

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

FACULDADE DE EDUCAÇÃO FÍSICA

TELMA TEREZINHA RIBEIRO DA SILVA

**ESTRATÉGIAS
ORGANIZACIONAIS PARA A
PROMOÇÃO DE SAÚDE E
QUALIDADE DE VIDA**

**Avaliando a qualidade de vida no
trabalho**

Campinas
2008

TELMA TEREZINHA RIBEIRO DA SILVA

**ESTRATÉGIAS
ORGANIZACIONAIS PARA A
PROMOÇÃO DA SAÚDE E
QUALIDADE DE VIDA**
**Avaliando a qualidade de vida no
trabalho**

Este exemplar corresponde à redação final da
Dissertação de Mestrado defendida por Telma
Terezinha Ribeiro da Silva para obtenção do
título de Mestre em Educação Física.

Roberto Vilarta
Orientador

Campinas
2008

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA FEF - UNICAMP

Si38e Silva, Telma Terezinha Ribeiro da.
Estratégias organizacionais para a promoção de saúde e
qualidade de vida: avaliando a qualidade de vida no trabalho. /
Telma Terezinha Ribeiro da Silva. -- Campinas, SP: [s.n], 2008.

Orientador: Roberto Vilarta.
Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Educação Física,
Universidade Estadual de Campinas.

1. Globalização. 2. Qualidade de vida. 3. Promoção da saúde. 4.
Saúde do trabalhador. I. Vilarta, Roberto. II. Universidade Estadual de
Campinas, Faculdade de Educação Física. III. Título.

(dilsa/fef)

Título em inglês: Organizational Strategies to Health Promotion and Quality of Life: Evaluating Quality of Life at work.

Palavras-chave em inglês (Keywords): Globalization; Quality of Life; Health Promotion; Health of workers.

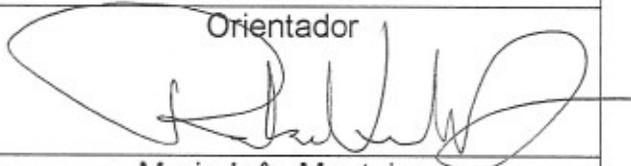
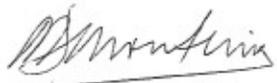
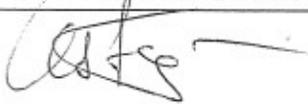
Área de Concentração: Atividade Física, Adaptação e Saúde.

Titulação: Mestrado em Educação Física

Banca Examinadora: Gustavo Luiz Gutierrez. Maria Inês Monteiro. Roberto Vilarta.

Data da defesa: 21/02/2008.

COMISSÃO JULGADORA

Roberto Vilarta
Orientador

Maria Inês Monteiro

Gustavo Luiz Gutierrez


200813924

Dedicatória

Dedico este trabalho ao meu amado pai, meu mestre, que, em vida, plantou em meu coração a semente do amor, esperança e determinação e, que, no momento de sua viagem eterna, ensinou-me também sobre a paciência, a aceitação e a resignação.

Agradecimentos

Agradeço a empresa na qual este estudo foi realizado, por apoiar e acreditar em meu trabalho. E aos trabalhadores, que acreditam no profissionalismo com que nós conduzimos este projeto, em prol de seu bem estar e qualidade de vida.

Ao gerente de Segurança do Trabalho, Saúde Ocupacional e Meio Ambiente - Otávio Valente – uma grande pessoa humana, pela oportunidade e parceria na implantação do Projeto de Qualidade de Vida, comportando-se como um verdadeiro “sponsor”, confiando e acreditando que este projeto, acima de tudo, contribui para demonstrar os valores da empresa e sua preocupação com o bem estar dos trabalhadores.

À equipe com a qual trabalho, pelo suporte – Dra. Ana, Dalva, Cristina, Lecimara, Marilsa, Marcio, Mariana, Silvia por serem parte desta equipe maravilhosa; e equipe da Ginástica Laboral (Alessandra, Carlos, Daiane, Daniel) pelo apoio com as ações junto à manufatura.

Agradeço à minha família – meu pai (Luccas), minha mãe (Elza). Ao meu pai pela força e dedicação e à minha mãe por ser a mentora da minha vida independente, dos meus estudos, sem dúvida nenhuma, a responsável pelo meu sucesso profissional.

Ao meu companheiro Sinval – pela sabedoria, paz de espírito, compreensão e apoio incondicional.

Agradeço à minha tia Derci, por todos os livros que me fez ler na adolescência, e por sua ajuda agora, com certeza estas leituras me habilitaram a escrever e fazer ótimas “redações” ao longo da minha vida estudantil e, sem dúvida, me trouxeram uma visão humana do mundo.

À amiga Sandra, parceira nesta longa jornada da vida, pelo seu exemplo, referência e sabedoria compartilhados comigo ao longo do tempo.

Agradeço aos membros da banca examinadora – Prof. Dr. Gustavo Gutierrez e Profa. Dra. Maria Inês Monteiro, por aceitarem participar de minha banca, pelos valiosos conselhos na qualificação e por toda contribuição que possam dar pela valorização do meu trabalho.

Agradeço ao meu orientador, Roberto Vilarta, pela oportunidade e exemplo. Além de orientador você é um mestre como ser humano, generoso com todos e simples na forma de conduzir os inúmeros projetos que permitem a todos aprender e desenvolver-se de forma prática e definitiva. Admiro sua capacidade integradora, a forma de “fazer acontecer” as muitas idéias, e a sua habilidade em liderar.

Agradeço ao Grupo de Qualidade de Vida, a todos os colegas pelas contribuições feitas ao longo de nossa convivência.

SILVA, Telma Terezinha Ribeiro. **Estratégias Organizacionais para a Promoção de Saúde e Qualidade de Vida – Avaliando a qualidade de vida no trabalho**. 2007. 85f. Dissertação de Mestrado em Educação Física - Faculdade de Educação Física. Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2007.

RESUMO

Estratégias para a promoção de saúde e qualidade de vida no trabalho estão cada vez mais presentes nas organizações, e necessitam de uma sistematização adequada para que os resultados se apresentem de maneira satisfatória. O objetivo desta pesquisa é avaliar a qualidade de vida de uma população de trabalhadores no seu local de trabalho, utilizando instrumento padronizado e desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde (OMS), o World Health Organization Quality Of Life Questionnaire (WHOQOL- Brief) versão abreviada, estabelecendo qual a contribuição específica dos principais elementos que estruturam a qualidade de vida desses trabalhadores. Trata-se de estudo de tipo qualitativo, de desenho transversal, utilizando o questionário padronizado pela OMS para avaliar aspectos da qualidade de vida, utilizando amostra voluntária de ambos os sexos. Foram amostrados 164 trabalhadores dos 1200 que trabalham na área de montagem, na manufatura de uma empresa de produtos eletrônicos, na região metropolitana de Campinas, nos três turnos de trabalho (turno 1 - matutino, turno 2 - vespertino e turno 3 - noturno). Foram pesquisados também aspectos sócio demográficos (sexo, renda familiar, idade, escolaridade e tempo de empresa). Observou-se que a grande maioria dos entrevistados tem menos de um ano de empresa, concluiu o ensino médio, é solteiro, tem renda familiar entre 3 e 5 salários mínimos e têm idades distribuídas entre 18 e 43 anos, sendo a média etária de 24 anos, prevalecendo o sexo feminino (69,8%). O Domínio Ambiente demonstrou ser o que impacta negativamente a qualidade de vida desta população, em especial as facetas relacionadas a “satisfação com os aspectos financeiros” e “lazer”. O Domínio Físico foi o que apresentou diferença, estatisticamente significativa ($P \leq 0,05$), entre os turnos (turnos 2 e 3), na faceta “sono”. Ainda no domínio físico, observou-se que as facetas que avaliam “dor” e “capacidade para o trabalho”, contribuem positivamente para a qualidade de vida do grupo. No Domínio Psicológico, a faceta “sentido da vida” foi a que mais contribuiu positivamente para a qualidade de vida. No Domínio Social, a faceta “suporte social” contribui menos para a qualidade de vida neste grupo e significativamente diferente entre os turnos 1 e 3. Partindo do constructo de que qualidade de vida compreende uma dimensão holística e multifacetada, o questionário da OMS, WHOQOL - versão abreviada – nos ajuda a demonstrar quais os domínios (físico, emocional, social e ambiente) impactam a Qualidade de Vida de um grupo de trabalhadores. A ferramenta mostrou-se eficaz na avaliação dos trabalhadores e permitirá fornecer subsídios para a implementação e manutenção de programas e ações na empresa estudada.

Palavras Chaves: Globalização; Qualidade de Vida; Promoção à saúde; Saúde do Trabalhador.

SILVA, Telma Terezinha Ribeiro. **Organizational Strategies to Health Promotion and Quality of Life: Evaluating Quality of Life at work**. 2007. 85f. Physical Education Master Degree – Physical Education University. Campinas State University, Campinas, 2007.

ABSTRACT

Workplace strategies to Health Promotion and Quality of Life are important to organizations and they need an adequate approach and systematization to ensure satisfactory results. The proposal of this research is to evaluate the quality of life of manufacturing workers using a developed and standardized questionnaire from WHO, the World Health Organization Quality Of Life Questionnaire – Brief (WHOQOL- Brief). This questionnaire was developed by the World Health Organization (WHO) to establish the specifics contributions of the aspects that intervene on quality of life of these workers. This is a transversal and qualitative study which uses the standardized WHO questionnaire to evaluate aspects of quality of life and well being. It was applied in a voluntary sample of both sexes. It has a sample of 164 workers out of the 1200 total. Every employee works in the assembly area, in an electronics products company in the metropolitan region of Campinas. The sample employees work in three shifts. At the same time, demographic aspects were researched, such as: sex, familiar income, age, school level and time of company. The average age is 24 years and it was observed that the great majority of the interviewed workers have one year or less of work at this company. The greatest number has concluded high school, is single and family earns between 3 and 5 minimum wages. The employees' ages range from 18 to 43 years; the female population is bigger (69.8%). The Environmental Domain demonstrated negative impact in the quality of life, specially aspects related to the “satisfaction with the financial situation” and “leisure”. The Physical Domain presented differences, statistically significant ($P \leq 0,05$), between shifts (shifts 2 and 3), in “*sleep*” aspects. The physical domain contributes positively for the quality of life, specially at “*pain*” and “capacity for the work” aspects. The Psychological Domain, aspects such as “meaning of life” contributed positively for the quality of life. The Social Domain, “social support” aspects, contributes little for the quality of life, with significantly difference between shifts 1 and 3. Quality of life is understood as a holistic and multifaceted dimension. The questionnaire of the WHO, WHOQOL - Brief – allows us to demonstrate in which aspects (physical, emotional, social and environmental) the Quality of Life is positively impacted or not. The WHOQOL-Brief questionnaire was considered satisfactory for this kind of evaluation and will be able to give subsidies to implement and to keep wellness programs and actions in this company.

Keywords: Globalization; Quality of Life; Health Promotion; Health of workers.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Percentual de funcionário por gênero (% do total).....	40
Figura 2 -	Percentual de funcionários de acordo com a escolaridade.....	41
Figura 3 -	Percentual de funcionários por estado civil.....	42
Figura 4 -	Percentual de funcionários de acordo com a renda familiar (salário mínimo).....	43
Figura 5 -	Percentual de funcionários por tempo de empresa.....	44
Figura 6 -	Domínios do WHOQOL Abreviado – escore médio por domínio (N=164)....	48
Figura 7 -	Respostas do WHOQOL Abreviado – pontuação média por questão.....	50
Figura 8 -	Domínio Físico – pontuação média por questão.....	51
Figura 9 -	Componentes Domínio Psicológico – escores médios por respostas.....	52
Figura 10 -	Componentes do Domínio Social – escores médios por resposta.....	53
Figura 11 -	Componentes do Domínio Ambiente – escores médios por resposta.....	54
Figura 12 -	Médias por Domínio e turnos de trabalho.....	55

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Domínios e aspectos do WHOQOL Abreviado.....	29
--	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Percentual de funcionários segundo gênero	39
Tabela 2	Percentual de funcionários de acordo com a escolaridade.....	40
Tabela 3	Percentual de funcionários de acordo com o estado civil	41
Tabela 4	Percentual de funcionários de acordo com a renda familiar.....	42
Tabela 5	Percentual de funcionários de acordo com o tempo de empresa.....	43
Tabela 6	Classificação por gênero e turno de trabalho (% do total).....	44
Tabela 7	Escolaridade por turno de trabalho (% do total).....	45
Tabela 8	Estado civil por turno de trabalho (% do total).....	45
Tabela 9	Renda familiar por turno de trabalho (% do total).....	46
Tabela 10	Tempo de empresa por turno de trabalho (% do total).....	47
Tabela 11	Domínios do WHOQOL Abreviado – média por Domínio.....	48
Tabela 12	Questões do WHOQOL Abreviado – Média, Mediana, Desvio Padrão e Coeficiente Alpha de Cronbach	49
Tabela 13	Coeficiente Alpha de Cronbach por resposta.....	56

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
FEF	Faculdade de Educação Física
WHO	World Health Organization
SUS	Sistema Único de Saúde
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
GDB	Global Burden Disease (Carga Global da Doença)
DCNT	Doença Crônica não transmissível
OECD	Organization for Economic Co-Operation and Development
HeaLYs	Health Life Year
YLL	Year Life Lost
QUALys	Quality Adjusted Life Years
YLD	Year Disability Life
PYLL	Potential Years of Life Lost

IPAQ	International Physical Activity Questionnaire
OMS	Organização Mundial da Saúde
RENAST	Rede Nacional de Atenção à Saúde do Trabalhador
SESMT	Serviço de Especializado de Segurança e Medicina do Trabalho
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas
WHOQOL	World Health Organization Quality of Life

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	17
2 REVISÃO DA LITERATURA	20
2.1 Saúde do Trabalhador: conceitos e diretrizes	20
2.2 Qualidade de Vida e Saúde	22
2.3 Qualidade de Vida: determinantes e indicadores	25
2.4 Doenças crônicas e qualidade de vida: impactos no trabalho	30
2.5 Trabalho, Qualidade de Vida e Atividade Física	31
3 JUSTIFICATIVA	33
4 OBJETIVOS	34
4.1 Objetivo geral	34
4.2 Objetivos específicos	34
5 MATERIAIS E MÉTODOS	34
5.1 Caracterização da empresa	34
5.2 Sujeitos	36
5.2.1 Critérios de Inclusão	36
5.2.2 Critérios de Exclusão	36
5.3 Instrumentos de coleta de dados	36
5.3.1 Informações gerais e sócio-demográficas	37
5.3.2 Qualidade de Vida	37
5.4 ANÁLISE ESTATÍSTICA	37
5.4.1 Cálculo e transformação das variáveis	37
5.4.2 Tratamento estatístico dos dados	38
6 RESULTADOS	39
6.1 Análise descritiva	39

6.1.1 Dados gerais do grupo	39
6.1.2 Dados do grupo distribuídos por turno de trabalho	44
6.2 Análise de dados do WHOQOL Abreviado	47
6.2.1 Resultados dos domínios e respostas.....	47
6.2.2 Resultados por domínios.....	50
6.2.2.1 Domínio Físico	50
6.2.2.2 Domínio Psicológico	51
6.2.2.3 Domínio Social	52
6.2.2.4 Domínio Ambiente	53
6.2.3 Distribuição segundo os turnos	54
6.2.4 Consistência de escala	55
7 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	56
7.1 Dados demográficos	56
7.2 Domínios do WHOQOL Abreviado	58
7.2.1 Domínio Ambiente	58
7.2.2 Domínio Físico	61
7.2.3 Domínio Psicológico	63
7.2.4 Domínio Social	63
7.3 Conclusões gerais sobre os domínios e facetas do WHOQOL Abreviado	64
8 CONCLUSÃO	65
REFERÊNCIA	67
Bibliografia consultada	70
ANEXO A – Questionário WHOQOL Abreviado	71
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	74
APÊNDICE B - INFORMAÇÕES GERAIS E SÓCIO-DEMOGRÁFICAS	75

1 Introdução

Grandes mudanças estão ocorrendo no mundo do trabalho, nas formas de inserção na estrutura produtiva, na representação sindical e política. Segundo Ianni (1998), estas transformações decorrem do novo ciclo intensivo e extensivo de desenvolvimento da sociedade mundial, chamada globalização. A globalização diz respeito a todos os processos pelos quais os povos do mundo são incorporados em uma única sociedade - a sociedade global.

Otávio Ianni (1998) coloca o tema globalização como um processo histórico-social com consequências mais ou menos drásticas para os quadros sociais e mentais de referência de indivíduos e coletividades. Bastante amplo em sua abordagem, Ianni descreve as alterações das sensações advindas da globalização (próximo e distante, lento e rápido, instantâneo e ubíquo, passado e presente, atual e remoto, visível e invisível, singular e universal) que envolvem aspectos culturais, ecológicos, econômicos, demográficos, políticos, geográficos e histórico-social.

Duas vertentes permitem a discussão sobre o tema “Globalização”, uma que discute consequências como a desigualdade e empobrecimento da população; e outra, sob um olhar mais positivo, que a explica pelas inovações no campo da microeletrônica e informática, decorrentes do progresso técnico-científico. Estes avanços tecnológicos e de comunicação adquirem atualmente maiores recursos, mais dinamismo, alcances muito mais distantes, possibilitando que as comunicações sejam intensificadas e generalizadas, favorecendo o intercâmbio entre os povos, além de toda e qualquer fronteira. Incrementam as dimensões: social política, econômica, cultural e religiosa. Do ponto de vista das organizações de bens de consumo, tudo tende a ser mercantilizado, produzido e consumido no mercado mundial (SANTOS, 2004).

