

A CONCEPÇÃO DE SAÚDE E PERCEPÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA POR RESIDENTES NA CAPITAL PARAIBANA

Raquel Medeiros dos Santos

Universidade Federal da Paraíba – raquellmedeiros@live.com

Elis Amanda Atanázio Silva

Universidade Federal da Paraíba – elispsicologiaufpb@yahoo.com.br

Michael Augusto Souza de Lima

Universidade Federal da Paraíba – michaelsouzalima@yahoo.com.br

Pollyana Ludmilla Batista Pimentel

Universidade Federal da Paraíba – pollypimentel09@gmail.com

Ana Alayde Werba Saldanha Pichelli

Universidade Federal da Paraíba - analayde@gmail.com

RESUMO: A saúde não se caracteriza apenas como um estado de ausência de doenças, mas como um estado geral de equilíbrio nos diferentes aspectos e sistemas que caracterizam o homem. Seu conceito não possui único significado, variando entre época, local e valores. O termo qualidade de vida abrange diversos significados, partindo de uma natureza multifatorial é possível referir-se a este conceito a partir de cinco dimensões, tratando-se, assim, de uma visão global. Este trabalho teve como principal objetivo analisar a concepção de saúde e qualidade de vida dos residentes na capital paraibana, identificando aspectos prejudiciais, bem como possíveis melhorias nesses aspectos. Participaram deste estudo 316 indivíduos, sendo a maioria do sexo feminino (56%), com idades variando de 17 a 83 anos ($M = 33,2$; $DP = 12,9$). A maioria apresentou nível superior de escolaridade (40%), com renda entre 1 a 2 salários mínimos (25%). Utilizou-se um questionário estruturado, aberto, onde inicialmente foi solicitado que as pessoas enunciassem o que lhes vinha à mente quando ouviam as palavras “saúde” e “qualidade de vida”, seguido de questões sobre quais as necessidades para melhorar sua condição de saúde e qualidade de vida. Os resultados obtidos apontam que a saúde é considerada como um direito que deve ser garantido em todos os aspectos. Observa-se, também, que referente à qualidade de vida, a percepção populacional engloba desde estado de saúde a uma variedade de domínios, a exemplo de meio ambiente, recursos econômicos, relacionamentos e lazer.

Palavras-chave: Saúde, qualidade de vida, capital paraibana.

INTRODUÇÃO

O conceito de saúde reflete a conjuntura dos aspectos biológico, psicológico, social, emocional, mental e intelectual, o que faz com que a saúde não represente a mesma coisa para todas as pessoas, dependerá da época, do lugar, da classe social, de valores individuais, de concepções científicas, religiosas, filosóficas e etc. O mesmo, aliás, pode ser dito das doenças, aquilo que é considerado doença varia muito (SCLIAR, 2007).

Variando entre épocas e povos, foi no ano de 1948 que a Organização Mundial da Saúde (OMS) apresentou o conceito de saúde como “o estado do mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade”. A amplitude deste conceito (SCLIAR, 2007) acarretou críticas, algumas de natureza técnica e outras de natureza política, libertária: onde o conceito permitiria abusos por parte do Estado, que interviria na vida dos cidadãos, sob o pretexto de promover a saúde.

Contraopondo-se à perfeição desta definição de saúde apresentada pela OMS, Canguilhem (2009) afirma que a saúde perfeita não passa de um conceito normativo, de um tipo de ideal. O referido autor apresenta, também, que a partir da medicina

grega surge uma concepção dinâmica da doença, onde esta deixa de ser localizante e passa a ser totalizante. A doença caracteriza-se como a perturbação do equilíbrio e harmonia que constituem a natureza dentro e fora do homem. Desta maneira, a doença não encontra-se em uma parte do homem, ela toda o é.

