Analysis

Stratum 1

Odds ratio
 2.40
 Cornfield 95% confidence limits for OR 0.78 < OR <
 7.55

Maximum likelihood estimate of OR (MLE)
 2.38
 Exact 95% confidence limits for MLE 0.79 < OR <
 7.78
 Exact 95% Mid-P limits for MLE 0.87 < OR <
 6.94
 Probability of MLE >= 2.38 if population OR = 1.0
 0.06927016

RISK RATIO(RR) (Outcome:DOM3=1; Exposure:MOMENTO=1)
 1.20
 95% confidence limits for RR 0.97 < RR <
 1.48

Ignore risk ratio if case control study

	Chi-Squares	P-values
	-----	-----
Uncorrected:	2.97	0.08483774
Mantel-Haenszel:	2.94	0.08644316
Yates corrected:	2.18	0.13964940

		SEXO =		2.00000
		DOM3		
MOMENTO		1	2	Total
1		34	2	36
	>	94.4%	5.6%	> 50.0%
		56.7%	16.7%	
2		26	10	36
	>	72.2%	27.8%	> 50.0%
		43.3%	83.3%	
-----+-----+-----				
Total		60	12	72
		83.3%	16.7%	

Single Table Analysis

Stratum 2

Odds ratio
 6.54
 Cornfield 95% confidence limits for OR 1.16 < OR <
 48.21*

*May be inaccurate

Maximum likelihood estimate of OR (MLE)
 6.38
 Exact 95% confidence limits for MLE 1.21 < OR <
 64.85
 Exact 95% Mid-P limits for MLE 1.41 < OR <
 46.02
 Probability of MLE >= 6.38 if population OR = 1.0
 0.01191271

RISK RATIO(RR) (Outcome:DOM3=1; Exposure:MOMENTO=1)
 1.31

95% confidence limits for RR
1.63

1.05 < RR <

Ignore risk ratio if case control study

	Chi-Squares	P-values
	-----	-----
Uncorrected:	6.40	0.01141204 <---
Mantel-Haenszel:	6.31	0.01199836 <---
Yates corrected:	4.90	0.02685670 <---

** Summary of 2 Tables With Non-Zero margins **
N = 170

Mantel-Haenszel Summary Chi Square
7.31
P value
0.00685549
Mantel-Haenszel Summary Chi Square (uncorrected)
8.39
P value
0.00376856

SUMMARY ODDS RATIO

Crude OR
3.32
Mantel-Haenszel weighted Odds ratio
3.33
95% conf limits for M-H OR (Robins, Greenland, Breslow) 1.44 < OR <
7.70
Maximum likelihood estimate of OR (MLE)
3.29
Exact 95% confidence limits for MLE 1.36 < OR <
8.66
Exact 95% Mid-P limits for MLE 1.45 < OR <
7.96
Probability of MLE \geq 3.29 if population OR = 1.0
0.00305007

Chi Square for evaluation of interaction
1.07
P value
0.29985707

Test does not suggest that ORs differ by stratum (interaction)

If Crude and Summary values are similar, confounding is small.
In the absence of interaction and confounding, crude, unstratified
analysis (MOMENTO x DOM3) may be used.

SUMMARY RISK RATIO (RR) (Ignore if Case-Control Study)

Crude RR without stratification
1.25
Summary RR of (DOM3=1) for (MOMENTO=1)
1.25

95% confidence limits for RR
1.45

1.07 < RR <

Chi Square for evaluation of interaction
0.31
P value
0.57812850

Test does not suggest that RRs differ by stratum (interaction)

If Crude and Summary values are similar, confounding is small.
In the absence of interaction and confounding, crude, unstratified
analysis (MOMENTO x DOM3) may be used.

** End of Stratified Analysis **

Tabelas com os cruzamentos feitos no Epi info para o DOMÍNIO 4

MOMENTO	DOM4		Total
	1	2	
1	83	2	85
>	97.6%	2.4%	50.0%
	50.3%	40.0%	
2	82	3	85
>	96.5%	3.5%	50.0%
	49.7%	60.0%	
Total	165	5	170
	97.1%	2.9%	

Single Table Analysis

Odds ratio
 1.52
 Cornfield 95% confidence limits for OR 0.20 < OR <
 13.57*
 *May be inaccurate
 Maximum likelihood estimate of OR (MLE)
 1.51
 Exact 95% confidence limits for MLE 0.17 < OR <
 18.57
 Exact 95% Mid-P limits for MLE 0.22 < OR <
 13.02
 Probability of MLE >= 1.51 if population OR = 1.0
 0.50000000

RISK RATIO(RR) (Outcome:DOM4=1; Exposure:MOMENTO=1)
 1.01
 95% confidence limits for RR 0.96 < RR <
 1.07

Ignore risk ratio if case control study

	Chi-Squares	P-values
	-----	-----
Uncorrected:	0.21	0.64987274
Mantel-Haenszel:	0.20	0.65083543
Yates corrected:	0.00	1.00000000
Fisher exact: 1-tailed P-value:	0.50000000	
2-tailed P-value:	1.00000000	

An expected value is less than 5; recommend Fisher exact results.

** Beginning Stratified Analysis **

.....
 ...

		SEXO =1 (Masculino)		
		DOM4		
MOMENTO		1	2	Total
1		47	2	49
	>	95.9%	4.1%	> 50.0%
		50.0%	50.0%	
2		47	2	49
	>	95.9%	4.1%	> 50.0%
		50.0%	50.0%	
-----+				
Total		94	4	98
		95.9%	4.1%	

Single Table Analysis

Stratum 1

Odds ratio

1.00

Cornfield 95% confidence limits for OR

0.09 < OR <

10.64*

*May be inaccurate

Maximum likelihood estimate of OR (MLE)

1.00

Exact 95% confidence limits for MLE

0.07 < OR <

14.33

Exact 95% Mid-P limits for MLE

0.10 < OR <

9.94

Probability of MLE >= 1.00 if population OR = 1.0

0.69142702

RISK RATIO(RR) (Outcome:DOM4=1; Exposure:MOMENTO=1)

1.00

95% confidence limits for RR

0.92 < RR <

1.09

Ignore risk ratio if case control study

Chi-Squares P-values

Uncorrected:	0.00	1.00000000
Mantel-Haenszel:	0.00	1.00000000
Yates corrected:	0.26	0.60968197

Fisher exact: 1-tailed P-value: 0.6914270
2-tailed P-value: 1.0000000

An expected value is less than 5; recommend Fisher exact results.