As transformações políticas, econômicas, sociais e tecnológicas ocorridas nas últimas décadas trazem mudanças no modo e estilo de vida do homem. Modo de vida que se descortina a partir da cultura de uma determinada sociedade ou grupo e das exigências por bens materiais e de consumo; e estilo de vida que se estabelece a partir dos comportamentos gerados pelas “facilidades” tecnológicas e hábitos diferentes dos estabelecidos pela natureza humana, relacionados a dispêndio energético (para o trabalho, por exemplo) e alimentação. Apesar de não ser um processo novo, a globalização vem acelerando a quebra das barreiras culturais,

transferência de tecnologia e contribuindo para difundir hábitos e comportamentos dos países desenvolvidos nos países em desenvolvimento.

Os recursos tecnológicos nas diferentes áreas (comunicação, transporte, industrialização e educação) e aspectos relacionados à alimentação tornam-se semelhantes em diferentes culturas. Apesar de manterem-se as identidades culturais os povos de diferentes países experimentam e adaptam-se lentamente ao alimento industrializado e ao “fast food”.

O trabalho, como elemento estruturador da personalidade do indivíduo, da psiquê e da sociedade, sofre, então, transformações importantes mediante a globalização. Essas transformações influenciam condições de vida do trabalhador que luta competitivamente por maiores recursos financeiros ao se privar de lazer e sentir os efeitos do estresse e fadiga. O trabalho, como gerador de recursos financeiros, coloca-se numa posição central na vida das pessoas, mesmo que, de certa maneira, estabeleça limites cada vez mais restritivos enquanto disponibilizador deste tipo de recurso.

Como apontam Lancman e Sznelwar (2004, p. 23),

O processo de globalização define intensas transformações no mundo do trabalho. Inovações tecnológicas, enfraquecimento da atividade econômica, mudanças na organização do trabalho e entrada crescente de mulheres no mercado de trabalho são alguns dos fatores que vêm contribuindo para que haja uma redefinição entre capital e trabalho.

Na sociedade, que Drucker (1999) chama de “sociedade do conhecimento”, a internacionalização dos mercados e as pressões por produtividade e capacidade competitiva que as empresas vêm sofrendo tornam cada vez maiores as demandas de produtividade, iniciativa, conhecimento e inovação das pessoas. Estas sentem cada vez mais os efeitos de um novo ambiente de trabalho que exige alta performance dos profissionais. Países como o Brasil e Estados Unidos, com perfil industrial avançado, têm sofrido mudanças na organização do trabalho influenciadas por economias de países do Oriente (a exemplo da China), no tocante a avanços tecnológicos, legislação trabalhista e políticas públicas.

A facilidade de importação e exportação, novas informações e tecnologia em informática tem permitido que as grandes corporações operem globalmente, resultando em competitividade entre suas unidades em diferentes regiões do planeta. As demandas por produtos

e serviços mudam rapidamente, aumentando a pressão por qualidade e produtos customizados (SAUTER et al, 2007).

Em vista disso, as práticas organizacionais se alteram rápida e dramaticamente nesta nova economia. A fim de competir com maior efetividade, grandes companhias têm-se reestruturado através do “downsizing” de sua força de trabalho. O Downsizing, termo em inglês, define o processo de redução do número de empregados e níveis hierárquicos. Uma das consequências desta redução é a terceirização para empresas de prestação de serviços, muitas das funções antes exercidas pelos seus trabalhadores. Ao mesmo tempo, formas não tradicionais de contratação, que dependem de trabalho temporário são utilizadas também no Brasil.

As organizações têm adotado novas estruturas de gerenciamento, caracterizadas por descentralização, introduzindo modelos e tecnologias mais flexíveis, tais como a manufatura “just in time”. Sistemas de trabalho de “alta performance” têm sido usados para descrever e justificar muitas destas práticas organizacionais na busca da lucratividade. Porém, devemos lembrar que há algumas décadas a competitividade de várias organizações estava ligada ao tamanho e complexidade de sua estrutura física. Hoje, são os aspectos como o conhecimento nelas desenvolvido e mantido, sua marca e valorização no mercado que fazem a diferença. Nestas organizações as pessoas tornam-se diferenciais competitivos mais importantes do que os aspectos tangíveis (LIMONGI; OLIVEIRA, 2005).

Políticas internas de educação continuada, desenvolvimento pessoal e benefícios tornam-se ferramentas importantes para o desenvolvimento e maior desempenho dos trabalhadores. Aos mais especializados o desenvolvimento de novas habilidades e oportunidade do auto direcionamento da carreira são uma consequência positiva deste processo de mudança (SAUTER, 2007). Mas, para a maioria dos trabalhadores estas mudanças resultam numa variedade de circunstâncias estressoras potenciais, entre elas, a instabilidade do emprego.

As pessoas passam a conviver com demandas de um mercado flexível e movediço, com contratos de trabalho temporários, causando instabilidade e insegurança. Esta insegurança é referida pela sociedade como inevitável, relacionada aos tempos modernos, à economia, às relações sistêmicas e ao destino (LACMAN & SZNELVER, 2004).

Na realidade, esta rápida mudança na organização do trabalho dificulta o entendimento de suas implicações na qualidade de vida, segurança e saúde no trabalho. É importante entender o impacto deste processo sobre os trabalhadores e desenvolver ambiente de

suporte que minimize os efeitos negativos desta nova forma de trabalho sobre a saúde e a qualidade de vida.

Entender e relacionar a organização do trabalho e sua influência na qualidade de vida é de fundamental importância não somente para a compreensão, mas para intervenção no ambiente de trabalho, superação e transformação dessas organizações (LANCMAN & SZNELVER, 2004, p.33).

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Saúde do Trabalhador: conceitos e diretrizes.

Saúde e bem-estar começam a fazer parte dos objetivos dos Serviços de Engenharia de Segurança, Saúde Ocupacional e Meio Ambiente (SESMT) das organizações e instituições. À medida que os profissionais de saúde ocupacional avançam nas questões preventivas e no controle dos riscos no ambiente de trabalho, novas oportunidades de atuação se abrem a esses profissionais, em busca de maior contribuição com a qualidade de vida do trabalhador e com os resultados das organizações.

A área de Saúde do Trabalhador é definida pelo Sistema Único de Saúde (SUS) como “área da Saúde Pública que prevê o estudo, a prevenção, a assistência e a vigilância aos agravos à saúde relacionados ao trabalho. Faz parte do direito universal à saúde. A execução de suas ações é de competência do Sistema Único de Saúde” (MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL, 2004).

Durante a Reforma Sanitária, em meados de 1970, essa área foi incluída na nova concepção de Saúde Pública. A partir de 1990, a Lei Orgânica da Saúde (Lei Federal número 8080/90), em seu artigo 6º, parágrafo 3º, regulamentou os dispositivos constitucionais sobre a Saúde do Trabalhador como "um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho” (MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL, 2004).

Em vigor desde 2004, a Política Nacional de Saúde do Trabalhador contribuiu para uma visão que complementa e integra as questões relacionadas à redução dos acidentes e doenças relacionadas ao trabalho e também às ações de promoção, reabilitação e vigilância à saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004). Suas diretrizes compreendem, então, a atenção integral à saúde, a articulação intra e intersetorial, a estruturação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast), o apoio a estudos e pesquisas, a capacitação de recursos humanos e a participação da comunidade na gestão dessas ações (MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL, 2004).

A evolução do conteúdo destas políticas permite que os profissionais da área de saúde do trabalhador ampliem sua atuação dentro das empresas e instituições, objetivando a integralidade na assistência à saúde. Deste modo, a atenção à saúde dos trabalhadores passa a contemplar ações para a Promoção da Saúde e a Qualidade de Vida nas organizações e instituições em que há a atuação de um SESMT (ANDUJAR, 2006).

Cabe discutir aqui também, o papel da área de Recursos Humanos, responsável por definir estratégias corporativas que contribuam nas organizações para a melhora da Qualidade de Vida dos trabalhadores e para os resultados da organização.

Segundo Limongi e Oliveira (2005), esforços para desenvolver as políticas e práticas de gestão de pessoas são muito pertinentes ao momento atual. Principalmente no que diz respeito a estratégias de negócios. Segundo a autora, a percepção dos executivos sobre a atuação da área de Recursos Humanos mostra a necessidade de uma maior integração entre as ações isoladas da área, a estratégia global das empresas e a utilização de ferramentas para avaliar os resultados das práticas de gestão de pessoas. A dificuldade de visualização dos resultados destas práticas é fruto do grande número de atividades rotineiras operacionais que a área exerce em muitas empresas.

Avaliar resultados dos benefícios, programas e ações implementados pela área de Recursos Humanos, incluindo as ações relacionadas à Qualidade de Vida e relacionando estes aos resultados da empresa torna possível a manutenção de recursos investidos na área, pois perceber ganhos de desempenho requer algo adicional ao que já vem sendo praticado na área em termos de programas de recursos humanos. Empregados saudáveis e produtivos são encontrados em maior número em empresas com boas culturas corporativas – em companhias saudáveis (LIMONGI; OLIVEIRA, 2005).

Apesar da aparente restrição existente na área para a avaliação de resultados, há empresas que têm monitorado as práticas de gestão de pessoas, chegando a coletar dados sobre as operações do dia a dia, tais como o índice de rotatividade de pessoal ou a porcentagem da receita investida em treinamento. Esse monitoramento é importante para controles rotineiros, principalmente com relação a custos, mas estão aquém do esforço necessário para vincular a gestão de pessoas à estratégia organizacional (LIMONGI; OLIVEIRA, 2005).

Analisando a mudança no perfil da área de Recursos Humanos e de suas áreas pares na organização, caberá a profissionais de diferentes áreas da organização, numa abordagem multidisciplinar, desenvolver o pensamento crítico e estratégico da Qualidade de Vida no Trabalho, criar condições de aperfeiçoamento profissional, fornecer ferramentas para diagnóstico, modelos e indicadores de gestão avançada, aprofundar os conhecimentos em qualidade de vida no âmbito do trabalho e suas interfaces do ponto de vista pessoal, profissional e de responsabilidade social e compartilhar experiências fortalecendo a rede de especialistas e pesquisadores em gestão da qualidade de vida no trabalho.

2.2 Qualidade de Vida e Saúde

O artigo 3º da Lei Brasileira Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, diz: “A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País”. A saúde do trabalhador, como parte de um constructo de qualidade de vida, traz os mesmos determinantes e condicionantes.

A saúde é reconhecida como um dos maiores valores na sociedade. Em vista disso, a definição de saúde como um conceito operacional e possível de ser medido tem sido objeto de estudo na Organização Mundial de Saúde (OMS). Relacionar a saúde simplesmente a seu aspecto físico e mental ou à ausência de doenças é um conceito antigo.

Segundo Henry Siegerist (1941), “... saúde não está simplesmente relacionada à falta ou ausência da doença: é algo positivo...”. Utilizando essa definição, em 1947 a OMS definiu em sua constituição: “Saúde é um estado de completo bem-estar físico e social e não

meramente a ausência de doença ou enfermidade”. Desde então, têm-se incorporado ao conceito de saúde medidas da função física, mental e social dos indivíduos (SANGA; WILDNER, 2003).

Em 1977, a Assembléia Mundial de Saúde estipulou que o objetivo social dos governos e da OMS deveria estar direcionado, mundialmente, em 2000, para um nível de saúde que permitiria a todos uma vida social e economicamente produtiva (“saúde para todos”) (SANGA; WILDNER, 2003).

Políticas de saúde são baseadas no conceito de “igualdade” , de acesso e ou tratamento e sua referência sempre é construída a partir da ausência da doença. Ainda que sejam equitativas as ofertas ao acesso e cuidados de saúde, persistem as desigualdades relacionadas à estratificação social, chance de acesso aos recursos, oportunidades de conhecimento e ambiente de suporte que orientem os indivíduos ao comportamento saudável. Os ambulatórios médicos das empresas demonstram nitidamente este cenário, inclusive entre a população mais jovem, pouco conhecedora dos aspectos preventivos em saúde.

Além dos aspectos relacionados a condição e modo de vida, há evidências de que o comportamento individual também contribui para os efeitos deletérios sobre a saúde (NAHAS, 2003, p 19). Saúde e qualidade de vida se relacionam a partir não só dos aspectos socioeconômicos, mas também do Estilo de Vida, que reflete ações habituais, valores, atitudes e oportunidades. Um conjunto de fatores, tais como recursos médicos e farmacêuticos, diagnóstico precoce de doenças, melhoram a saúde e nos tornam mais longevos.

Montagner (2006) se refere a definição de Pierre Bourdieu a respeito de uma praxilogia que permite determinar o conceito de “estilo de vida” a partir do conceito de “habitus”. A praxilogia do axioma “habitus” compreende: indivíduo (subjetividade) e sociedade (objetividade), nos quais estão a lógica de retenção, a lógica de mediação e a lógica de classificação. A lógica de retenção trata da absorção de formas corporais e de posturas que, em longo prazo, tornam-se um modo operatório, um sistema visível de conhecimento e reconhecimento, uma “substância”, com qualidades sensíveis e explicáveis, capazes de dar uma noção do indivíduo ou do conjunto de indivíduos. Este poder de retenção é basicamente corporal. A lógica de mediação é ligada a categorias mediadoras, entre o individual e o coletivo, do subjetivo ao objetivo, ocorre nas instâncias do processo mental. No indivíduo, a percepção do mundo passa sobretudo por uma captação fenomenológica, particular, que individualiza o vivido no cotidiano. A lógica de classificação indica um caráter ativo, de projeção, de julgamentos de

valor. Pressupõe a incorporação prévia de critérios, mas essencialmente se apresenta como um espaço de estratégias, iniciativas e livre-arbítrio. É um lugar da atuação individual e criativo; e implica interações sociais em um espaço social específico e histórico, carregado de significados e relações desiguais entre agentes portadores de diferentes capitais sociais e diferenças de posição.

Dentro dessa matriz, o “habitus” gera diferenças contínuas entre indivíduos como maneira de arranjá-los estruturalmente. Estas diferenças são os “Estilos de Vida” (MONTAGNER, 2006).

Relacionar esta teoria com a saúde é importante, pois permite explicar os valores dos grupos sociais dentro da sociedade cada vez mais fragmentada e nas quais o consumo determina a classificação dos grupos e estabelece valores diferenciais entre estes.

Montagner (2006) conclui,

Parece ser indiscutível a importância de estudos na área da saúde que nos levem além de um modelo centrado somente no biológico e, mais do que nunca, o comportamento individual em face de saúde dentro do contexto das sociedades modernas é a tônica da resolução das doenças da modernidade, sobretudo com a mudança do perfil epidemiológico das sociedades modernas e do advento das doenças crônico- degenerativas.

Explorar este conceito torna-se importante na medida em que nos referenciarmos a estilo de vida. O papel do individuo na gênese de sua doença existe e este papel é influenciado pelo modo de vida de seu grupo e sua condição de vida. Desta forma, podemos utilizar o conceito de Estilo de Vida de modo consistente e não na superficialidade dos termos utilizados na descrição de programas de qualidade de vida. Utilizando este conceito para agir, de forma criteriosa e eficaz, em relação às ações propostas para a melhoria da condição de saúde e bem-estar de determinadas populações e ou grupos.

Nesta perspectiva, influenciar valores e condições sociais seria, provavelmente, a primeira forma de intervenção para a promoção da saúde e qualidade de vida, integrando estes conceitos a gestão de Recursos Humanos, e contribuindo para colocar a saúde como parte da estratégia organizacional na busca pela produtividade.

Num ambiente de alta competitividade, os trabalhadores são equipados com os melhores e mais modernos recursos tecnológicos, mas os processos de trabalho estabelecidos estão desconectados da capacitação do homem, não nos aspectos técnicos do trabalho, mas do

preparo do seu corpo e mente. Isto é, demandas maiores de tempo, preparo, desenvolvimento pessoal e profissional.

Preparar este trabalhador para assumir maiores demandas físicas e psicológicas requer uma mudança na forma deste trabalhador lidar com seu próprio corpo e sua mente, preparando-o para maior resiliência. Uma evolução em seu modo de viver, em cuidar de sí, da sua família e do meio ambiente, com maior responsabilidade e conhecimento.

2.3 Qualidade de Vida: determinantes e indicadores

A Qualidade de Vida está relacionada a um conjunto de condições materiais e não materiais almejados por indivíduos e comunidades. Tais condições se estabelecem a partir de aspectos sociais e econômicos que permitem, ou não, a realização e manutenção das oportunidades, entre estas as do trabalho. A qualidade de vida também encontra anseios diferentes de acordo com o modo de vida e faixa etária de uma determinada população (GONÇALVES; VILARTA, 2004, pg.29).

Deste modo, a Qualidade de Vida nos remete a uma visão holística, completa e complexa, que se descortina numa combinação de fatores que moldam e diferenciam o cotidiano do ser humano: estado de saúde, longevidade, satisfação no trabalho, renda familiar, lazer, relações familiares, prazer e espiritualidade, pressupondo o atendimento das necessidades humanas fundamentais (NAHAS, 2003, pg.13).

A percepção sobre qualidade de vida muda também de pessoa para pessoa, com características individuais e condições de vida semelhantes, sugerindo a interpretação pessoal dos fatores. Estes fatores estão divididos em sócio ambientais (moradia, transporte, segurança, assistência médica, condições de trabalho e remuneração, educação, opções de lazer, meio-ambiente) e fatores individuais (hereditariedade e estilo de vida, o que compreende hábitos alimentares, controle de estresse, atividade física, relacionamentos e comportamento preventivo) (GONÇALVES; VILARTA, 2004).

De acordo com Minayo et al (2000), qualidade de vida é uma noção eminentemente humana, que tem sido aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e na própria estética da existência. Pressupõe a capacidade de efetuar uma síntese cultural de todos os elementos que determinada sociedade considera seu padrão de

conforto e bem-estar. O termo abrange muitos significados que refletem conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e coletividades que a eles se reportam em variadas épocas, espaços e histórias diferentes, sendo, portanto uma construção social com a marca da relatividade cultural.