Não se pode negar que a discussão entre saúde x doença, normal x patológico, está emaranhada no modelo biomédico, o qual tem como ponto de confluência a promoção da saúde. Ao contrário do modelo biomédico, a promoção da saúde parte do conceito ampliado e positivo de saúde, tendo como foco o processo social de sua produção, elegendo como objetivo a defesa da vida e o desenvolvimento humano, superando o modelo de intervenção, passando para práticas intersetoriais e conhecimentos interdisciplinares (CAMPOS & NETO, 2008). Assim, as estratégias de promoção da saúde voltam-se para estilos de vida e condições sociais, econômicas e ambientais que determinam a saúde e, de forma mais ampla, a qualidade de vida.

O termo qualidade de vida abrange muitos significados que refletem conhecimentos, experiências, valores de indivíduos e coletividades que a ele se reportam em variadas épocas, espaços e

histórias diferentes (MINAYO, 2000). Uma tentativa de definição engloba desde estado de saúde, assim como uma variedade de domínios, como meio-ambiente, recursos econômicos, relacionamentos, tempo para trabalho e lazer (CAMPOS & NETO, 2008).

Nesse sentido, a OMS, propondo uma natureza multifatorial da qualidade de vida, refere-se a esse conceito a partir de cinco dimensões: (1) saúde física, (2) saúde psicológica, (3) nível de independência (em aspectos de mobilidade, atividades diárias, dependência de medicamentos e cuidados médicos e capacidade laboral), (4) relações sociais e (5) meio ambiente. Trata-se de uma visão global, que considera as várias dimensões do ser humano na determinação dos níveis de qualidade de vida de cada indivíduo (CORRÊA, 2001).

Para promover a qualidade de vida, a promoção de saúde tem como objetivo reduzir a vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados a seus determinantes e condicionantes. Proporcionar saúde significa, além de evitar doenças e prolongar a vida, assegurar meios e situações que ampliem a qualidade de vida “vivida”. Ou seja, ampliem a capacidade de autonomia e o padrão de bem-estar que, por sua vez, são valores socialmente definidos, importando em valores e escolhas. (CAMPOS & NETO, 2008).

O Brasil, a partir da Constituição de 1988, assumiu o compromisso de reorganizar seu modelo de atenção à saúde, referenciado na perspectiva de saúde como direito de cidadania e como recurso que apoia o desenvolvimento individual e coletivo, agregando práticas assistenciais, preventivas e educativas. Tem como princípios norteadores garantir o acesso universal, equânime e o atendimento integral e descentralizado da saúde (SOUZA & CARVALHO, 2003). Dessa forma, as ações em prol da saúde demandam a participação dos diversos setores da sociedade, não podendo ser asseguradas apenas pelo setor sanitário.

O discurso sanitário com enfoque na saúde ainda é recente. A ideia de saúde como qualidade de vida condicionada por vários fatores, tais como: paz, abrigo, alimentação, renda, educação, recursos econômicos, ecossistema estável, recursos sustentáveis, equidade e justiça social, surgiu com a Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde, em Ottawa, em 1986. A Carta de Ottawa considera a saúde como um conceito positivo para o qual se fazem necessários recursos pessoais, sociais e capacidade física. (BACKES et al, 2009).

A partir do conceito de História Natural da Doença (HND), Hugh Leavell e Edwin Clark demonstraram que a prevenção deve estar presente em todos os momentos em que

seja possível algum tipo de intervenção que evite adoecimento ou suas consequências, compondo diferentes níveis de prevenção, desde transformações de condições ambientais e sociais que predisponham ao surgimento dos agravos até a redução dos seus piores efeitos sobre aqueles que já adoeceram (AYRES & PAIVA, 2012).

Desde então, (AYRES & PAIVA, 2012) a promoção da saúde deixou de ser entendida como um dos momentos de organização técnica das ações de prevenção primária e passou a ser entendida como uma proposta política, buscando reconstruir suas bases e seus métodos. Tinha-se como objetivo, a partir desta reconstrução, a politização e busca de intensificação do diálogo dos diversos saberes científicos e técnicos com os valores de indivíduos e comunidades em sua vida cotidiana.