		SEXO =2 (Feminino)		
		DOM4		
MOMENTO		1	2	Total
1		36	0	36
	>	100.0%	0.0%	> 50.0%
		50.7%	0.0%	

2		35		1		36
	>	97.2%		2.8%	>	50.0%
		49.3%	100.0%			

Total		71		1		72
		98.6%		1.4%		

Single Table Analysis

Stratum 2

Odds ratio
 ??????
 Maximum likelihood estimate of OR (MLE)
 ??????
 Exact 95% confidence limits for MLE 0.03 < OR <
 ??????
 Exact 95% Mid-P limits for MLE 0.05 < OR <
 ??????
 Probability of MLE >= ?????? if population OR = 1.0
 0.50000000

RISK RATIO(RR) (Outcome:DOM4=1; Exposure:MOMENTO=1)
 1.03
 95% confidence limits for RR 0.97 < RR <
 1.09

Ignore risk ratio if case control study

	Chi-Squares	P-values
	-----	-----
Uncorrected:	1.01	0.31392630
Mantel-Haenszel:	1.00	0.31731051
Yates corrected:	0.00	1.00000000
Fisher exact:	1-tailed P-value:	0.50000000
	2-tailed P-value:	1.00000000

An expected value is less than 5; recommend Fisher exact results.

** Summary of 2 Tables With Non-Zero margins **
 N = 170

Mantel-Haenszel Summary Chi Square
 0.00
 P value
 1.00000000
 Mantel-Haenszel Summary Chi Square (uncorrected)
 0.21
 P value
 0.65065606

SUMMARY ODDS RATIO

Crude OR
 1.52
 Mantel-Haenszel weighted Odds ratio
 1.52

95% conf limits for M-H OR (Robins, Greenland, Breslow) 0.25 < OR <
 9.40
 Maximum likelihood estimate of OR (MLE)
 1.52
 Exact 95% confidence limits for MLE 0.17 < OR <
 18.60
 Exact 95% Mid-P limits for MLE 0.22 < OR <
 13.03
 Probability of MLE >= 1.52 if population OR = 1.0
 0.50000000

Unable to test for interaction due to zero cell values

SUMMARY RISK RATIO (RR)
 (Ignore if Case-Control Study)
 Crude RR without stratification
 1.01
 Summary RR of (DOM4=1) for (MOMENTO=1)
 1.01
 95% confidence limits for RR 0.96 < RR <
 1.07
 ** End of Stratified Analysis **

.....
 ...

FETARIA =1 (Idade menor ou igual a 24 anos)

MOMENTO	DOM4		Total
	1	2	
1	41	0	41
	> 100.0%	0.0%	> 50.0%
	50.0%	0.0%	
2	41	0	41
	> 100.0%	0.0%	> 50.0%
	50.0%	0.0%	
Total	82	0	82
	100.0%	0.0%	

FETARIA =2 (Idade maior que 25 anos)

MOMENTO	DOM4		Total
	1	2	
1	42	2	44
	> 95.5%	4.5%	> 50.0%
	50.6%	40.0%	
2	41	3	44
	> 93.2%	6.8%	> 50.0%
	49.4%	60.0%	
Total	83	5	88
	94.3%	5.7%	

Single Table Analysis

Stratum 1

Odds ratio
 1.54
 Cornfield 95% confidence limits for OR 0.19 < OR <
 14.21*

*May be inaccurate

Maximum likelihood estimate of OR (MLE)
 1.53
 Exact 95% confidence limits for MLE 0.17 < OR <
 19.19
 Exact 95% Mid-P limits for MLE 0.22 < OR <
 13.42
 Probability of MLE >= 1.53 if population OR = 1.0
 0.50000000

RISK RATIO(RR) (Outcome:DOM4=1; Exposure:MOMENTO=1)
 1.02
 95% confidence limits for RR 0.92 < RR <
 1.14

Ignore risk ratio if case control study

	Chi-Squares	P-values
	-----	-----
Uncorrected:	0.21	0.64516677
Mantel-Haenszel:	0.21	0.64705085
Yates corrected:	0.00	1.00000000

Fisher exact: 1-tailed P-value: 0.50000000
 2-tailed P-value: 1.00000000

An expected value is less than 5; recommend Fisher exact results.

** Summary of 1 Tables With Non-Zero margins **
 N = 88

Mantel-Haenszel Summary Chi Square
 0.00
 P value
 1.00000000
 Mantel-Haenszel Summary Chi Square (uncorrected)
 0.21
 P value
 0.64705085

SUMMARY ODDS RATIO

Crude OR
 1.54
 Mantel-Haenszel weighted Odds ratio
 1.54
 95% conf limits for M-H OR (Robins, Greenland, Breslow) 0.24 < OR <
 9.68
 Maximum likelihood estimate of OR (MLE)
 1.53

Exact 95% confidence limits for MLE 0.17 < OR <
19.19
Exact 95% Mid-P limits for MLE 0.22 < OR <
13.42
Probability of MLE \geq 1.53 if population OR = 1.0
0.50000000

SUMMARY RISK RATIO (RR)
(Ignore if Case-Control Study)
Crude RR without stratification
1.02
Summary RR of (DOM4=1) for (MOMENTO=1)
1.02
95% confidence limits for RR 0.92 < RR <
1.14
** End of Stratified Analysis **

** Beginning Stratified Analysis **

SCALAW1	Freq	Percent	Cum.
1	21	27.6%	27.6%
2	55	72.4%	100.0%
Total	76	100.0%	

Total	Sum	Mean	Variance	Std Dev	Std Err
76	131	1.724	0.203	0.450	0.052
Minimum	25%ile	Median	75%ile	Maximum	Mode
1.000	1.000	2.000	2.000	2.000	2.000