A noção de Qualidade de Vida transita, pois, em um campo semântico polissêmico: de um lado, está relacionada a modo, condições e estilos de vida. De outro, inclui as idéias de desenvolvimento sustentável e ecologia humana. E, por fim, relaciona-se ao campo da democracia, do desenvolvimento e dos direitos humanos e sociais. Para Minayo (2000) ao se falar em qualidade de vida, é necessário falar da satisfação das necessidades mais elementares da vida humana, tais como alimentação, água potável, habitação, trabalho, educação, saúde e lazer, elementos que contêm as referências de conforto, bem-estar e realização individual e coletiva.

A lógica econômica dá oportunidade ao desenvolvimento econômico e social e, ao mesmo tempo, favorece o aparecimento ou agravamento das condições de saúde (física e emocional) (CIANCIARULLO; CORNETTA, 2002, p 127). E, é sobre este aspecto que a qualidade de vida toma importância sobre os trabalhadores.

Podemos avaliar a qualidade de vida a partir de indicadores, numa perspectiva social/coletiva e indicadores individuais. Os indicadores utilizados avaliam grupos sociais: expectativa de vida, mortalidade e morbidade, níveis de escolaridade e alfabetização, renda *per capita*, nível de desemprego, desnutrição. O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), proposto pela Organização das Nações Unidas, é um indicador que reúne dados demográficos. Utilizado desde 1975, compara o estágio de desenvolvimento de países, regiões e cidades.

Alguns indicadores são estruturados para avaliar a qualidade de vida relacionada com a saúde, individualmente.

O World Health Organization of Quality of Life Assessment (WHOQOL) e o Perfil de Estilo de Vida (NAHAS, 2003), por exemplo, valorizam as percepções de caráter subjetivo, individuais, baseados em crenças, experiências e perspectivas particulares da pessoa avaliada (GONÇALVES; VILARTA, 2004, p 33).

Indicadores genéricos relacionados à saúde são utilizados com a finalidade de avaliar o impacto de doenças, expressar o efeito de determinadas intervenções e comparar regiões e populações. “Quality Life Years adjusted” (DALYs) e “Years Lost Life” (YLL) (utilizam anos de vida ajustados por qualidade, incapacidade física e saúde). Segundo Gonçalves e Vilarta

(2004, p 15), estes aspectos podem ser considerados injustos e inaceitáveis, pois levam em consideração unicamente a presença ou ausência de desvios das condições físicas da população considerada normal.

Ainda, sob esta mesma condição, o indicador Carga Global da Doença (Burden of Disease) avalia custo-efetividade de ações de Saúde Pública. A “Carga Global da Doença” (GBD) é um estudo atualizado pela OMS a partir do estudo original feito por Myurray e Lopez em 1990 (WHO, 2006). Este estudo avalia amplamente estimativas da incidência, prevalência, severidade, duração e a mortalidade atribuída a uma determinada doença ou condição. Estão envolvidos nesta pesquisa países membros da OMS. O GBD usa uma medida sumária (traduzida do inglês: ano inabilidade-ajustado de vida (DALY)) que quantifica a carga da doença. DALYs para uma doença é a soma dos anos de vida perdidos devido a morte prematura (YLL) na população e anos perdidos devido à inabilidade (YLD) nos casos de alterações na condição de saúde. O DALY é uma medida que envolve perda de anos potenciais de vida devido à morte prematura (PYLL) incluindo anos equivalentes de vida saudável comprometidos pela doença, denominada “inabilidade”. Um DALY representa a perda de um ano da saúde plena equivalente (WHO, 2006). A fim de avaliar qualidade de vida e justificar ações no ambiente de trabalho, podemos utilizar e comparar os indicadores acima apresentados, visando demonstrar aspectos econômicos, sociais e de saúde; como se apresenta, relativamente, a população de trabalhadores estudada, quais são os aspectos relacionados à subjetividade e à percepção individual e do grupo estudado.

Muito utilizados, segundo a literatura, para avaliação da qualidade de vida de grupos com determinadas morbidades, o WHOQOL-100 e WHOQOL-Bref estão sendo também aplicados para a avaliação e diagnóstico do perfil de qualidade de vida de trabalhadores.

A Organização Mundial da Saúde (OMS), por intermédio do WHOQOL Group (1996), define a qualidade de vida como sendo “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, contexto da cultura e do sistema de valores em que vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. Essa definição reflete a natureza subjetiva da avaliação, que está imersa no contexto cultural, social e de meio ambiente. Em vista disso, a OMS colaborou com 15 países do mundo todo para gerar um instrumento de avaliação multidimensional, passível de tradução e adaptação para diversas línguas, contendo 24 aspectos ou dimensões da qualidade de vida, também chamados de facetas, e organizados

hierarquicamente nos domínios: físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, ambiente e espiritualidade e crenças pessoais. A esse instrumento chamou-se WHOQOL-100, constituído por 100 perguntas abrangendo todas as 24 dimensões anteriormente referidas e acrescido de outro aspecto com questões gerais sobre a qualidade de vida. A necessidade de instrumentos mais práticos que demandem pouco tempo para seu preenchimento, mas com características psicométricas satisfatórias, fez com que o Grupo de Qualidade de Vida da OMS desenvolvesse uma versão abreviada do WHOQOL-100, chamado de WHOQOL Abreviado (UFRGS, 2006). O WHOQOL Abreviado consta de 26 questões, sendo duas questões gerais e 24 que representam cada um dos 24 aspectos que compõem o instrumento original. Assim, diferentemente do WHOQOL-100, em que cada um dos 24 aspectos é avaliado a partir de 4 questões, no WHOQOL Abreviado cada um é avaliado por apenas uma questão. Ainda, o WHOQOL Abreviado restringe-se a 4 domínios: físico, psicológico, relações sociais e ambiental (FLECK, 1999). O quadro 1 mostra os domínios e aspectos do WHOQOL Abreviado.

Quadro 1 – Domínios e aspectos do WHOQOL Abreviado

Domínio I – Domínio 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 – Domínio psicológico
Sentimentos positivos
Pensar, aprender, 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
Domínio IV – 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 e oportunidades de recreação / lazer
Ambiente físico: (poluição/ruído/trânsito/clima)
Transporte

Fonte: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Grupo WHOQOL, 2006.

2.4 Doenças crônicas e qualidade de vida: impactos no trabalho

A saúde ocupacional, atualmente, toma para si o desenvolvimento de programas e ações para a promoção à saúde e qualidade de vida do trabalhador, como forma de atender às demandas do alto custo com assistência médica e problemas relacionados à organização do trabalho nas organizações.

Uma vez controladas as doenças materno-infantis, infecciosas e relacionadas a saneamento básico, deparamo-nos com o aumento das doenças crônicas relacionadas ao estilo de vida. Aqui, numa perspectiva mais individualista, podemos nos referir a comportamento, resultante tanto da informação como da educação, oportunidades e barreiras encontradas para a prevenção e conquista do bem-estar (NAHAS, 2003).

Doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs), não infecciosas ou crônico-degenerativas são terminologias utilizadas para definir grupos de enfermidades que se caracterizam por apresentar, de uma forma geral: longo período de latência; tempo de evolução prolongado, interação entre fatores etiológicos conhecidos e desconhecidos. Apresentam multiplicidade de fatores de risco complexos; longo curso assintomático; manifestações clínicas com períodos de remissão e exacerbação; curso clínico em geral lento, prolongado e permanente; lesões irreversíveis e complicações que evoluem para graus variáveis de gravidade, incapacidade ou óbito (LESSA, 1998).

O relatório “*Working Towards Wellness – Accelerating the prevention of chronic disease*”, do Fórum Econômico Mundial, em 2006, enfatiza a problemática das doenças crônicas e seu impacto sobre a produtividade e resultados das empresas multinacionais, pelo alto custo que enfrentam com a assistência médica. Todo o relatório foi elaborado a partir da premissa de que as empresas devem contribuir socialmente, desenvolvendo ações de promoção à saúde e bem-estar. Este relatório sugere que esta contribuição deve ser feita também por meio de parcerias pública-privadas, a fim de gerenciar a crise que se instala mundialmente em relação à doença crônica.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), aproximadamente 60% das mortes em 2005 podem ser atribuídas às doenças crônicas, incluindo doença cardiovascular, câncer, doenças respiratórias crônicas e diabetes (WHO, 2006).

O envelhecimento da população e a exposição ao risco, tais como os hábitos alimentares inadequados - do ponto de vista da qualidade e quantidade – a inatividade física e hábito de fumar levarão ao aumento da morte por doenças crônicas em 17% nos próximos 10 anos (WHO, 2006).

A globalização e urbanização estão convergindo para fazer com que a doença crônica seja um problema em muitos países em desenvolvimento. O “Burden of chronic disease”, medido pela Organização Mundial de Saúde e utilizado para expressar como a vida saudável é afetada pela doença (em termos de morte prematura e incapacidade) está crescendo rapidamente em países em desenvolvimento.

Não é somente a preocupação com a morte, mas com a capacidade para o trabalho que preocupam as autoridades públicas e as organizações privadas. A obesidade, por exemplo, contribui para o desenvolvimento de câncer, doença cardiovascular e diabetes e reduz significativamente a capacidade para o trabalho. A fim de promover alguma mudança positiva neste cenário, sugere-se que as pessoas deverão mudar seus hábitos e estilo de vida rapidamente. Entretanto, isso somente poderá acontecer se houver incentivo, ferramentas disponíveis e ambiente de suporte por parte dos governos e organizações privadas.

Tradicionalmente, são os governos, não os empregadores, os responsáveis pela saúde da população em termos de prevenção e tratamento de doenças. Entretanto, muitas organizações privadas e líderes políticos acreditam que os governos sozinhos não conseguem mudar o panorama da doença crônica no mundo. Segundo a OMS, somente 3% dos gastos com saúde foram direcionados para a prevenção de doenças em 2004, nos estados membros da OECD. Por isto, o local de trabalho cresce em importância para ajudar a prevenir as doenças crônicas.

Cerca de 54% da população global faz parte da força de trabalho ativa. Com os adultos permanecendo cada vez mais tempo dedicados ao trabalho – cerca de 1/3 do dia – o local de trabalho é extremamente importante para estimular a mudança de comportamento (WORLD ECONOMIC FORUM, 2006).

2.5 Trabalho, Qualidade de Vida e Atividade Física

Integrar conceitos e práticas de Promoção da Saúde e Qualidade de Vida no trabalho torna-se uma importante ferramenta de gerenciamento estratégico nas organizações.

A partir de 1960, nos Estados Unidos e, em 1980, no Brasil, iniciaram-se ações isoladas de Promoção à Saúde em setores ligados a saúde ocupacional. Num primeiro momento, para cumprir normas regulamentadoras, e, em seguida, para realizar ações preventivas relacionadas a ergonomia, ambiente de trabalho seguro, manejo apropriado das condições ambientais no local de trabalho e políticas de investimento na proteção e melhoria das condições de saúde dos trabalhadores (GONÇALVES; VILARTA, 2004).

Os programas de promoção à saúde, iniciados em 1980, por meio do controle de riscos em saúde, evoluiu, atualmente, para o autogerenciamento da saúde e mudanças comportamentais relacionados a estes riscos. Programas anti-tabagismo, de estímulo à atividade física, nutrição, segurança no trânsito, dependência química, planejamento financeiro, responsabilidade social, entre outros, são implementados nas empresas. A partir de 1990, modelos que propõem uma abordagem abrangente, trazem à tona o conceito proposto anteriormente pela Organização Mundial de Saúde, que integra as diferentes dimensões da saúde, relacionando estilo de vida à condição de saúde (GONÇALVES; VILARTA, 2004). O ambiente de trabalho passa então a disponibilizar ações e ambiente de suporte, estimulando e influenciando a mudança de comportamento.

As altas demandas por tempo e a pressão no ambiente de trabalho geram sintomas psicossomáticos (enxaquecas, dores de estômago, dificuldades com o sono e fadiga) e podem estar associadas a doenças de ordem emocional (estresse, síndrome do pânico, depressão e distúrbios de ansiedade).

Dentre os diversos programas de promoção à saúde, o incentivo à prática de atividade física é um dos mais importantes na contribuição para o bem-estar e saúde dos indivíduos, e sua prática interfere imediatamente em diversos aspectos da saúde física, mental e social. Considerando este fator isoladamente, um indivíduo fisicamente ativo custa 10.4% a menos nos planos de assistência médica do que uma pessoa considerada insuficientemente ativa fisicamente (WASSERMAN et al, 2000).

A inatividade física representa uma causa importante de debilidade, reduzida qualidade de vida e morte prematura nas sociedades contemporâneas, particularmente em países industrializados. O número de mortes associadas à inatividade física pode ser estimado combinando-se o risco relativo deste comportamento com a prevalência (número de casos) numa população. Considerando, por exemplo, as doenças do coração, o risco de ocorrência de um

infarto é duas vezes maior para indivíduos sedentários quando comparados com aqueles regularmente ativos (NAHAS, 2003).

A atividade física é um dos fatores que contribui também para a redução do nível de estresse, melhora a auto-estima, reduz a obesidade e os níveis de colesterol, além de promover a sociabilidade dos praticantes.

A OMS estima que a inatividade física é um dos maiores fatores que contribuem para a mortalidade por doenças crônicas. No ano de 2000 estimou-se que o sedentarismo contribui para 1.9 milhões de mortes mundialmente. No Brasil o número de pessoas insuficientemente ativas é de, aproximadamente, 60,3% (MATSUDO et al, 2001).

Surge, neste momento, a questão: que fatores interferem negativamente sobre a saúde e qualidade de vida do trabalhador nos dias atuais? Como objetivar e concentrar recursos de maneira efetiva para obter resultados positivos sobre a saúde, bem-estar e qualidade de vida dos trabalhadores?

O desenvolvimento de programas que atuem minimizando os efeitos citados pode ser uma ferramenta gerencial efetiva nas organizações e um importante papel a ser desempenhado pelos profissionais da área de saúde.

3 Justificativa

A elaboração e divulgação de estratégias de gerenciamento da promoção da saúde, qualidade de vida, incluindo ações de incentivo à prática de atividade física nas organizações e comunidades, podem contribuir para a melhoria dos índices de qualidade de vida na população, bem como preparar os profissionais ligados à área para uma atuação efetiva.

No Brasil, a área de saúde do trabalhador, saúde pública e universidades ainda carecem de informações que permitam sugerir e aplicar programas de promoção de saúde e qualidade de vida eficientes e práticos no ambiente de trabalho. Utilizar uma ferramenta de avaliação da Qualidade de Vida, cientificamente validada, permite demonstrar às organizações o impacto dos aspectos demonstrados pelo Whoqol, que devem ser levados em conta na elaboração de estratégias gerenciais corporativas para o bem estar, saúde e qualidade de vida dos trabalhadores.

4 Objetivos

4.1 Objetivo geral

Avaliar a Qualidade de Vida de uma população de trabalhadores.

4.2 Objetivos específicos

4.2.1 Avaliar a contribuição específica dos principais elementos (domínios e facetas) que estruturam a qualidade de vida dos trabalhadores segundo o conceito da OMS.

4.2.2 Discutir as estratégias organizacionais que promovam a saúde e qualidade de vida dos trabalhadores a partir de ações que possam ser implementadas no ambiente de trabalho.

5 Materiais e métodos

5.1 Caracterização da empresa

O presente estudo foi realizado em uma empresa industrial, do ramo metalúrgico, setor de eletrônicos, situada na Região Metropolitana de Campinas (RMC), município de Jaguariuna – SP.

Em seu quadro, conta com 3900 funcionários próprios, sendo 1200 trabalhadores em linha de montagem (distribuídos igualmente em três turnos fixos de trabalho), que são objeto deste estudo. Os demais trabalhadores encontram-se divididos entre áreas administrativas, recebimento e estoque.

Os trabalhadores que participaram da pesquisa trabalham em linha de montagem. Nesta área, os turnos de trabalho são fixos e dividem-se da seguinte forma: o primeiro turno de 07 às 15 h; o segundo turno de 15 às 23 h e o terceiro turno de 23 às 07 h. Esta jornada se cumpre de segunda a sexta-feira, sendo que os trabalhadores se revezam, em sábados alternados, para complementar a carga horária semanal..

A jornada de trabalho é de 8 horas diárias (44 horas semanais), nos três turnos, com pausa de uma hora para almoço e mais um intervalo de 15 minutos. Diariamente, 2 horas antes do final do turno de trabalho há uma pausa de 10 minutos para realização de Ginástica Laboral. Os funcionários do terceiro turno recebem adicional noturno de 30% sobre o salário.

Na área de manufatura a empresa mantém parte do grupo de funcionários em contrato de trabalho CLT, com prazo de trabalho temporário que participaram também da amostra estudada.. Os trabalhadores neste tipo de contrato permanecem na empresa, no máximo, até um ano e oito meses. Este tipo de contrato permite uma maior flexibilização da quantidade de mão-de-obra utilizada de acordo com plano de produção. Este tipo de contrato, negociado com o Sindicato da categoria, mantém os mesmos requisitos trabalhistas previstos em lei e benefícios, porém permite a flexibilização do número de funcionários.

É política de recrutamento e seleção da empresa a preferência pelos trabalhadores jovens para a área avaliada. A exigência mínima de escolaridade é o ensino médio.

O ambiente de manufatura é climatizado a uma temperatura de 22 graus célcus e os níveis de ruído não ultrapassam 80 decibéis.

A empresa oferece benefícios como assistência médica, reembolso de medicamentos, transporte com ônibus climatizado, alimentação com restaurante interno, assistência educacional, área de treinamento interno e programa de apoio psico-social.

A área de segurança do trabalho desenvolve programa de ergonomia, adequando os postos de trabalho no aspecto antropométrico, disponibilizando equipamentos e mobiliário adequado ao conforto dos operadores. Através de um programa de melhoria contínua, as ações em ergonomia se iniciam a partir de cada novo produto. Os funcionários fazem rodízio de posto de trabalho a cada duas horas.

A empresa mantém um Serviço de Saúde Ocupacional composto por: Enfermeiro do Trabalho, Técnicos de Enfermagem do Trabalho e Médico do Trabalho. Conta também com uma empresa de prestação de serviço em Qualidade de Vida com profissionais das áreas de nutrição, educação física, massoterapia, fonoaudiologia e fisioterapia.