Assim, no final do século XX desenvolveu-se o conceito de vulnerabilidade dentro do âmbito das abordagens em saúde baseadas nos direitos humanos (AYRES & PAIVA, 2012). A partir dos estudos destes teóricos, compreende-se vulnerabilidade como um conjunto de aspectos individuais e coletivos relacionados à maior suscetibilidade de indivíduos e comunidades a um adoecimento ou agravo e menor disponibilidade de recursos para sua proteção. Seu conceito alinha-se em diversos aspectos

com a nova promoção de saúde, na medida em que ambos buscam compreender e transformar desde uma perspectiva sociopolítica os processos e determinantes descritos nos modelos de história natural da doença.

Partindo dos pressupostos versados aqui, este estudo teve como objetivo geral analisar a concepção de saúde e qualidade de vida dos residentes na capital paraibana, identificando aspectos prejudiciais, bem como possíveis melhorias nesses aspectos. Para tanto, teve como metas identificar o estilo de vida dos residentes na capital paraibana; analisar a concepção de Saúde e a percepção de Qualidade de vida para os residentes.

MÉTODO

A pesquisa caracterizou-se como exploratória, descritiva e analítica de caráter transversal.

Participaram deste estudo 316 indivíduos, sendo a maioria do sexo feminino (56%), com as idades variando de 17 a 83 anos ($M = 33,2$; $DP = 12,9$), predominado a faixa etária de 17 a 29 anos (49%). A maioria se apresentou com nível superior de escolaridade (40%) e no que se refere à situação laboral a maioria (37%) está empregado, sendo o tipo de atividade mais desempenhada, o *emprego formal* (35%). Porém, 31,4% apresentam-se desempregados.

Quanto à atividade desempenhada, a maioria é *estudante* (22%), seguidos de *Prestador de serviços gerais* (13%). 260 (72%) participantes alegaram não receber nenhum benefício. Acerca da renda mensal, a maioria (25%) recebe de 1 a 2 salários mínimos.

Quanto ao estado civil, a maioria é *solteiro* (50%), seguido de *casado/mora junto* (31%). Quanto à religiosidade, maior parte da amostra afirmou ser *religiosa* (48%), sendo 42% católicos. Quanto à orientação sexual, a maioria é *heterossexual* 78%, seguidos de 6% *homossexual*.

Foi utilizado como instrumento um questionário estruturado, com alguns itens abertos, com módulos temáticos que variam em número de perguntas, construído a partir dos estudos de RIBEIRO (2012), SALDANHA (2011), SALDANHA et al (2008) e SALDANHA et al (2012).

O banco de dados foi construído a partir de digitação dos questionários com prévia codificação das respostas, utilizando o Software SPSS for Windows, versão 18.

Os dados coletados por meio das questões fechadas foram analisados por estatística e relacional (qui-quadrado e correlação). A análise dos conteúdos dos itens abertos ocorreu com base em categorias determinados a partir dos temas suscitados e processado em uma série de etapas, de acordo

com a proposta de Figueiredo (1993) acerca da análise categorial temática.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Estilo de Vida

Do total da amostra desta pesquisa, 105 (60%) pessoas na faixa etária de 17 a 29 anos ingerem bebida alcoólica, tendo esses assinalado os níveis *às vezes* e *sempre*. Através do teste de associação *qui-quadrado*, aponta-se que ao nível de significância de .022, há diferença estatisticamente significativa entre o consumo de bebida alcoólica e a faixa etária dos participantes, conforme descrito a Tab. 1.

É cada vez mais precoce o consumo de drogas psicotrópicas, sobretudo do álcool entre os jovens. Em pesquisa realizada (ATANÁZIO et al) com adolescentes escolares em todo o estado da Paraíba, foi indicado que, entre todas as substâncias utilizadas nessa fase, o álcool apresentou a menor média de idade para o início do consumo, sendo essa pouco mais de 12 anos.

Tabela 1 – Associação referente ao consumo de álcool e a faixa etária dos indivíduos

Consumo álcool	Faixa Etária							
	17 –29		30-49		50-59		Acima de 60	
	<i>F</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>F</i>	%
Nunca	69	40	55	53	11	50	12	86

Às Vezes	91	52	42	41	10	46	1	7
Sempre	14	8	6	6	1	5	1	7

Qui-quadrado = 14,8; gl = 6; p = ,022.