Student's "t", testing whether mean differs from zero.
T statistic = 33.382, df = 75 p-value = 0.00000

SCALAW1	SEXO		Total
	1.	2.	
1	6	15	21
>	28.6%	71.4%	> 27.6%
	25.0%	28.8%	
2	18	37	55
>	32.7%	67.3%	> 72.4%
	75.0%	71.2%	
Total	24	52	76
	31.6%	68.4%	

Single Table Analysis

Odds ratio
0.82
Cornfield 95% confidence limits for OR 0.23 < OR < 2.81
Maximum likelihood estimate of OR (MLE)
0.82
Exact 95% confidence limits for MLE 0.22 < OR < 2.74
Exact 95% Mid-P limits for MLE 0.26 < OR < 2.47
Probability of MLE <= 0.82 if population OR = 1.0
0.47734714

RISK RATIO(RR) (Outcome:SEXO=1.; Exposure:SCALAW1=1)
0.87
95% confidence limits for RR 0.40 < RR < 1.90

Ignore risk ratio if case control study

	Chi-Squares	P-values
	-----	-----
Uncorrected:	0.12	0.72743641

Mantel-Haenszel: 0.12 0.72916455
 Yates corrected: 0.01 0.94211486

SCALAW1	FETARIA		Total
	1	2	
1	4	17	21
	> 19.0%	81.0%	> 27.6%
	30.8%	27.0%	
2	9	46	55
	> 16.4%	83.6%	> 72.4%
	69.2%	73.0%	
Total	13	63	76
	17.1%	82.9%	

Single Table Analysis

Odds ratio
 1.20
 Cornfield 95% confidence limits for OR 0.26 < OR <
 5.18
 Maximum likelihood estimate of OR (MLE)
 1.20
 Exact 95% confidence limits for MLE 0.24 < OR <
 5.04
 Exact 95% Mid-P limits for MLE 0.29 < OR <
 4.40
 Probability of MLE >= 1.20 if population OR = 1.0
 0.51093263

RISK RATIO(RR) (Outcome:FETARIA=1; Exposure:SCALAW1=1)
 1.16
 95% confidence limits for RR 0.40 < RR <
 3.38

Ignore risk ratio if case control study

	Chi-Squares	P-values
	-----	-----
Uncorrected:	0.08	0.78111516
Mantel-Haenszel:	0.08	0.78252351
Yates corrected:	0.00	0.94997039
Fisher exact: 1-tailed P-value:	0.5109326	
2-tailed P-value:	0.7452880	

An expected value is less than 5; recommend Fisher exact results.

Current selection: RENDAPESSO<>.

SCALAW1	RP		Total
	1	2	
1	4	10	14
	> 28.6%	71.4%	> 29.2%

		33.3%	27.8%		
2		8	26		34
>		23.5%	76.5%	>	70.8%
		66.7%	72.2%		
-----+-----					
Total		12	36		48
		25.0%	75.0%		

Single Table Analysis

Odds ratio
1.30
Cornfield 95% confidence limits for OR 0.25 < OR <
6.51
Maximum likelihood estimate of OR (MLE)
1.29
Exact 95% confidence limits for MLE 0.23 < OR <
6.29
Exact 95% Mid-P limits for MLE 0.28 < OR <
5.35
Probability of MLE >= 1.29 if population OR = 1.0
0.48931550

RISK RATIO(RR) (Outcome:RP=1; Exposure:SCALAW1=1)
1.21
95% confidence limits for RR 0.44 < RR <
3.39

Ignore risk ratio if case control study

	Chi-Squares	P-values
	-----	-----
Uncorrected:	0.13	0.71385818
Mantel-Haenszel:	0.13	0.71672462
Yates corrected:	0.00	1.00000000
Fisher exact: 1-tailed P-value: 0.4893155		
2-tailed P-value: 0.7259558		

An expected value is less than 5; recommend Fisher exact results.

Current selection: RENDAFAMIL<>.

			RF		
SCALAW1		1	2		Total
-----+-----					
1		4	8		12
>		33.3%	66.7%	>	26.1%
		30.8%	24.2%		
2		9	25		34
>		26.5%	73.5%	>	73.9%
		69.2%	75.8%		
-----+-----					
Total		13	33		46
		28.3%	71.7%		

Single Table Analysis

Odds ratio
 1.39
 Cornfield 95% confidence limits for OR 0.26 < OR <
 7.14
 Maximum likelihood estimate of OR (MLE)
 1.38
 Exact 95% confidence limits for MLE 0.24 < OR <
 6.88
 Exact 95% Mid-P limits for MLE 0.30 < OR <
 5.83
 Probability of MLE \geq 1.38 if population OR = 1.0
 0.45719838

RISK RATIO(RR) (Outcome:RF=1; Exposure:SCALAW1=1)
 1.26
 95% confidence limits for RR 0.47 < RR <
 3.34

Ignore risk ratio if case control study

	Chi-Squares	P-values
	-----	-----
Uncorrected:	0.21	0.64988723
Mantel-Haenszel:	0.20	0.65346207
Yates corrected:	0.01	0.93539667
Fisher exact:	1-tailed P-value: 0.4571984	2-tailed P-value: 0.7165249

An expected value is less than 5; recommend Fisher exact results.

SCALAW1	ESCOLA		Total
	1	2	
1	5	16	21
	> 23.8%	76.2%	> 27.6%
	29.4%	27.1%	
2	12	43	55
	> 21.8%	78.2%	> 72.4%
	70.6%	72.9%	
Total	17	59	76
	22.4%	77.6%	

Single Table Analysis

Odds ratio
 1.12
 Cornfield 95% confidence limits for OR 0.28 < OR <
 4.25
 Maximum likelihood estimate of OR (MLE)
 1.12
 Exact 95% confidence limits for MLE 0.27 < OR <
 4.13
 Exact 95% Mid-P limits for MLE 0.31 < OR <
 3.66

Probability of MLE \geq 1.12 if population OR = 1.0
0.53778806

RISK RATIO(RR) (Outcome:ESCOLA=1; Exposure:SCALAW1=1)
1.09
95% confidence limits for RR
2.72

0.44 < RR <

Ignore risk ratio if case control study

	Chi-Squares	P-values
	-----	-----
Uncorrected:	0.03	0.85221613
Mantel-Haenszel:	0.03	0.85318049
Yates corrected:	0.01	0.90329938

Fisher exact: 1-tailed P-value: 0.5377881
2-tailed P-value: 1.0000000

An expected value is less than 5; recommend Fisher exact results.