Desde o ano de 2003 a empresa implementou um programa de Qualidade de Vida, que conta com as seguintes ações: orientação nutricional individualizada e em grupo, avaliação e orientação para a prática de atividade física, treinamento em planejamento financeiro pessoal, programa de incentivo ao lazer e campeonatos esportivos.

5.2 Sujeitos

Para proceder à escolha dos sujeitos, inicialmente foram estabelecidos alguns critérios de inclusão e exclusão, verificados no momento da seleção.

5.2.1 Critérios de inclusão:

- Ser funcionário da empresa (contrato por tempo determinado ou não);
- Trabalhar na área de montagem, na manufatura.

5.2.2 Critérios de exclusão:

- Funcionários terceirizados.
- Funcionários de outras áreas da manufatura que não sejam da área de montagem.

Esses critérios foram estabelecidos com a finalidade de manter o grupo em homogeneidade, entre outros aspectos, os socioeconômicos, já que os trabalhadores da área escolhida possuem salários, faixa etária e escolaridade semelhantes.

O grupo foi selecionado por um sorteio, feito em planilha Excel em que constavam todos os trabalhadores da área escolhida (montagem). Dentre os 1200 trabalhadores, foram sorteados 164 funcionários para participar da pesquisa e todos satisfaziam os critérios de inclusão. Todos os sujeitos concordaram em participar da pesquisa.

Foram amostrados os funcionários da manufatura nos três turnos de trabalho, sendo as amostras aproximadamente iguais ($n= 57, 53, 54$), totalizando 164 funcionários. Todos os funcionários responderam ao questionário, pois a pesquisa foi aplicada durante a jornada de trabalho e nos postos de trabalho dos sujeitos sorteados.

5.3 Instrumentos de coleta de dados

Os instrumentos utilizados para a coleta de dados foram o questionário WHOQOL Abreviado com suas questões validadas em português e uma ficha para a obtenção de

informações gerais sóciodemográficas. O questionário WHOQOL tem a finalidade de avaliar os domínios da qualidade de vida dos trabalhadores nos domínios propostos pela ferramenta (Geral, Físico, Ambiente e Social).

O questionário e a ficha com os dados demográficos foram aplicados e preenchidos no mesmo dia, sob supervisão do pesquisador, sem nenhuma intervenção por parte deste e ou terceiros. Como é de se esperar, nos instrumentos aplicados, não havia a necessidade de identificação. Não houve limite de tempo para o preenchimento dos instrumentos.

5.3.1 Informações gerais e sóciodemográficos

Todos os participantes preencheram uma ficha contendo dados relevantes para a análise, tais como sexo, idade, tempo de empresa, estado civil, escolaridade e renda familiar (ver Apêndice B). Esta ficha foi preenchida juntamente com o questionário utilizado.

5.3.2 Qualidade de vida

Para a análise da qualidade de vida geral dos grupos, utilizou-se o instrumento WHOQOL Abreviado, validado em português por Fleck (2000), (Anexo A). Ele apresenta boa consistência interna, validade e fidedignidade. É descrito pelo autor como um instrumento que alia um bom desempenho psicométrico com praticidade de uso. Com isso, obteve-se o resultado comparativo dos grupos em cada um dos 4 domínios contemplados por este questionário.

5.4 Análise estatística

5.4.1 Cálculo e transformação das variáveis

A análise estatística dos dados foi realizada por um estatístico com experiência em trabalhos sobre qualidade de vida. As recomendações da OMS e o grupo WHOQOL com relação às questões do WHOQOL Abreviado foram respeitadas. Como instrumento de coleta foi utilizado o WHOQOL Brief com uma escala de intensidade categórica variando de 1 a 5. As questões 3, 4 e 26 do WHOQOL Abreviado foram invertidas. Esta inversão é necessária, pois na

maioria das questões do WHOQOL Abreviado, quanto maior o número assinalado, melhor a qualidade de vida naquele aspecto. Nessas questões, ocorre o contrário: quanto maior o número assinalado, menor a qualidade de vida. Os escores de domínios e aspectos foram obtidos pela média dos itens que a compõem. Foram calculados os 4 domínios do WHOQOL Abreviado. Para garantir a facilidade de comparação os domínios foram todos padronizados em uma mesma escala de 0 a 100. Utilizaram-se as sintaxes disponíveis e recomendadas para o programa estatístico SPSS versão 13, favorecendo a análise dos domínios.

Composição dos domínios:

Físico: 3, 4, 10, 15, 16, 17, 18

Psicológico: 5, 6, 7, 11, 19, 26

Social: 20, 21, 22

Ambiente: 8, 9, 12, 13, 14, 23, 24, 25

5.4.2 Tratamento estatístico dos dados

A população foi descrita através de gráficos de proporções para as variáveis: sexo, escolaridade, situação conjugal, renda familiar e turno de trabalho. Foram considerados 164 resultados válidos.

Empregamos o teste de Kolmogorov-Smirnov para verificar se a distribuição dos dados (domínios e aspectos) segue a distribuição normal. Caso os dados sejam normalmente distribuídos, o teste t para médias é o teste mais eficiente.

O coeficiente Alfa de Cronbach foi calculado para cada domínio. O Alfa Cronbach é uma estatística útil para a investigação da consistência interna da escala do questionário. O coeficiente alfa de fidedignidade de Cronbach para todos os propósitos deve ser superior ou igual a 0,85 ($\alpha \geq 0,85$) para apoiar ou suportar a consistência interna do programa e considerar o questionário válido.

Para comparar se existiam diferenças entre os grupos das variáveis coletadas foram utilizados análises de variância (ANOVA), na qual o ANOVA apontou diferença foi utilizado o teste de Tukey para verificar qual era o grupo divergente.

O nível de significância para os testes estatísticos será adotado em 5%, ou seja, $p < 0.05$. Todos os intervalos de confiança foram construídos com 95% de probabilidade.

6 Resultados

6.1 Análise descritiva

6.1.1 Dados gerais do grupo

Foram observadas as seguintes características: tempo de empresa, escolaridade, rendimento, estado civil e turno de trabalho. Todas categorizadas. A descrição da distribuição da população de estudo pode ser observada nas tabelas e figuras abaixo. Observa-se que a grande maioria dos entrevistados tem menos de um ano de empresa (80,7%), concluiu o segundo grau completo (77%), é solteiro (64%), renda familiar entre 3-5 salários mínimos (51%) e superior a 8 salários mínimos (32%); idades distribuídas entre 18 e 43 anos, sendo a média etária de 24 anos e 87,2% encontram-se entre 18 e 30 anos de idade. O grupo é bastante homogêneo em todos os aspectos relacionados a dados demográficos, exceto para o sexo que prevalece o feminino (69.8%).

Tabela 1: Distribuição dos funcionários segundo Gênero (n=164) - Abr 2007

Gênero	N	%
Feminino	113	69.8
Masculino	49	30.2
Total	164	100

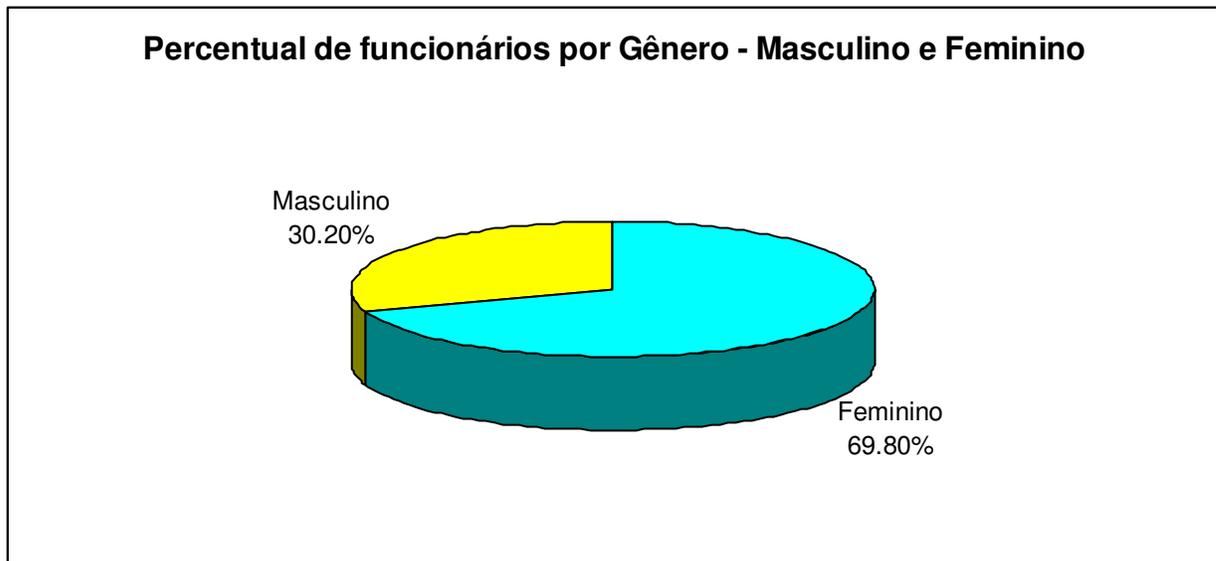


Figura 1 – Percentual de funcionário por gênero – Masculino e Feminino (% do total)

Existe uma predominância de funcionários do gênero feminino (69.8%) seguido do masculino (30.2%). O sistema de recrutamento e seleção privilegia a contratação de mulheres devido ao tipo de produto manufaturado, que requer movimentos finos para a montagem do produto final. Por esta razão a predominância deste gênero na área avaliada.

Um outro aspecto que pode ser observado é a questão do aumento de mão de obra feminina no mercado de trabalho já contextualizado anteriormente. O processo de globalização implica numa série de transformações no mundo do trabalho, entre elas a crescente entrada de mulheres no mercado de trabalho.

Tabela 2: Percentual de funcionários de acordo com a escolaridade. Abr 2007

Escolaridade	n	%
Ensino médio incompleto	5	3.1
Ensino médio completo	123	72.2
Superior incompleto	29	17.9
Superior completo	3	1.9
Total	160	100%

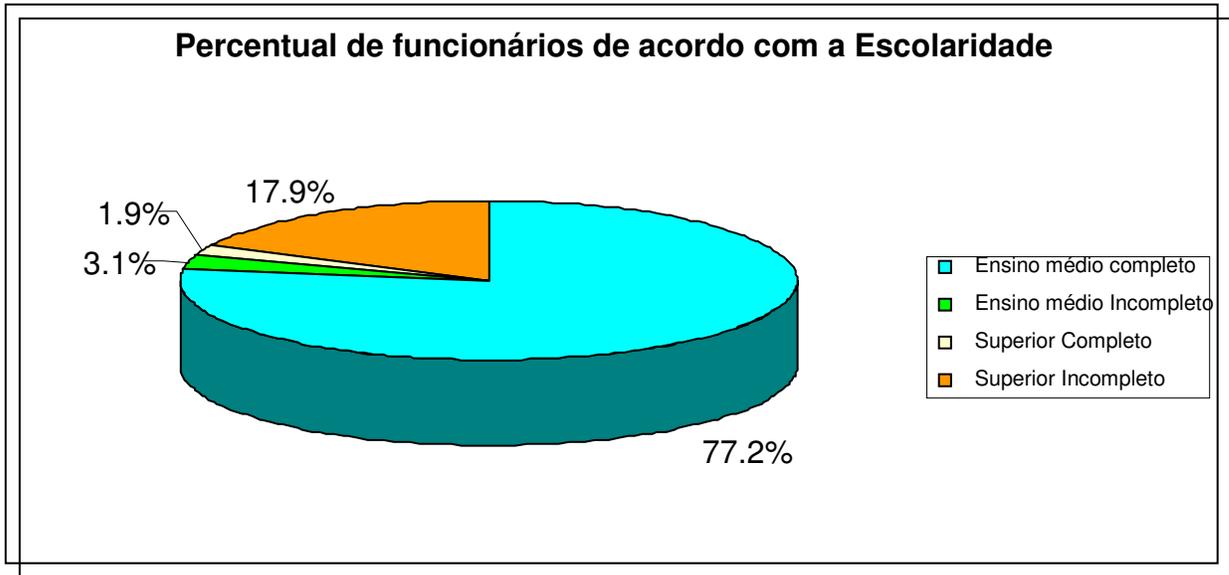


Figura 2 - Percentual de funcionários de acordo com a escolaridade.

Observamos através deste dado que 77.2% da população avaliada apresenta o ensino médio completo e 17.9% tem curso superior incompleto. Encontram-se aqui jovens ingressando no mercado de trabalho, muitos deles, no primeiro emprego.

**Tabela 3: Percentual de funcionários de acordo com o estado civil.
Abr 2007**

Estado civil	n	%
Amasiado	12	7.5
Casado	40	25
Divorciado	4	2.5
Solteiro	104	65
Total	160	100

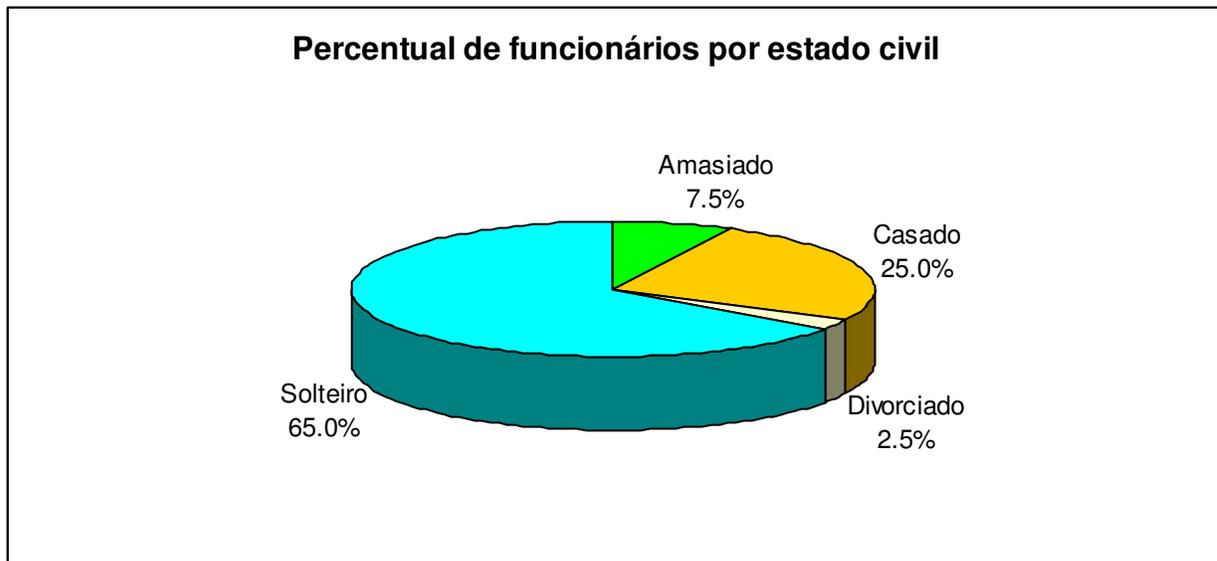


Figura 3 - Percentual de funcionários por estado civil

Grande parte da população avaliada é solteira (65%), seguido dos casados (25%), amasiados (7.5%) e divorciados (2.5%). Este fato se dá também, provavelmente pela faixa etária jovem predominante.

**Tabela 4: Percentual de funcionários de acordo com a renda familiar.
Abr 2007**

Quantidade de Salários*	n	%
2-3 salários	24	15
3-5 salários	75	46.9
5-8 salários	47	29.3
> 8 salários	14	8.8
Total	160	100

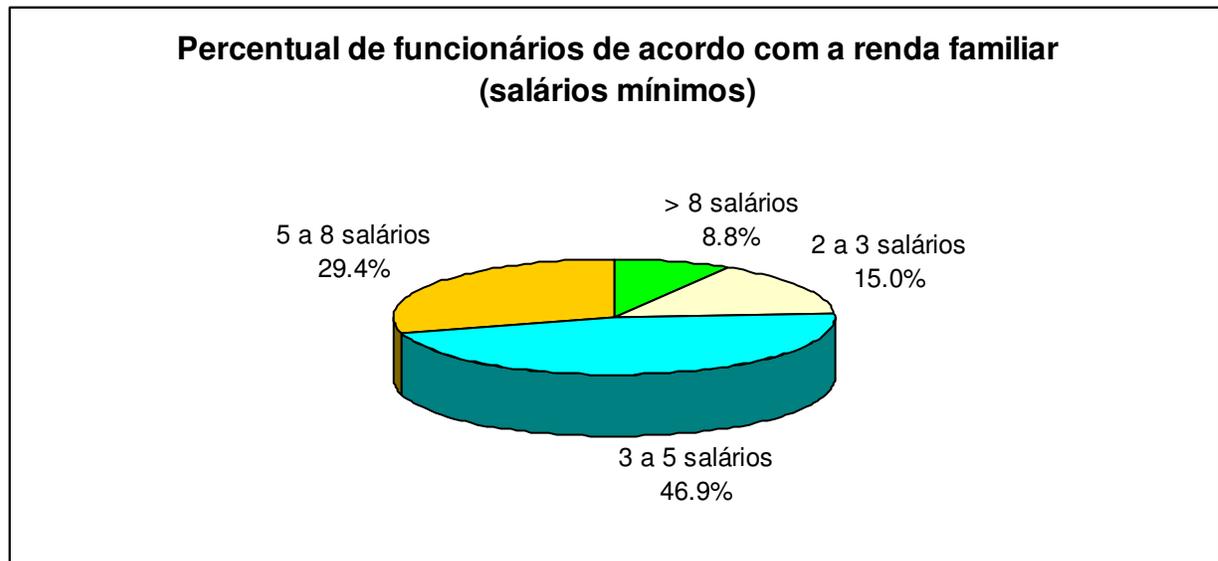


Figura 4 – Percentual de funcionários de acordo com a renda familiar (salário mínimo)

A renda familiar do grupo avaliado predomina a faixa de renda familiar entre 3 e 5 salários mínimos¹ (51.37%), seguido por 5 a 8 salários mínimos (32.19%) e 2 a 3 salários mínimos (16.44%).