Alguns estudos realizados em diferentes contextos socioculturais demonstram que, em populações de estudantes adolescentes e jovens verifica-se a associação entre não ter religião (ou pertencer a denominações mais liberais), ter pouca religiosidade, não frequentar igrejas e cultos e maior uso de álcool e drogas (DALGALARRONDO, SOLDERA, FILHO & SILVA, 2004).

Com base nos resultados da Tab. 2 é possível verificar uma diferença estatisticamente significativa (p=.02.) apontando que 64% dos que se afirmaram *nunca* ter consumido álcool, se afirmaram *muito religiosos*. Porém, vale observar que os dados desse estudo se contrapõem ao considerado no estudo citado anteriormente, pois percebe-se que os participantes que indicaram *pouca religiosidade* ou *média religiosidade* apresentaram baixa porcentagem referente ao consumo frequente de álcool, *sempre*.

Tabela 2 – Associação referente entre álcool e religiosidade

Religiosidade	Consumo de álcool					
	Nunca		Às vezes		Sempre	
	<i>f</i>	%	<i>F</i>	%	<i>f</i>	%
Pouco	19	13	28	20	6	29

religioso						
Médio religioso	32	22	48	34	4	19
Muito religioso	92	64	67	47	11	52

Qui quadrado = 11,1 gl = 4; p = ,02.

A Tab. 3 apresentou através do teste *qui-quadrado*, que não há uma diferença estatisticamente significativa (p = .2,6) entre as variáveis sexo e consumo de álcool. Através do teste T de Student, comparou-se as médias dos dois grupos (homens e mulheres) e também não foi perceptível uma considerável discrepância entre os resultados obtidos, considerando-se que na capital paraibana o consumo de álcool não difere entre os sexos (Teste t: p = .63).

Tabela 3 – Associação referente ao consumo do álcool e o sexo dos indivíduos

Álcool	Sexo			
	Masculino		Feminino	
	<i>F</i>	%	<i>F</i>	%
Nunca	49	43	98	49
Às vezes	59	52	85	43
Sempre	6	5	16	8

Qui quadrado = 2,7; gl = 2; p = .26.

Baseando-se na Tab. 4 constata-se que 253 participantes, entre 17 e 83 anos de idade, não fazem uso do tabaco. Numa frequência de 27 participantes (18%), observa-se o consumo de tabaco sendo equitativamente distribuído

entre homens e mulheres. O nível de significância obtido ($p = .58$) através do teste de associação demonstrou que não há diferenças entre as variáveis analisadas.

Tabela 4 – Associação referente ao uso do tabaco e a faixa etária dos indivíduos

Usa do tabaco	Faixa Etária							
	17 – 29		30-49		50-59		Acima de 60	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Não	164	93	55	88	20	91	14	93
Sim	12	7	12	12	2	9	1	7

Qui quadrado = 2,2; $gl = 3$; $p = .58$.

Ao correlacionar as variáveis *prática de atividade física* e *faixa etária*, foi verificado, conforme se vê na Tab. 5, que 217 participantes *não* praticam atividade física ou o fazem apenas *algumas vezes*. Os que responderam *sim* para a prática de atividade física somam-se 98 participantes. Dentre as atividades mais praticadas destacam-se academia de ginástica, com frequência de 73 (20%) e caminhada, com 16% dos participantes. Não houve diferença estatisticamente significativa entre essas variáveis.

O exercício, após superado o período inicial, é uma atividade usualmente agradável e que traz inúmeros benefícios ao praticante, que vão desde a melhora do perfil lipídico até a melhora da autoestima (SILVA et al, 2010).

Tabela 5 – Associação referente à faixa etária e a prática de atividade física

Atividade física	Faixa Etária							
	17 –29		30-49		50-59		Acima de 60	
	<i>F</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Não	65	37	51	50	8	38	7	47
Algumas vezes	49	28	28	27	8	38	1	7
Sim	62	35	24	23	5	24	7	47

Qui quadrado = 10,4; $gl = 6$; $p = .10$.