SCALAW1	PS		Total
	1	2	
1	6	15	21
	> 28.6%	71.4%	> 27.6%
	21.4%	31.3%	
2	22	33	55
	> 40.0%	60.0%	> 72.4%
	78.6%	68.8%	
Total	28	48	76
	36.8%	63.2%	

Single Table Analysis

Odds ratio
0.60

Cornfield 95% confidence limits for OR
2.02

0.17 < OR <

Maximum likelihood estimate of OR (MLE)
0.60

Exact 95% confidence limits for MLE
1.97

0.17 < OR <

Exact 95% Mid-P limits for MLE
1.78

0.19 < OR <

Probability of MLE \leq 0.60 if population OR = 1.0
0.25774446

RISK RATIO(RR) (Outcome:PS=1; Exposure:SCALAW1=1)
0.71
95% confidence limits for RR
1.51

0.34 < RR <

Ignore risk ratio if case control study

Chi-Squares	P-values
-------------	----------

```
-----  
-----  
Uncorrected:      0.85      0.35568777  
Mantel-Haenszel: 0.84      0.35887199  
Yates corrected: 0.43      0.51071517
```


SCALAW1	Freq	Percent	Cum.
1	14	18.4%	18.4%
2	62	81.6%	100.0%
Total	76	100.0%	

Total	Sum	Mean	Variance	Std Dev	Std Err
76	138	1.816	0.152	0.390	0.045
Minimum	25%ile	Median	75%ile	Maximum	Mode
1.000	2.000	2.000	2.000	2.000	2.000

Student's "t", testing whether mean differs from zero.
T statistic = 40.565, df = 75 p-value = 0.00000

SCALAW1	SEXO		Total
	1.	2.	
1	5	9	14
>	35.7%	64.3%	> 18.4%
	12.8%	24.3%	
2	34	28	62
>	54.8%	45.2%	> 81.6%
	87.2%	75.7%	
Total	39	37	76
	51.3%	48.7%	

Single Table Analysis

Odds ratio
0.46
Cornfield 95% confidence limits for OR 0.11 < OR <
1.75
Maximum likelihood estimate of OR (MLE)
0.46
Exact 95% confidence limits for MLE 0.11 < OR <
1.75
Exact 95% Mid-P limits for MLE 0.13 < OR <
1.54
Probability of MLE <= 0.46 if population OR = 1.0
0.15948605

RISK RATIO(RR) (Outcome:SEXO=1.; Exposure:SCALAW1=1)
0.65
95% confidence limits for RR 0.31 < RR <
1.36

Ignore risk ratio if case control study

Chi-Squares	P-values
-----	-----

Uncorrected: 1.67 0.19598704
Mantel-Haenszel: 1.65 0.19895508
Yates corrected: 0.99 0.31873266

SCALAW1	FETARIA		Total
	1	2	
1	3	11	14
	> 21.4%	78.6%	> 18.4%
	23.1%	17.5%	
2	10	52	62
	> 16.1%	83.9%	> 81.6%
	76.9%	82.5%	
Total	13	63	76
	17.1%	82.9%	

Single Table Analysis

Odds ratio
1.42
Cornfield 95% confidence limits for OR 0.26 < OR <
7.15
Maximum likelihood estimate of OR (MLE)
1.41
Exact 95% confidence limits for MLE 0.21 < OR <
6.83
Exact 95% Mid-P limits for MLE 0.27 < OR <
5.86
Probability of MLE >= 1.41 if population OR = 1.0
0.44473061

RISK RATIO(RR) (Outcome:FETARIA=1; Exposure:SCALAW1=1)
1.33
95% confidence limits for RR 0.42 < RR <
4.21

Ignore risk ratio if case control study

	Chi-Squares	P-values
Uncorrected:	0.23	0.63434301
Mantel-Haenszel:	0.22	0.63658171
Yates corrected:	0.01	0.93407654

Fisher exact: 1-tailed P-value: 0.4447306
2-tailed P-value: 0.6971491

An expected value is less than 5; recommend Fisher exact results.

Current selection: RENDAPESSO<>.

SCALAW1	RP		Total
	1	2	
1	11	3	14

	>	78.6%	21.4%	>	18.4%
		25.0%	9.4%		
2		33	29		62
	>	53.2%	46.8%	>	81.6%
		75.0%	90.6%		
-----+-----					
Total		44	32		76
		57.9%	42.1%		

Single Table Analysis

Odds ratio
3.22
Cornfield 95% confidence limits for OR 0.72 < OR <
16.47*
*May be inaccurate
Maximum likelihood estimate of OR (MLE)
3.18
Exact 95% confidence limits for MLE 0.74 < OR <
19.45
Exact 95% Mid-P limits for MLE 0.85 < OR <
15.39
Probability of MLE >= 3.18 if population OR = 1.0
0.07315602

RISK RATIO(RR) (Outcome:RP=1; Exposure:SCALAW1=1)
1.48
95% confidence limits for RR 1.03 < RR <
2.11

Ignore risk ratio if case control study

	Chi-Squares	P-values
	-----	-----
Uncorrected:	3.01	0.08276288
Mantel-Haenszel:	2.97	0.08481189
Yates corrected:	2.06	0.15122581

Current selection: RENDAFAMIL<>.