Consideramos um rendimento acima do esperado para a população. Isto provavelmente se correlaciona com o nível de escolaridade e faixa salarial praticado na região metropolitana de Campinas para o ramo de manufatura de eletrônicos.

**Tabela 5: Percentual de funcionários de acordo com o tempo de empresa em anos
Abr 2007**

Anos de empresa	n	Total
< 1	130	80.7
1 [- 2	16	9.9
2 [- 3	7	4.3
3 [-] 5	3	1.9
> 5	5	3.1
Total	161	100

¹Salário mínimo: R\$ 380,00 (US\$ 187,19), no mês Abril/2007, quando foram coletados os dados.

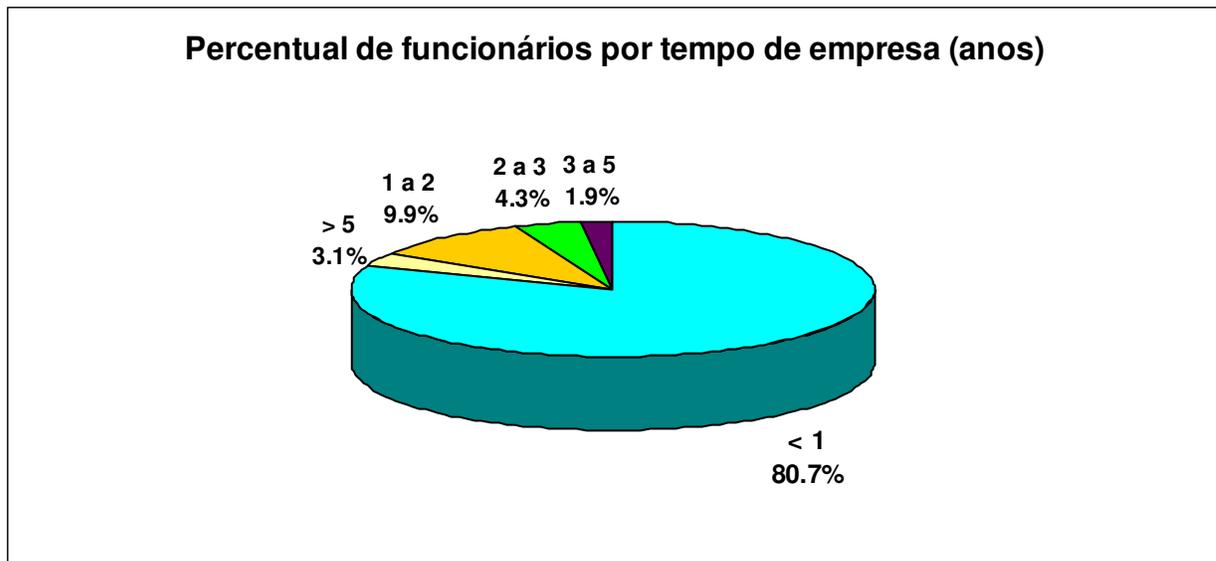


Figura 5 - Percentual de funcionário por tempo de empresa (anos).

Observamos aqui o impacto do sistema de contrato estabelecido pela empresa para esta área. 80,7% dos funcionários têm menos do que um ano de empresa. Aspectos da globalização podem ser referenciados aqui, retratando a redução do tempo de vínculo empregatício do funcionário.

6.1.2 Dados do grupo distribuídos por turno de trabalho

Foram amostrados os funcionários da manufatura durante os três turnos de trabalho, sendo as amostras aproximadamente iguais (n= 57, 53, 54), totalizando 164 funcionários.

**Tabela 6: Classificação por Gênero e turno de trabalho (% do total).
Abr 2007**

Sexo	Turno de trabalho			n	Total
	1	2	3		
	%	%	%		%
Feminino	23.3	23.5	21.0	113	69.8
Masculino	7.4	10.5	12.3	49	30.2
Total	32.4	34	33.3	162	100.0

Os funcionários responderam a pergunta sexo (masculino, feminino) nos três turnos de trabalho. Nota-se que o grupo é bastante homogêneo em relação ao gênero nos três turnos. As mulheres se distribuem da seguinte forma: 25.3% no primeiro turno, 23.5 % no segundo turno e 21% no terceiro turno. Os homens se distribuem em 7.4% no primeiro turno, 10.5% no segundo turno e 12.3% no terceiro turno.

**Tabela 7: Escolaridade por turno de trabalho (% do total)
Abr 2007**

Escolaridade	Turno de trabalho			n	Total
	1	2	3		
	%	%	%		%
Ensino Médio completo	67.9	83.6	79.6	123	77.2
Ensino Médio incompleto	1.9	5.5	1.9	5	3.1
Superior completo	3.8	0.0	1.9	3	1.9
Superior incompleto	26.4	10.9	16.7	29	17.9
Total	100.0	100.0	100.0	160	100.0

A população com ensino médio completo é homogênea nos três turnos de trabalho. Cerca de 26.4% dos funcionários com curso Superior incompleto encontram-se no primeiro turno, 16.7% no terceiro turno e 10.9% no segundo turno o que se faz crer que o primeiro turno pode ser o melhor horário para conciliar trabalho e estudo, seguido pelo terceiro turno.

Tabela 8: Estado civil por turno de trabalho (% do total). Abr 2007

Estado civil	Turno de trabalho			n	Total
	1	2	3		
	%	%	%		%
Amasiado	5.7	7.4	9.4	12	7.5
Casado	22.6	29.6	22.6	40	25.0
Divorciado	5.7	1.9	0.0	4	2.5
Solteiro	66.0	61.1	67.9	36	65.0
Total	100.0	100.0	100.0	160	100.0

A tabela acima demonstra as respostas do grupo estudado de acordo com seu estado civil (solteiro, casado, amasiado, divorciado e viúvo) entre os três turnos de trabalho.

Tabela 9: Renda familiar (salário mínimo) por turno de trabalho (% do total) Abr 2007

Renda Familiar	Turno de trabalho			Total
	1	2	3	
Salário mínimo	%	%	%	%
> 8	7.5	7.3	11.5	8.8
2 [- 3	7.5	16.4	21.2	15.0
3 [- 5	62.3	45.5	32.7	46.9
5 [-] 8	22.6	30.9	34.6	29.4
Total	100.00	100.0	100.0	100.0

Observamos a predominância de funcionários com renda familiar de 3 a 5 salários mínimos na população do primeiro turno (62,3%), seguido pelo segundo turno (45.5%) e terceiro turno (32.7%). A quantidade de funcionários com rendimento familiar acima de 8 salários mínimos é maior no terceiro turno; podemos aqui inferir a importância do acréscimo salarial do adicional noturno. O terceiro turno é normalmente preferido pelos indivíduos que tem maior necessidade de aumentar a renda familiar, pois o salário é acrescido em 30% devido ao adicional noturno. Provavelmente, isto colabora também para um maior percentual de funcionários que tem renda familiar entre 5-8 salários mínimos no terceiro e segundo turnos, 30.9% e 34.6% respectivamente; contra 22.6% do primeiro turno.

**Tabela 10: Tempo de empresa por turno de trabalho (% do total)
Abr 2007**

Tempo de empresa	Turno de trabalho			n	Total
	1	2	3		
Anos	%	%	%		%
< 1	88.7	79.6	74.1	120	80.7
1 [- 2	3.8	5.6	20.4	16	9.9
2 [- 3	1.9	7.4	3.7	7	4.3
3 [-] 5	3.8	1.9	0.0	3	1.9
> 5	1.9	5.6	1.9	1	3.1
Total	100.0	100.0	100.0	161	100.0

Encontramos aqui a predominância de tempo de empresa menor do que um ano (80.7%) nos três turnos devido ao sistema de contrato temporário. O contrato temporário prevê a permanência de 1 a 2 anos na empresa, conforme comentário anterior a respeito do sistema da contratação para área de manufatura. Observamos que permanecem neste prazo, em maior percentual, os funcionários do terceiro turno. Este fato pode se explicar pelas questões de rendimento que mantém o funcionário mais tempo na empresa e, supostamente também pela menor rotatividade promovida pela empresa neste turno, visto a dificuldade de encontrar mão de obra disponível para este horário.

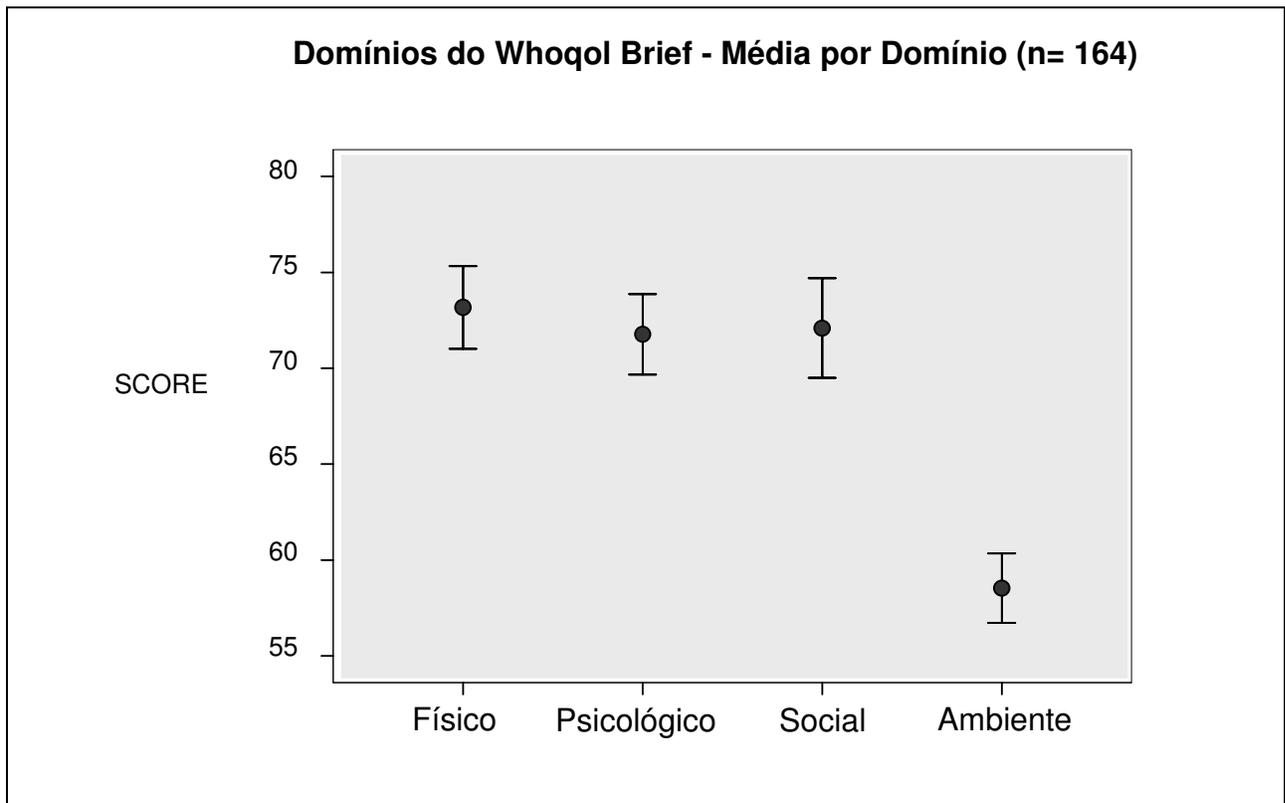
6.2 Análise de dados do WHOQOL Abreviado

6.2.1 Resultados dos domínios e respostas

Foram analisados os quatro domínios que constituem o WHOQOL Brief, são eles: Físico, Psicológico, Social e Ambiente.

Tabela 11: Domínios do WHOQOL Brief – média por Domínio - Abr 2007

Domínios	N		Média	Desvio padrão da média	Valor Mínimo	Valor Máximo
	Resultados Válidos	Resultados Não Válidos				
Físico	162	2	73,28	1,05	32,14	96,43
Psicológico	158	6	71,81	1,05	33,33	91,67
Social	162	2	72,24	1,27	25,00	100,0
Ambiente	163	1	58,72	0,87	21,43	90,63

**Figura 6: Domínios do Whoqol Brief –média por domínio. (n= 164).**

Observamos que o Domínio Ambiente apresenta a menor média entre os domínios (58,72). Os domínios Físico, Psicológico e Social apresentam-se com médias aproximadas: 73,28; 71,81 e 72,24 respectivamente.

**Tabela 12 – Questões do WHOQOL – médias, mediana ,desvio padrão e Coeficiente Alfa de Cronbach em cada resposta.
Abr 2007**

Questão	N		Média	Mediana	Desvio Padrão	Alfa de Cronbach
	Válidas	Inválidas				
Resp 1	157	7	3.75	4.00	.595	.873
Resp 2	157	7	3.74	4.00	.841	.868
Resp 3	163	1	4.13	4.00	.924	.872
Resp 4	161	3	4.25	4.00	.742	.876
Resp 5	158	6	3.60	4.00	.867	.865
Resp 6	155	9	4.26	4.00	.712	.870
Resp 7	159	5	3.81	4.00	.742	.876
Resp 8	162	2	3.40	3.00	.776	.873
Resp 9	158	6	3.13	3.00	.702	.873
Resp 10	163	1	3.65	4.00	.879	.866
Resp 11	162	2	3.79	4.00	1.048	.872
Resp 12	161	3	2.68	3.00	.665	.873
Resp 13	162	2	3.26	3.00	.683	.872
Resp 14	162	2	2.73	3.00	.869	.873
Resp 15	160	4	4.29	4.00	.697	.875
Resp 16	162	2	3.23	4.00	1.072	.868
Resp 17	163	1	3.83	4.00	.772	.869
Resp 18	163	1	4.13	4.00	.704	.869
Resp 19	158	6	3.94	4.00	.759	.867
Resp 20	160	4	3.96	4.00	.823	.869
Resp 21	158	6	3.94	4.00	.908	.876
Resp 22	161	3	3.79	4.00	.809	.873
Resp 23	162	2	3.85	4.00	.808	.873
Resp 24	163	1	3.85	4.00	.855	.876
Resp 25	162	2	3.87	4.00	.835	.877
Resp 26	156	8	3.95	4.00	.752	.875

As menores médias encontradas, numa escala de 0 a 5, foram nas questões 12 (2,68) e 14 (2,73), seguidas das questões 9 (3,13), 16 (3,23), 13 (3,26) e 8 (3,40). O Coeficiente Alfa de Cronbach para todas as questões está acima de 0,85, demonstrando boa consistência na escala do instrumento utilizado.

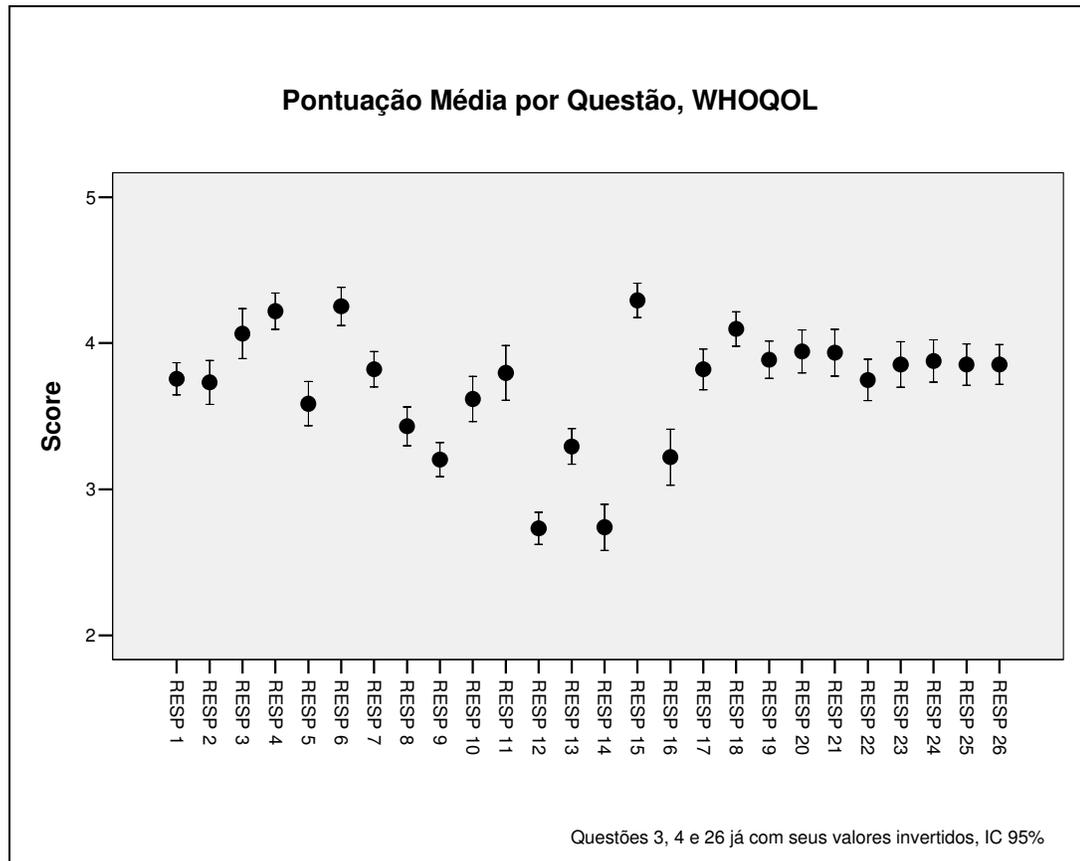


Figura 7 – Respostas do WHOQOL Brief – pontuação média por questão.

Analisando as respostas das questões observamos que as menores pontuações foram obtidas nas questões 12 (recursos financeiros pessoais) e 14 (lazer), sendo ambas parte do domínio referente ao Ambiente.