Ainda dentro do questionamento sobre o estilo de vida, os participantes foram questionados se já sofreram algum tipo de violência. Dos que alegaram ter sofrido, a maioria é 45 (62%) do sexo feminino. Não foi apresentada diferença significativa entre àqueles que vivenciaram ou não algum tipo de violência (qui quadrado =,08; $gl = 1$; $p = .77$). Os tipos de agressão relatados que apresentaram maior frequência foram física (4,7%) seguido de assalto (4,2%).

Estipula-se violência contra a mulher qualquer ato ou conduta baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública como na esfera privada. Em estudo realizado em 2012 pela Secretaria de Políticas para as Mulheres (SPM), constatou-se que o Brasil tem o sétimo maior índice de homicídios entre mulheres, geralmente

ocorrendo nas relações domésticas, familiares e afetivas (MAGALHÃES, 2014). Ainda segundo a referida autora, apesar do conhecimento da Lei Maria da Penha, o Ipea (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada) registrou que não houve impacto sobre a taxa de homicídios.

Categorias de Saúde

Baseado nas respostas dadas pelos participantes acerca do que consideram “saúde”, foram elaboradas 17 categorias com base nas respostas dadas, conforme a Tab. 6. Tais categorias dividem-se entre três Classes maiores: *Saúde enquanto direito (SUS)*, *Modelo biomédico e Saúde enquanto bem-estar geral (OMS)*. 124 participantes (35%) concentraram suas respostas na Classe *saúde enquanto bem-estar geral*.

Este dado corrobora com o conceito de saúde proposto pela OMS, onde saúde caracteriza-se não apenas como a ausência de doença, e sim como a situação de perfeito bem-estar físico, mental e social. Sendo um conceito avançado para a época em que foi realizada, é, no momento, irreal, ultrapassada e unilateral, uma vez que preconiza a saúde enquanto um estado de plena perfeição. (SOUZA & CARVALHO, 2003).

Tabela 6 – Categorias de Saúde

CLASS	CATEGORI	Frequê	Porcenta
ES	AS	ncia f	gem %

Saúde enquanto direito (SUS)	Prioridade/Bom	28	8%
	Acesso aos serviços	4	1%
	Alimentação adequada	27	8%
	Atividade física	12	3%
	Condições de vida	10	3%
Modelo Biomédico	Precariedade	17	5%
	Ausência de doença	19	5%
	Acesso a medicamentos	3	0,8%
	Bom Atendimento	2	0,6%
	Cuidado	25	7%
Saúde enquanto bem-estar geral (OMS)	Assistência médica	2	0,6%
	Bem-Estar	96	27%
	Alegria/Disposição	9	3%
	Aparência saudável	10	3%
	Bem-estar físico	8	2%
	Deus	1	0,3%
	Outros	43	12%

Melhoria da saúde

Os dados referentes ao questionamento sobre “o que poderia melhorar a própria saúde

do participante” dividiram-se em três classes categóricas, são elas: *Conceito ampliado de saúde*, *Contexto biomédico* e *Responsabilidade individual*. Dentre estas categorias, as respostas dos participantes apontaram maior frequência na primeira classe, 58%.

Destaca-se que mesmo sendo apontado atividade física (28%) como a principal possibilidade para melhoria da saúde (Tab. 7), o percentual de participantes que praticam algum tipo de atividade segue baixo ($f = 98$; 27%).

Tabela 7 – Melhoria de Saúde

CLASSES	CATEGORIAS	Frequência f	Porcentagem %
Conceito Ampliado de Saúde	Atividade física	96	28%
	Alimentação adequada	82	23%
	Melhor qualidade/condições de vida	26	7%
Contexto Biomédico	Médico	6	2%
	Hospital	1	0,3%
	Melhorar de algum agravo	8	2%
	Ambulância na cidade	3	0,8%
	Melhor	19	5%

atendimento			
Outros profissionais de saúde	6	2%	
Acesso a serviços de saúde	9	3%	
Acesso Medicamentos	1	0,3%	
Responsabilidade Individual	Comportamentos Individuais	26	7%
	Outros	26	7%