SCALAW1	RF		Total
	1	2	
1	10	4	14
	> 71.4%	28.6%	> 18.4%
	21.7%	13.3%	
2	36	26	62
	> 58.1%	41.9%	> 81.6%
	78.3%	86.7%	
-----+-----			
Total	46	30	76
	60.5%	39.5%	

Single Table Analysis

RISK RATIO(RR) (Outcome:ESCOLA=1; Exposure:SCALAW1=1)
 3.07
 95% confidence limits for RR 1.65 < RR <
 5.71

Ignore risk ratio if case control study

	Chi-Squares	P-values
	-----	-----
Uncorrected:	10.42	0.00124682 <---
Mantel-Haenszel:	10.28	0.00134294 <---
Yates corrected:	8.42	0.00371121 <---
Fisher exact:	1-tailed P-value: 0.0026133 <---	
	2-tailed P-value: 0.0026133 <---	

An expected value is less than 5; recommend Fisher exact results.

SCALAW1	PS		Total
	1	2	
1	10	4	14
	> 71.4%	28.6%	> 18.4%
	22.7%	12.5%	
2	34	28	62
	> 54.8%	45.2%	> 81.6%
	77.3%	87.5%	
Total	44	32	76
	57.9%	42.1%	

Single Table Analysis

Odds ratio
 2.06
 Cornfield 95% confidence limits for OR 0.51 < OR <
 8.95*

*May be inaccurate

Maximum likelihood estimate of OR (MLE)
 2.04
 Exact 95% confidence limits for MLE 0.52 < OR <
 9.89
 Exact 95% Mid-P limits for MLE 0.59 < OR <
 8.23
 Probability of MLE >= 2.04 if population OR = 1.0
 0.20298475

RISK RATIO(RR) (Outcome:PS=1; Exposure:SCALAW1=1)
 1.30
 95% confidence limits for RR 0.87 < RR <
 1.95

Ignore risk ratio if case control study

Chi-Squares	P-values
-----	-----

Uncorrected:	1.29	0.25614293
Mantel-Haenszel:	1.27	0.25929487
Yates corrected:	0.70	0.40321425

SCALAW2	Freq	Percent	Cum.
1	30	39.5%	39.5%
2	46	60.5%	100.0%
Total	76	100.0%	

Total	Sum	Mean	Variance	Std Dev	Std Err
76	122	1.605	0.242	0.492	0.056
Minimum	25%ile	Median	75%ile	Maximum	Mode
1.000	1.000	2.000	2.000	2.000	2.000

Student's "t", testing whether mean differs from zero.
T statistic = 28.441, df = 75 p-value = 0.00000

SCALAW2	SEXO		Total
	1.	2.	
1	10	20	30
>	33.3%	66.7%	> 39.5%
	41.7%	38.5%	
2	14	32	46
>	30.4%	69.6%	> 60.5%
	58.3%	61.5%	
Total	24	52	76
	31.6%	68.4%	

Single Table Analysis

Odds ratio
1.14
Cornfield 95% confidence limits for OR 0.38 < OR <
3.45
Maximum likelihood estimate of OR (MLE)
1.14
Exact 95% confidence limits for MLE 0.38 < OR <
3.40
Exact 95% Mid-P limits for MLE 0.41 < OR <
3.09
Probability of MLE >= 1.14 if population OR = 1.0
0.49204249

RISK RATIO(RR) (Outcome:SEXO=1.; Exposure:SCALAW2=1)
1.10
95% confidence limits for RR 0.56 < RR <
2.14

Ignore risk ratio if case control study

Chi-Squares	P-values
-----	-----

	58.3%	61.1%	
Total	12	36	48
	25.0%	75.0%	

Single Table Analysis

Odds ratio
1.12
Cornfield 95% confidence limits for OR 0.24 < OR <
5.15
Maximum likelihood estimate of OR (MLE)
1.12
Exact 95% confidence limits for MLE 0.23 < OR <
5.08
Exact 95% Mid-P limits for MLE 0.27 < OR <
4.36
Probability of MLE >= 1.12 if population OR = 1.0
0.56256766

RISK RATIO(RR) (Outcome:RP=1; Exposure:SCALAW2=1)
1.09
95% confidence limits for RR 0.40 < RR <
2.94

Ignore risk ratio if case control study

	Chi-Squares	P-values
Uncorrected:	0.03	0.86469107
Mantel-Haenszel:	0.03	0.86609450
Yates corrected:	0.03	0.86469107
Fisher exact: 1-tailed P-value:	0.5625677	
2-tailed P-value:	1.0000000	

An expected value is less than 5; recommend Fisher exact results.

Current selection: RENDAFAMIL<>.

SCALAW2	RF		Total
	1	2	
1	6	13	19
	> 31.6%	68.4%	> 41.3%
	46.2%	39.4%	
2	7	20	27
	> 25.9%	74.1%	> 58.7%
	53.8%	60.6%	
Total	13	33	46
	28.3%	71.7%	

Single Table Analysis

Odds ratio
1.32

Cornfield 95% confidence limits for OR 0.30 < OR <
5.87
Maximum likelihood estimate of OR (MLE)
1.31
Exact 95% confidence limits for MLE 0.29 < OR <
5.79
Exact 95% Mid-P limits for MLE 0.34 < OR <
4.97
Probability of MLE >= 1.31 if population OR = 1.0
0.46214223

RISK RATIO(RR) (Outcome:RF=1; Exposure:SCALAW2=1)
1.22
95% confidence limits for RR 0.49 < RR <
3.05

Ignore risk ratio if case control study

	Chi-Squares	P-values
	-----	-----
Uncorrected:	0.18	0.67502178
Mantel-Haenszel:	0.17	0.67837349
Yates corrected:	0.01	0.93087446

SCALAW2	ESCOLA		Total
	1	2	
1	8	22	30
	> 26.7%	73.3%	> 39.5%
	47.1%	37.3%	
2	9	37	46
	> 19.6%	80.4%	> 60.5%
	52.9%	62.7%	
Total	17	59	76
	22.4%	77.6%	

Single Table Analysis

Odds ratio
1.49
Cornfield 95% confidence limits for OR 0.44 < OR <
5.11
Maximum likelihood estimate of OR (MLE)
1.49
Exact 95% confidence limits for MLE 0.43 < OR <
5.08
Exact 95% Mid-P limits for MLE 0.48 < OR <
4.53
Probability of MLE >= 1.49 if population OR = 1.0
0.32549876