6.2.2 Resultados por Domínio

6.2.2.1 Domínio Físico

Este domínio apresentou um score médio de 73.28. Destaca-se a questão número 16 (relacionada ao sono) que apresentou uma resposta relativamente menor que as outras (score médio de 3.23).

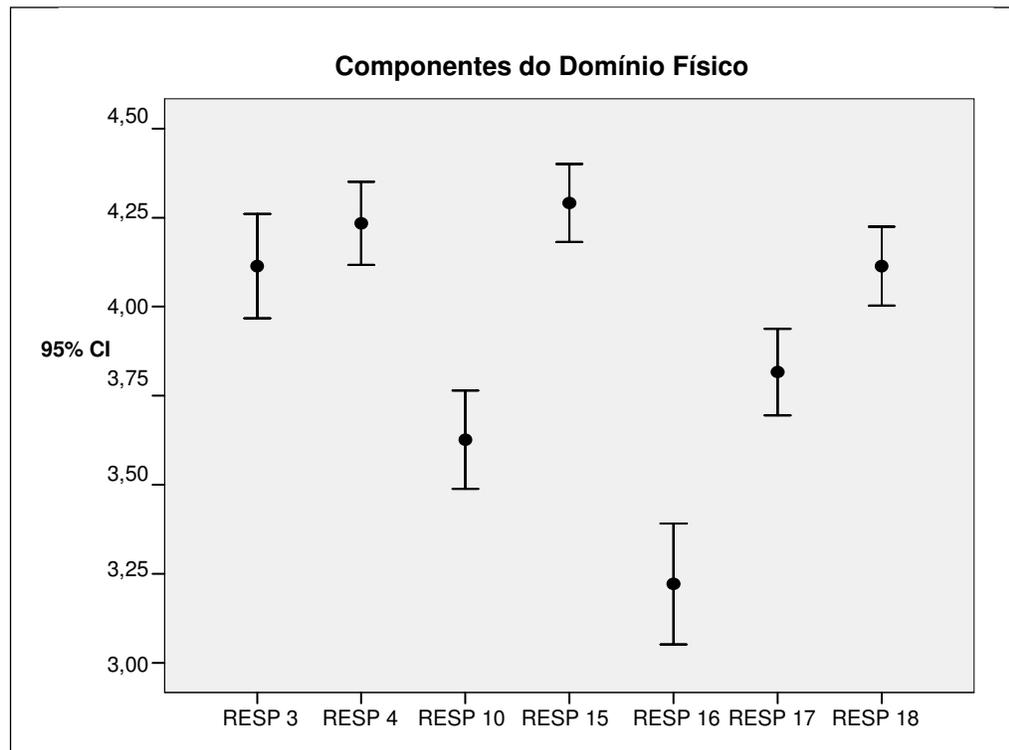


Figura 8 – Domínio Físico – pontuação média por questão.

6.2.2.2 Domínio Psicológico

Este Domínio apresentou um score médio de 71.81. De acordo com a figura abaixo, a questão 05 apresentou resposta relativamente menor que as demais (score médio de 3.13). Esta pergunta refere-se ao quanto se aproveita a vida. Destaca-se aqui a questão 6 com score médio de 4.76 relacionada ao sentido da vida, destacando-se positivamente das demais respostas.

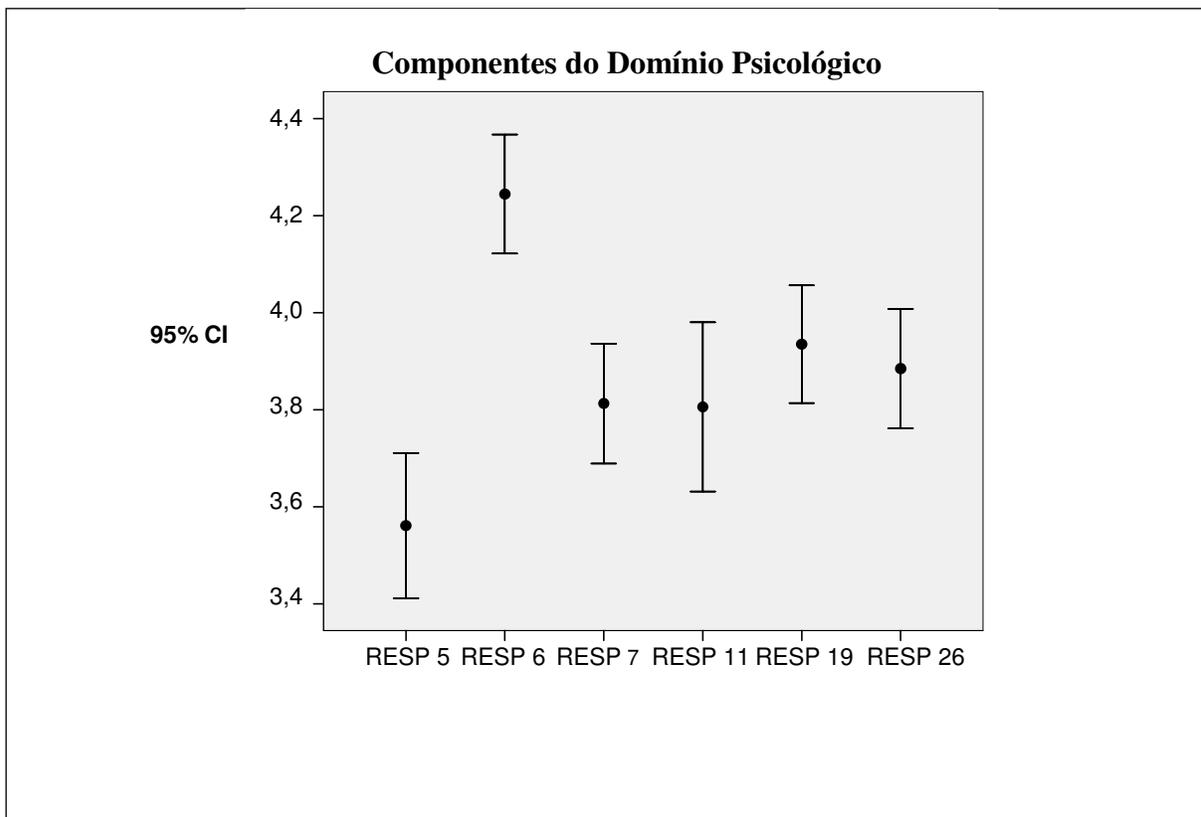


Figura 9 – Componentes do domínio psicológico - média por resposta.

6.2.2.3 Domínio Social

Este domínio apresentou um score médio de 72,24. A questão 22 apresentou score médio menor que os demais neste domínio, de 3,79. Esta questão se relaciona com apoio social (amigos).

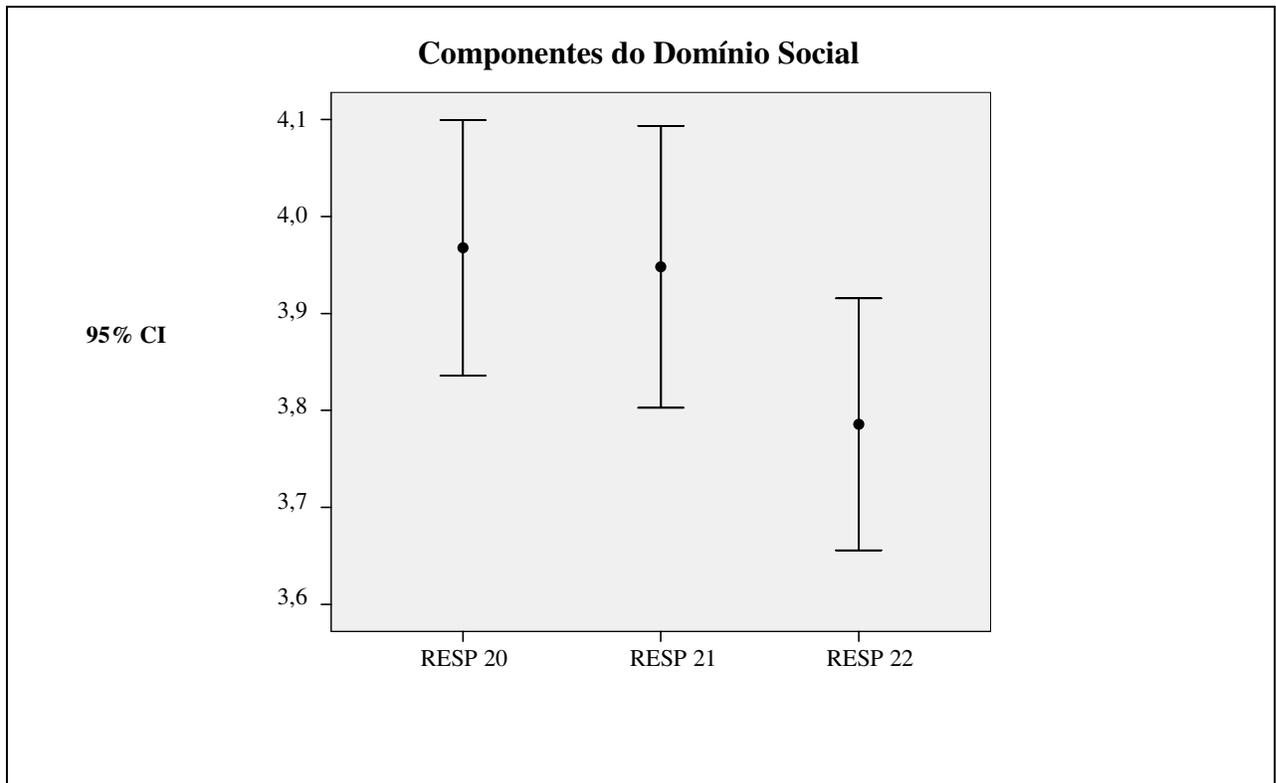


Figura 10: Componentes do domínio social - valor médio por resposta.

6.2.2.4 Domínio Ambiente

Este domínio apresentou um score médio de 58,72, como observado na figura 6, foi o domínio que se diferenciou dos demais, apresentando um score abaixo da média dos demais domínios. As menores médias nas respostas estão relacionadas com as respostas 12 (2.68) e 14 (2.73) e 9 (3.13), relacionadas a satisfação financeira, oportunidades de lazer e ambiente físico respectivamente. As maiores médias neste domínio se relacionam com as respostas 23 (3.85), 24 (3.85) e 25 (3.87) que se referem a condições do local no qual mora, acesso a serviços de saúde e meio de transporte respectivamente.

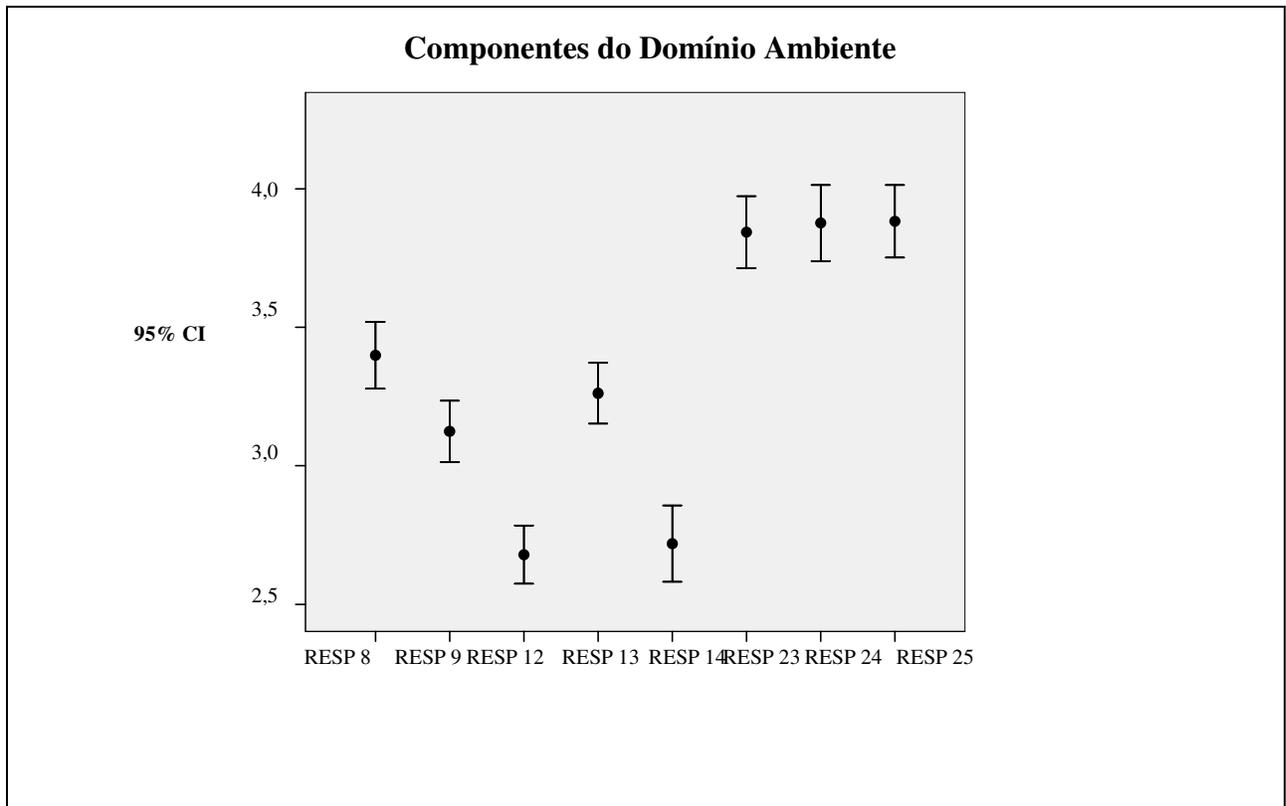


Figura 11 – Componentes do domínio Ambiente valor médio por resposta.

6.2.3 Distribuição segundo os turnos

Foi realizada a análise de variância para cada um dos domínios da pesquisa através do teste ANOVA, sendo que apenas no domínio Físico mostrou diferença entre os turnos, a diferença média é significativa até 0,05.

Observamos através do teste de Tuckey que no **DOMÍNIO FÍSICO** o índice de significância é menor que 0,05 entre os turnos dois e três ($P = 0,016$). Nos **DOMÍNIOS AMBIENTE E PSICOLÓGICO** não encontramos diferença significativa. No **DOMÍNIO SOCIAL** o índice de significância aparece limítrofe entre turno 1 e 3 ($P = 0,057$).

Notamos, nos gráficos, uma diferença constante entre o turno 3 e demais turnos, apesar de não demonstrado estatisticamente.

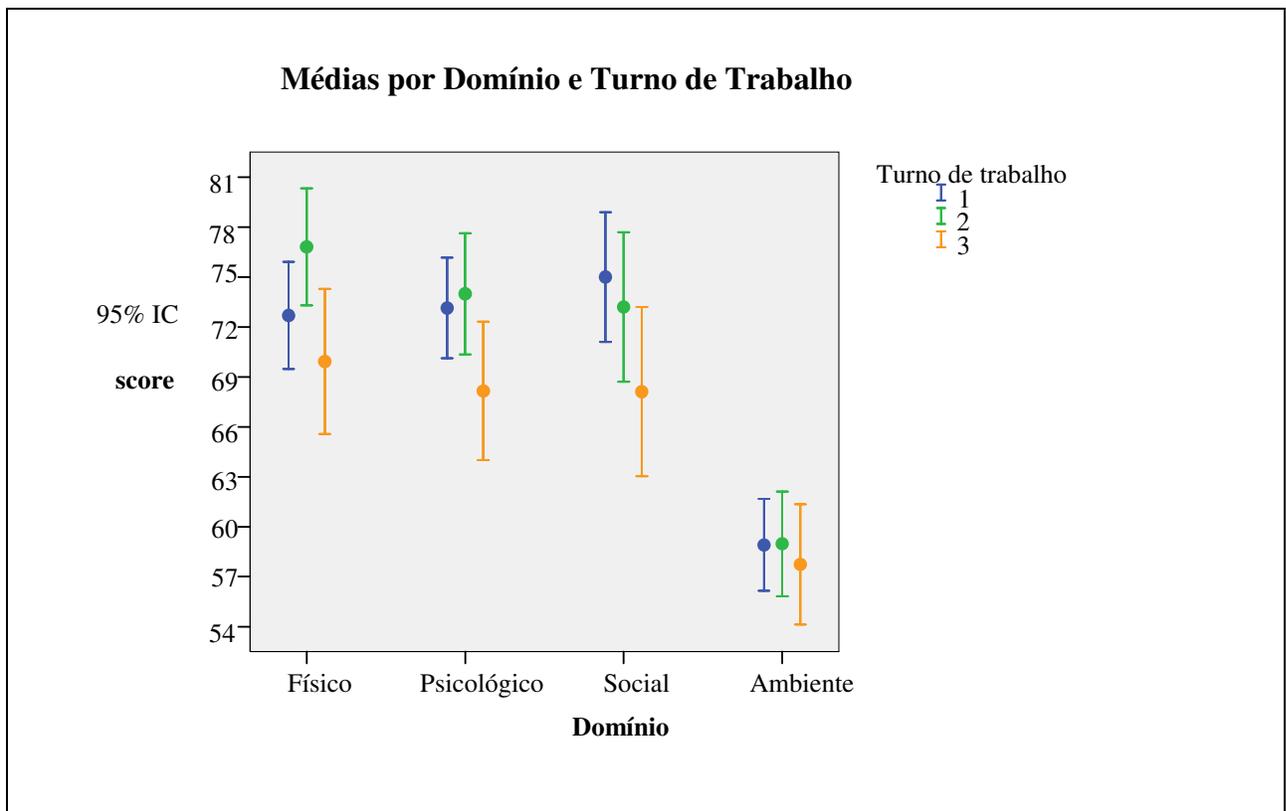


Figura 12 – Valores médios por domínio e turno de trabalho.