Categorias de Qualidade de vida (QV)

A partir das respostas obtidas pelos participantes quando questionados sobre o que é qualidade de vida, foram criadas três classes categóricas (Tab. 8), a citar: Bem-estar; Condições estruturais e Saúde. Dentro dessas classes, as categorias mais citadas pelos participantes foram *Melhores hábitos em saúde*, *Melhor trabalho* e *Melhor condição financeira*. Tais dados corroboram com o que MINAYO (2000) fala sobre a noção de qualidade de vida, que transita em um campo semântico polissêmico: de um lado, está relacionada a modo, condições e estilos de vida; de outro, inclui as ideias de desenvolvimento sustentável e ecologia humana. E, por fim, relaciona-se ao campo da democracia, do desenvolvimento e dos direitos humanos e sociais. No âmbito da

saúde, as noções se unem em uma resultante social da construção coletiva dos padrões de conforto e tolerância que determinada sociedade estabelece, como parâmetros, para si.

Tabela 8 – Categorias de Qualidade de vida

CLASS ES	CATEGORI AS	Frequê ncia <i>f</i>	Porcenta gem %
Bem- estar	Empodera mento	23	6%
	Melhor relação familiar	5	1%
	Momentos de lazer	27	8%
	Maior religiosidad e	4	1%
	Estar em relacionam ento amoroso	2	0,6%
Condiç ões Estrutu rais	Melhor condição financeira	45	13%
	Melhor trabalho	50	14%
	Maior suporte do Estado	20	6%
Saúde	Melhores hábitos em saúde	84	24%

Melhoria da Qualidade de vida

As respostas obtidas quanto ao que melhoraria a QV agruparam-se em 10 categorias (Tab. 9). As categorias mais relatadas foram *Ausência de preocupação* (16%) seguida de *Saúde* (14%). No contexto brasileiro, onde os serviços de saúde enfrentam dificuldades básicas de provisão (atendimento médico, exames, equipamentos, materiais, medicamentos, entre outros), a preocupação com a qualidade de vida e a busca da felicidade pode parecer comprometida com a retração de investimentos em políticas públicas (MARCONDES, 2004).

Tabela 9 – Melhoria de Qualidade de vida

CATEGORIAS	Frequên cia <i>f</i>	Porcentag em %
Segurança/tranquilida de/paz	47	13%
Saúde	52	14%
Melhor condição financeira	26	7%
Trabalho	40	11%
Boa alimentação	22	6%
Relações sócio- familiares	10	3%
Lazer	14	4%
Casa própria	6	2%
Tempo para família	7	2%
Ausência de	57	16%

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados obtidos a partir desta pesquisa apontam que para os residentes da capital paraibana a saúde é tida como um direito que deve ser garantido em todos os aspectos, desde um bom atendimento num hospital ou posto de saúde, a possuir melhores hábitos no dia-a-dia.

É possível observar que referente à qualidade de vida, a percepção populacional engloba desde estado de saúde a uma variedade de domínios, a exemplo de meio ambiente, recursos econômicos, relacionamentos e lazer.

Assim, o estudo aponta que se faz necessária a promoção de todos os tipos de saúde, através de programas e serviços capazes de conceder o bem-estar e evitar riscos, tanto para indivíduos quanto grupos sociais. Para isso, se faz de grande importância o envolvimento de todos os setores sociais e econômicos, evitando assim vulnerabilidades nas esferas sociais e programáticas em saúde.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Cláudio Gil Soares de; ARAÚJO, Denise Sardinha Mendes Soares de. **Flexiteste: utilização inapropriada de**

versões condensadas. Rev Bras Med Esporte, Niterói, v. 10, n. 5, p. 381-384, Oct. 2004.

ATANÁZIO, Elís Amanda et al. **Vulnerabilidade ao uso do álcool: um estudo com adolescentes das redes pública e privada de ensino.** SMAD. Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas (Edição em Português), [S.l.], v. 9, n. 1, p. 11-17, abr. 2013. ISSN 1806-6976. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/smad/article/view/77409/81265>>. Acesso em: 29 Ago. 2015.