RISK RATIO(RR) (Outcome:ESCOLA=1; Exposure:SCALAW2=1)
1.36
95% confidence limits for RR 0.59 < RR <
3.14

Ignore risk ratio if case control study

	Chi-Squares	P-values
	-----	-----
Uncorrected:	0.53	0.46772989
Mantel-Haenszel:	0.52	0.47067309
Yates corrected:	0.20	0.65660990

SCALAW2	PS		Total
	1	2	
1	14	16	30
	> 46.7%	53.3%	> 39.5%
	50.0%	33.3%	
2	14	32	46
	> 30.4%	69.6%	> 60.5%
	50.0%	66.7%	
Total	28	48	76
	36.8%	63.2%	

Single Table Analysis

Odds ratio
 2.00
 Cornfield 95% confidence limits for OR 0.69 < OR <
 5.86
 Maximum likelihood estimate of OR (MLE)
 1.98
 Exact 95% confidence limits for MLE 0.69 < OR <
 5.76
 Exact 95% Mid-P limits for MLE 0.76 < OR <
 5.25
 Probability of MLE >= 1.98 if population OR = 1.0
 0.11712309

RISK RATIO(RR) (Outcome:PS=1; Exposure:SCALAW2=1)
 1.53
 95% confidence limits for RR 0.86 < RR <
 2.74

Ignore risk ratio if case control study

	Chi-Squares	P-values
	-----	-----
Uncorrected:	2.06	0.15160384
Mantel-Haenszel:	2.03	0.15432359
Yates corrected:	1.42	0.23379484

SCALAW2	Freq	Percent	Cum.
1	21	27.6%	27.6%
2	55	72.4%	100.0%
Total	76	100.0%	

Total	Sum	Mean	Variance	Std Dev	Std Err
76	131	1.724	0.203	0.450	0.052
Minimum	25%ile	Median	75%ile	Maximum	Mode
1.000	1.000	2.000	2.000	2.000	2.000

Student's "t", testing whether mean differs from zero.
T statistic = 33.382, df = 75 p-value = 0.00000

SCALAW2	SEXO		Total
	1.	2.	
1	9	12	21
>	42.9%	57.1%	> 27.6%
	23.1%	32.4%	
2	30	25	55
>	54.5%	45.5%	> 72.4%
	76.9%	67.6%	
Total	39	37	76
	51.3%	48.7%	

Single Table Analysis

Odds ratio
0.63
Cornfield 95% confidence limits for OR 0.20 < OR <
1.95
Maximum likelihood estimate of OR (MLE)
0.63
Exact 95% confidence limits for MLE 0.20 < OR <
1.93
Exact 95% Mid-P limits for MLE 0.22 < OR <
1.75
Probability of MLE <= 0.63 if population OR = 1.0
0.25634777

RISK RATIO(RR) (Outcome:SEXO=1.; Exposure:SCALAW2=1)
0.79
95% confidence limits for RR 0.45 < RR <
1.36

Ignore risk ratio if case control study

Chi-Squares	P-values
-----	-----

Uncorrected: 0.83 0.36196596
Mantel-Haenszel: 0.82 0.36514338
Yates corrected: 0.43 0.51245506

SCALAW2	FETARIA		Total
	1	2	
1	4	17	21
	> 19.0%	81.0%	> 27.6%
	30.8%	27.0%	
2	9	46	55
	> 16.4%	83.6%	> 72.4%
	69.2%	73.0%	
Total	13	63	76
	17.1%	82.9%	

Single Table Analysis

Odds ratio
1.20
Cornfield 95% confidence limits for OR 0.26 < OR <
5.18
Maximum likelihood estimate of OR (MLE)
1.20
Exact 95% confidence limits for MLE 0.24 < OR <
5.04
Exact 95% Mid-P limits for MLE 0.29 < OR <
4.40
Probability of MLE >= 1.20 if population OR = 1.0
0.51093263

RISK RATIO(RR) (Outcome:FETARIA=1; Exposure:SCALAW2=1)
1.16
95% confidence limits for RR 0.40 < RR <
3.38

Ignore risk ratio if case control study

	Chi-Squares	P-values
Uncorrected:	0.08	0.78111516
Mantel-Haenszel:	0.08	0.78252351
Yates corrected:	0.00	0.94997039

Fisher exact: 1-tailed P-value: 0.5109326
2-tailed P-value: 0.7452880

An expected value is less than 5; recommend Fisher exact results.

Current selection: RENDAPESSO<>.

SCALAW2	RP		Total
	1	2	
1	11	10	21

	>	52.4%	47.6%	>	27.6%
		25.0%	31.3%		
2		33	22		55
	>	60.0%	40.0%	>	72.4%
		75.0%	68.8%		
-----+-----					
Total		44	32		76
		57.9%	42.1%		

Single Table Analysis

Odds ratio
0.73
Cornfield 95% confidence limits for OR 0.23 < OR <
2.29
Maximum likelihood estimate of OR (MLE)
0.74
Exact 95% confidence limits for MLE 0.24 < OR <
2.30
Exact 95% Mid-P limits for MLE 0.26 < OR <
2.07
Probability of MLE <= 0.74 if population OR = 1.0
0.36444786

RISK RATIO(RR) (Outcome:RP=1; Exposure:SCALAW2=1)
0.87
95% confidence limits for RR 0.55 < RR <
1.38

Ignore risk ratio if case control study

	Chi-Squares	P-values
	-----	-----
Uncorrected:	0.36	0.54745028
Mantel-Haenszel:	0.36	0.55009732
Yates corrected:	0.12	0.73249405

Current selection: RENDAFAMIL<>.