6.2.4 Consistência da Escala

Foi calculado o Alpha de Cronbach para todas as 26 questões, já invertidas as questões 3, 4 e 26, para se manterem na mesma direção da escala. Foi obtido um valor de Alpha de 0,876. Esse valor de Alpha mostra que a escala teve uma boa consistência interna. Quando calculamos por domínio temos valores menores, principalmente devido ao reduzido número de perguntas em cada sub-escala. As questões invertidas apresentaram um bom diagnóstico. Nenhuma apresentou uma correlação muito baixa com a escala e também não alteram o valor de alpha caso fossem excluídas. Essas questões geralmente apresentam maior dificuldade de assimilação pelo respondente.

**Tabela 13: Coeficiente Alfa de Cronbach por resposta.
Abr 2007**

	Média da escala se item for deletado	Escala de variância se item for deletado	Ítem corrigido Correlação total	Alfa de Cronbach e item for deletado
RESP 1	92,87	99,704	,410	,873
RESP 2	92,89	95,095	,571	,868
RESP 3	92,56	95,756	,453	,872
RESP 4	92,41	101,161	,251	,876
RESP 5	93,04	93,433	,671	,865
RESP 6	92,37	96,925	,535	,870
RESP 7	92,80	101,224	,254	,876
RESP 8	93,20	98,978	,378	,873
RESP 9	93,42	99,705	,386	,873
RESP 10	93,01	93,910	,627	,866
RESP 11	92,83	94,962	,445	,872
RESP 12	93,89	99,718	,412	,873
RESP 13	93,33	98,716	,438	,872
RESP 14	93,89	97,233	,409	,873
RESP 15	92,33	100,945	,283	,875
RESP 16	93,41	92,587	,551	,868
RESP 17	92,80	96,339	,537	,869
RESP 18	92,53	97,382	,565	,869
RESP 19	92,74	95,473	,656	,867
RESP 20	92,68	95,513	,557	,869
RESP 21	92,69	98,920	,306	,876
RESP 22	92,88	98,518	,380	,873
RESP 23	92,77	97,603	,393	,873
RESP 24	92,75	100,010	,279	,876
RESP 25	92,77	100,685	,240	,877
RESP 26	92,77	99,751	,315	,875

7. Discussão dos resultados

7.1 Dados sociodemográficos

O grupo de funcionários avaliados apresenta-se bastante homogêneo sob os aspectos da escolaridade, renda familiar, estado civil, faixa etária e tempo de empresa, prevalecendo, no entanto, maior percentual do gênero feminino.

Um dos fatores que podem justificar maior número de mulheres é o tipo de trabalho em manufatura na empresa, que requer movimentos finos de mão devido à especificidade e tamanho do produto.

Um dos possíveis determinantes para a predominância de jovens é a política de contratação que, na área avaliada, demanda contratos de trabalho temporários, com prazo máximo de um ano e oito meses. O maior número de funcionários apresenta-se na faixa etária entre 18 e 30 anos (87,2%). A maioria dos funcionários tem ensino médio completo (77,2 %) e uma parcela da amostra está cursando o ensino superior (17,9%). Muitos destes funcionários vêm em busca do primeiro emprego e estão definindo ainda a sua área de estudo e profissão. Neste perfil encaixam-se perfeitamente trabalhadores jovens.

Segundo relatório de “Médias de anos de estudos de pessoas com 10 ou mais anos de idade nas regiões metropolitanas” (IBGE, 2007) as médias de anos de estudos no estado de São Paulo aos 17 anos de idade – 8,9 anos de estudo; aos 18 anos – 9,5; aos 19 anos – 10; entre 20 e 24 anos – 10,3; entre 25 e 59 anos – 8,4; e acima de 60 anos – 4,7 anos de estudo. A média de idade encontrada nesta população foi de 24 anos, sendo que 87,2% encontram-se entre 18 e 39 anos. O nível de escolaridade encontrado foi de 77,2% da população com ensino médio completo, isto é, aproximadamente 10 anos de estudo, acompanhando os dados da pesquisa IBGE 2006.

A renda familiar da população estudada está em torno de 3 a 5 salários mínimos (de R\$ 1140,00 a R\$ 1900,00, sendo o salário mínimo R\$ 380,00, na ocasião desta pesquisa). O rendimento familiar desta população encontra-se acima da média brasileira e do estado de São Paulo. Segundo dados da pesquisa IBGE (2007), o salário médio mensal familiar na região sudeste está em torno de 1,89 salários mínimos, ou seja, R\$ 721,89. No Brasil esta média está em 1,56 salários mínimos ou R\$ 595,88; e a pior região, a Norte, 1,05 salários (R\$ 402,01).

O Estado de São Paulo teve uma taxa de crescimento de 1,08 nos últimos 12 meses (out 2006 a out 2007), a maior taxa entre os estados. A Taxa de crescimento do Brasil, anual, é de 1,75 e região Sudeste 1,23 (IBGE, 2007). Esta condição privilegiada torna populações residentes nesta região em melhores condições sociais, no que tange escolaridade, renda familiar e oportunidades de emprego.

7.2 Domínios do WHOQOL Abreviado

Em relação aos domínios do WHOQOL Abreviado foi considerada uma contribuição equivalente dos domínios Físico, Psicológico e Social para a qualidade de vida dos sujeitos avaliados, em contraste ao observado sobre os dados relativos ao Domínio Ambiente com menor contribuição para a Qualidade de Vida do mesmo grupo, conforme detalhamento desenvolvido a seguir.

7.2.1 Domínio Ambiente

A faceta Segurança neste domínio procura determinar aspectos como liberdade, valor da segurança física, questões relacionadas à opressão política (em alguns países), sensação de confinamento devido à insegurança em bairros, por exemplo e recursos de proteção que a pessoa tem disponíveis. Interferem aqui as questões de abuso e profissões perigosas.

A faceta referente à Satisfação em Relação à Moradia, procura avaliar o local onde a pessoa mora, dorme e mantém a maioria de seus bens materiais e o impacto deste local sobre a vida desta; está implícito aqui aspectos tais como, conforto e segurança, espaço disponível e facilidades (energia elétrica, água encanada, sanitários) e qualidade da construção.

A faceta que avalia Recursos Financeiros, explora a opinião da pessoa sobre como seus recursos financeiros contribuem com suas necessidades para um estilo de vida saudável e confortável. A pergunta inclui aspectos da satisfação ou descontentamento com a capacidade que a pessoa tem de obter as coisas que deseja e também traz um sentido da dependência ou independência fornecidas pelos recursos financeiros da pessoa, bem como o sentimento de “ter o suficiente”.

Na interpretação da faceta que avalia o Acesso aos Serviços de Saúde, o foco está na opinião da pessoa sobre a disponibilidade destes serviços (rapidez ao acesso e atendimento).

Oportunidades para Aquisição de Informações é uma faceta que avalia a oportunidade e desejo que isto ocorra (adquirir o conhecimento novo). Isto pode estar relacionado a programas de instrução formal, atividades recreacionais em grupos ou sozinho (por exemplo

leitura). Inclui também acesso à notícias (mais ou menos abrangentes dependendo de alguns povos e culturas).

Ao analisar a faceta referente a Lazer, o Whoqol explora aspectos como: habilidade, oportunidade e disponibilidade de participar em atividades de recreação e lazer, descanso e momentos de relaxamento. Estas oportunidades podem estar relacionadas com esportes, leitura, televisão, tempo com a família, “não fazer nada”, entre outros.

A faceta Ambiente Físico (poluição, barulho, tráfego, clima) avalia o ponto de vista da pessoa em relação ao seu ambiente e aspectos que melhoram ou pioram este ambiente.

A faceta Transporte avalia o quanto disponível ou acessível está o serviço de transporte ou meio de locomoção, seja ele qual for. Estão inclusos aqui aspectos como: sensação de liberdade para fazer as tarefas escolhidas no dia a dia e como isto impacta sua qualidade de vida.

O Domínio Ambiente foi o que mais impactou negativamente a Qualidade de Vida nesta população. São avaliadas aqui as facetas: Segurança Pessoal (resposta 8, escore médio de 3,40); Ambiente Físico (resposta 9, escore médio de 3,13); Renda Financeira (resposta 12, escore médio de 2,68); Aquisição de Informações (resposta 13, escore médio de 3,26); Oportunidades de Lazer (resposta 14, escore médio de 2,73); Condições de Moradia (resposta 23, escore médio de 3,85); Acesso a Serviços de Saúde (resposta 24, escore médio de 3,85) e Transporte (resposta 25, escore médio de 3,87).

Neste domínio, três facetas impactam negativamente a qualidade de vida: as questões doze, relativa a renda financeira, quatorze, relativa a Lazer e, nove, relativa a Ambiente Físico. O score médio destas questões foram: 2,68; 2,73 e 3,13, respectivamente. Observamos aqui, aspectos importantes da condição sócioeconômica do grupo. De acordo com o IBGE, a preços de janeiro de 2004 (deflacionados pelo INPC), classifica a classe média alta, com renda familiar acima de R\$ 5.000 por mês (aproximadamente 19 salários mínimos a valores de 2004); a média classe média, de R\$ 2.500 a R\$ 5.000 (9,6 a 19 salários mínimos); e a baixa classe média, de R\$ 1.000 a R\$ 2.500 (3,8 a 9,6 salários mínimos). Este grupo encontra-se em termos de renda familiar, predominantemente na classe média baixa.

Os aspectos da globalização que determinam o comportamento de consumo é um importante contexto a ser considerado. Constatamos que não há diferença significativa entre as faixas de renda familiar para este domínio, apresentando-se da seguinte forma: de dois a três

salários, score médio de 56,17; de três a cinco salários, score médio de 56,17; de cinco a oito salários, score médio de 61,03 e acima de oito salários, score médio de 58,16.

Nota-se aqui uma renda familiar predominante de três a cinco salários mínimos (de R\$ 1.140,00 a R\$ 1.900,00) para o grupo avaliado. A referência nacional da despesa média das famílias brasileiras em área urbana é de R\$ 1.959,49 por mês (IBGE, 2003). O Sudeste é onde se gasta mais (21,66% acima da média nacional) e o Nordeste, onde se gasta menos (36,20% abaixo da média).

Segundo Dejours (2004, p 15), há um predomínio dos aspectos relacionados à saúde mental, atribuídas à modernidade que geram mudanças das expectativas do homem em relação ao seu bem-estar, qualidade de vida no espaço privado, do conforto do trabalho, do gozo do lazer, que estariam diretamente relacionados com a elevação progressiva no nível cultural e nível de vida. Desta mudança surgem novas frustrações, assim como novas reclamações sociais em termos de sofrimento e de psicopatologia.

Ao relacionar lazer com renda familiar, pensando uma relação de dependência entre estes dois fatores provavelmente estabelecida por esta população, observamos através da resposta quatorze, oportunidades de lazer reduzidas neste grupo. Ao concluir esta possível associação podemos avaliar o peso da renda sobre oportunidades de lazer, atualmente. Segundo Almeida e Gutierrez, 2004 (apud Marcelino, 2001), existem correntes antagônicas que definem lazer, uma relacionando-o à mercadoria a ser consumida e no sentido de entretenimento, ajudando a “...suportar ou a conviver com uma sociedade cada vez mais injusta e insatisfeita”, e outra, que vê o lazer gerado historicamente na sociedade e vivido de forma a gerar questionamentos culturais da ordem estabelecida. A definição de lazer é citada por Almeida e Gutierrez (2004, pg.71) como o conjunto de ações escolhidas pelo sujeito para diversão, recreação e entretenimento, num processo pessoal de desenvolvimento. O lazer como contraponto do trabalho deveria trazer aspectos lúdicos, culturais e de oportunidades. Oportunidades estas que podem ser disponibilizadas e incentivadas através de programas na empresa e políticas públicas.

Ainda no Domínio Ambiente uma última questão contribui para a baixa qualidade de vida, a questão nove, relacionada à satisfação em relação ao ambiente físico (clima, barulho, poluição e atrativos). O local de trabalho dos indivíduos avaliados consiste em linhas de produção com cerca de 40 a 50 funcionários. As linhas são compostas por bancadas individuais,

dispostas em duplas (lado a lado). Equipamentos eletrônicos compõem parte das bancadas de trabalho, bem como componentes que fazem parte da montagem do produto. A rotina dos trabalhadores consiste em montar equipamentos de acordo com procedimentos pré-estabelecidos. A cada duas horas há um rodízio de postos de trabalho. Apesar da avaliação pela questão nove ser bastante subjetiva, podemos considerar alguma influência do ambiente físico do trabalho, já que a pesquisa foi aplicada neste local.

7.2.2 Domínio Físico

Neste domínio as perguntas estão relacionadas a sensações físicas desagradáveis experimentadas pela pessoa e como estas sensações estão afligindo e interferindo em sua qualidade de vida, sensações tais como Dor, Energia, Capacidade de Locomoção, Sono, Capacidade de Desempenhar Atividades do Dia a Dia e Capacidade para o Trabalho. No aspecto Dor busca-se saber se a sua qualidade de vida é afetada pela ameaça constante da dor.

Nesta pesquisa a resposta relativa à faceta Dor , resposta 3, apresenta um escore médio de 4,13. contribuindo positivamente para a qualidade de vida.

A resposta 16, relativa a Sono, é a faceta que impacta negativamente a qualidade de vida neste domínio, com score médio de 3,23. Avaliando os turnos comparativamente segundo o teste Anova e Tuckey há uma diferença significativa neste aspecto entre os turnos dois e três. Obviamente que o turno três apresenta menor satisfação em relação a sono, pois trabalha das 23 às 07 h..

Segundo Rotenberg et al (2001), em estudo de gêneros e trabalho em turno, a inversão de horário, dia pela noite, é sentida de forma intensa tanto para homens quanto para as mulheres, permeando diversos aspectos da vida, como a saúde, o lazer, os estudos e as relações amorosas. Neste estudo, a análise quantitativa do sono revelou efeitos mais prejudiciais do trabalho noturno sobre as mulheres, particularmente as que tem filhos. Tais padrões do sono se articularam, no estudo em questão, com as expectativas que recaem sobre os gêneros, revelando a profunda interrelação entre o trabalho profissional e a vida doméstica como geradoras de impactos à saúde, o que ressalta o caráter essencial das relações de gênero na compreensão da realidade vivida pelos que trabalham em horários não usuais.

Ainda neste domínio observamos que a faceta relacionada à FADIGA (questão 10) apresenta score de 3,65. Segundo Metzner e Fisher (2001), dentre os fatores que contribuem para a fadiga entre os trabalhadores está a dificuldade em manter o sono, que, se presente, aumenta a percepção desta. Neste mesmo estudo sobre a fadiga e capacidade para o trabalho, realizado com trabalhadores de turnos diurnos e noturnos de uma indústria têxtil, os autores obtiveram resultados que indicaram que nem sempre o trabalho noturno é um fator prejudicial à saúde e que variáveis como o turno de trabalho e o estilo de vida são relevantes para explicar a percepção de capacidade para o trabalho. A resposta 18, relativa à faceta sobre a Capacidade para o Trabalho apresentou um dos escores médios que mais contribuíram para a qualidade de vida do grupo avaliado (4,13).

Fischer (2003) menciona que entre os fatores que determinam a tolerância do indivíduo ao trabalho em turnos e noturno, destacando-se: as características individuais, a situação familiar, as condições sociais, condições de trabalho e os esquemas de turnos de trabalho.

Deve-se considerar ainda a interação entre esses fatores, o que poderia gerar consequências potencializadas ou não.

Os trabalhadores em turnos noturnos sofrem pela privação do sono da noite, enquanto os trabalhadores dos turnos da manhã sofrem com o despertar precoce.

“A fadiga é agravada quando a distância entre o local de trabalho e local de moradia é extensa, o que torna ainda mais penoso para o trabalhador (...). Ao cansaço do trabalho, acrescenta-se, assim, a necessidade de despertar várias horas antes da entrada no horário do turno (...). Por isso, o turno da manhã, com início às 6 horas em várias indústrias, prejudica o sono noturno, na medida em que obriga certos trabalhadores a despertar antes das 4 da madrugada”.
(Seligmann-Silva, 1994, p. 155).

Apesar de fadiga e dor serem frequentemente associadas, nesta pesquisa o item relacionado a dor contribui positivamente para a qualidade de vida dos entrevistados. Constatamos que nesta população o aspecto dor não impacta a qualidade de vida. Em estudo realizado por Queiroz (2003), em 200 trabalhadores de indústria gráfica de São Paulo, demonstrou-se uma alta prevalência de fadiga para o conjunto de trabalhadores estudados e uma maior prevalência em mulheres do que em homens, com um maior acometimento em mulheres casadas. Ainda neste estudo, na abordagem qualitativa, a fadiga mostrou ser um fenômeno que

depende, em parte, da maneira como o indivíduo cria estratégias de enfrentamento diante da situação de trabalho. O papel da estratégia de enfrentamento parece ser importante e está associado à determinação da ocorrência da fadiga.

7.2.3 Domínio Psicológico

No domínio psicológico, a faceta que avalia Sentimentos Positivos procura determinar o quanto uma pessoa experimenta sentimentos positivos de contentamento, equilíbrio, paz, felicidade, alegria e apreciação das boas coisas da vida. A opinião de uma pessoa a respeito dos sentimentos sobre o futuro é vista como uma parte importante desta faceta. Para muitos respondentes, esta faceta pode ser considerada como sinônimo de qualidade de vida. São avaliados, neste domínio, as seguintes facetas: aproveitar a vida (resposta 5, escore médio 3,60); sentido da vida (resposta 6, escore médio 4,26); capacidade de concentração (resposta 7, escore médio 3,81); aceitação da aparência física (resposta 11, escore médio 3,79); auto-estima (resposta 19, escore médio 3,94) e sentimentos negativos (resposta 26, escore médio 3,95).

Este domínio apresenta respostas homogêneas com exceção da questão cinco, que se refere ao “quanto se aproveita a vida” (score médio de 3,60), impactando negativamente a qualidade de vida e a questão seis, que se refere ao “sentido da vida” (score médio de 4,26), impactando positivamente a qualidade de vida do grupo. Há uma diferença estatística limítrofe, porém sem significância estatística ($P= 0,079$), entre os turnos 2 e 3. O turno três apresenta escore médio neste domínio de 68,47; o turno dois 73,99 e o turno um 73,01.