BACKES, Marli Terezinha Stein et al. **Conceitos de saúde e doença ao longo da história sob o olhar epidemiológico e antropológico.** Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro. mar; 17(1): 111-7, 2009.

BORGES, L.O.; Argolo, J.C.T.; Pereira, A.L.S.; Machado, E.A.P. & Silva, W.S.A. (2002) **Síndrome de Burnout e os valores organizacionais: um estudo comparativo em hospitais universitários.** PsicolReflexCrit; 45(1):189-200.

CORRÊA, A. L. **Qualidade de vida urbana na Amazônia: os casos de Marapanim e Vila dos Cabanos.** Belém: Unama. 2001.

CANGUILHEM, Georges. (2009). **O normal e o patológico.** 6.ed. rev. Rio de Janeiro: Forense Universitária.

CAMPOS, Maryane Oliveira & NETO, João Felício Rodrigues. **Qualidade de vida, um instrumento para promoção da saúde.** Rev Baiana Saude Publica. ago; 32(2): 232-40, 2008.

DALGALARRONDO, Paulo et al. **Religião e uso de drogas por adolescentes.** Rev. Bras. Psiquiatr., São Paulo, v. 26, n. 2, p. 82-90, June 2004. Available from

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462004000200004&lng=en&nrm=iso>. access on 29 Aug. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462004000200004>.

MAGALHÃES, Ellen Rodrigues. **Violência contra a mulher**. JusBrasil, 2014. Disponível em <http://ellenrm.jusbrasil.com.br/artigos/113692756/violencia-contra-a-mulher>. Acessado em 02 de maio de 2016.

DE MARCO, P. F et al.. **O impacto do trabalho em saúde mental: transtornos psiquiátricos menores, qualidade de vida e satisfação profissional**. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 57(3), 178-183. 2008.

MARCONDES, W. B. **A convergência de referências na Promoção da Saúde**. *Saúde e Sociedade* v.13, n.1, p.5-13, 2004.

MINAYO, M. C. **Qualidade de vida e saúde: um debate necessário**. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 5, n. 1, p. 7-18, 2000.

RIBEIRO, K.C.S. **Intervenção psicoeducativa dirigida à prevenção de DSTs e gravidez não planejada para adolescentes jovens**. – Tese (Doutorado) - Universidade Federal da Paraíba, Programa de Pós-Graduação em Psicologia. João Pessoa, Paraíba. Em andamento. 2012.

SALDANHA, A.A.W et al. **Comportamento sexual e vulnerabilidade à Aids: um estudo descritivo com perspectiva de práticas de prevenção**. *DST-J Bras Doenças Sex Transm*; 20(1):36-44, 2008.

SALDANHA, A.A.W. et al. **Acessibilidade Masculina aos Serviços de Saúde: implicações para a vulnerabilidade à Aids**.

Relatório Final de Iniciação Científica. João pessoa, PB, Universidade Federal da Paraíba. 2012.

SALDANHA, A.A.W. **Situações de Vulnerabilidade à Gravidez na Adolescência: Estilo de Vida e Comportamentos de Risco de Adolescentes Paraibanos**. Relatório Final, Projeto Temático, Processo CNPq 551215/2007-0, Edital nº 22/2007- Saúde da Mulher. João pessoa, PB, Universidade Federal da Paraíba. 2011.

SOUZA, R. A & CARVALHO, A. M. **Programa de Saúde da Família e qualidade de vida: um olhar da Psicologia**. *Estudos de Psicologia*. v. 8, n. 3, p. 515-523, 2003.

SILVA, R. S. et al. **Atividade física e qualidade de vida**. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(1), 115-120, 2010.

SCLIAR, M. **História do conceito de saúde**. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 17(1), 29-41, 2007.

SAFATLE, V. **O que é uma normatividade vital? Saúde e doença a partir de Georges Canguilhem**. *Sci. stud.* [online]. Vol.9, n.1, pp. 11-27. ISSN 1678-3166, 2011.