		RF		
SCALAW2		1	2	Total
-----+-----				
1		13	8	21
	>	61.9%	38.1%	> 27.6%
		28.3%	26.7%	
2		33	22	55
	>	60.0%	40.0%	> 72.4%
		71.7%	73.3%	
-----+-----				
Total		46	30	76
		60.5%	39.5%	

Single Table Analysis

Odds ratio
1.08

Cornfield 95% confidence limits for OR
 3.48 0.34 < OR <
 Maximum likelihood estimate of OR (MLE)
 1.08
 Exact 95% confidence limits for MLE
 3.55 0.35 < OR <
 Exact 95% Mid-P limits for MLE
 3.17 0.38 < OR <
 Probability of MLE >= 1.08 if population OR = 1.0
 0.54718416

RISK RATIO(RR) (Outcome:RF=1; Exposure:SCALAW2=1)
 1.03
 95% confidence limits for RR
 1.54 0.69 < RR <

Ignore risk ratio if case control study

	Chi-Squares	P-values
	-----	-----
Uncorrected:	0.02	0.87925445
Mantel-Haenszel:	0.02	0.88004541
Yates corrected:	0.01	0.91202617

SCALAW2	ESCOLA		Total
	1	2	
1	10	11	21
	> 47.6%	52.4%	> 27.6%
	45.5%	20.4%	
2	12	43	55
	> 21.8%	78.2%	> 72.4%
	54.5%	79.6%	
Total	22	54	76
	28.9%	71.1%	

Single Table Analysis

Odds ratio
 3.26
 Cornfield 95% confidence limits for OR
 11.02 0.98 < OR <
 Maximum likelihood estimate of OR (MLE)
 3.20
 Exact 95% confidence limits for MLE
 10.77 0.97 < OR <
 Exact 95% Mid-P limits for MLE
 9.61 1.08 < OR <
 Probability of MLE >= 3.20 if population OR = 1.0
 0.02848517

RISK RATIO(RR) (Outcome:ESCOLA=1; Exposure:SCALAW2=1)
 2.18
 95% confidence limits for RR
 4.27 1.11 < RR <

Ignore risk ratio if case control study

	Chi-Squares	P-values
	-----	-----
Uncorrected:	4.92	0.02656796 <---
Mantel-Haenszel:	4.85	0.02758289 <---
Yates corrected:	3.74	0.05299032

SCALAW2	PS		Total
	1	2	
1	13	8	21
	> 61.9%	38.1%	> 27.6%
	29.5%	25.0%	
2	31	24	55
	> 56.4%	43.6%	> 72.4%
	70.5%	75.0%	
Total	44	32	76
	57.9%	42.1%	

Single Table Analysis

Odds ratio
 1.26
 Cornfield 95% confidence limits for OR 0.40 < OR <
 4.03
 Maximum likelihood estimate of OR (MLE)
 1.25
 Exact 95% confidence limits for MLE 0.40 < OR <
 4.10
 Exact 95% Mid-P limits for MLE 0.45 < OR <
 3.66
 Probability of MLE >= 1.25 if population OR = 1.0
 0.43203348

RISK RATIO(RR) (Outcome:PS=1; Exposure:SCALAW2=1)
 1.10
 95% confidence limits for RR 0.73 < RR <
 1.65

Ignore risk ratio if case control study

	Chi-Squares	P-values
	-----	-----
Uncorrected:	0.19	0.66173680
Mantel-Haenszel:	0.19	0.66383204
Yates corrected:	0.03	0.85892632

D1TS0100	MOMENTO		
	1	2	Total
44	1	0	1
>	100.0%	0.0%	> 0.6%
	1.2%	0.0%	
50	6	0	6
>	100.0%	0.0%	> 3.5%
	7.1%	0.0%	
56	6	1	7
>	85.7%	14.3%	> 4.1%
	7.1%	1.2%	
63	28	3	31
>	90.3%	9.7%	> 18.2%
	32.9%	3.5%	
69	24	20	44
>	54.5%	45.5%	> 25.9%
	28.2%	23.5%	
75	8	28	36
>	22.2%	77.8%	> 21.2%
	9.4%	32.9%	
81	7	26	33
>	21.2%	78.8%	> 19.4%
	8.2%	30.6%	
88	4	6	10
>	40.0%	60.0%	> 5.9%
	4.7%	7.1%	
94	1	1	2
>	50.0%	50.0%	> 1.2%
	1.2%	1.2%	
Total	85	85	170
	50.0%	50.0%	

MOMENTO	Obs	Total	Mean	Variance	Std Dev
1	85	5713	67.212	94.121	9.702
2	85	6453	75.918	44.672	6.684
Difference			-8.706		

MOMENTO	Minimum	25%ile	Median	75%ile	Maximum
Mode					
1	44.000	63.000	69.000	69.000	94.000
63.000					
2	56.000	69.000	75.000	81.000	94.000
75.000					

ANOVA
(For normally distributed data only)

Variation	SS	df	MS	F statistic	p-value	t-value
Between	3221.176	1	3221.176	46.417	0.000000	6.813001
Within	11658.612	168	69.396			
Total	14879.788	169				

Bartlett's test for homogeneity of variance

Bartlett's chi square = 11.335 deg freedom = 1 p-value =
0.000760

Bartlett's Test shows the variances in the samples to differ.
Use non-parametric results below rather than ANOVA.

Mann-Whitney or Wilcoxon Two-Sample Test (Kruskal-Wallis test for two
groups)

Kruskal-Wallis H (equivalent to Chi square) = 41.962
Degrees of freedom = 1
p value = 0.000000

D2TS0100	MOMENTO		
	1	2	Total
31	1	0	1
>	100.0%	0.0%	> 0.6%
	1.2%	0.0%	
38	2	0	2
>	100.0%	0.0%	> 1.2%
	2.4%	0.0%	
44	8	1	9
>	88.9%	11.1%	> 5.3%
	9.4%	1.2%	
50	10	3	13
>	76.9%	23.1%	> 7.6%
	11.8%	3.5%	
56	27	4	31
>	87.1%	12.9%	> 18.2%
	31.8%	4.7%	
63	10	7	17
>	58.8%	41.2%	> 10.0%
	11.8%	8.2%	
69	16	17	33
>	48.5%	51.5%	> 19.4%
	18.8%	20.0%	
75	5	17	22
>	22.7%	77.3%	> 12.9%
	5.9%	20.0%	
81	6	33	39
>	15.4%	84.6%	> 22.9%
	7.1%	38.8%	
88	0	2	2
>	0.0%	100.0%	> 1.2%
	0.0%	2.4%	
94	0	1	1
>	0.0%	100.0%	> 0.6%
	0.0%	1.2%	
Total	85	85	170
	50.0%	50.0%	