Ao analisar aspectos demográficos e o domínio psicológico, não encontramos diferenças significativas entre as categorias sexo, escolaridade, estado civil e rendimento, demonstrando que não há nenhuma inferência destes fatores neste domínio.

A resposta a respeito de Sentido para a Vida, apesar de ser um fator extremamente subjetivo, relaciona-se provavelmente com a idade jovem da população estudada.

7.2.4 Domínio Social

A faceta relativa a Relacionamentos Pessoais (resposta 20, escore médio de 3,96) avalia como as pessoas avaliam os aspectos como cumplicidade e suporte que desejam das

peçoas com as quais se relacionam. Esta faceta dirige-se também ao compromisso e à experiência atual de “importar-se com” e de “fornecer para”. Esta faceta inclui a habilidade e a oportunidade de amar, ser amado e ser íntimo com outros (emocionalmente e fisicamente).

A faceta que determina o aspecto de Suporte Social (resposta 22, escore médio de 3,79) avalia o quanto uma pessoa sente o compromisso, aprovação e disponibilidade do auxílio prático da família e dos amigos. As perguntas exploram o quanto a família e amigos compartilham a responsabilidade e trabalham junto para resolver os problemas pessoais e da própria família.

A faceta relacionada aos aspectos da sexualidade (resposta 21, escore médio de 3,94) revela aspectos relativos a impulso sexual e o desejo para o sexo, e a extensão em que a pessoa pode expressar apropriadamente seu desejo sexual. A pergunta não inclui o julgamento dos valores a respeito de sexo, somente determina a relevância da atividade sexual de uma pessoa sobre sua qualidade de vida.

O Domínio Social apresentou um escore médio de 72,24. A resposta 22, relacionada à Satisfação com o “Apoio que Recebe dos Amigos”, contribui menos para a qualidade de vida neste domínio (score médio 3,79). Um resultado de significância limítrofe foi encontrado entre os turnos um e três ($P= 0,057$) indicando uma diferença entre estes turnos, neste domínio. Muito provavelmente, o trabalho no terceiro turno impacta a convivência com familiares e amigos dificultando a manutenção de uma rede de relacionamento estável.

7.3 Conclusões gerais sobre os domínios e facetas do WHOQOL

No grupo avaliado, o Domínio Físico obteve a melhor média contribuindo **positivamente** para a Qualidade de Vida com as facetas: dor, necessidade de tratamento médico, capacidade de locomoção e capacidade para o trabalho.

O Domínio que obteve a menor média foi Ambiente, contribuindo **negativamente** para a Qualidade de Vida deste grupo, com as facetas: satisfação com recursos financeiros, lazer, ambiente físico e aquisição de informação.

A faceta que se refere a sentido da vida, pertencente ao Domínio Psicológico contribuiu positivamente para a Qualidade de Vida.

A faceta sono, pertencente ao Domínio Físico, impactou negativamente a Qualidade de Vida do grupo.

8. Conclusão

Utilizando o WHOQOL Abreviado como uma ferramenta de estudo e diagnóstico da Qualidade de Vida em um grupo de trabalhadores, podemos estabelecer um indicador para a Qualidade de Vida que permite demonstrar quais as áreas nas quais deve-se atuar para a melhoria da qualidade de vida, levando em consideração o constructo multifacetado deste termo.

O estudo demonstrou que o domínio Ambiente tem menor contribuição para a qualidade de vida do grupo avaliado. Observa-se que as facetas relacionada a renda e lazer apresentam os menores escores. O impacto do terceiro turno sobre as facetas não apresentou diferença estatisticamente significativa. Neste domínio, ações como treinamento em planejamento financeiro pessoal, bem como consultoria individualizada nesta área, poderão ser intensificados para melhora deste aspecto. Da mesma forma, as ações voltadas ao lazer podem ser incentivadas e intensificadas pela empresa, programas de incentivo ao lazer, políticas de férias e redução de horas extras.

O domínio físico apresentou diferença estatisticamente significativa entre turno dois e turno três. Ainda neste domínio, as facetas dor e capacidade para o trabalho contribuíram para a qualidade de vida do grupo. Ações educativas relacionadas à melhoria da qualidade do sono dos trabalhadores do terceiro turno podem ser estabelecidas, assim como melhorias no ambiente físico e na disponibilidade de informações. Podemos considerar que o estudo permite apontar à empresa a necessidade de alterações ou não no perfil da população contratada para este tipo de trabalho (montagem em Manufatura), pensando em termos de adaptação, capacidade para o trabalho, dor e fadiga, tão preocupantes hoje nas organizações.

As ações estabelecidas estrategicamente pela área de Recursos Humanos e Saúde poderão contemplar aspectos da condição de vida, modo de vida e estilo de vida da população de trabalhadores. As iniciativas de promoção à saúde e qualidade de vida da empresa poderão contar com esta ferramenta, e, a partir de seus resultados, direcionar ações para a melhoria das facetas que impactam negativamente a qualidade de vida do grupo e, do mesmo

modo, reforçar a importância dos programas e ações estabelecidos que impactam positivamente sobre o bem-estar do trabalhador e, conseqüentemente, do sucesso dos negócios.

No estudo em questão pode-se apontar e valorizar à empresa os aspectos positivos, tais como: médias ótimas em relação ao aspecto dor, necessidade de tratamento médico, mobilidade e capacidade para o trabalho.

Uma maior utilização desta ferramenta em ambientes laborais poderá permitir estudos comparativos futuros, que possam trazer às organizações dados confiáveis a respeito de um tema tão multifacetado que é a Qualidade de Vida. Mais do que estabelecer ações e programas para a melhora de qualidade de vida dos trabalhadores, devemos nos preocupar seriamente em avaliar adequadamente os aspectos que a envolvem dentro dos conceitos acadêmicos e científicos.

Referências

ALMEIDA, M.A.B.; GUTIERREZ, G. Políticas públicas de lazer e qualidade de vida: a contribuição do conceito de cultura para pensar as políticas de lazer. VILARTA, R. Qualidade de vida e políticas públicas: Saúde, Lazer e Atividade Física. Campinas: IPES Editorial, 2004.

ANDUJAR, Andréa Martins. Modelo de qualidade de vida dentro dos domínios bio-psico-social para aposentados. 2006. 2006 f. Tese (Doutorado) - Departamento de Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006.

CIANCIARULLO, Tamara Iwanow; CORNETTA, Vitória Kedy (Org.). Saúde, Desenvolvimento e Globalização: Um desafio para os gestores do terceiro milênio. São Paulo: Ícone, 2002. 337 p.

Constitution of World Health Organization. Disponível em: <www.searo.who.int/EN/Section898/Section1441.htm>. Acesso em: 18 dez. 2006.

DRUCKER, Peter. Sociedade Pós-Capitalista. São Paulo: Pioneira, 1999.

DEJOURS, C. Da psicologia à psicodinâmica do trabalho. LANCMAN, Selma; SZNELWAR, Laerte Idal (Org.). Da psicologia à psicodinâmica do trabalho. 1. ed. Brasília: Fiocruz, 2004. pg.15.

FISCHER F.M. Fatores Individuais e condições de trabalho e de vida na tolerância ao trabalho em turnos. In: Fischer FM, Moreno CRC, Rotenberg L. Trabalho em turnos e noturno na sociedade 24 horas. Atheneu: São Paulo, 2003, p. 65-76.

FLECK, et al. Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100). Rev. Saúde Pública, 33 (2): 198-205, 1999. Disponível em: <www.fsp.usp.br/~rsp>. Acesso em: 28 nov. 2006.

GONÇALVES, Aguinaldo; VILARTA, Roberto. Qualidade de Vida e Atividade Física: Explorando teoria e práticas. Barueri: Manole, 2004. 287 p.

GONÇALVES, A. Introduzindo Responsabilidade Corporativa: responsabilidade ou corporativa? GONÇALES, A.; GUTIERREZ, G.; VILARTA, R. Gestão da Qualidade de vida na empresa. Campinas: IPES Editorial, 2005.

IANNI, O. As ciências sociais na época da globalização. Revista Brasileira de Ciências Sociais, v. 13, n.37, pp 33-41. São Paulo. Junho 1998.

Instituto Brasileiro de Geografia e Pesquisa (IBGE). Síntese dos indicadores sociais. Disponível http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/default_minimos.shtm. Acessado em 12/01/2008.

LANCMAN, Selma; SZNELWAR, Laerte Idal (Org.). Christophe Dejours: Da psicologia à psicodinâmica do trabalho. Brasília: Fiocruz, 2004. 346 p.

LESSA, I. O Adulto Brasileiro e As Doenças da Modernidade: Epidemiologia das Doenças Crônicas Não-Transmissíveis. 1 ed. São Paulo: HUCITEC, 1998. 285 p.

LIMONGI-FRANÇA, Ana Cristina; OLIVEIRA, Patricia Morilha de. Avaliação da Gestão de Programas de Qualidade de Vida no Trabalho. **Rae-eletônica**, São Paulo, v. 4, n. 1, p.01-25, 01 jul. 2005. Semestral. Disponível em: <http://www.rae.com.br/elettronica/index.cfm?FuseAction=Artigo&ID=2209&Secao=ARTIGOS&Volume=4&Numero=1&Ano=2005>. Acesso em: 25 out. 2006.

MATSUDO, Victor et al. Promotion of Physical activity in a developing country: The Agita São Paulo experience. *Public Health Nutrition*, Estados Unidos, v. 1, n. 5, p.253-261, 13 jan. 2001.

METZNER, Ricardo Jorge; FISHER, Frida Marina. Fadiga e capacidade para o trabalho em turnos fixos de 12 horas. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 35, n. 06, p.548-583, 01 dez. 2001. Disponível em: <www.fsp.usp.br/rsp>. Acesso em: 20 dez. 2007.

MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciência & Saúde Coletiva*, ABRASCO, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, 2000.

MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL. Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador. Disponível em: www.mpas.gov.br/docs/pdf/pnsst_CNPS.pdf. Acessado em 10/08/2007.

MONTAGNER, M.A. Pierre Bourdieu, o corpo e a saúde: algumas possibilidades teóricas. *Ciênc. saúde coletiva*, Campinas, vol.11 (2), p.515-526, jun. 2006.

NAHAS, Markus V.. *Atividade Física, Saúde e Qualidade de Vida: conceitos e sugestões*. 3. ed. Londrina: Midiograf, 2003. 278 p.

National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSHI). *The Changing Organization of Work and the Safety and Health of Working People: Knowledge Gaps and Research Directions*. Cincinnati, 2002. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/niosh>>. Acesso em: 20 maio 2005.

PORTAL BRASIL Salário Mínimo Brasileiro: Lei No. 10.888, de 24 de Julho de 2004. Disponível em: http://www.portalbrasil.net/salariominimo_2004.htm. Acessado em 10/08/2007.

QUEIROZ, Maria de Fátima Ferreira. *Compreendendo o conceito de fadiga: estudo de caso de trabalhadores em uma industria gráfica*. 2003. 241 f. Tese (Doutorado) - Curso de Saúde Pública, Departamento de Saúde Ambiental, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=352119&indexSearch=ID>. Acesso em: 18 jul. 2007

ROSE, G. *The Strategy of Preventive Medicine*. New York: Oxford University Press. 1992.

ROTENBERG, Lucia et al. Gênero e trabalho noturno: sono, cotidiano e vivências de quem troca dia pela noite. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, n. , p.639-649, 01 maio 2001.

SANGHA O., WILDNER M. **Learning with Health Economics: Useful Economic Tools.** Who Regional Office for Europe. Copenhagen, 2003. Disponível em: <http://www.euro.who.int/Document/FFA/Hlth_econ_ch5.pdf>. Acesso em: 23 nov. 2006.

SANTOS, Milton. Por uma outra globalização: do pensamento único à consciência universal. 11ª. Ed. Rio de Janeiro: Record, 2004.

SAUTER, Steven et al. Stress e Qualidade de Vida no Trabalho. 1ª. Ed. São Paulo: Atlas, 2007.

SELIGMANN-SILVA, E. Desgaste mental no trabalho dominado. Rio de Janeiro: Ed. UFRJ, São Paulo: Cortez, 1994.

SIEGERIST, H.E. Medicine and human welfare. New Haven, Yale University Press, 1941.
H. Zollner. Who Regional Office For Europe (Ed.). Learning with Health Economics: Economics of management and the change process. Disponível em: <http://www.euro.who.int/Document/FFA/Hlth_econ_ch4.pdf>. Acesso em: 23 nov. 2006.

Oliver Sangha e Manfred Wildner. Who Regional Office for Europe – Copenhagen. Learning with Health Economics: Useful Economic Tools. Copenhagen, 2003. Disponível em: <http://www.euro.who.int/Document/FFA/Hlth_econ_ch5.pdf>. Acesso em: 23 nov. 2006.

VASCONCELOS, A. F. Qualidade de Vida no Trabalho: Origem, Evolução e Perspectivas. Cadernos de pesquisas em Administração, São Paulo, v.08, n 1, janeiro/março 2001.

WASSERMAN, Jeffrey et al. Gender-Specific Effects of Modifiable Health Risk Factors on Coronary Heart Disease and Related Expenditures. . Journal of Occupational and Environmental Medicine / American College Of Occupational And Environmental Medicine, Estados Unidos, v. 11, n. 42, p.1060-1069, 01 nov. 2000. Disponível em: <<http://www.joem.org/pt/re/joem>>. Acesso em: 02 mar. 2006.

WHOQOL GROUP - World Health Organization (Org.). **WHOQOL Bref:** Introduction, Administration, Scoring and generic version of the assessment. Geneva, 1996. Disponível em: <http://search.who.int/search?ie=utf8&site=default_collection&client=WHO&proxystylesheet=WHO&output=xml_no_dtd&oe=utf8&q=whoqol+group>. Acesso em: 12 jan. 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. About the Global Burden of Disease Project. Geneve, 2006. Disponível em: <<http://www.who.int/healthinfo/bodabout/en/index.html>>. Acesso em: 23 maio 2006.

WORLD ECONOMIC FORUM (Davos). World Economic Forum. Working Towards Wellness: Accelerating the prevention of chronic disease. Davos, 2007. Disponível em: <http://www.pwc.com/extweb/pwcpublishings.nsf/docid/4D1FB58EAEB85B71852572C600707C0C>. Acesso em: 29 maio 2007.

Bibliografia consultada

CHOR, D. Saúde pública e mudanças de comportamento: uma questão contemporânea. Cad. de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 15 (2): 423-425, abr-jun. 1999.

World Health Organization. Preventing Chronic Diseases: a vital investment. Canadá, 2005. Disponível em: www.who.int/chp/chronic_disease_report>. Acesso em: 20 abr. 2007.

BRASÍLIA. Ministério da Saúde (Ed.). A Saúde do Trabalhador. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=928>. Acesso em: 27 maio 2007.

BRASÍLIA. Ministério da Saúde (Ed.). Política Nacional de Saúde do Trabalhador. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar_texto.cfm?idtxt=24419&janela=1>. Acesso em: 27 maio 2007.

ANEXO A - QUESTIONÁRIO WHOQOL ABREVIADO

Índice de Qualidade de Vida Organização Mundial da Saúde WHOQOL - ABREVIADO Versão em Português

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 satisfeit o
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	bastant e	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.

		mu ito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	mu ito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

		mu to insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	mu to 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.

		n unca	alg umas vezes	fre quentemente	mu to fre quentemente	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

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Projeto: ESTRATÉGIAS ORGANIZACIONAIS PARA A PROMOÇÃO DE SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA – AVALIANDO A QUALIDADE DE VIDA NO AMBIENTE DE TRABALHO.

Pesquisadora responsável: Telma Terezinha Ribeiro da Silva.

Orientador: Roberto Vilarta.

Estamos realizando um trabalho de pesquisa sobre como é que as pessoas acham que está a sua qualidade de vida nas duas últimas semanas. Para isto, gostaríamos de contar com a sua colaboração durante alguns minutos, para responder a um questionário. Serão feitas várias perguntas sobre diferentes aspectos de sua qualidade de vida: sua saúde física, sua vida emocional, sua relação com amigos e familiares e seu ambiente de trabalho.

Gostaríamos de deixar claro que esta pesquisa é independente de seu trabalho e em nada influenciará caso o(a) Sr(a) não estiver de acordo em participar.

Asseguramos que todas as informações prestadas pelo Sr(a) são sigilosas e serão utilizadas somente para esta pesquisa. A divulgação dos resultados será anônima e em conjunto com as respostas de um grupo de pessoas e não individualmente.

Se o Sr(a) tiver alguma pergunta a fazer antes de decidir, sinta-se à vontade para fazê-la.

Telefone da secretaria do Comitê de Ética em Pesquisa da FCM/UNICAMP para reclamações e eventuais denúncias: (19) 35218936.

Nome do voluntário: _____

Endereço: _____

Assinatura do voluntário: _____

Assinatura do pesquisador: _____

Telma T. Ribeiro da Silva

Fone: 19- 3847-6428

APÊNDICE B - INFORMAÇÕES GERAIS E SÓCIO-DEMOGRÁFICAS.

Idade: _____.

Tempo de empresa: () menos de 1 ano () 1 a 2 anos () 2 a 3 anos
() 3 a 5 anos () mais de 5 anos

Sexo: () masculino () feminino

Estado civil: () casado () Amasiado () solteiro () Viúvo(a) () Divorciado

Escolaridade: () 1º. Grau incompleto () 1º. Grau completo () 2º. Grau incompleto
() 2º. Grau completo () Superior incompleto () Superior completo.

Renda familiar (somando todos os salários das pessoas que moram na mesma residência que você):

() 2 a 3 salários mínimos () 5 a 8 salários mínimos
() 3 a 5 salários mínimos () acima de 8 salários mínimos