MOMENTO	Obs	Total	Mean	Variance	Std Dev
1	85	5066	59.600	124.195	11.144
2	85	6250	73.529	90.514	9.514
Difference			-13.929		

MOMENTO	Minimum	25%ile	Median	75%ile	Maximum
Mode					
1	31.000	56.000	56.000	69.000	81.000
56.000					
2	44.000	69.000	75.000	81.000	94.000
81.000					

ANOVA
(For normally distributed data only)

Variation	SS	df	MS	F statistic	p-value	t-value
-----------	----	----	----	-------------	---------	---------

Between	8246.212	1	8246.212	76.813	0.000000	8.764293
Within	18035.576	168	107.355			
Total	26281.788	169				

Bartlett's test for homogeneity of variance
 Bartlett's chi square = 2.081 deg freedom = 1 p-value = 0.149188

The variances are homogeneous with 95% confidence.
 If samples are also normally distributed, ANOVA results can be used.

Mann-Whitney or Wilcoxon Two-Sample Test (Kruskal-Wallis test for two groups)

Kruskal-Wallis H (equivalent to Chi square) = 54.549
 Degrees of freedom = 1
 p value = 0.000000

D3TS0100	MOMENTO		
	1	2	Total
25	12	0	12
>	100.0%	0.0%	> 7.5%
	15.0%	0.0%	
31	11	3	14
>	78.6%	21.4%	> 8.8%
	13.8%	3.8%	
44	8	5	13
>	61.5%	38.5%	> 8.1%
	10.0%	6.3%	
50	34	9	43
>	79.1%	20.9%	> 26.9%
	42.5%	11.3%	
56	1	5	6
>	16.7%	83.3%	> 3.8%
	1.3%	6.3%	
69	5	34	39
>	12.8%	87.2%	> 24.4%
	6.3%	42.5%	
75	7	13	20
>	35.0%	65.0%	> 12.5%
	8.8%	16.3%	
81	0	1	1
>	0.0%	100.0%	> 0.6%
	0.0%	1.3%	
94	1	9	10
>	10.0%	90.0%	> 6.3%
	1.3%	11.3%	
100	1	1	2
>	50.0%	50.0%	> 1.3%
	1.3%	1.3%	
Total	80	80	160
	50.0%	50.0%	

MOMENTO	Obs	Total	Mean	Variance	Std Dev
1	80	3813	47.663	278.150	16.678
2	80	5391	67.388	234.696	15.320
Difference			-19.725		

MOMENTO	Minimum	25%ile	Median	75%ile	Maximum
Mode					
1	25.000	31.000	50.000	50.000	100.000
50.000					
2	31.000	56.000	69.000	75.000	100.000
69.000					

ANOVA
(For normally distributed data only)

Variation	SS	df	MS	F statistic	p-value	t-value
Between	15563.025	1	15563.025	60.693	0.000000	7.790553
Within	40514.875	158	256.423			
Total	56077.900	159				

Bartlett's test for homogeneity of variance
Bartlett's chi square = 0.566 deg freedom = 1 p-value =
0.451995

The variances are homogeneous with 95% confidence.
If samples are also normally distributed, ANOVA results can be
used.

Mann-Whitney or Wilcoxon Two-Sample Test (Kruskal-Wallis test for two
groups)

Kruskal-Wallis H (equivalent to Chi square) = 44.082
Degrees of freedom = 1
p value = 0.000000

		MOMENTO		
D4TS0100		1	2	Total
25		1	0	1
	>	100.0%	0.0%	> 0.6%
		1.2%	0.0%	
31		9	1	10
	>	90.0%	10.0%	> 5.9%
		10.6%	1.2%	
38		38	5	43
	>	88.4%	11.6%	> 25.3%
		44.7%	5.9%	
44		12	9	21
	>	57.1%	42.9%	> 12.4%
		14.1%	10.6%	
50		12	19	31
	>	38.7%	61.3%	> 18.2%
		14.1%	22.4%	
56		6	21	27
	>	22.2%	77.8%	> 15.9%
		7.1%	24.7%	
63		3	18	21
	>	14.3%	85.7%	> 12.4%
		3.5%	21.2%	
69		2	9	11
	>	18.2%	81.8%	> 6.5%
		2.4%	10.6%	
75		1	2	3
	>	33.3%	66.7%	> 1.8%
		1.2%	2.4%	
88		1	1	2
	>	50.0%	50.0%	> 1.2%
		1.2%	1.2%	

Total		85	85	170
		50.0%	50.0%	

MOMENTO	Obs	Total	Mean	Variance	Std Dev
1	85	3702	43.553	116.179	10.779
2	85	4736	55.718	99.610	9.980
Difference			-12.165		

MOMENTO	Minimum	25%ile	Median	75%ile	Maximum
Mode					
1	25.000	38.000	38.000	50.000	88.000
38.000					
2	31.000	50.000	56.000	63.000	88.000
56.000					

ANOVA
(For normally distributed data only)

Variation	SS	df	MS	F statistic	p-value	t-value
Between	6289.153	1	6289.153	58.290	0.000000	7.634787
Within	18126.235	168	107.894			
Total	24415.388	169				

Bartlett's test for homogeneity of variance
Bartlett's chi square = 0.494 deg freedom = 1 p-value =
0.482255

The variances are homogeneous with 95% confidence.
If samples are also normally distributed, ANOVA results can be
used.

Mann-Whitney or Wilcoxon Two-Sample Test (Kruskal-Wallis test for two
groups)

Kruskal-Wallis H (equivalent to Chi square) = 51.782
Degrees of freedom = 1
p value = 0.000000